

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



SUICIDIOS CONTEMPORÁNEOS: VÍNCULOS, DESIGUALDADES Y TRANSFORMACIONES SOCIOCULTURALES. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido

Gabriel Guajardo Soto
(Editor)

Santiago de Chile, septiembre de 2017

Esta publicación debe citarse como:

Guajardo, G. (Ed.) (2017). *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Septiembre de 2017

ISBN Libro impreso: 978-956-205-262-7

Descriptorios:

1. Suicidio
2. Estadísticas
3. Violencia
4. Sentido
5. Cultura
6. Pueblos indígenas
7. Cibersuicidio
8. Misiones suicidas
9. Ciencias Sociales
10. Políticas públicas

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile

Este libro es una publicación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile. Sus contenidos no pueden ser reproducidos o traducidos totalmente o en parte, sin autorización previa de FLACSO-Chile.

Las opiniones versadas en los artículos que se presentan en este trabajo, son de responsabilidad exclusiva de sus autores(as) y no reflejan necesariamente la visión y puntos de vista de FLACSO-Chile ni de las instituciones a las cuales se encuentran vinculados(as).

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
PRESENTACIÓN Ángel Flisfisch Fernández	13
PRÓLOGO Gianna Gatti Orellana	15
INTRODUCCIÓN Gabriel Guajardo Soto	19
PARTE I	25
SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL ANÁLISIS	
CAPÍTULO 1. Caracterización del suicidio en Chile: ¿qué nos dicen nuestras estadísticas? Alberto Larraín Salas y Francisca Lobos Mosqueira	27
CAPÍTULO 2. Una aproximación lingüística del suicidio: orígenes y problemas de uso actual en la lengua española Christian Rivera Viedma	45
CAPÍTULO 3. Suicidio, violencia contra el sí mismo y la pulsión de muerte: Una aproximación crítica Marta Josefa Bello Hiriart	57

PARTE II	79
VÍNCULOS Y RELACIONES	
CAPÍTULO 4.	81
El suicidio más allá de la lógica deficitaria. Un estudio de caso Francisco Ojeda G.	
CAPÍTULO 5.	101
Suicidio: el control de la sociedad y sentido a la vida de los individuos José Lledó Muñoz	
CAPÍTULO 6.	111
Suicidio e infancia: hacia una sociedad que escuche y reconozca al otro Carolina Victoria Parra Chiang	
CAPÍTULO 7.	121
Suicidio adolescente y los vínculos relacionales Soledad Arriagada	
PARTE III	131
DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES	
CAPÍTULO 8.	133
Etiologías del suicidio pehuenche: trauma territorial y fuerzas negativas en Alto Biobío, Chile Claudio González Parra, Jeanne W. Simon y Elda Jara	
CAPÍTULO 9.	153
Papa Ismusqa y la otra vida. Estudio etnográfico sobre el suicidio femenino en el área rural de Cochabamba, Bolivia Yara Morales	
CAPÍTULO 10.	187
Cibersuicidio: un nuevo escenario del suicidio Claudia Baros Agurto	
CAPÍTULO 11.	205
Misiones suicidas: violencia y muerte en los fundamentalismos islámicos y judíos Isaac Caro	

CAPÍTULO 12.	213
Suicidio en población LGBTI, un enfoque forense en el contexto de los derechos humanos en Chile Diana Aparicio Castellanos	
PARTE IV	229
REGLAS, NORMAS Y TRANSFORMACIONES	
CAPÍTULO 13.	231
Dispositivo metodológico crítico y transformador para delimitación del tema de investigación ‘suicidio en la escuela’ Gabriel Guajardo Soto, María Isabel Toledo Jofré, José Lledó Muñoz, Carolina Victoria Parra Chiang	
CAPÍTULO 14.	263
Salud mental como derecho: Los casos de implementación de las leyes de salud mental en Estados Unidos y Chile Alberto Larraín Salas y Teresa Abusleme Lama	
AUTORES Y AUTORAS	297

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AMIA	Asociación Mutual Israelita Argentina
APS	Atención Primaria de Salud
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVD	Años de vida perdidos por discapacidad
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
COSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
DEIS	Departamento de Estadísticas de Información de la Salud
DEIS-MINSAL	Departamento de Estadísticas de Información de la Salud del Ministerio de Salud. Chile
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	Estados Unidos de América
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FONASA	Fondo Nacional de Salud de Chile
Fundéu BBVA	Fundación del Español Urgente de BBVA
GLTBI	Gays Lesbianas, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales

INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
LGTB	Lesbianas, Gays, Transgénero y Bisexuales
LGTBI	Lesbianas, Gays, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales
LGBTTTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Travestis, Transexuales e Intersexuales
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile
MDS	Ministerio de Desarrollo Social, Chile
NTLLE	Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española
PAHO	Pan American Health Organization
PDI	Policía de Investigaciones de Chile
PNPS	Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Chile
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEA	Organización de Estados Americanos
OPS	Organización Panamericana de Salud
OMC	Organización Mundial de Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
RAE	Real Academia Española
RTC	Respuesta a Trauma Colonial
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SEREMI	Secretaria Regional Ministerial
SML	Servicio Médico Legal
UN	United Nations
WHO	World Health Organization
WoS	Web of Science

PARTE II.

VÍNCULOS Y RELACIONES

CAPÍTULO 4.

EL SUICIDIO MÁS ALLÁ DE LA LÓGICA DEFICITARIA. UN ESTUDIO DE CASO

Francisco Ojeda G.

El presente artículo se interroga acerca de la lógica deficitaria de la conducta suicida. Para ello se presentan tres argumentos teóricos: el suicidio anómico, la medicalización del suicidio y la lógica del paso al acto según el psicoanálisis. De esta manera se pretende superar la noción deficitaria, defectuosa o fallida de la conducta suicida, para proponer la lógica del exceso en el análisis del acto suicida de una adolescente de 16 años de edad, diagnosticada con Depresión y que realizó un intento de suicidio en su Colegio. Se discute respecto a la posición subjetiva y social del “no encajar”, así como el valor contingente e impredecible del desamparo durante un proceso suicida y los efectos coercitivos del ideal normativo de la masa social. Finalmente, se reflexiona respecto al lugar que tiene el sentido y el sin sentido en la vida de la adolescente, así como los dilemas éticos y políticos que se desprenden de las lógicas del sentido.

La lógica del déficit en el acto suicida

En su estudio sobre *El Suicidio*, Durkheim (1897) plantea un particular tipo de suicidio que resulta de especial interés para las ciencias sociales y la psicología, a saber el “suicidio anómico”. Durkheim lo define como aquel acto individual que emerge cuando una sociedad queda desprovista de las reglas que regulan la colectividad y el bien común, creando un estado excepcional y transitorio de desorganización, que produce las condiciones para una exaltación de las pasiones individuales. El concepto de anomia social le permite a Durkheim postular, de manera subyacente, un tipo de normatividad que asegura la regulación individual, es decir, el poder moral que preserva todo ordenamiento social.

Para este autor, la anomia se entiende como consecuencia de una inédita degradación del lazo social, expresado a partir de una progresiva

individualización de los propósitos. En este sentido, la anomia social manifiesta la ausencia o la falta de reglas y de regulación que afectan a los individuos, dando cuenta, de esta manera, la decadencia de la norma social, en la medida que declina la función de la ley y la autoridad moral sobre los individuos. Por esto mismo es que Durkheim (1897) va a plantear que todas las sociedades tienen una marcada inclinación a la anomia social principalmente porque, en virtud del crecimiento y las transformaciones aceleradas, cada sociedad pasa por períodos donde las normas que rigen el bien común vacilan, se desorganizan y dejan a sus individuos libres de disponer sus caprichos, incluso aquellos que pueden ser autodestructivos. Por lo tanto el tipo de “suicidio anómico” presenta una escena en la que se constataría una ausencia, vale decir, un déficit en las reglas que rigen y regulan el comportamiento individual. Dicho de otro modo, la autoridad moral de la ley –aquella que, de acuerdo con Durkheim (1897), mantiene cohesionado e integrado el lazo social– falla en su función mediadora y apaciguadora de las pasiones individuales, momento en el que algunos sujetos pueden realizar un acto suicida. Por lo tanto, desde este punto de vista sociológico el suicidio anómico circunscribe el acto como una consecuencia de la falla (o falta) en las normas y leyes que regulan el lazo social. Sin embargo, esta noción deficitaria del comportamiento individual no sólo se rastrea en los albores de la sociología moderna, sino también en el campo de la psiquiatría del siglo XIX, tiempo en que se comenzó a “medicalizar” la conducta suicida; es decir, considerada bajo los cambios en la noción de enfermedad mental, que promovían las teorías médicas y psicológicas de la época.

De acuerdo con Berríos (2008), durante el siglo XIX se libró el mayor debate médico y psiquiátrico respecto a la definición suicidio y su relación entre lo mental y lo social. Esta discusión tuvo como eje la fuerte influencia de tres grandes corrientes epistemológicas. Primero, la “opinión estándar” encabezada por el propio Esquirol, quien consideraba al suicida como un individuo que *“siempre estaba en un estado mental alterado, pero que esto podría ser sólo un sobresalto emocional breve y no una locura”* (Berríos, 2008, p. 542), entendiendo la locura como la principal enfermedad mental de su época. Segundo, la “tesis psiquiátrica” defendida por aquellos médicos y psiquiatras que consideraban al suicidio como un acto provocado *siempre* por un trastorno psiquiátrico. Y tercero, la “tesis social del suicidio” planteada por Durkheim (1897), que provocó la consideración de lo social, en el campo de la medicina y la psiquiatría como un nivel de explicación irreductible y omnipresente para el suicidio.

Durante esta época hubo un eje transversal en la discusión sobre la medicalización del suicidio, respecto a la noción de peligrosidad del acto ya sea auto o hetero destructivo. A partir de una revisión y análisis del texto *La evolución del concepto de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal del siglo XIX* de Michael Foucault (1978), se pueden obtener dos ideas fuerza al respecto. Primero el acto suicida y su intento, así como el acto criminal, comparten la característica de tratarse de una conducta desviada sin manifestación sintomática, salvo por la ocurrencia del acto propiamente tal; vale decir, allí donde se presuponía un funcionamiento normal, el acto es la única manifestación de un motivo oculto, desapercibido para los demás, que es interpretado como signo de una patología mental. Lo interesante aquí es la significación del acto en términos de un Trastorno Mental; dicho de otro modo, se produce un salto lógico desde el acto a su consideración como patognomónico de una condición patológica de lo "mental". Y segundo, son los médicos —es decir, los técnicos encargados de los peligros inherentes al cuerpo social— los encargados de evaluar, tanto el grado de locura (entendida como aquella fuerza interior, escondida en el sujeto y que no puede dominar) como la racionalidad del acto, es decir "el conjunto de relaciones que unen el acto a los intereses, a los cálculos, al carácter, a las inclinaciones, a los hábitos del sujeto" (Foucault, 1978, p. 48).

La peligrosidad como tal, constituye una paradoja entre las condiciones objetivas del peligro y el juicio moral respecto de las conductas, hábitos e inclinaciones de una persona (que se traduce en la evaluación "él o ella es peligrosa"); es decir, existe una evidente incertidumbre en lo que se define como "peligroso", porque la *prueba* del peligro sólo puede comprobarse luego de la ocurrencia del acto. De esta forma, la incertidumbre inaugura una brecha que separa el diagnóstico de peligrosidad y la realidad del acto. Por ello, dice Castel (1991), ante la peligrosidad potencial del acto suicida, los dispositivos sanitarios y de protección de la vida (que en último término representan a la sociedad en su conjunto) tienen la obligación de actuar para prevenir su ocurrencia e incidencia.

Con todo, la "tesis psiquiátrica" es la corriente que más desarrollo ha presentado en el campo de la salud mental, constituyéndose de este modo en la hipótesis que más consenso produce como causa del suicidio. Es más, el último Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM 5, 2013) postula una nueva categoría diagnóstica (de investigación) llamada Trastorno de la Conducta Suicida (*Suicidal Behavior Disorder*), la cual considera al intento de suicidio por

repetición como un trastorno mental en sí mismo; consolidando de este modo, la condensación entre acto y Trastorno Psiquiátrico.

En cierto sentido las teorías psiquiátricas sobre la conducta suicida sostienen, a grosso modo, que las perturbaciones mentales y sus diferentes Trastornos son provocadas por la interacción un conjunto complejo de factores individuales y sociales, que componen un escenario en donde el sujeto se encuentra en falta o desprovisto del funcionamiento “normal” de diferentes sistemas: desde los marcadores neurobiológicos hasta los psicosociales. De este modo, los estudios epidemiológicos contemporáneos han descrito que a nivel individual existe una fuerte asociación entre trastornos psiquiátricos y la conducta autolítica, dentro de los cuales los más frecuentes son los trastornos del ánimo y el consumo de alcohol y drogas; incluso se ha estimado que el 90% de los adolescentes fallecidos por suicidio presentaron un “trastorno depresivo” (Evans, Hawton y Rodham, 2004; Salvo y Melipillán, 2008). De modo similar, se ha descrito que el *perfil psicosocial* del sujeto suicida es un individuo que ha tenido una historia de: disfunción familiar, abuso sexual, alteraciones en el vínculo de apego, estilos de crianza permisivos, presencia de psicopatología parental, antecedentes de suicidios en la familia, dificultades de socialización en la escuela, víctima de “*bullying*”, deserción escolar, desesperanza y aislamiento social (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000; Shaffer y Pfeffer, 2001; Ruter y Behrendt, 2004; Gould et al., 2005; Rutter et al., 2008; Hamza, Stewart y Willoughby, 2012).

De cierta manera, estos factores de “riesgo” para la realización de un acto suicida, giran alrededor de la idea general del déficit, del desajuste y, finalmente, la anomia de un sujeto respecto a su relación con el medio social más amplio.

El acto suicida como presencia excesiva

El psicoanálisis ofrece elementos conceptuales que actúan como contrapunto a la hipótesis deficitaria del sujeto suicida, restituyendo la dignidad y el valor subjetivo que todo acto soporta en tanto producción singular de cada sujeto. En el *Seminario de 1962-1963* sobre la *Angustia*, Lacan (2007) plantea dos grandes conceptos que permiten profundizar acerca de la realización de un acto como el suicidio. Lacan plantea que, en determinadas condiciones, el sujeto se precipita en realizar un “paso al acto” o bien un “acting out”; los cuales, si bien tienen un estatuto diferente, no obstante comparten la materialidad del acto.

Para Lacan (2007), el “acting out” es ante todo un elemento de la conducta que se muestra y se hace visible, pero a modo de una verdad velada: “el acting out es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. El acento demostrativo de todo acting out, su orientación hacia el Otro, debe ser destacado” (Lacan, 2007, p. 136). El “acting out” se comporta como un síntoma, es decir que se muestra distinto a lo que es y está sujeto a la interpretación, por lo tanto es descifrable. A su vez, el “acting out” implica un sostenimiento que Lacan (2007) lo ejemplifica como un llevar de la mano, sin un quiebre abrupto entre lo que sostiene al sujeto en relación a su mundo social. Ahora bien, una de las principales características del “acting out” es que siempre se trata de un mensaje dirigido al Otro y contiene “un elemento altamente significativo, precisamente porque es enigmático” (Lacan, 1958, p. 428); enigma que actúa como una interpelación al Otro (alteridad radical para el sujeto que, en ocasiones, está representada por: los padres, la familia, las instituciones, la cultura).

En cambio, el “paso al acto” designa una dimensión radicalmente opuesta al “acting out”. Lacan (2007) define el “paso al acto” como un *dejarse caer* utilizando la fórmula con la cual Freud (1920) analizó el caso de la joven homosexual. Este último es el caso de una adolescente de dieciocho años de edad, bella, inteligente, proveniente de una familia respetada y aristocrática, que es llevada a consultar con Freud debido al disgusto que produce en su padre la inclinación amorosa de su hija hacia una “dama”, diez años mayor que ella y de mala reputación. Un día, mientras la joven y su dama paseaban por la calle, el padre se cruza con ellas y le lanza a la dama una mirada cargada de irritación y cólera. La dama, para quien la relación amorosa no era más que una diversión, le dice a la joven que está cansada, que la relación ya ha durado mucho, que no quiere meterse más en problemas y que deje de mandarle flores todos los días. Entonces la joven corre del lugar y se arroja a los rieles del tranvía.

Lo que se destaca en este caso es el desamparo de la adolescente ante el rechazo de la dama. Momento en el cual la joven se arroja a las vías del tren. El *dejarse caer* es la traducción de la palabra *niederkommen* que usa la joven para referirse a su acto, la cual es usada por Freud (1920) para analizar este caso ya que significa simultáneamente “caer” y “parir”. Precisamente la dimensión del parir y su correlato edípico –del deseo inconsciente de parir un hijo del padre– contiene para Freud todo el valor en el análisis de este caso como una psicogénesis de una homosexualidad femenina. Por ello, continúa Lacan (2007),

en el “paso al acto” se juega la precipitación del sujeto al límite de la escena, para bascular hacia su exterior. Movimiento que ocurre sólo gracias a que se produce una identificación absoluta o masiva del sujeto con el objeto, reduciendo al sujeto y quedando rechazado, deyectado y expulsado fuera de la escena que sostiene el Otro. Lacan va a señalar que esta identificación, consiste en una reducción imaginaria que toma la forma de objeto y se separa tajantemente del campo del Otro y, en consecuencia, “el sujeto retorna a aquella exclusión fundamental en la que se siente” (Lacan, 2007, p. 123).

Junto con este tipo de identificación, Lacan (2007) va a señalar que las condiciones previas para la realización de un “paso al acto” resultan del cruce entre el embarazo y la emoción. El embarazo, dice Lacan, se refiere al momento lógico, más allá del estar encinta, que apunta a la noción del *imbaricare*, es decir, de estar “em-barrado” (*embarras*). Se trata de un momento embarazoso, en donde el sujeto ya no sabe qué más hacer consigo mismo y no encuentra tras qué parapetarse. De este modo, lo que acontece es la presencia de un exceso, es decir, de algo que hay de más y que deja “embarrado” al sujeto a punto de caer, de desfallecer. Mientras que la emoción, por su parte, Lacan (2007) la utiliza de acuerdo con su dimensión etimológica, es decir en su relación con el movimiento (específicamente con el verbo *emovere* que significa retirar, desalojar de un sitio) y que emerge como un movimiento que deja fuera al sujeto. En tal sentido, la *emoción* acontece como resultado de una invasión pulsional en el sujeto que produce una precipitación catastrófica, a través de un movimiento abrupto y descoordinado. Por ello, tanto el embarazo como la emoción emergen como condiciones previas para que un sujeto realice un “paso al acto”.

El “paso al acto” pareciera ser la dimensión clínica y teórica más ajustada a la presentación del acto suicida en cuanto tal y que se produce en la medida que el sujeto se ve confrontado a una presencia excesiva que no le deja lugar para responder subjetivamente. Esta presencia excesiva, opera al modo en cómo se presenta y modula el desamparo para el sujeto. El desamparo o la *Hilflosigkeit*, según Freud (1926 [1925]) acontece a partir de la admisión del desvalimiento del sujeto que, sin resguardo, se expone abiertamente a la violencia traumática de las fuerzas que lo exceden. Freud destaca que una de las características principales del desamparo, es el carácter deficitario del aparato psíquico frente a la irrupción, real, de una presencia avasalladora de las barreras protectoras del mismo psiquismo. Sin embargo, años más tarde, Lacan en su *Seminario sobre El deseo y su interpretación* (1958-1959),

introduce una nueva forma de comprender la *Hilflosigkeit* superando de esta manera la noción deficitaria del desamparo freudiano.

Lacan (1959) va a plantear que ante la *Hilflosigkeit*, el sujeto queda en posición de estar “sin recursos” frente a la presencia del Otro y que constituye una reacción más primitiva que la producción de angustia. Estar “sin recursos” implica que el sujeto no disponga la hiancia, es decir la discontinuidad necesaria para que la subjetividad tenga un espacio posible entre el sujeto y el Otro, con la cual el sujeto pueda introducir su deseo. Más bien, lo que Lacan muestra es que en el desamparo, el Otro se vuelve hiper-presente, es decir, se presenta como una alteridad cuya presencia se hace excesiva, ya sea bajo la figura avasalladora (es decir, como cercanía invasora) o como presencia vacía (como una lejanía negligente). Cualquiera sea el caso, esta omnipresencia del Otro deja al sujeto “sin recursos”, quedando perturbado e impedido para tomar alguna acción de resguardo que asegure la propia subjetividad (Radiszcz y Bralic, 2011). Esta noción del “sin recursos” permite superar la visión deficitaria de las manifestaciones del desamparo y logra precisar el tipo de relación que ocurre entre el sujeto y el Otro, que reduce al sujeto a su estatuto de objeto excluido del lazo con el Otro y, de esta manera, para servir a su eyección.

En suma, a partir de los antecedentes teóricos revisados este artículo pretender proponer un debate empírico y teórico acerca de la noción generalizada del acto suicida desde la lógica del déficit, a través de la exposición de los resultados de una investigación¹ que estudió en profundidad el proceso suicida de una adolescente.

Indagar sobre el fenómeno del suicidio en adolescentes se considera relevante debido a que uno de los principales cambio en el “régimen del suicidio”, se relaciona con la inversión de las tasas en base a las generaciones; es decir, se han incrementado las tasas de suicidio en poblaciones más jóvenes, cuando históricamente el suicidio se había presentado mayoritariamente en adultos y adultos mayores (Baudelot y Establet, 2006). Se ha descrito que estos cambios en las tasas de suicidio según la edad, podrían ser resultado de una redistribución del estatus social de la adolescencia, que se relacionan con un cambio

¹ Ojeda, F. (Sin publicar). Historia de una caída. Estudio de caso sobre la trayectoria sociobiográfica de una adolescente suicida. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil. Universidad de Chile, Santiago: Chile.

selectivo y dinámico de los recursos y reconocimiento social (Chauvel, 1997; Phillips, 2014). En los últimos años, en Chile se ha observado un brusco aumento del suicidio en el rango etario entre los 15 y 19 años, estimándose que nuestro país duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio comparado con otros países de Latinoamérica y el Caribe (Echávarri, Maino, Fischman, Morales y Barros, 2015).

Por lo tanto, resulta interesante preguntarse sobre los cambios sociales que han afectado la vida y las experiencias adolescentes, que encuentran en el suicidio una forma para expresar las transformaciones sociales (Le Breton, 2012). Es precisamente, la posición ambigua que ocupa la adolescencia en el lazo social, en tanto depositario de las utopías y distopías de la sociedad (Radiszcz, 2014), que emerge como terreno especialmente sensible para las manifestaciones del malestar subjetivo en nuestra cultura.

Metodología

Se realizó una investigación cualitativa, de carácter exploratorio, comprensivo con el diseño de un estudio de caso único (Stake, 1994; Yin, 1994; Nock, Michel y Photos, 2014). Para ello, se contactó a un Centro de Salud Mental de la Región Metropolitana y se procedió a seleccionar un caso de un adolescente que tuviera entre 15 y 19 años y que se encontrara iniciando o desarrollando un tratamiento ambulatorio. No se consideraron aquellos casos en que el o la adolescente se encontrara desescolarizado/a; que tuviera consumo de alcohol, drogas o que estuviera diagnóstico de un trastorno psiquiátrico severo (como esquizofrenia, patología dual o psicosis); y que no presentase una deficiencia intelectual moderada a severa.

El caso seleccionado fue una adolescente de 16 años diagnosticada con depresión, quien había realizado un intento de suicidio en su colegio y que fue hospitalizada en dos Hospitales en la ciudad de Santiago. Esta adolescente vivía con su familia en una comuna vulnerable del sector Sur Oriente de la capital y la situación socioeconómica familiar se encontraba por sobre la media comunal.

Los datos recolectados fueron a través de entrevistas abiertas con los participantes: la adolescente, los padres, el hermano mayor, la psiquiatra y la directora del colegio. El carácter abierto de las entrevistas implicó sostener una conversación dialógica, coloquial (Martínez, 2006) y tuvo como objetivo reconstruir el proceso suicida, enfatizando la incidencia

que tuvieron las prácticas realizadas por la familia, la escuela y los centros de salud específicamente. Los datos fueron organizados a partir de unidades temáticas obtenidas de cada entrevista. Luego se construyó una matriz de categorías seleccionadas que se aplicaron al conjunto de las entrevistas, logrando construir un relato único respecto al proceso suicida de la adolescente. Finalmente, se realizó un análisis narrativo (Stephens, 2011; Stephens y Breheny, 2013).

Resultados

A continuación se presenta parte del relato sociobiográfico de la adolescente a quién llamaremos Marcela. Este relato pretende describir y comprender las condiciones bajo las cuales se presenta el acto suicida, considerando las relaciones entre el individuo y lo social.

Marcela tenía casi 15 años cuando se quiso suicidar intentando saltar del tercer piso de su colegio. Ese año Marcela cursaba octavo básico y se preparaba para finalizar la enseñanza básica. Durante su escolaridad, siempre trató de destacar como “buena alumna”, pese a no tener las calificaciones más altas de su curso, sin embargo intentaba por todos los medios en hacer las cosas “bien” como le gustaba decir. Para ella ser “buena alumna” implicaba que no la retaran en público o le llamaran la atención por alguna equivocación, si esto ocurría ella se avergonzaba: “no sé por qué... que me dijeran algo... era como ‘estoy haciendo algo mal’... entonces como yo siempre hice entre comillas las cosas bien, me daba vergüenza”. La Directora del colegio, la describía como una alumna “que uno la veía súper alegre, normal, como el resto”.

En ese tiempo, Marcela vivía con sus padres y uno de sus dos hermanos mayores. El primogénito de la familiar no vivía en casa a causa de un conflicto familiar: hace algunos años atrás desapareció y estuvo varios meses sin comunicarse con su familia. Esta situación afectó a la familia de Marcela (en especial a su madre) transformando las dinámicas y relaciones al interior de la familia. Si bien el hijo aparece unos meses posteriores a su desaparición, no obstante Marcela se dio cuenta que “ya nada sería como antes”.

Marcela nació siendo “la única” en su familia. Ella era la hija menor de sus padres y tenía más de quince años de diferencia con sus hermanos mayores. A pesar que creció y se desarrolló sin mayores complicaciones, ella tenía la sensación de “no encajar” en su familia:

“...me decían ‘pero Marce ¿por qué jugai a la muñecas?, ¿por qué?, si tu erís grande. Compórtate como grande’ y cuando yo, por decir, pololié por primera vez ‘pero Marce cómo estay pololeando si erí muy chica, cómo estay haciendo esto’. Entonces siempre me decían ‘es que erí muy grande, es que erí muy chica’ (...) Y yo pensaba: pero ¿por qué tanto les molesta como soy? Les molestaba que hablara, que no hablara, que estuviera sola, que no estuviera sola. Entonces como que todos me fueron como aplastando”.

Marcela se dio cuenta de que ella no encajaba, “cuando nació mi prima, ahí fue cuando totalmente yo me di cuenta que era diferente”. Tenía cerca de cuatro años cuando nació su prima materna y ella sintió un desplazamiento significativo: “yo era el centro de atención y nació ella, y ella era el centro de atención”. Este sentimiento de “no encajar” de a poco se fue extendiendo a sus círculos sociales, especialmente con sus pares en el colegio.

Marcela recuerda que entrada la pubertad empezó a ser molestada permanentemente por sus compañeros y compañeras, a causa de sus preferencias musicales y su apariencia física. Recuerda “mis compañeros me quitaban mi celular y me borraban las canciones. Mis compañeros, me ponían, me enviaban música de reggaetón. Y me acuerdo que a mí me cargaba eso, yo no lo soportaba”. Ella prefería escuchar música ochentera, la cual había heredado de sus hermanos. También recuerda que le decían:

“...que yo era muy flaca. Me decían que yo era anoréxica. Me decía palillito, palitroque, me decían de todo (...) Cuando me decían flaca yo lo único que, lo único que yo hacía era comer, comer y comer. Siempre tuve ese problema, que me decían: ‘oye que soy flaca’ y yo me decía: ‘no soy flaca, no soy flaca. Yo como, yo como’. Y después era como ‘erí gorda’, ¡ay! ya no soy gorda: soy gorda, soy gorda. Entonces la gente nunca está como contenta con uno”.

Marcela tenía pocos amigos y amigas. Para ella sus compañeras eran consideradas como “muy perras y envidiosas”. Según Marcela la envidia se producía, por ejemplo, cuando “si te vestís con una amiga, ella va a decir ‘ay qué linda tu ropa’, la va querer y te va a envidiar”, por lo tanto “le voy a caer mal porque tenís mejores cosas que ella”. Por eso Marcela ha preferido juntarse con amigas a quienes considera que “no son femeninas” y así evitar este tipo de problemas.

Sobre esto último, Marcela trata de luchar contra una serie de estereotipos sociales asociados a la mujer y que estaban soportados por el discurso materno: “tienes que ser una dama”. Esta imagen no calzaba con la que Marcela tenía de sí misma, en la medida que ella no se consideraba como “estas niñas que se preocupan de peinarse, de verse bien (...) tampoco soy de sentarme tan femininamente”. En cierto sentido, ella vivía un conflicto con las reglas que rigen las expresiones femeninas: “o sea, no hay que siempre seguir las reglas. O sea, si alguien dice que un pepino en la cabeza va a ser femenino ¿todos van a querer usar el pepino en cabeza? Yo no soy así”.

Marcela tenía como 14 años cuando su madre la observó desanimada, cansada e insomne: “parecía un *zombie*. Sentía que ella estaba muy colapsada. Entonces a la edad de ella yo no entendía por qué ella estaba tan colapsada; si se supone que uno a los 13 años está con toda la energía del mundo” recuerda la madre. Su padre, pensaba que este cambio en el carácter de su hija se debía a que “nosotros la teníamos muy arrinconada aquí. No la dejábamos salir a ningún lado, ninguna cosa. Nada. Yo pienso que si bien la presión a ella la tenía así. Yo pienso que se sentía sola”. Dado lo anterior, consultan en medicina familiar y Marcela fue diagnosticada con un Trastorno Depresivo, iniciando un tratamiento con fármacos y psicoterapia. Pese a ello, ella consideró que el tratamiento en salud mental no le funcionó:

“...yo pienso porque igual tuve un intento de suicidio. O sea sí funcionó. Me gustaba ir, me hacía dibujar, pero en sí había algo en mí que yo no podía decir o quizás... no encontraba palabras, no me sentía preparada para decirlo”.

Marcela hizo dos intentos de suicidio bastante singulares: en su casa y en el Colegio. El primer intento de suicidio sucedió casi un año antes del acto suicida en el Colegio. En dicha oportunidad, Marcela recuerda que en ese tiempo peleaba muy seguido con su madre “lo que más me molestaba era que yo a veces le ayudaba en la casa y mi mamá donde iba decía que yo era floja, que yo no ayudaba; la verdad me molestaba, me molestaba demasiado”.

Un día, luego de una discusión muy intensa con su madre, Marcela se quedó sola en su casa a la espera de una “cita” virtual con un adolescente ecuatoriano que contactó por medio de una “amiga de *Facebook*”. Marcela comenzó a pensar en las continuas peleas con su madre, hasta que se desesperó y se dijo “si tanto pelea, tanto que habla que soy floja

voy a demostrarle que soy totalmente floja y voy a dormir para siempre” y fue a buscar una cuerda.

Sentada frente al computador intentaba hacer un nudo para ahorcarse, pero no lograba atar bien la cuerda. En eso el adolescente se conectó por *Skype* y le habló. Si bien Marcela estaba triste, no obstante se animó en responderle; le dijo que se iba a ir y su interlocutor “dijo ‘¿pero por qué?’ y le dije que: ‘*me tengo que ir a un mejor lugar*’. Creo que él entendió el mensaje bastante rápido, porque las personas normalmente no lo entienden”. Marcela recuerda que el adolescente comenzó a decirle que no se matara, empezó a hablarle de lo difícil que es la vida y le contó que su madre lo había abandonado cuando era pequeño. Esto causó sorpresa en Marcela, provocando su deseo para hablar, dejando la cuerda de lado y dando inicio a una profunda conversación.

El segundo intento de suicidio ocurrió en el Colegio. Durante la mañana de ese “fatídico día” como lo nombra la madre, Marcela se encontraba en clases de Lenguaje:

“...yo estaba bien haciendo mi trabajo, la verdad es que me estaba quedando súper bien. Y la cosa es que un compañero me manchó el trabajo y me dijo unas cosas que me estaba quedando feo. Y yo no sé qué me pasó, mil pensamientos por la cabeza, rompí el trabajo y le pedí permiso a la profe para ir al baño”.

Al salir de la sala de clase se dirigió al tercer piso del edificio. La pena inundaba su cabeza y sólo tenía deseos de llorar. Encontró alivio y consuelo en su soledad. Lloraba tranquilamente hasta que vio a un amigo algunos años mayor que ella. Hace unos meses atrás, aquel amigo la había retado porque observó que Marcela tenía cicatrices de cortes en los brazos. Al retarla, le contó que él también se había cortado y quería advertirle que esas marcas duraban muchos años, por lo cual deseaba que ella se detuviera. Al verlo pensó:

“...como habíamos peleado yo ya como que no tenía esa confianza de ir y decirle que necesitaba un abrazo, que necesitaba ayuda. Yo creo que si lo hubiera dicho, no me hubiera subido a la baranda. Pero no se lo dije. No le dije que necesitaba ayuda. Me saludó, me abrazó y se fue... Y cuando yo lo perdí de vista, miré la baranda, busqué como subirme y miré a ver si había alguien y como no había nadie, corrí. En unos segundos yo estaba parada en la baranda, donde si daba un paso, caía. Yo me creía un ángel. Una suicida. Intenté volar, pero no alcancé”.

Al borde de la baranda Marcela pensaba “ya no puedo seguir con esto”. En ese momento fue abordada por una docente, quien habría sido alertada por sus alumnos mientras hacía clases en el laboratorio de ciencias. La profesora le habla y le pregunta cómo se siente y qué es lo que quiere hacer. Marcela responde “¡Saltar!”. Ante su respuesta, la docente trata de persuadirla, sin embargo Marcela insiste en que “las palabras no cambian nada, que las personas seguían iguales” y justo cuando se preparaba para saltar de la baranda, apareció un auxiliar de servicio que la tomó por la espalda y la bajó de ahí: “cuando me afirmé, yo dije *‘qué estoy haciendo, mi familia, mis estudios, mis sueños, todo’* y le ayudé a bajarme. No me opuse”.

Al día siguiente, la madre acudió con su marido y su hija al Centro de Salud Familiar (CESFAM) para pedir ayuda. Los profesionales que los recibieron resolvieron, con el consentimiento de los padres y de Marcela, hospitalizarla debido a que consideraban que Marcela era “un peligro para sí misma”, según recuerda la madre. De igual forma:

“...yo dije que sí [a la hospitalización] porque iba a estar con especialistas y no iba a estar aquí en la casa. Que iba a estar sola. Que me iban a cuidar (...) mi mamá iba a estar un poco más tranquila de que me estaban tratando”.

Marcela fue hospitalizada casi veinte días. Primero en un Hospital de referencia, en donde estuvo esperando el cupo para una unidad especializada de psiquiatría; y segundo, en un Hospital especializado. Finalmente se le otorgó el alta médica y fue derivada a un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), en donde es diagnosticada con Depresión Bipolar e inicia tratamiento psiquiátrico y psicológico.

De este modo, el proceso suicida de Marcela comienza una etapa de “recuperación” a partir del tratamiento de su patología psiquiátrica. El diagnóstico le permite a Marcela reducir y circunscribir el sentido existencial y caprichoso de sus actos, articulados una categoría médica con la cual logra otorgar un nuevo sentido a los hechos ocurridos. De modo tal que la Depresión se le ofreció como una nueva significación que le permitiría identificarse, comprenderse a sí misma y mirar su historia retrospectivamente:

“...habían momentos en que yo podía estar muy feliz y de la nada, en un dos por tres, yo estaba llorando, estaba enojada, me cambian los estados de ánimo muy rápido (...) la Depresión Bipolar

yo lo encontré que era más real, porque a veces mi depresión no era estar triste, sino era como: '*¡ay!, voy a salir adelante con mi familia*', pero al rato después: '*no, no puedo salir adelante, no puedo, estoy mal*'. Entonces era como '*¿qué me pasa?*'. Porque era así y al rato de otra forma. Era extraño”.

Sin embargo, y a pesar de la estabilización conductual y emocional que logró con el apoyo médico y psicológico, Marcela igualmente siente que le da:

“...miedo volver a *caer* en depresión como antes (...) pero siento que estoy como curando recién mis heridas que tengo al caerme, siento que ya no estoy en el hoyo, pero que aún tengo heridas que sanar. Entonces el miedo es volver a caer en el hoyo de la depresión y no poder salir”.

Discusión y conclusiones

El caso de Marcela ofrece un relato situado en un contexto particular, capaz de reflejar la singularidad, las tensiones y dificultades vividas por una adolescente durante el curso de su proceso suicida.

El primer elemento que resalta del caso de Marcela es la posición social y subjetiva del “no encajar”. Este enunciado puede ubicarse como uno de los principales vectores del desajuste respecto a los grupos sociales más significativos para ella: su familia y sus pares. Una primera lectura de este hallazgo es circunscribir este “no encajar” como signo de una falla o algún desajuste respecto a las normas que rigen y mantienen cohesionado al sujeto en su vida social. Sin embargo, atendiendo a la historia singular de Marcela “no encajar” se relaciona directamente con “ser la única” articulándose en lo que se podría llamar una identificación paradójica: ser la única frente al Otro (padre, familia, grupo de pares) es también ser la que no encaja. En este sentido, “ser la única” da forma y consistencia al “no encajar” en la medida que para Marcela *no encajar* es una forma de seguir siendo “la única” y esto dificulta sus relaciones interpersonales.

Junto con lo anterior, para Marcela “no encajar” con los demás, no surge a consecuencia de una falta de ajuste a las normas o a las regulaciones con el grupo social, sino más bien surge como consecuencia de “ser la única” en su mundo social y de lo cual se desprende un ordenamiento normativo: para ser la única, la especial, debe diferenciarse de los signos

masivos que regulan el colectivo. Sobre este punto se puede situar el conflicto con los pares y bullying escolar.

Una de las principales y evidentes características del acoso y hostigamiento escolar, es la rivalidad imaginaria entre el yo y el otro (el semejante); competencia agresiva que deriva en una exclusión de las partes dentro de la masa, es decir “tú o nosotros”. Las situaciones descritas por Marcela dan cuenta, por ejemplo, de cómo los atributos del cuerpo o los gustos personales posibilitan una distinción entre el yo y la masa grupal: donde todos escuchan *reguetón*, ella prefiere escuchar música de otra década; ahí donde lo femenino debe tomar la forma de una “dama”, ella prefiere modos “no tan femeninos”. Esta situación revela el carácter violento y coercitivo de la relación del sujeto con el grupo social: Marcela es agredida y violentada por ser “la especial” que no responde a las lógicas normativas y homogéneas de la masa social. En este sentido, se observa que el grupo sostiene un ideal normativo, en virtud del cual, se produce una segregación de todo aquello que se diferencie o se distancie de la norma. Esta situación no podría leerse en clave de la anomia social, más bien, el bullying para este caso pone en evidencia la fuerza coercitiva del ideal de la masa sobre el sujeto, que pretende homogenizar los cuerpos, los estilos de música, la ropa y, finalmente, las formas de ser².

Otro elemento significativo del caso son las condiciones para la emergencia de las tentativas suicidas. Los dos intentos de suicidio de Marcela son bastante claros y revelan la estructura, en términos lógicos, de la producción de un “paso al acto” (pese a que en la escena frente al computador, el acto está revestido con un valor demostrativo que lo acerca al “*acting out*”). Sin embargo, en ambos casos la lógica subyacente al “paso al acto” está operando. Lo que caracteriza el “paso al acto” de Marcela es una identificación masiva (Lacan, 2007) con el objeto que se desprende del enunciado del Otro, específicamente, cuando el Otro le dice a Marcela: “floja” y “feo”. Marcela lo expresa con bastante claridad cuando señala: “le voy a demostrar que soy *totalmente* floja”.

De acuerdo al caso, Marcela recibe con cierta violencia las palabras “floja” y “feo”, creando una situación subjetiva que se podría localizar

² La violencia normativa del ideal de masa, también se desprende de la imposición materna “debes ser una dama” dentro de los cánones tradicionales del género femenino. El discurso materno encarna y soporta el ideal del patriarcado, el cual es rechazado y resistido por la hija.

a partir de la lógica del desamparo o *Hilflosigkeit* (Freud, 1926 [1925]; Lacan, 1959). Cuando Marcela se identifica *totalmente* a eso que el Otro le ofrece, queda “sin recursos” para responder subjetivamente. Allí acontece el desamparo. Lo que se observa en el caso es un hiper-identificación, es decir una identificación excesiva con eso “feo” (abandonado, rechazado) y “flojo” que ya no tiene lugar en el campo del Otro; “floja” y “feo” se presentan como operadores de un exceso de sentido que desaloja al sujeto de su lazo con el Otro.

El desamparo aquí emerge como consecuencia de una presencia demasiado consistente, robusta y completa del Otro, que reduce al sujeto a un objeto que sale eyectado de la escena. Por esta razón es que los sentidos “floja” y “feo” se vuelven hiper-presentes y no dejan espacio para nada más, provocando tanto el embarazo como la emoción necesaria para realizar un “paso al acto”. Para Marcela el desamparo se presenta modulado por una afectación real en donde no opera ningún recubrimiento imaginario o simbólico, por lo cual resulta imposible anticipar o prevenir el acto suicida, porque el desamparo no se constituye como propio a ningún sujeto en particular, ni a ninguna configuración social específica. Más bien, lo que se observa en este caso es la ausencia de garantías para anticipar la aparición de la *Hilflosigkeit*, dado que el efecto de desamparo no responde a la lógica de lo calculable, de lo maleable desde el punto de vista de la gestión del riesgo. Más bien, su irrupción viene a mostrar e indicar el fracaso de los modelos preventivos.

Lo cierto es que el desamparo irrumpe en la vida de Marcela como fenómeno liminar de su experiencia subjetiva, donde queda anulada cualquier barrera protectora o inhibitoria y la precipita a una estrepitosa caída fuera del lazo social.

Si los procesos identificatorios se vuelven tan presentes en el proceso suicida, es porque Marcela es una adolescente particularmente sensible a la producción de sentido. Su actuar en el mundo social está orientado por un régimen continuo de producción de sentidos en su relación a los demás: siendo buena alumna, la única, la especial y la que no encaja. La paradoja del ser “la única” y “la que no encaja” representa un orden de sentido suficiente para sostenerse en relación al Otro. Sin embargo, el problema se presenta cuando las cosas pierden sentido y ocurre el paso del sin sentido (*nonsense*), al fuera del sentido (*without sense*), en tanto condicionan el destino del desamparo y la realización del acto suicida.

“Sin sentido” y “fuera de sentido” no son para nada lo mismo. Más bien, existe una diferencia entre *nonsense* y *without sense*, toda vez que ambos destinos del sentido difieren desde el punto de vista estructural. El nonsense es el reverso del sentido, es aquello que está articulado a la lógica misma del sentido y que es por entero complementario al sentido (Deleuze, 1994). Dicho de otra manera, se trata de lo que Freud designó como lo inconsciente, en virtud del cual surgen fenómenos “sin sentido” que, como los lapsus, los sueños, los síntomas, son plenos de sentido, entonces la dificultad radica más bien, en cómo se restaura el sentido.

Si se adoptara la posición de Durkheim (1897), respecto de la anomia social, bastaría con introducir reglas, normas y leyes que fortalecieran el sentido, es decir la cohesión social, en pos de encausar la conducta individual³. Lo problemático de este horizonte es caer en la hegemonía del sentido (común) y la violencia simbólica que éste ejerce sobre otros sentidos subalternos.

Lo que se presenta como especialmente crítico y sensible en el relato de Marcela, es la presencia excesivamente robusta del sentido; dicho de otro modo, se trata de un sentido que, en sí mismo, es alienante al discurso de los padres, el colegio, la salud mental, a los compañeros. Para este caso el problema es que el sentido es profundamente totalitario, lo que produce que la “lógica del sentido” se presenten bajo de la figura de una serie de repeticiones rígidas que no dejan ni lugar, ni espacio al “sin sentido” de las experiencias subjetivas. En esos momentos Marcela sale eyectada de la escena simbólica (social si se prefiere) que la mantiene enlazada con los demás. El “sin sentido”, en el caso de Marcela, no tiene lugar dentro de la dialéctica con el sentido: el chiste, la broma, la metáfora o simplemente el malentendido, no tiene espacio; por ello el sentido se presenta como hiper-presente, totalizantes y dominante (por ejemplo: totalmente floja, totalmente feo, totalmente afuera, totalmente depresiva). Dicho de otro modo, en este caso se observa que la presencia excesiva del sentido ocasiona que el sujeto quede “fuera del sentido”, excluido y marginado.

Es por esto que el “fuera del sentido”, o sea el *without sense*, se asemeja de manera más precisa a la *Hilflosigkeit* propiamente tal, es decir a

³ Por ello resulta preocupante que las políticas públicas enfocadas en la adolescencia, busquen robustecer los marcos normativos para *enrielar* una adolescencia *descarriada* del orden social, a través de dispositivos de control y vigilancia de la conducta *anómica* de los y las adolescentes.

encuentro como lo real de la experiencia del sujeto. Este “fuera del sentido” expone a Marcela a la producción de un “paso al acto”; dicho de otro modo: en este caso se observa que la presencia excesiva del sentido ocasiona que el sujeto quede “fuera del sentido”, excluido y marginado del lazo social. De esta forma, el desamparo hace presente un problema que concierne a lo real de la experiencia subjetiva, es decir esa porción irreductible a las dimensiones imaginarias (identificadorias) y simbólicas⁴. Entonces ¿qué implicancias trae considerar los actos suicidas como fuera del sentido? Y en consecuencia ¿cómo pensar el acompañamiento y escucha con adolescentes cuando se presentan situaciones en donde hay una ausencia radical del sentido para la existencia?

Quisiera finalizar con una última reflexión a partir del problema político del sentido. Al considerar la adolescencia en su versión degradada y deficitaria, bastaría sólo con robustecer los sentidos normativos de manera que orienten y conduzcan la conducta individual. Sin embargo asumir esta dirección, en el trabajo de escucha y acompañamiento de adolescentes, cargaría con el sesgo político y normativo que conlleva todo orden de sentido hegemónico. Es decir, implicaría reducir las producciones singulares del sujeto adolescente a un déficit, que en el caso de Marcela sería como considerar que su proceso suicida se reduce en un caer en depresión a consecuencia de un déficit, una vulnerabilidad, un riesgo y una fragilidad individual.

En consecuencia, mientras se sostenga una noción deficitaria del sentido a las vivencias del adolescente, sólo bastaría con producir más sentido para regular la integración del sujeto a los ideales sociales; es decir, dispositivos y maquinarias para producir sentidos de vida, que no diferirían mucho del modo en que opera la religión como ética de trabajo. El desafío más bien pareciera orientarse en cómo sostener la subjetividad adolescente ante el indudable problema ético con lo real de la experiencia subjetiva, en especial cuando la ausencia de sentido despierta perplejidad, embarazo, emoción, angustia y desamparo.

⁴ Este “fuera del sentido” nos plantea un problema teórico y empírico: ¿el “fuera del sentido” se encuentra ya prescrito en las normas que rigen la formación del sentido?, o ¿el “fuera del sentido” es una falla dentro de la norma?

Referencias bibliográficas

- Baudelot, C. y Establet, R. (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris: Seuil.
- Berrios, G. (2008). La autoagresión. En G. Berrios (2008). *La historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. En G. Burchell, C. Gordon y P. Miller (eds.) (1991). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Chauvel, L. (1997). L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge. Effet de génération ou recomposition du cycle de vie?. *Revue française de sociologie*, 38(4): 681-734.
- DSM-5 (2013). Emerging measures and Models. En *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, V.A.: American Psychiatry Association.
- Deleuze, G. (1994). *Lógica del sentido*. Barcelona: Paidós.
- Durkheim, E. (1897). El suicidio anómico. En E. Durkheim (2012). *El Suicidio. Un estudio de sociología*. Madrid, España: Akal universitaria.
- Echávvarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S. y Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Centro de Políticas Públicas UC*, 79(10): 3-14.
- Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Foucault, M. (1978). La evolución del concepto de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal del siglo XXI. En M. Foucault (1999). *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Vol. III*. Buenos Aires: Paidós Básica.
- Freud, S. (1920). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En S. Freud (2008). *Obras Completas* Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926 [1925]). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud (1992). *Obras Completas* Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gould, M., Marrocco, F., Kleinman, M., Graham, J., Mosthoff, K., Cote, J. & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 193(13), 1635-1643.
- Hamza, C.A., Stewart, S.L. y Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-485.
- Lacan, J. (1958). Clase del 21 de mayo: El obsesivo y su deseo. En J. Lacan (2009). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (1959). Clase del 10 de Junio: La dialéctica del deseo en el neurótico. En J. Lacan (2014). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 10: La Angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3), 183-191.
- Le Breton, D. (2012). *La edad solitaria: Adolescencia y sufrimiento*. Santiago: LOM ediciones.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 123-146.
- Nock, M.K., Michel, B.D. y Photos, V. (2007). Single-Case Research Designs. En Mckay, D. (2007). *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Phillips, J. (2014). A changing epidemiology of suicide? The influence of birth cohorts on suicide rates in United States. *Social Science & Medicine*, 114, 151-160.
- Radiszcz, E. (2014, octubre). De la naturaleza de la adolescencia: del cuerpo biológico al cuerpo social. Ponencia presentada en el Tercer Coloquio Chileno-Francés en Psicoanálisis y Ciencias Sociales: "Cuerpo", Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Radiszcz, E. y Bralic, A. (2011). "¡Te lo perdiste!" Acerca del terremoto y de sus elaboraciones. *Revista Anaes*, 7(1): 87-104.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (5ª edición). Massachusetts, USA: Blackwell Publishing.
- Salvo, L. y Melipillán R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2), 115-123.
- Shaffer, D. y Pffefer, C. (2001). Practice parameters for the assesment and treatment of children and adolescent with suicidal behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 40(7), 24-48.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Morata.
- Stephens, C. (2011). Narrative analysis in health psychology research: personal, dialogical and social stories of health. *Health Psychology Review*, 5(1), 62-78. DOI: 10.1080/17437199.2010.543385
- Stephens, C. y Breheny, M. (2013). Narrative Analysis in Psychological Research: An Integrated Approach to Interpreting Stories. *Qualitative Research in Psychology*, 10(1), 14-27. DOI:10.1080/14780887.2011.586103
- Yin, R.K. (1994). *Case Study Research: design and methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage. Recuperado de <http://www.madeira-edu.pt/LinkClick.aspx?fileticket=FGM4GJWVTRs%3D&tabid=3004>