



Hay una lágrima sobre el teléfono. Técnicas telefónicas para la gestión de las emociones en un Centro de Asistencia al Suicida de la ciudad de Córdoba

Santiago Manuel Romero

Question/Cuestión, Nro.68, Vol.3, abril 2021

ISSN: 1669-6581

URL de la Revista: <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/>

IICom - FPyCS - UNLP

DOI: <https://doi.org/10.24215/16696581e531>

Hay una lágrima sobre el teléfono

Técnicas telefónicas para la gestión de las emociones en un Centro de Asistencia al Suicida de la ciudad de Córdoba

There is a tear on the phone

**Telephone techniques for the management of emotions in a Suicide
Assistance Center in Córdoba city**

Santiago Manuel Romero

Universidad Nacional de Córdoba

Argentina

santiago.romero@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-4440-6761>

Resumen

El Centro de Asistencia al Suicida (CAS) de la Ciudad de Córdoba es una ONG que ofrece un servicio de contención telefónica para *personas en crisis*, así como talleres de prevención en escuelas del nivel medio. En mi pesquisa etnográfica me propuse indagar las formas de gobierno de la vida y su productividad en la ciudad de Córdoba, a partir del análisis de dichas técnicas de *asistencia* y *prevención* del suicidio.

La profilaxis telefónica del suicidio y de *situaciones de crisis*, implicaba el aprendizaje de técnicas específicas de entrevista y conversación, el uso y modulación de tonos de voz y silencios por las voluntarias. En este trabajo me propondré describir y analizar esas técnicas telefónicas considerando que involucrarían modalidades específicas de *gestión de las emociones*. En la telefonía, las voluntarias del CAS intentaban *hacer pensar* a las y los consultantes que marcaban su número telefónico mediante la manipulación de sonidos y silencios y orientaban hacia un ordenamiento del relato que habilitara un enfriamiento del estado crítico inicial.

Palabras clave: Suicidio – Emociones – Gobierno – Técnicas – Etnografía.

Palabras iniciales

El *Centro de Asistencia al Suicida y la Persona en Crisis* (CAS) de la ciudad de Córdoba es una asociación civil conformado por un grupo de voluntarias (1) cuyas actuaciones se orientan a la evitación del suicidio desde mediados de los años 80'. Mi trabajo final de licenciatura en antropología (2) tuvo como objetivo indagar acerca de las formas de gobierno de la vida y su productividad en la ciudad de Córdoba actual, a partir del análisis de las técnicas de 'asistencia' y 'prevención' del suicidio

del CAS. Al encarar esa pesquisa me propuse explorar las potencialidades de pensar los ejercicios de poder accionados por las voluntarias del CAS en vinculación a lo que Michel Foucault denominó *Gubernamentalidad* (2006 [1978]; 1988), analizando las técnicas específicas accionadas por ellas. El entendimiento foucaultiano contribuye a desmontar el sentido común respecto del gobierno. Las acciones de gobierno incidirían sobre las posibilidades de acción de las conductas de los sujetos sobre los que actúa. Estas acciones sólo en última instancia obligan o impiden, más bien se caracterizan por su carácter positivo, esto es: las acciones de gobierno incitan, seducen, inducen, facilitan o dificultan (Foucault 1988). Gobernar sería entonces una conducta que tiene como objetivo otra conducta. Según el autor las técnicas y tácticas de gobierno son difusas y ejercidas por una multiplicidad de agentes, no sólo por el estado. En esta dirección consideré que podían ser aprehendidas las técnicas de gobierno accionadas por las voluntarias del CAS, que a su vez pueden ser entendidas como parte de las estrategias de gubernamentalidad ejercidas actualmente en Córdoba (Romero, 2019).

Invocando la premisa de Foucault (1988) respecto a estudiar el *cómo* del poder partiendo de sus ejercicios, mecanismos y efectos en niveles capilares, me embarqué en una investigación etnográfica orientada a aprehender las técnicas empleadas por las voluntarias en pos a la evitación de prácticas suicidas o autodestructivas. Considerando que dichas técnicas, como ejercicios de poder, repercutirían en la (co)producción de subjetividades (Foucault, 1988; Butler, 2003; Blázquez & Lugones 2014). Las dos principales actividades de las voluntarias del CAS consistían en un *servicio de contención telefónico*, para el cual contaban con dos líneas telefónicas, y *talleres de prevención* orientados a la población adolescente de las escuelas del nivel medio de la ciudad. En este artículo me centraré en describir y analizar las características de la telefonía aplicada a la evitación del suicidio, considerando que implicaban modalidades específicas de

gestión de las emociones (Blázquez & Castro, 2015) las cuales hacían más que solo evitar ciertas conductas. (3)

El teléfono fue una presencia permanente a lo largo de la investigación que da pie a este trabajo. Llamar para unos primeros contactos, llamar para solicitar autorizaciones, esperar que suene el teléfono, coordinar entrevistas, pausar entrevistas cuando el teléfono sonaba, escuchar *ring ring*, imaginar *ring rings*. Las primeras etapas del trabajo de campo supusieron un uso de la llamada telefónica novedosa para mi en mi experiencia de habitué del *chat*. Las primeras y pocas interacciones cara a cara, y los correos electrónicos no respondidos señalaban que, en el mundo social analizado, la vía telefónica suponía un canal de comunicación importante y más valorado de que lo yo podía apreciar a priori. Mis interlocutoras estaban acostumbradas a *hablar por teléfono* y se formaban para ello, para resolver situaciones mediante conversaciones telefónicas y para conversar durante largos minutos.

Para realizar una descripción densa (Geertz, 1990) de las técnicas telefónicas de las voluntarias me valdré de los datos que pude producir acompañando el curso de formación para nuevas voluntarias desarrollado entre los meses de julio y noviembre del año 2015. Poder acompañar en vivo las *guardias* de las voluntarias fue imposible dado el carácter doblemente anónimo de las llamadas, (4) negociar mi participación allí implicaba –implícitamente– mi conversión en voluntaria. El grupo de voluntarias estaba conformado por unas 12 personas mientras realicé mi investigación. Irma (74) y Susana (60) , que fueron las encargadas del curso que pude acompañar, habían ingresado a fines de la década de 1980. Las obligaciones como *operarias telefónicas* (5) incluían una *guardia* de 4 horas, en solitario, y una *supervisión* de 2 horas por semana. Las *guardias* podían desarrollarse durante cualquier día de la semana en cualquier horario según conveniencia de las voluntarias. En el momento de esta pesquisa todas las guardias se concentraban entre lunes y viernes, con horarios que iban desde las 9 a las 00 horas. Durante sus 4 horas de guardia, las

voluntarias se encontraban solas en la sede del CAS, a la espera de que sonara alguno de los dos teléfonos de tubo ubicados en un escritorio. Cada uno de los teléfonos correspondía a una de las líneas del CAS, el 135 (número gratuito asignando a nivel nacional para este tipo de servicio) y el 426-5755, su sonido acompañó varios de los momentos en lo que me encontraba en la sede del CAS realizando distintas actividades para mi pesquisa.

Cuando realicé entrevistas durante una guardia y el teléfono sonaba, la entrevista se interrumpía y la entrevistada se disponía a atender, momento en el cual yo apagaba el grabador. Si bien nunca me solicitaron que lo hiciera, entendía que no era pertinente registrar las llamadas, por lo que tampoco solicité hacerlo. Las voluntarias me habían remarcado en varias ocasiones que las llamadas eran *anónimas*. Este carácter anónimo se mantenía en ambos lados del tubo, las voluntarias no exponían sus nombres ni solicitaban nombres reales a los *consultantes*. (6) El único registro que se hacía de las llamadas era escrito, lo que implicaba que las palabras eran inscritas perdiendo alguna de las características propias de la oralidad. Así, el anonimato nominal se conjugaba con un anonimato vocal. Al no registrar las llamadas, ni los números telefónicos, las voluntarias “protegían” tanto la *identidad* como la *intimidad* de los consultantes.

Veamos ahora en qué consistían esos llamados.

Hola, ¿en qué puedo ayudarle? Los pasos del llamado

Al levantar el tubo del teléfono las voluntarias saludaban con una frase a elección, algunas optaban por una que no exprese género. Con un *en qué puedo ayudarle* en tono suave y pausado comenzaba la llamada. A continuación describiré el protocolo que las voluntarias empleaban en los llamados. Durante la cuarta clase del curso de formación observado, una de las voluntarias anotó en un pizarrón los *pasos del llamado*. Los pasos del llamado, habían sido *traídos* al CAS por renombrado

psiquiatra cordobés, Juan Carlos Lostalo, quien presidiera la ONG en los años 90. Eran un modelo simplificado extraído del libro *Como equivocarse menos en terapia* de Ruth Casablanca y Hugo Hirsch (1989). Específicamente, es casi una reproducción de la sección titulada: “*Instrucciones para registro de primera entrevista*” (p. 48) del Capítulo II: El modelo de registro del proceso terapéutico. En este apartado las autoras describen la manera de encarar una primera entrevista psicológica. Ya en la siguiente sección se centran en una sesión rutinaria y cómo registrarla.

Estos pasos eran los siguientes:

0: Causa del llamado

1: Queja inicial

2: Por qué ahora

2.1: Por qué aquí

3: Motivo de consulta. Historia actual del motivo de consulta.

4: Qué deja de hacer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema

5: Soluciones intentadas

Derivación

Las voluntarias describían la *queja inicial* como un vómito de ideas y sentimientos desordenados. Para Irma ofrecía un caldo donde *escarbar*, pero para que esa búsqueda tuviera un rumbo y diera frutos era importante tener en cuenta el *por qué ahora*. (7) Con esta pregunta las voluntarias intentaban que los consultantes no se *explayaran* contando sus vidas enteras o problemas de larga data. Más bien

intentaban focalizar en el último tiempo. Susana describía el estado en el que los consultantes llamaban como confusional o desorganizado:

[...] a veces, hay gente que es muy clara desde el principio, pero hay otros, que están en un estado como muy confusional, muy desorganizados y te cuentan una cosa y otra, y otra, y lloran, y[...] entonces hay que permitir que eso... como que baje la espuma, ¿no?, e ir calmando. Entonces cuando ya están más tranquilos uno puede empezar a trabajar y a hacer preguntas, y que empiece a pensar, o sea que ese es el primer paso. El segundo paso ya es ir viendo qué es más importante, ir sacando[...] ir a qué es lo pasado, qué es lo presente, qué lo futuro, nosotros no vamos a ir a 20 años para atrás, pero si el pasado inmediato[...] (11/10/2016)

La *queja inicial* no necesariamente correspondería con el *motivo del llamado*. Éste era una elaboración que la voluntaria iba construyendo a partir de lo que el consultante iba diciendo. Pero indagando en el pasado reciente, como ya dije. En el llamado evitaban habilitar el relato de historias largas, las cuales se vinculaban más con una idea de terapia psicoanalítica. Según me comentó Irma, olvidarse del *por qué hoy* podía desencadenar varios minutos de historias largas, de las que costaba en ocasiones volver, ya que implicaba interrumpir al consultante. Lo primordial en las llamadas era lograr que las personas hablen, interrumpirlos, si bien era necesario, parecería ser algo que las voluntarias se veían impelidas a evitar.

Preguntar el *por qué ahora* era fundamental para el caso de los *consultantes crónicos*, quienes solían llamar con distintos grados de frecuencia a las líneas del CAS. Al momento de mi pesquisa, las voluntarias comentaron que había al menos tres crónicos 'activos'. Es decir, al menos tres personas que hacía ya más de 5 años que marcaban el 135 con regularidad. (8) No preguntar el *por qué hoy*, podía conducir a escuchar nuevamente un relato largo que no llevaría a nada, ya que los llamados *crónicos* se caracterizaban por no dar lugar a *soluciones*. Era crucial, entonces, lograr enfocar el llamado en *qué te pasó hoy*, ya que sobre éstos hechos recientes podían llegar a incidir las palabras de las voluntarias.

Del relato de los consultantes, las voluntarias elaboraban la *causa del llamado*, que correspondía a una temporalidad inmediatamente anterior a la marcación del 135 en el teclado del teléfono. Era un *sentimiento negativo*: temor, ira, ansiedad; y era determinado cuando la llamada finalizaba. Las voluntarias rellenaban una *ficha* por cada llamado, en la cual consignaban algunos datos que el consultante había dicho respecto de sí: edad, nombre, composición familiar; *causa y motivo* del llamado; *potencial suicida*; *derivación*; *estado* al cierre del llamado. Esta ficha era una hoja tamaño oficio impresa con renglones y casilleros al inicio y final. La mayoría de la superficie la ocupaban los renglones donde las voluntarias escribían a modo de relato cómo iba sucediendo el llamado. Recalcaban la importancia de escribir lo más textual posible las palabras del consultante, que se privilegiaban en el registro respecto de las intervenciones de las voluntarias. Algunas tenían la costumbre de anotar dudas o agregados en los márgenes para luego discutirlos en las supervisiones. No siempre las fichas se elaboraban *en vivo* durante el llamado, era común que fueran anotando en un cuaderno borrador. Esto servía para tener frescas ideas para la conversación telefónica y para la sistematización a posteriori en las fichas.

El *potencial suicida* refería a las posibilidades 'reales' e inmediatas de que, según evaluaban las voluntarias, el consultante cometiera un suicidio. Se medía preguntando si había ideas de muerte, si había un plan elaborado, si había una fecha escogida y/o si contaba con los medios materiales para efectuarlo. Con estos elementos se podía considerar si el consultante tenía un potencial *alto*, *moderado* o *bajo*. Mientras que la voluntaria indagaba el motivo de la consulta e iba tomando nota de ello, también lo hacía en torno a los *recursos* con los que el consultante contaba. *Recursos* eran familiares y amigos cercanos, actividades laborales o lúdicas, pasatiempos, prácticas religiosas. Estos elementos podían ser invocados para que el consultante comparta sus sentimientos o sean vía de distensión. Era común que preguntaran cosas como *¿tu familia sabe que te está pasando esto?*

¿Les contaste esto a tus hijos? Si la respuesta era negativa, aconsejaban *contarlo*. En los ejemplos que las voluntarias daban, generalmente el consultante no compartía con su familia o allegados, si es que los tenía, los sucesos o sentimientos negativos que estaba experimentando.

El *por qué aquí* se orientaba a la especificidad de la línea de asistencia al suicida. Las voluntarias siempre debían preguntar algo para atender a esta cuestión. ¿Y por todo esto pensaste en matarte? ¿Pensaste alguna vez en acabar con tu vida? Eran preguntas que no podían faltar en un llamado. Las voluntarias consideraban que no se podían emplear eufemismos ni dar rodeos en torno de las ideas o intenciones de morir de los consultantes. Por el contrario su estrategia era ser lo más explícitas posible. Si la respuesta era positiva, las voluntarias indagaban respecto del *cómo lo harían* y luego respecto de las condiciones para hacerlo. Con esto podían evaluar el *potencial suicida*. Una fórmula que empleaban las voluntarias del CAS consistía en preguntar detalles respecto del plan que el consultante había elaborado. Así, por ejemplo, un consultante anunció que emplearía una escopeta, la voluntaria le preguntó si ya la tenía y si sabía usarla, además le advirtió que si apuntaba mal podía herirse gravemente pero no morir. De esta forma, las voluntarias intentaban disuadir a los consultantes respecto de las formas de morir. Lo que orientaba esta acción era la intención de hacer que el consultante *visualice* de alguna manera la escena de la acción que proyectaba. Considerando que las personas en crisis no necesariamente podían ser conscientes de las consecuencias o implicancias de su plan. Cuando un consultante decía que iba a saltar por el balcón, la voluntaria podía señalar el *enchastre* que quedaría en la vereda, o la *impresión* que podría generar en quienes lo encontraran *ahí desparramado en la calle*. Estos comentarios intentaban señalar detalles de la escena para *sacar* al consultante del nivel de la *fantasía*, para traerlo a 'la realidad'. Este método buscaba asustar al consultante y disuadirlo de sus ideas suicidas.

El punto 4, trata de cosas que el consultante *hace, no hace o desea hacer*. Las voluntarias indagaban preguntando sobre gustos, pasatiempos, actividad laboral. Cuáles son, si los realizaba en el momento de la llamada o si había dejado de hacerlos. También preguntaban las razones de que así fuera. Que haya dejado de hacer actividades que disfrutaba podía interpretarse como señal de la disminución del deseo de vivir. Al mismo tiempo, estas actividades podían ser invocadas como canales de distensión para la crisis del consultante.

En relación a los *tratamientos actuales y anteriores*, las voluntarias indagaban respecto de si el consultante estaba bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico. Esto era importante para el momento de la *derivación*, ya que si había un vínculo con algún terapeuta, lo que la voluntaria hacía era intentar *reconectarlo*. Cuando había tratamientos abandonados o iniciados sin éxito, recomendaban retomarlo en el primer caso, o seguir buscando un terapeuta con quien generar un buen vínculo.

La derivación era un momento importante hacia el final de la llamada, en el cual la voluntaria recomendaba cierto accionar al consultante. La *derivación* consistía en sugerir el comienzo de un tratamiento psicoanalítico, acudir al Neuropsiquiátrico Provincial o la Casa del Joven, (9) por asistencia gratuita (en caso de no tener obra social), o a otras instituciones si era alguna problemática particular. Las voluntarias tenían una lista de números telefónicos donde derivar a los consultantes por adicciones, violencia doméstica, violencia de género, trastornos alimenticios, etc.

Para Irma la derivación era algo clave en lo que hacían, ya que las voluntarias no estaban formadas ni para diagnosticar ni para dar tratamientos, en una ocasión me dijo:

...vos ya lo sabes, qué tenemos que hacer nosotros, nosotros tenemos que tomar el problema, desmenuzarlo, hacerle pensar al otro, y sacárnoslo de encima, dicho así en grotesco, derivarlo, porque nosotros no estamos preparados para hacer *hacer* (sic) un tratamiento. Nosotros estamos preparados para el aquí y el ahora, el puntito ese del hoy, y ahí se termina todo lo que podemos hacer. (13/06/2016)

Irma decía que yo ya lo sabía por haber acompañado el curso para los aspirantes donde nos habíamos conocido. La derivación era importante, según Irma me señalaba, ya que su intervención era fugaz y reducida al *puntito del hoy*. Derivar era un intento de que el consultante inicie algún proceso de más larga duración para salir del momento de crisis en el que se encontraba. Sólo en pocos casos las voluntarias podían tener noticias respecto del accionar de los consultantes luego de colgar el teléfono. Por un lado estaban las ocasiones de suicidio en curso, cuando voluntarias se comunicaban con la policía para que intervenga en el lugar del hecho. En esos casos, por lo que me comentaron, la policía solía avisar al CAS cómo habían concluido los sucesos. Por otro lado las voluntarias, como ya dije, no derivaban a servicios de salud mental privados, o profesionales particulares, sino a servicios públicos. Sin embargo, en pocas ocasiones podían recomendar a un psicólogo que en el último tiempo recibía a consultantes enviados por las voluntarias para una única sesión. En el resto de las ocasiones las voluntarias sólo podían saber cómo un consultante *entraba* y cómo *salía* de un llamado.

Luego de describir cómo procedían las voluntarias del CAS en las llamadas, a continuación enfatizaré en algunas cuestiones de la telefonía orientada a la *asistencia* a personas en crisis.

Lo que hacemos es hacer pensar. Telefonía y gestión de las emociones

En los *pasos del llamado* podemos destacar que el accionar de las voluntarias se desarrollaba en una doble temporalidad. Por un lado estaba el *aquí y ahora* del llamado, los minutos que duraba y el estado emocional del consultante al momento de marcar 135 en su teléfono hasta el momento de colgar el tubo. Luego es posible considerar que la *derivación* podía inaugurar un proceso de tratamiento psicológico, psiquiátrico o iniciar un contacto con agencias orientadas a diversidad de *problemas*

sociales (Lenoir, 1993): violencia de género, adicciones, trastornos alimenticios, enfermedades crónicas y/o terminales.

Además de estas temporalidades, las voluntarias me explicaron que los llamados podían ocurrir más probablemente en cierto momento de un *proceso suicida* mayor. Este proceso, explicaban, cuenta con tres etapas: una primera de considerar la idea de morir o de matarse, sería lo que se conoce como ideación suicida. Luego, una etapa de duda, donde entran en contradicción distintas valoraciones sobre el acto de morir, representaciones sociales, represiones psíquicas. La tercera etapa se caracteriza por la toma de la decisión de acabar con la vida propia. En esta etapa, la ansiedad que caracterizaba la etapa anterior disminuye y se elabora *el plan*, puede ocurrir que la persona *organice sus cosas* o comience a despedirse de sus allegados (no necesariamente de forma explícita).

Según las voluntarias, en las dos primeras etapas, aunque sobretodo en la segunda, había más posibilidades que las personas llamen al CAS. El momento de duda, de lucha interna, habilitaba a las voluntarias a incidir en el rumbo de las conductas de los consultantes. Difícilmente podrían hacerlo en las personas que llamaban con la decisión tomada, quienes, me explicaron, solían llamar sólo para *hablar con alguien* o *para despedirse*.

Respecto de qué podían hacer dentro de ese proceso, Susana me dijo:

[...] es todo un proceso que se va construyendo, no es que[...] puede tener años si se quiere, anda a saber en qué proceso te llama, en qué parte del proceso está la persona[...] y lo que hace con el llamado es, nosotros decimos que es como la aspirina, no te cura, te hace pasar momentáneamente la fiebre, el dolor de cabeza, pero no te cura, entonces, lo que nosotros intentamos hacer, es en el llamado, que la persona piense en que esto es, fue el primer intento de pedir ayuda, pero tiene que seguir ese proceso y pedir ayuda y un tratamiento, entonces insistimos mucho en esta derivación a un profesional donde pueda hacer un tratamiento porque es lo que necesita, y persistir en el tratamiento. [...] El propósito es eso, atender, por eso el llamado es el aquí y el ahora, la persona colgó y a lo mejor nunca más vuelve a llamar, lo importante

es hacerlo recapacitar sobre para qué está pensando en matarse, qué es lo que quiere, qué cosas puede cambiar, cómo lo cambiaría; bueno y llevarla a que haga un tratamiento también. (11/10/2016)

En los minutos de la llamada las voluntarias podían incidir haciendo *recapacitar* respecto de la forma de tramitar las emociones que está proyectando y disuadirlo así de realizar una acción suicida. La telefonía no era una profilaxis definitiva para acabar con el *proceso suicida*, o al menos disminuir la *ideación suicida*. Era una técnica analgésica, una técnica que disminuía los síntomas de algo que no podía curar. Lo más cercano a una *cura* era *llegar a un tratamiento*.

Irma cristalizaba esto de la siguiente manera:

[...] porque de eso se trata, de hacer pensar, ¿no? si uno piensa bien, un poquitito dirigido, porque es mentira que uno deja que todo salga así (risas)[...] un poquito dirigido, salen las soluciones[...] (13/06/2016)

Orientar el pensamiento de los consultantes requería y producía en el mismo movimiento un ordenamiento. Para que las *aguas se calmen* y lograr sacarlos del estado confusional en el que se encontraban al momento de la queja inicial, las voluntarias contaban con las posibilidades que la telefonía les propiciaba. Ellas administraban el sonido escogiendo qué palabras y frases usar, cuando hacer silencio y esperar, qué volumen y tono de voz emplear.

Como dije, las voluntarias tomaban nota precisa de las cosas que los consultantes iban diciendo, de esta forma podían *devolverlo ordenado*. Con esto se referían a la reformulación de las frases dichas por ellos, a veces en forma de pregunta. Las voluntarias tenían el entendimiento de que ellas, al *observar* desde fuera la situación y sentimientos que los consultantes manifestaban podían analizarlos de otra manera. Así, al devolver ordenado lo dicho, las voluntarias ofrecían una nueva

mirada sobre sus problemas a las y los consultantes. Esta nueva perspectiva debía incidir en un cambio en la forma en que los venían tramitando.

Respecto del tono de voz o entonación, (10) las voluntarias modificaban sus variables según distintas situaciones. Para el momento de la *queja inicial*, el tono de las voluntarias debía mostrar firmeza y tranquilidad para que el consultante *sintiera que puede ser escuchado*. Para esto también era importante evitar cualquier tipo de comentario que pudiera juzgar las situaciones o sentimientos que los consultantes expresaban como razones de sus crisis. Cualquier razón era suficiente para desatar o participar de una crisis, por ello las voluntarias intentaban ir evaluando lo que los consultantes decían para de allí rescatar lo que les pareciera más importante y conversar sobre eso. El tono era importante también en el momento de hacer sugerencias, que en ocasiones debían ser en un tono más imperativo cuando el consultante mostraba signos de depresión o excesiva indecisión.

Las voluntarias me comentaron que para ellas era importante también el tono que escuchaban en los consultantes. El tono de voz con el que *entraban y salían* del llamado podía indicarles el *estado* de los consultantes. Además, podía interpretarse cuál era el grado de decisión respecto del accionar suicida. Cuando la decisión estaba tomada, el consultante solía hablar de forma muy calmada, sin titubeos o monótonamente. Las voluntarias explicaban esto por la tranquilidad que daba la certeza del plan elaborado. Las transformaciones en el tono iban dando pistas a las voluntarias respecto de cómo su labor iba dando frutos, o no. Irma me describió esto de la siguiente manera:

[...] yo por el tono me voy dando cuenta de todo lo que le está pasando al otro. Absolutamente, porque, es así como que cuando empieza el llamado, [...] en general son palabras: «no puedo más», «no aguanto más», «esto que me pasa», ahí es donde ayudan [los tonos], así todo revolucionado, no entendés. Y a medida de que se van tranquilizando y van pudiendo armar la frase hasta cambia el tono. Y yo digo cuando al final hasta casi sonríen, porque uno siente la sonrisa, es una maravilla (risas): misión cumplida.(13/06/2016)

Gustavo Blázquez y Cecilia Castro (2015) proponen, a partir de sus trabajos etnográficos en fiestas de música electrónica y cumpleaños infantiles, considerar el trabajo de los animadores, VJs y DJs como «gestión de emociones». Gestionar las emociones implicaría una serie de acciones orientadas a organizar tiempos y lugares con el fin de propiciar ciertos estados anímicos y/o evitar otros. De esta forma se incitarían ciertos comportamientos al hacerlos deseables.

La gestión de emociones implicaría administrar

los flujos afectivos, determinar los ritmos del humor, establecer los momentos y los espacios para las erupciones emotivas alegres o desdichadas, la calma, el relax; [...] consistiría en «calentar» o «enfriar» (Schechner, 2000) una determinada performance social por medio de la manipulación del escenario y del sensorium. (Blázquez y Castro, 2015, p.3)

Richard Schechner (2000) distingue momentos *calientes* y momentos *fríos* en una performance. El calentamiento o el enfriamiento, en una performance teatral, eran propiciados por un conjunto de elementos manipulables como sonidos, silencios, luces y sombras, movimientos, frases, etc. Podría pensarse, siguiendo sus propuestas, que en el *llamado* una cuestión central era *enfriar* al consultante, que salga del estado de *crisis* emocional en el que se encontraba al momento de marcar 135 en sus teléfonos. Irma decía que podía escuchar *cuando al final hasta casi sonrían, porque uno siente la sonrisa*. Escuchar eso la gratificaba: *misión cumplida*. Para la profilaxis telefónica del suicidio las voluntarias aprendían maniobras orientadas a bajar la ansiedad de los consultantes, tranquilizarlos, ordenar sus ideas y orientarlos en la búsqueda de soluciones. La telefonía en la asistencia al suicida implicaba la manipulación de los sonidos, tiempos, palabras y los silencios con el fin de *enfriar* el estado emocional de los consultantes intentando, al mismo tiempo, *ordenar* sus pensamientos.

Enfriando las pulsiones emocionales de los consultantes, también intentaban orientarlos en la búsqueda de soluciones a largo plazo, generalmente un tratamiento psicológico o psiquiátrico. Además mediante distintas fórmulas intentaban incidir en las modalidades de tramitación de las emociones de quienes llamaban a la línea del CAS. En cierta medida, podríamos pensar que las técnicas de las voluntarias tenían una faceta pedagógica, ya que las gestiones que encaraban con los consultantes podrían ser replicadas por ellos mismos en el futuro. Propiciando una auto-gestión más *templada* de las emociones y de las crisis vitales que no se oriente a una solución drástica o terminante como lo era el suicidio u otras *conductas autodestructivas*.

Para ello eran cruciales las palabras de los consultantes. Ya dije cómo las voluntarias consideraban que la ansiedad de la queja inicial iba disminuyendo a medida en que iban expresándose. Una frase que Irma transmitía en el curso observado era: *A poca información, poca ayuda*. Con esto se refería a la importancia de que los consultantes expresaran sus sentimientos y además respondieran a las preguntas sobre las situaciones que podían ser factores de sus crisis. También hacía referencia a las ocasiones en las que los consultantes eran reticentes a dar detalles de sus vidas. Las voluntarias, sin estos datos, no podían ayudarlos a encontrar soluciones. Debían hacer hablar al consultante, para lo cual preguntar y repreguntar eran formas privilegiadas. Aquí vemos cómo era crucial para la profilaxis del suicidio el acto de hablar, de contar, de narrar la experiencia crítica. Así mismo, la asistencia de las voluntarias para re-ordenar el pensamiento respecto de esas vivencias.

Palabras finales

Desarrollé a lo largo de este artículo una descripción de las técnicas telefónicas de las voluntarias del Centro de Asistencia al Suicida de la ciudad de Córdoba,

orientadas a *enfriar* las situaciones de crisis de las y los *consultantes* que marcaban alguna de sus líneas telefónicas. Vimos cómo estaban entrenadas para realizar sus actuaciones por medio de la telefonía, lo que implicaba saberes técnicos respecto de sonidos y silencios. Un oído entrenado para percibir al otro lado del tubo el estado emocional de los consultantes al *ingreso* y a la *salida* del llamado. También una experticia en la modulación vocal propia y en la técnica de la entrevista, por medio de preguntas, repreguntas y afirmaciones que *ordenaban* lo enunciado por los consultantes y coadyuvaban a la tramitación de situaciones de crisis. La profilaxis del suicidio se conjugaba en las palabras de las voluntarias y consultantes.

Así, considerar las técnicas telefónicas de profilaxis del suicidio como técnicas de gobierno, es posible reflexionar respecto de cómo obraban sobre la tramitación de las emociones en el marco de procesos más amplio de gubernamentalidad. Para evitar un fenómeno social como el suicidio, que en los últimos años se vio reinstalado como un problema social merecedor de atención en la agenda pública (como lo señalan numerosas notas en medios periodísticos así como la aprobación de la Ley Nacional de prevención del Suicidio, Ley N° 27.130, y distintos programas diseñados por organismos estatales en los últimos tres años. Ver Romero, 2019), las actuaciones analizadas obraban proponiendo una transformación de relaciones de los consultantes con sus emociones, sus familias, amigos y el establecimiento o refuerzo de vínculos terapéuticos.

En otro contexto, la investigación del antropólogo francés Didier Fassin (2003), indaga en torno a gestiones burocráticas estatales que implicaban también la exposición del sufrimiento. En un análisis sobre los relatos del sufrimiento propio en aspirantes a ayudas sociales del gobierno de Francia, indaga cómo tal exposición relatada es sumamente clave a la hora de «bio-legitimar» el pedido (2003). Así mismo considera que esta solicitud de narrar detalladamente peripecias y tragedias personales y/o familiares implica una forma de «gobernar desde los cuerpos». Propone cómo estos procedimientos de atribución de ayudas financieras y de

regularización migratoria por atención médica implicaban la producción de subjetividades como realidad política (Fassin 2003: 71). También analiza cómo los sujetos estratégicamente resistían o se reapropiaban de estas exigencias de exposición del sufrimiento propio. En nuestro caso, considerando el impacto de las técnicas de gobierno en la producción de subjetividades políticas, podríamos pensar que las actuaciones del CAS (re)producían un carácter íntimo y privado en la tramitación y evitación de las conductas suicidas.

Al mostrar los pasos del llamado fui indagando en cómo intentaban *enfriar* los estados de crisis de quienes marcaban el 135. El relato era un elemento que conectaba las particularidades de la telefonía, la encuesta y la entrevista personal (estas últimas técnicas privilegiadas en las acciones orientadas a adolescentes. Ver Romero, 2018). Cada cual con sus características propias, estas tres herramientas implicaban contar cosas sobre sí, exponer el sufrimiento propio. En la profilaxis del suicidio, el relato ocupaba un lugar central, señalé que las voluntarias empleaban el preguntar y el repreguntar para contribuir al *ordenamiento* de lo expresado por los consultantes. Ordenamiento que *enfriaría* el estado en el que el consultante ingresaba al llamado con el fin de *ayudarlo a pensar*. *Devolver ordenado* lo dicho por el consultante contribuiría a una reflexión menos dominada por las pasiones del *estado caótico* en que marcaba el 135.

Algunas referencias para reflexionar sobre este vínculo entre relato y experiencia son aquellas investigaciones en torno a los actos testimoniales en relación a experiencias concentracionarias (Pollak y Heinich, 2006), tanto para el caso del Holocausto como para las dictaduras latinoamericanas (Calveiro, 2006; Tello, 2013,). Esta literatura ha explorado cómo el acto de testimoniar configura y participa de la tramitación de la experiencia vivida. También cómo la capacidad de testimoniar varía según el contexto de escucha así como de ciertos saberes o experticia en la narrativa en sus distintos lenguajes (jurídico, artístico, epistolar, arquitectónico, etc.).

También podrían mencionarse los magníficos trabajos de Veena Das (2008) respecto de la relación entre el relato y la vivencia del sufrimiento.

Considero que estas actuaciones de las voluntarias están propiciando el aprendizaje de determinadas modalidades de «expresión [obligatoria] de los sentimientos» (Mauss, 1979). Las técnicas de las voluntarias, según ellas mismas afirmaban, se reducían a una temporalidad más o menos *fugaz*. Sin embargo, más allá de tal fugacidad entiendo que obraban en la subjetividad de quienes eran destinatarios de tales prácticas. De esta forma, afirmo que las actuaciones telefónicas de las voluntarias implicaban, en parte, la iniciación o entrenamiento en formas de relatar experiencias y sentimientos. Esta iniciación/entrenamiento en las artes del relato de sí, en las artes de la «expresión de los sentimientos», implicaría la producción de repertorios factibles de ser activados luego, en otras situaciones y relaciones (con otros y con uno mismo). Dada la centralidad de los saberes PSI en la configuración de las actuaciones de las voluntarias, tales repertorios eran en parte compatibles con distintas modalidades de terapia psicológica o psiquiátrica.

Un señalamiento de Marcel Mauss (1979) refiere a cómo algo que a priori podría pensarse como natural o espontáneo -expresar el sufrimiento por la muerte de un pariente- estaba sumamente reglado. Las modalidades que Mauss describe señalaban quiénes, cómo y cuándo expresar tales sentimientos. Con ese entendimiento en mente, podríamos considerar cómo las técnicas telefónicas de las voluntarias además de propiciar tal expresión, la modelaban, la ordenaban y conformaban un repertorio factible de ser activado en otras situaciones y/o en vínculos personales o terapéuticos.

Notas

1 Emplearé la expresión “voluntaria” para referirme a aquellas personas que participaban del *voluntariado* del CAS. Mantendré el plural en femenino para

recalcar el hecho de que, en su mayoría, mis interlocutoras se identificaban como mujeres.

2 El trabajo se titula: La vida puede más. Formas de asistencia y prevención de un Centro de Asistencial al Suicida de la Ciudad de Córdoba, Argentina. Contó con la dirección de María Gabriela Lugones y María Lucia Tamagnini.

3 Emplearé ampliamente la definición de la R.A.E. de Telefonía como *técnica del uso de los teléfonos*, para referirme también al uso de tonos específicos de voz, al mantenimiento de conversaciones de varios minutos, y al resto de las rutinas que implicaba para las voluntarias el uso del teléfono en la *asistencia al suicida y a personas en crisis*.

4 Por esta misma razón todos los nombres empleados son ficticios.

5 De esta forma se referían a las voluntarias encargadas específicamente de la atención telefónica.

6 Refiere a quienes llamaban a las líneas telefónicas.

7 La cuarta acepción del verbo escarbar en el diccionario de la Real Academia Española. es: *Inquirir curiosamente lo que está algo encubierto y oculto, hasta averiguarlo.* (<http://dle.rae.es/?id=GB6sTXD>)

8 Las voluntarias tenían un compendio de los consultantes crónicos donde anotaban datos de la llamada, fecha, motivo, causa, etc. Iban elaborando una especie de perfil, donde registraban lo que relataban para poder reconocerlos en un futuro. Las voluntarias tenían un protocolo específico para estos llamados.

9 La Casa del Joven es una institución de salud mental dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia. Destinada específicamente a jóvenes y adolescentes, cuenta con servicios de psicología y psiquiatría gratuitos, así como programas vinculados a adicciones, trastornos alimenticios y un hospital de día.

10 En su segunda acepción, «tono» es la “Inflexión de la voz y modo particular de decir algo, según la intención o el estado de ánimo de quien habla”.

La tercera acepción de «entonación» la entiende como: “Movimiento melódico con el que se pronuncian los enunciados, el cual implica variaciones en el tono, la duración y la intensidad del sonido, y refleja un significado determinado, una intención o una emoción”.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (24.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

Agradecimientos:

Agradezco a la SeCyT-UNC y al Consejo Interuniversitario Nacional por el financiamiento percibido para el desarrollo de mi pesquisa.

Referencias Bibliográficas

Blázquez, G. y Castro, C. (2015). ¡Los quiero bien arriba! Gestión de emociones en eventos festivos. Ponencia presentada en las XI Jornadas de Sociología. Coordinadas contemporáneas de la sociología: tiempos, cuerpos, saberes. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Recuperado de: http://jornadasdesociologia2015.sociales.uba.ar/altaponencia/?acciones2=ver&id_mesa=29&id_ponencia=209

Blázquez, G. y Lugones, M. G. (2014). Fundamentación del Programa de Investigación Sujeciones y Subjetividades contemporáneas. CEFFYH-UNC.

Butler, Judith M. (2003). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Madrid, España: Cátedra.

Calveiro, P. (2006). Testimonio y memoria en el relato histórico. En *Acta Poética* 27.

Das, V. (2008). *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Ed. F. A. Ortega. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Pontificia Universidad Javeriana.

Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. *Cuadernos de Antropología Social* v.17 n.1. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180913909004.pdf>

Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50 n°3 (jul-set), p. 3-20

Foucault, M. (2006 [1978]). *Seguridad, territorio y población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de cultura económica.

Geertz, C. (1990). *La interpretación de las culturas*. Barcelona, España: Gedisa.

Lenoir, R. (1993). Objeto sociológico y problema social. En P. Champagne; R. Lenoir; D. Merllié; L. Pinto, *Iniciación a la práctica sociológica*. México: Edit: Siglo XXI.

Mauss, M. (1979). A expressão obrigatória dos sentimentos. En *Marcel Mauss: antropologia*. Organizado por Roberto Cardoso de Oliveira. Sao Paulo: Ática.

Pollak, M. y Heinich, N. (2006). «El testimonio». En *Memoria, olvido, silencio. La producción social de identidades ante situaciones límite*. Compila Ludmila Da Silva Catela. La Plata: Ed. Al Margen.

Romero, S. M. (2018). *La vida puede más. Formas de asistencia y prevención del suicidio de un Centro de Asistencia al Suicida de la ciudad de Córdoba, Argentina*. (Trabajo Final de Licenciatura). Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Filosofía y Humanidades, Córdoba, Argentina.

Romero, S. M. (2019). El suicidio como problema gubernamental en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista Ñanduty*, 7(10), 4-27.

Schechner, R. (2000). Performance. Teoría & Prácticas Interculturales. Buenos Aires: Libros del Rojas. Universidad de Buenos Aires.

Tello, M. (2013). Narrar lo 'inenarrable', imaginar lo 'inimaginable', comprender lo 'incomprensible'. Aproximaciones a las memorias sobre la experiencia concentracionaria desde una perspectiva antropológica; en *Revista Eadem Ultraque Europa N°14*, Miño y Dávila, Buenos Aires.