

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Maestría en Psicoterapia



“Abordajes psicoterapéuticos en consultantes con ideación suicida”

TESIS que para obtener el **GRADO** de
MAESTRA EN PSICOTERAPIA

Presenta: **MARTHA JOVANA JIMÉNEZ GARCÍA**

Asesor **LUIS MIGUEL SÁNCHEZ LOYO**

Tlaquepaque, Jalisco. 29 de enero de 2021.

Índice

Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.	5
Resumen	6
Abstract	8
Introducción.....	10
Planteamiento del problema	14
Justificación Social	17
Justificación teórica.....	20
Pregunta de investigación.....	25
Preguntas específicas.....	25
Objetivo General.	25
Objetivos Específicos.	25
Marco Teórico.....	27
Marco Metodológico.	42
Participantes	49
Criterios de inclusión.....	49
Criterios de exclusión.	50
Descripción de Categorías	51
Categorías y etiquetado.	52
Consideraciones éticas de la investigación.....	55
Hallazgos y Discusión.	56
Identificar el concepto de ser humano en psicoterapeutas con diferentes enfoques.	56
Abordaje psicoterapéutico con diferentes enfoques a consultantes con ideación suicida.	58
Aspectos socioculturales que los psicoterapeutas consideran en el abordaje de consultantes con ideación suicida.	63
Aspectos éticos que orientan el trabajo psicoterapéutico con consultantes que han tenido ideación suicida.	69
Vivencia y experiencia personal de los psicoterapeutas en el abordaje con consultantes con ideación suicida.	72
Estrategias, metodología y técnicas ejercidas por los psicoterapeutas con consultantes con ideación suicida.	79

Conclusiones.....	87
Referencias Bibliográficas.....	91
Anexo 1.	100

Dedicatoria

A mi mamá que ha sido el pilar de todo lo construido en el continuo de mi vida.

A mi padre, que me ha dado la oportunidad de ir más allá de mis propios límites.

A Damián que me apoyo de manera incondicional de tantas maneras.

A mi compañero canino que me estuvo a mi lado en cada madrugada.

A los ausentes que, sin saberlo, siguen estando.

Agradecimientos.

Tengo tanto por agradecer...

A mis padres por su amor y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, por aplaudir cada logro y ayudarme a levantarme en cada tropiezo, ellos son el regalo más grande que me ha dado la vida.

A Damián que me acompañó, vivió y contemplo todo este proceso a mi lado, gracias por ser y por estar.

A mis hermanos, Néstor Casillas y Elizabeth Villa que se convirtieron en mi familia en el trayecto de esta etapa, por todo lo compartido, lo difícil, lo complicado y lo bonito, pero siempre juntos. Ellos fueron una pieza vital en este camino.

A mis amigos, amigas y familia que supieron esperar cuando opte por pasar tiempo de calidad y no de cantidad debido a las responsabilidades.

A mis formadores y maestros, principalmente a Juan Diego Castillo, Beatriz Tamez, Sofia Cervantes, Eugenia Casillas y María Luisa González que compartieron su conocimiento, tiempo y experiencias de vidas que aportaron significativamente en mi formación como psicoterapeuta y sobre todo como persona.

Resumen

El suicidio es la segunda causa de muerte en las personas de 15 a 29 años. En México, durante el año 2019 el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (2020) reportó 7, 223 suicidios, sin embargo, diversos especialistas en el área de la salud mental refieren que una de las principales dificultades es el estigma y el tabú asociados con el suicidio y los trastornos mentales. Estas cifras muestran un panorama desalentador y deja entrever la importancia de que los psicoterapeutas tengan una formación que permita abordar el tema del suicidio desde una perspectiva ética e informada.

El presente trabajo tiene como principal objetivo mostrar de manera descriptiva las experiencias y los abordajes psicoterapéuticos que los terapeutas han realizado en consultantes con ideación suicida.

La investigación se llevó a cabo a través de una metodología cualitativa en la cual se utilizaron técnicas de recolección de información por medio de entrevistas semiestructuradas, donde se analizaron las respuestas tomando en cuentas las siguientes categorías: “visión de ser humano, abordaje psicoterapéutico con diferentes enfoques, aspectos socioculturales que los psicoterapeutas consideran en el abordaje de consultantes con ideación suicida, aspectos éticos que orientan el trabajo psicoterapéutico, vivencias y experiencias personales de los psicoterapeutas y por último, las estrategias, metodología y técnicas ejercidas por los psicoterapeutas en consultantes con ideación suicida”.

Cabe mencionar que los dos psicoterapeutas que participaron en la investigación contaban con más de 25 años de experiencia en el área clínica consultando a pacientes con ideación suicida, el terapeuta 1 contaba con una formación en psicoanálisis y el terapeuta 2 en sistémico. Los resultados muestran una notable diferencia en la perspectiva, metodología y rol psicoterapéutico; sin embargo, ambos concluyeron que más allá del enfoque clínico o de la técnica utilizada, el rol principal del psicoterapeuta es brindar un espacio de confianza y respeto donde el consultante se sienta escuchado, acompañado y en completa libertad para hablar sobre el suicidio.

Por otra parte, resultó interesante encontrar que la historia personal del psicoterapeuta influye en la manera de abordar el tema de la ideación suicida en consulta; uno de los terapeutas mostraba una postura no directiva en la que ve el suicidio como una posibilidad de vida, es decir, el consultante es el único que puede tomar esa decisión, sin embargo, el segundo terapeuta determina que el consultante con ideación suicida está desorganizado y es preciso tener una postura directiva, donde se realiza una evaluación que determinará el plan de tratamiento.

Se recomienda, finalmente, que en los próximos estudios que se realicen sobre ideación suicida se identifiquen el que hacer del psicoterapeuta, la influencia que tiene la historia personal del terapeuta y los abordajes psicoterapéuticos que se realizan desde diferentes enfoques clínicos al trabajar con consultantes suicidas.

Palabras clave: ideación suicida, psicoterapeutas, enfoque sistémico, enfoque psicoanalista.

Abstract

Suicide is the second leading cause of death for people aged 15-29. In Mexico, during the year 2019 the National Institute of Statistics and Geography reported 7,223 suicides; however, various specialists in mental health refer that one of the main difficulties is the stigma and taboo associated with suicide and mental disorders. These figures show a discouraging panorama and suggest the importance of psychotherapists having training that allows them to approach the subject of suicide from an ethical and informed perspective.

The aim of this study is to show in a descriptive way the experiences and psychotherapeutic approaches that therapists have carried out in consultants with suicidal ideation.

The research was carried out through a qualitative methodology in which information gathering techniques were used by means of semi-structured interviews, where the answers were analyzed taking into account the following categories "conceptualization of the human being, psychotherapeutic approach with different focuses, sociocultural aspects that psychotherapists consider in the approach of suicidal consultants, ethical aspects that guide the psychotherapeutic work, personal experiences of psychotherapists and finally, the strategies, methodology and techniques exercised by psychotherapists in suicidal consultants.

It is worth mentioning that the two psychotherapists interviewed in the study had more than 25 years of experience in the clinical area consulting patients with suicidal ideation, therapist 1 had training in psychoanalysis and therapist 2 in systemic family therapy. The results show a remarkable difference in the perspective, methodology and psychotherapeutic role; however, both concluded that beyond the clinical approach or the technique used, the main role of the psychotherapist is to provide a space of trust and respect where the consultant feels listened to, accompanied and to talk freely about suicide.

On the other hand, it was interesting to find that the personal history of the psychotherapist influences the way in which the subject of suicidal ideation is approached in the consultation; one of the therapists showed a non-directive posture in which he sees suicide as a possibility of life, that is to say, the consultant is the only one who can make that decision, however, the second therapist determines that the suicidal ideation consultant is disorganized and it is necessary to have a directive posture, where an evaluation is made that will determine the treatment plan.

Finally, it is recommended that future studies on suicidal ideation identify the role of the psychotherapist, the influence of the therapist's personal history, and the psychotherapeutic approaches that are taken from different clinical approaches when working with suicidal consultants.

Keywords: suicidal ideation, psychotherapists, systemic approach, psychoanalytic approach.

Introducción

El suicidio es considerado un problema de salud a nivel mundial debido al incremento y altos índices de mortalidad. De acuerdo a los datos brindados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se quitan la vida casi un millón de personas, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos; dichas estimaciones refieren que por cada muerte autoinflingida, existen entre 10 a 20 intentos de suicidio (OMS, 2009).

Para la OMS (2009) el suicidio es definido como “aquel acto deliberado y llevado a cabo por alguien que tiene plena consciencia del resultado final”, sin embargo, diversas investigaciones sobre el tema del suicidio han mostrado la importancia de considerar los factores de riesgo tales como la ideación suicida, es decir, aquellas pautas y pensamientos autodestructivos y deseo de muerte que en ocasiones lleva a la planificación de un acto letal.

Por su parte la proyección que tiene la OMS (2009) para el año 2020 no resulta muy favorecedor; ya que se pronostica un incremento de muertes por suicidio alcanzando 1, 5 millones de personas. Por esta razón, se considera que la investigación e indagación en la ideación suicida y en la identificación de los factores de riesgo suicida, resulta imprescindible para el trabajo ético y profesional dentro de la psicoterapia.

Sin embargo, a pesar de la relevancia que tiene el tema del suicidio y de la ideación suicida en México, la formación académica que reciben los psicólogos dentro de las instituciones formativas se ve limitada a charlas, cursos o materias opcionales donde se brindan datos esenciales del suicidio, esto implica una falta significativa sobre el trato y posicionamiento clínico en el abordaje de consultantes con ideación suicida. En la investigación realizada por Guzmán Sabogal (2006) enfatizan en la tarea del clínico al realizar la evaluación de pacientes en riesgo suicida, en sus propias palabras:

“El paciente puede provocar gran ansiedad en el médico, que es consciente de que un error de enfoque puede tener catastróficas consecuencias. Según los estudios realizados (...) la evaluación no se hace por falta de entrenamiento, lo que genera miedo a preguntar” (p.83)

Por su parte, Fukumitsu (2014) enfatiza el reto y la importancia del acompañamiento psicoterapéutico con pacientes suicidas, ya que esto posiciona al psicólogo clínico ante una situación desconocida de cual tiene que aprender a lidiar con diversos escenarios críticos, dicho por Hass (1999) citado en Fukumitsu “el terapeuta tendrá que enfrentar la dialéctica de la vida y la muerte; con la desesperación humana (...) con individuos que murieron existencialmente y que no expresan el placer de estar vivos y se perdieron por la falta de esperanza”(p.272).

Partiendo de estas consideraciones, la presente investigación tiene como principal objetivo indagar en las experiencias personales y los factores esenciales que se toman en cuenta dentro de un proceso de psicoterapia. Esto implica conocer el posicionamiento ético, profesional, metodológico, y académico de dos psicoterapeutas que cuentan con amplia experiencia en el abordaje de consultantes con ideación suicida dentro de la consulta privada. Dadas las características de la investigación, ésta es de corte cualitativo, ya que brinda la oportunidad de interpretar y analizar las particularidades terapéuticas y enfoques teóricos que cada psicoterapeuta incluye en el proceso de la psicoterapia.

Cada capítulo brindará un marco de referencia que favorecerá la comprensión de la investigación de acuerdo a los objetivos planteados. Dichos apartados son: planteamiento del problema, justificación social, justificación teórica, marco teórico, marco metodológico, la descripción del caso, los resultados y, por último, las conclusiones de la investigación.

La primera sección presenta la dirección del tema, es decir, se describen los elementos que están presentes en el proceso de la psicoterapia de acuerdo a las experiencias y conocimientos de

los psicoterapeutas a partir del marco teórico de referencia que utilizan al trabajar con consultantes que han tenido ideación suicida. Se busca sintetizar de manera clara, explícita y objetiva la conceptualización de la problemática de la ideación suicida en el trabajo clínico de la psicoterapia, así mismo, se aborda la factibilidad de observar el fenómeno en la realidad a través de los alcances y limitaciones del tema.

En el segundo capítulo se presentan los diferentes conceptos usados para la ideación suicida, se muestra una discusión descriptiva y de corte cualitativo de la investigación, ya que se busca plantear un acercamiento que no se base en estadísticas o datos duros. Es por ello que se realiza un recorrido teórico en el cual se abordan las definiciones y factores que componen el suicidio, la ideación suicida, los factores de riesgo y las teorías psicológicas, sociales y bioéticas y la relación de éste con la psicoterapia. Además, se muestran las estadísticas de la evolución que ha tenido la problemática del suicidio e ideación suicida principalmente en México y las repercusiones biopsicosociales que esto conlleva. Por su parte, se establecen también, los conceptos centrales de la psicoterapia, su relación con el tema, los objetivos y los marcos teóricos de los diversos enfoques terapéuticos.

Dentro del tercer capítulo se explica la metodología, los lineamientos, objetivos y consideraciones utilizadas en esta investigación. Debido a las características descriptivas planteadas desde el enfoque cualitativo, el cual tiene como principal objetivo mostrar los elementos que cada psicoterapeuta tiene en su marco de referencia, es decir, aquella postura ética, personal, social, cultural, metodológica que ha tomado en cuenta en el abordaje con consultantes con ideación suicida. Después, se especifica el análisis y la interpretación de los hallazgos encontrados desde los datos obtenidos.

Para finalizar, en la última sección de la investigación se mostrarán las conclusiones obtenidas del trabajo, la descripción del proceso y las limitaciones que se encontraron en el estudio. Así mismo, se describirán los aprendizajes que se obtuvieron al entrevistar a los psicoterapeutas que cuentan con bastante experiencia al trabajar con el tema de ideación suicida. También, se exponen los alcances que puede tener este tema para futuras investigaciones, ya que este estudio es una vista general al fenómeno de la ideación suicida desde el punto de vista de dos psicoterapeutas con amplia experiencia clínica, sin embargo, resulta imprescindible que todos los clínicos tengan un conocimiento mínimo para poder hacer frente a este tema.

Planteamiento del problema

El suicidio se ha convertido en un tema de gran interés para la sociedad; cada vez se vuelve más frecuente y cercena la experiencia de saber que alguien ha tenido pensamientos de quitarse la vida o en algunos casos, ha llegado a intentarlo. Diversas redes sociales, noticieros, revistas y otros medios de comunicación han abierto espacios para hablar sobre el suicidio, haciendo cara a esta nueva realidad que como sociedad se vive. Es por ello que algunos profesionales de la salud han investigado este tema, sus facetas, los factores de riesgo en la población, la prevalencia y su incremento, poniendo un énfasis en la creación de programas que permitan prevenir este hecho.

Por su parte, el impacto social, cultural y económico que genera el suicidio se ha vuelto un problema de salud que requiere de diversas áreas para ser comprendido. Pérez y Calderón (2012), definen el suicidio como “aquella conducta del ser humano que logra terminar con su vida de manera voluntaria” (p. 88). Para ellos existen diversos factores que están asociados con el suicidio, entre ellos problemas familiares y afectivos.

La mortalidad debido al suicidio refleja cifras alarmantes mundialmente. Según los registros de la OMS, cada hora se suicidan 90 personas, y por cada muerte bajo estas condiciones, existen 20 personas más que han intentado suicidarse, siendo esta conducta el penúltimo de los niveles del comportamiento suicida. Los datos recabados por la guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012), refieren que aumenta el riesgo de suicidio si la persona ha tenido pensamientos suicidas y una planificación de cómo llevar a cabo el hecho.

Los expertos en el tema describen las diversas manifestaciones que se presentan en las personas que muestran de alguna manera el deseo de causar su propia muerte. Uno de los principales eslabones dentro de esta cadena, es la ideación suicida. Ceballos et al. (2015), definen la ideación suicida como aquel “deseo, pensamiento o plan acerca del acto de cometer suicidio” dicho de otra forma, es “la cognición orientada a imágenes sobre la pérdida del sentido de la vida o autodestructiva” (p. 16).

La psicoterapia es una de las disciplinas que aborda el tema del suicidio de manera multifactorial y busca ser un instrumento de prevención. Por su parte, González (2015), describen a la psicoterapia como “una prestación de servicios específica para cada usuario que requiere, en psicoterapia, la participación del mismo cliente en el proceso producido para alcanzar su máximo en eficacia, calidad y satisfacción” (p. 27).

En una investigación realizada por Echeburúa (2015), señala que existe una demanda terapéutica específica de pacientes con conductas suicidas: a) personas que han intentado suicidarse, b) aquellos que acuden con una demanda clara y en algún momento mencionan la ideación suicida y c) son los que mantienen a nivel de pensamiento la ideación suicida pero aún no lo expresan de manera verbal. (p. 117).

Distintos enfoques psicoterapéuticos han brindado propuestas para abordar el fenómeno del suicidio en todas sus etapas, no obstante, sigue sin establecerse una línea que proporcione una respuesta unificada a dicha problemática. Es por ello, que cada epistemología brinda un escenario posible de las diversas técnicas y estrategias desde su entendimiento del fenómeno que permite acompañar al consultante que presenta de manera directa e indirecta la ideación suicida.

Desde la perspectiva sistémica, Tamez (2017) realizó un estudio de caso titulado “intento suicida desde el abordaje sistémico: estudio de caso de una joven de 27 años”. Su abordaje desde

la teoría propuesta por Minuchin propone, que “los sistemas envueltos en incongruencias o paradojas recurrentes generen entramados que imposibiliten el acceso a la diversidad de soluciones que rodean al sujeto ante las dificultades, situación que termina limitándolo y orillándolo a la tentativa suicida” (p. 195). En conclusión, la autora identificó los diversos elementos en su ámbito relacional familiar que dejó como síntoma el intento suicida.

En contraparte, el enfoque psicoanalítico plantea que el comportamiento suicida está íntimamente ligado con una falta de elaboración de conflictos provenientes de situaciones estresantes sin resolver. Dicho de otra manera, Freud refería que el suicidio en la neurosis el sujeto volcaba sobre sí mismo el impulso de matar a otro, debido a que no puede dañarlo o manifestar su agresión; sin embargo, en la ideación suicida es una simulación significativa que deja entrever una crisis (Cisneros y Guzmán, 2020).

Justificación Social

Uno de los datos emitidos por la OMS, refiere que cada 40 segundos una persona en el mundo se suicida. Hernández y Flores (2011) refieren que en México el fenómeno del suicidio ha ido en incremento, en el año 2008 se suicidaron cinco mil personas aproximadamente. Una de las instituciones más concurridas por la población mexicana es el Seguro Social, conocido como el IMSS. Los datos recabados por esta Institución en esa época, reflejaban que las razones del suicidio eran “la ansiedad, depresión, estrés, soledad, desesperanza, exigencias sociales, sentimientos de culpa y rechazo” (p.72).

En relación con un estudio realizado por Alastuey (2001) desde una perspectiva social sobre los intentos e ideación suicida, refieren que en México las mujeres son la población más vulnerable a manifestar deseos o pensamientos suicidas, en comparación con los hombres, quienes reportan mayor índice de suicidio consumado. Dichos porcentajes cobran sentido cuando se interpreta desde una perspectiva intercomunicativa de orden social.

El sociólogo Durkheim, es uno de los autores que estudia el fenómeno suicida desde una perspectiva social, rompiendo con el paradigma de ver este hecho como un suceso individual. En su libro titulado “El Suicidio” plantea en tres segmentos el paradigma del suicidio: “factores extrasociales, causas y tipos sociales y, por último, la naturaleza del suicidio como un fenómeno social” (Citado en: Ospina, 2020, p.14).

Palacios (2010), describe de manera clara la categorización de las estructuras sociales que desarrolla Durkheim para explicar la influencia que pueden tener en el suicidio:

- “Suicidio anómico” que refiere a la competencia permanente que existe entre las personas, por lo que origina un sufrimiento que proviene del desnivel entre las aspiraciones y las

satisfacciones. La sociedad tiene una “falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida” (p. 6).

- “Suicidio egoísta” procede de “la regulación excesiva”, este tipo de personas suelen permanecer en la melancolía y su futuro se ve inmerso por una “disciplina opresiva”, favorece el sentido de la individualidad, dicho por él, “Se da por la alienación del individuo respecto de su medio social.” Los rasgos de personalidad que presentan este tipo de suicidio son los que se encuentran en zonas vulnerables, es decir, individuos que se parecen de trastornos alimenticios, esquizofrenias narcisistas, exhibicionistas, pobreza, baja autoestima etc. Dicho fenómeno suele ser crónico (p. 6).
- Suicidio altruista: Es la estructura que antepone los deberes y bienestar grupal, se tiene una exigencia moral, el suicidio se ve en beneficio por una ideología. Las personas suelen interiorizar los valores, reglas y normas del grupo. Su motivación se encuentra en el exterior y da respuesta a los deseos de otros (p. 6).

A través del tiempo, esta teoría se ha sido considerado y tomado en cuenta en los estudios con población mexicana ya que, para Durkheim, el suicidio es una decisión que involucra un factor individual que se acompañan con las condiciones sociales, encontrando el vínculo entre ciertos tipos de suicidio con sociedades específicas (Neria, 2018)

Otro de los autores que aborda el tema es Corpas (2011), quien plantea el fenómeno del suicidio como un hecho social y cultural. En diversos momentos históricos y sociopolíticos ha estado presente, incluso ha sufrido un cambio en la concepción y aceptación que se tiene sobre el tema a lo largo de la historia. En la actualidad, es un tema que ha sido ampliamente analizado y comprendido de manera multifactorial en población mexicana.

Los niveles del suicidio en nuestro país van en aumento, es por ello que diversos autores siguen investigando los factores que ponen en riesgo a la población. En palabras de Hernández y Flores (2011), las condiciones a las cuales se enfrentarán los jóvenes en México pronostican que a pesar del nivel educativo con el que se cuentan, la dificultad de encontrar un empleo que tenga un salario que permita afrontar los gastos económicos de la vida diaria es una problemática de importancia. El aspecto económico es uno de los principales factores que favorecen el suicidio, sin embargo, los problemas familiares, el incremento de los divorcios, el consumo de drogas, permanecer aislado y la falta de recursos personales aumenta “la decisión de suicidarse” (p. 96)

Tal como lo señala en una investigación realizada por Vargas y Saavedra (2012), los adolescentes son una población de riesgo ya que es en este periodo de transición de la niñez hacia la adultez temprana representa un periodo de cambios significativos y frecuentes que pueden influir en la presencia de “síntomas depresivos, síntomas suicidas por la inhabilidad de enfrentar cambios biológicos y psicosociales” (p.20), sin embargo, señalan los diferentes factores que pueden estar asociados en la conducta suicida, estos son: la presencia de trastornos mentales (trastornos depresivos, distimia, trastornos de ansiedad) el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, trastornos alimenticios, conducta disruptiva, rigidez cognitiva, deficiencia de habilidades en resolución de problemas y familias disruptivas o divorcio parental. (p.23-26).

Dichas situaciones parecen estar cada vez más presentes en nuestra sociedad. Uno de los aspectos importante a considerar es la presencia de la ideación suicida en la población de adolescentes y adultos jóvenes, ya que por cada suicidio consumado habría al menos 10 a 20 intentos de suicidio, lo que implica la presencia de la ideación suicida que termina en las últimas etapas del fenómeno.

Justificación teórica

Diversos agentes del sector salud se han inmiscuido en la investigación del suicidio, ya que es un problema contemporáneo que ha mostrado, según los estudios epidemiológicos, ir en aumento. Es por ello que psiquiatras, sociólogos, psicoterapeutas y médicos han encontrado que el suicidio es un tema multidisciplinar; sin embargo, a pesar de lo complicado que resulta para la sociedad asumir los actos suicidas, estos demandan una respuesta a las preguntas que se generan por las controversias de este tema.

Autoras como Passalacqua, et al. (2006), señalan que dentro del ámbito de la psicología clínica se ha encontrado que las personas que llegan a tener pensamientos o acciones suicidas es una manera en la cual demuestran violencia contra sí mismo, es decir, manifiestan una personalidad con un bajo control de impulsos, dificultades para expresar sus emociones, un alto nivel de autoexigencia, aunado a un pensamiento rígido y poco flexible, lo cual genera en ellos sentimientos de ineptitud, fracaso y culpa (p.60).

Por su parte, Jiménez y Cardiel (2013) refiere que dentro de la psicología clínica las conductas suicidas llegan a presentarse de diversas maneras, respondiendo a diferentes motivaciones, las cuales requieren de varios enfoques de intervención. Es por ello que dentro de esta sección se describirán los conceptos básicos de la investigación, siendo estos el de psicoterapia, las diversas perspectivas de los enfoques de psicoanálisis y sistémico respecto al tema de la ideación suicida, el suicidio y sus implicaciones y posibles abordajes.

Para Campo (2004) define la psicoterapia desde el área de la epistemología como:

El psicoterapeuta, basado en un sistema teórico, con un cuerpo de conocimientos y entrenamiento clínico, así como en sus reacciones (contratransferencia, introspección) ante

el objeto de estudio, escoge un área de la vida del paciente (un problema, un trauma, un conflicto, un afecto, un momento histórico, una situación) formula una hipótesis, y se la presenta a éste para trabajarla en pareja. Aquellas hipótesis que no son validadas por el paciente, se desechan, y se formulan nuevos planteamientos que le den sentido a la experiencia que éste (paciente) está viviendo. (p.123).

Otra definición otorgada por Quintanar, (2007) describe a la psicoterapia como: aquel espacio al cual se acude al auxilio de otros para procurar el desenvolvimiento humano estable, en donde se abordan aspectos personales, conductuales, inconscientes y la considerada enfermedad mental (p. 23). Sus fundamentos y estudios se centran en la complejidad de lo humano.

Queda claro entonces, que la psicoterapia es el encuentro con un “otro” que permite brindar un espacio donde se aborda la problemática o los temas de interés del consultante. Resulta importante señalar que al inicio se establece un encuadre, es decir, las reglas que cada psicoterapeuta establece donde se establece el tiempo, el lugar, costos, los acuerdos de confidencialidad, etc.

Por su parte, Botella y Feixas (1994), aseveran que más allá de las discrepancias de los modelos psicoterapéuticos, existen tres puntos relevantes dentro de la eficacia de la psicoterapia. En el primero hace mención del compromiso ético a favor de la salud mental, el segundo a la responsabilidad social que se tiene al participar con pacientes con dificultades para adaptarse a la vida (variables económicas, acceso al servicio, etc.) y por último el compromiso ético de los terapeutas para seguir investigando sobre el tema de la psicoterapia y sus resultados (p.94 - 95).

Como ya se ha mencionado, dentro del ámbito terapéutico, los enfoques usados en psicoterapia son diversos. El ser humano puede ser visto y explicado desde diferentes dimensiones, sin embargo, cada teoría tiene sus propias definiciones, explicaciones de cómo se generan los

problemas psicopatológicos y la metodología o técnicas utilizadas para abordar los temas que el consultante decida compartir en su proceso psicoterapéutico.

Ahora bien, Boscolo y Bertrando (2000) mencionan que debido a la gran diversidad de profesionales que ahora están inmersos en el mercado de la salud mental, los terapeutas suelen aceptar a todo consultante que se presente y requiera de atención psicológica, sin embargo, es necesario tomar en cuenta que “las teorías son como las redes del pescador: Ninguna red es adecuada para atrapar toda clase de peces” (p. 69).

Por lo tanto, es necesario tener en cuenta que, al abordar un paciente suicida que se encuentre “perturbado emocionalmente” dentro de la propuesta de tratamiento se tienen que evaluar las variables individuales relativas al cliente (pensamiento maniqueísta, riesgo suicida, ideas rígidas, etc.) esto con el objetivo de poder brindar un seguimiento ulterior. (Nizama, 2011, p. 3)

En México, los especialistas de la salud, no cuentan con una formación especializada en suicidiología o atención en crisis, lo que deja en desventaja aquellas personas que en algún momento requieren del apoyo de un especialista, tal parece, que se adquiere el conocimiento de manera empírica. (Morfín, Sánchez, Ibarra, & Camacho, 2017, p. 90).

En una investigación realizada por Corcuera e Iglesias (2015), determinaron que una de las terapias con mayor eficacia para trabajar la conducta e ideación suicida es la terapia cognitivo conductual, “la cual tiene el 90% de efectividad en el tratamiento (...) ya que esta terapia trabaja en la modificación de pensamientos y conductas a través de metas terapéuticas” (p.23)

Por otra parte, para el psicoanálisis desde el enfoque propuesto por Jaques Lacan, plantea que las manifestaciones subjetivas tales como las tentativas de suicidio y suicidios efectuados

reflejan el vacío en el interior del sujeto. Dicho por Arango Bermúdez y Martínez Torres (2013) lo describen de la siguiente manera “en las tentativas de suicidio, el sujeto hace exhibición y reclamo, intenta instaurar al Otro en su lugar de falta a través de sus tentativas de suicidio” (p.68). Como parte del tratamiento dentro de este enfoque, refieren una mirada “narcisista”, es decir, buscar una imagen que refleje “quererse a sí mismo y hacer uso de las pulsiones para promoverse” (p.77).

Una investigación desde el enfoque sistémico familiar realizada por Sánchez, Villareal, Musitu y Martínez (2010), refiere que las problemáticas familiares (hogares desestructurados, violencia intrafamiliar, problemas económicos, victimización y ajuste escolar) son un factor relevante para la presencia del comportamiento suicida en adolescentes. Para su abordaje, se comienza construyendo un “sistema terapéutico” en el que el terapeuta será quien rompa con la pauta del funcionamiento del sistema familia que mantiene la conducta suicida. Como parte del tratamiento se busca reencuadrar la conducta suicida, con el objetivo de comprender las características de “causalidad circular del síntoma y organizar en hipótesis sistémica” (p. 281-285).

Uno de los meta análisis realizados por Ougrin, Tranah, Sathl, Moran y Asarnow (2015) muestran la eficacia de los enfoques psicoterapéuticos que han sido eficaces en el tratamiento de conductas suicidas. El enfoque que ha mostrado mayor incidencia de investigación con resultados favorables es la Terapia Dialéctico Conductual (*dialectical behavior therapy; DBT*), la Terapia cognitivo conductual (*Cognitive-behavior therapy; CBT*) y por último la Terapia basada en la mentalización (*Mentalization-based therapy; MTB*). Dichos modelos han evaluado las autolesiones y las manifestaciones de la conducta suicida de manera global.

Por otra parte, Molla, et al. (2015) menciona que otro tipo de terapias, tales como la Terapia focalizada en la Solución de Problemas (*problema solving theory; PST*), la Terapia psicodinámica

interpersonal (*Psychodynamic interpersonal therapy; PIT*), las terapias de Orientación Familiar como la Terapia multisistémica (*multisystemic family therapy; MST*), la intervención de Crisis Orientada a la Familia (*Family- Based crisis Intervention; FBCI*), y por último la terapia familiar basada en el apego (*Attachment- based Family Therapy; ABFT*) (p. 54).

La psicoterapia es una herramienta que tiene un impacto significativo en personas que han presentado alguna conducta suicida, dentro de esto se encuentran diversos enfoques que proponen herramientas y técnicas diferentes para el abordaje del fenómeno del suicidio, sin embargo algunas demuestran tener una mayor eficacia, tales como las teorías conductuales, pero es un hecho que la falta de investigación de otros enfoques en el tema del suicidio, sesga el conocimiento del qué hacer del psicoterapeuta en consultantes con ideación suicida.

Pregunta de investigación.

¿Cómo abordan los psicoterapeutas con los enfoques en psicoanálisis y sistémico a consultantes con ideación suicida?

Preguntas específicas.

1. ¿Cuál es la vivencia personal de los psicoterapeutas en el abordaje de consultantes con ideación suicida?
2. ¿Cuál es la postura ética de psicoterapeutas con los enfoques en psicoanálisis y sistémico en el abordaje de consultantes con ideación suicida?
3. ¿Cuáles son los factores socioculturales que los psicoterapeutas toman en cuenta en el abordaje a consultantes con ideación suicida?
4. ¿Cuáles son las estrategias, metodología y técnicas en el abordaje de consultantes con ideación suicida?

Objetivo General.

Identificar las experiencias y abordajes psicoterapéuticos que los psicoterapeutas con enfoque en psicoanálisis y sistémico realizan con consultantes con ideación suicida.

Objetivos Específicos.

1. Identificar cuál es la vivencia personal de los psicoterapeutas con enfoque en psicoanálisis y sistémico con consultantes con ideación suicida.
2. Identificar la postura ética de psicoterapeutas con enfoque en psicoanálisis y sistémico en el abordaje de consultantes con ideación suicida.

3. Identificar los aspectos socioculturales que los psicoterapeutas consideran en el abordaje de consultantes con ideación suicida.
4. Identificar las estrategias, metodología y técnicas en el abordaje de consultantes con ideación suicida por psicoterapeutas con el enfoque en psicoanálisis y sistémico.

Marco Teórico

El suicidio es definido por Baader, Urra, Millán y Yáñez (2011), como aquella “conducta o acto destructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el método elegido es posible alcanzar dicha meta” (p.304)

De acuerdo con el informe de la OMS (2019), al año mueren 800 000 personas a causa del suicidio, siendo está la segunda causa de muerte en los jóvenes de 15 a 29 años. Este fenómeno ha ido en aumento según lo menciona el Instituto Nacional de estadística y geografía (INEGI, 2019). Sin embargo, en lo que va del año 2020 en Jalisco ha incrementado un 11% la tasa de suicidio, de acuerdo a lo reportado por Escamilla (2020), el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses de enero a noviembre 577 personas decidieron quitarse la vida usando el método de ahorcamiento e intoxicación. Cabe señalar que el 49% de los casos se dieron en los municipios de Guadalajara, Zapopan y Tlajomulco.

Si bien, las cifras del suicidio resultan alarmantes, es necesario también tener en consideración que 10 y 20 millones de personas intentan suicidarse cada año. Siendo más precisos, por cada suicidio que se lleva a cabo, se estima que existen de diez a veinticinco intentos de suicidio (Martínez y Guinsberg, 2009).

Comprender las bases multifactoriales del fenómeno del suicidio parece un reto, ya que existen factores de riesgos y condiciones que deben considerarse. Pese a ello, es relevante comenzar a desmitificar el tabú de la muerte auto-infligida o de la “lectura romántica” que se ha divulgado sobre este tema.

La guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012), define el intento de suicidio como aquella “conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para lo que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independiente de la letalidad del método” (p. 45).

En un estudio realizado por Jiménez y Cardiel (2013), expusieron que durante el año 2007 la OMS reportó 394 intentos de suicidio en México, en comparación con el INEGI, quién reportó 277 intentos de suicidio durante el año 2005, ya que fue el último período en el cual se registraron los intentos de suicidio por parte de las agencias del ministerio público. Con base en dicha información, se puede suponer que los intentos de suicidios han ido en aumento, a pesar de que no exista un registro oficial que pueda revelar la cantidad exacta de las personas que han atentado contra su vida de manera intencional.

Diversos estudios han mostrado que las variables relacionadas con el suicidio son entre otras: la posición socioeconómica, la cultura, los trastornos mentales, el sexo y la edad (Cortés, Aguilar, Suárez, Rodríguez y Durán, 2011). Para Jiménez y Cardiel (2013), el intento de suicidio debería ser concebido como un conflicto corpóreo, anímico y social, ya que este último brinda la posibilidad a los expertos dentro del área de la salud para dar una respuesta que permita describir y prevenir el suicidio, motivo por el cual las investigaciones se han centrado en comprender la génesis del fenómeno.

En este sentido Rosales, Córdova y Ramos (2012), consideran que la ideación suicida es el primer eslabón del proceso que lleva al suicidio. La ideación suicida ha sido definida como “todas aquellas ideas que los individuos tienen al respecto a desear y formular planes de cometer suicidio, pero que no han hecho evidente intento, ideas que ocupan un lugar central en su vida”. (p.64).

Dicho fenómeno ha sido estudiado ampliamente por diversas esferas académicas, sin embargo, Suárez, Cervantes y Domínguez (2016), proponen una lectura de dicho suceso desde la psicoterapia, dando así una dirección del qué hacer desde la postura del psicoterapeuta, es decir, “darle voz al suicida implica ofrecerle un espacio, un tiempo y una relación que favorezca la multiplicidad y la riqueza de sus expresiones (...) significa la búsqueda del significado de la muerte, pero también sobre la vida” (p. 470-471).

La Organización Mundial de la Salud (2019), señala que 800 000 personas se suicidan al año, en datos más exactos, el suicidio es la segunda causa de muerte en los jóvenes de 15 a 29 años; la calidad de vida de esta población se ha visto afectada por factores como el consumo de alcohol, consumo de drogas, la pérdida de tradición y los problemas familiares.

El suicidio ha producido un mayor número de muertes en comparación a los de guerra y homicidios juntos. En el mundo se han realizado diversas indagaciones sobre dicho fenómeno, De Bedout Hoyos (2008) encontró que los países musulmanes presentan las tasas más bajas de suicidio, encontrando las tasas más altas en Uruguay, Cuba, Canadá, Estados Unidos, Chile y Surinam (p.55). Por su parte, Garcíandía Imaz (2013) reveló que los sobrevivientes y la familia cercana a las víctimas que han intentado suicidarse, tienen un impacto y cambio de vida significativo después de dicho evento (p.72-73.)

Fundación española para la prevención del suicidio (2019) señala que un factor de riesgo es el incremento de edad, debido a que el riesgo del suicidio llega a quintuplicarse generando el 2% de la “carga global de enfermedad”. En España durante el año 2014, se presentó la tasa más alta de suicidios en su trayectoria, hubo 3.910 muertes, a pesar de que las cifras resultan alarmantes, el

verdadero interés está centrado en el “sufrimiento, drama personal y colectivo que genera el suicidio” (p. 1).

En un recorrido histórico de México, en los años 50 el suicidio ya era un tema de relevancia para los investigadores de la conducta. En un estudio realizado con población mexicana Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez (1996) puntualizó que en el año 1954 los actos suicidas en promedio se presentaban en 3.2 por cada cien mil habitantes en comparación con el año de 1969, donde se incrementó en un 30.5% por cada cien mil habitantes, dichas cifras parecieron alarmantes, ya que aumentó en un 3% por año.

Por supuesto, la información que se tiene en la actualidad respecto a los índices de suicidio en México refleja un aumento del 200%, Hernández y Flores (2011), según los registros señalan que la mayor parte los suicidas fueron varones, especialmente en dos sectores de la población, en primer lugar, se encuentran los jóvenes entre los 15 y 24 años, seguido por las personas mayores de 65 años (p. 72-77).

Chávez, Pérez, Macías y Páramo (2012) realizaron una investigación en adolescentes que residen en Guanajuato, encontrando que cada 1 de 3 estudiantes que participaron en el estudio, presentaron ideación suicida, predominantemente en mujeres. Por otra parte, las mujeres son la población que tiene un mayor índice en el intento de suicidio, Almazán Delgado (2001) infiere que los factores que intervienen en el suicidio son: “baja autoestima, un ambiente familiar disfuncional, una mala relación con el padre, sentirse en desventaja con las amigas, la pésima comunicación con la madre y preferir aislarse en situaciones problemáticas” (p. 17).

Nock et al. (2008), corroboró dichos datos, ya que en la investigación que realizó con población de países de ingresos bajos o medios, mostró que los suicidios consumados y los intentos

de suicidio tenían una incidencia en el abuso de alcohol, dependencia a las drogas, trastornos de ansiedad, control de impulsos y de conducta.

Son notables las diferencias que se han encontrado en la mortalidad existente entre los sexos. En México, las cifras señalan que son 4.6 más concurrido en hombres que en mujeres. Un ejemplo de ello es Tabasco, estado en el que es 7.3 veces mayor que en mujeres, a diferencia del Estado de México o Chiapas, donde las defunciones se dan en 3 veces más en varones. (Puentes, López y Martínez, 2004, p.103)

Otra de las diferencias importantes se encuentra en los métodos utilizados para suicidarse, el 62% de las mujeres optaron por usar medicamentos o venenos de los cuales solo el 10% murieron por esta causa. En el caso de los hombres emplearon métodos con mayor letalidad, tales como armas de fuego y ahorcamiento (INEGI, 2002).

Los motivos que fueron registrados por el INEGI en el año 2002, señalan que los intentos de suicidio por parte de femeninas son principalmente problemas familiares, con un 47.9%, seguido por un 12% debido a conflictos amorosos y del resto se desconoce la causa, en comparación con los masculinos, quienes refirieron que el 30% lo intentaron por disgustos familiares, y un 7% por circunstancias de pareja, esto quiere decir que, por cada mujer, existen 5 hombres que consumaron el suicidio.

En nuestro país, se ha comprado que existe una relación entre las enfermedades mentales y el suicidio, se pronostica que los trastornos de ansiedad y de estado de ánimo (especialmente la depresión) sean el primer problema de salud asociado con la ideación suicida (Solís-Cámara, Meda Lara, Moreno Jiménez y Palomera Chávez, 2018)

Las señales o conductas suicidas que se llegan a manifestar en las diferentes expresiones requieren de identificación, aceptación, pronóstico e intervención (Spirito y Donalson, 1998 citado en Echeburúa, 2015). El primero de estas partes, se compone en la siguiente clasificación del suicidio.

Suicidio consumado: el individuo logra el cometido de terminar con su propia vida con un método de su elección

Suicidio frustrado: el sujeto lleva a cabo un método que supone será letal, sin embargo, no logra consumir su objetivo debido a la forma (arma de fuego y ahorcamiento) a la inexperiencia, por la rapidez con la que se atiende, la intervención de los familiares o por otro tipo de razones que no son específicas.

El parasuicidio o la tentativa de suicidio, se refiere a la acción que realiza el sujeto sin la intención real de quitarse la vida, por lo que se usan métodos que no resultan fatales pero que por alguna falla o falta de experiencia pueden llegar a morir. La razón que puede motivar este tipo de conductas puede variar, (Blasco-Fontecilla et al. 2010, citado en Echeburúa, 2015) puede buscar la manipulación, hacer cambios en su contexto, dañar con su ausencia sus seres queridos, busca algún tipo de apoyo, o huir de algo que en ese momento le parece insoportable. Dicho de otra forma, los sujetos se encuentran en una posición ambivalente, tienen el mismo deseo de morir como el de vivir (p. 120).

Es importante resaltar la diferencia entre el parasuicidio y el suicidio frustrado, este último se trata de la persona que lleva tiempo planeando la manera de suicidarse, la forma elegida es claramente letal y al no conseguir su objetivo se muestra arrepentido. El primero término, se refiere aquellas conductas que aparentemente buscan acabar con la propia vida, pero los métodos elegidos

no tienen un nivel de letalidad alto, pero a pesar de ello, puede que la persona lo vuelva a intentar y en algún momento lo consiga.

Otro tipo de conducta suicida es la *equivalente suicida*. Este término hace referencia a todas esas acciones que las personas realizan a consciencia y con el propósito de ponerse en riesgo, por ejemplo, manejar en un estado de ebriedad, consumo excesivo de consumo de drogas, practica constante de deportes extremos sin la protección necesaria, etc.

Siguiendo la línea de este autor, plantea que, en las amenazas suicidas, se encuentra la ideación suicida, el cual es el punto medular de este trabajo. Cuando este tipo de ideas suelen ser expresadas en su contexto no manifiestan alguna conducta que ponga en riesgo o comprometa la vida de la persona. No obstante, es importante comprender que la ideación suicida es el inicio que precede al suicidio, sobre todo cuando está acompañado de un plan suicida. Ahora, la ideación suicida que no se expresa de manera verbal, se queda al nivel de pensamiento en el que se identifica un claro deseo constante de terminar con su vida (Duarte Vélez, Lorenzo y Rosselló, 2016, p. 15).

Otros autores como Blandón, Carmona, Mendoza y Medina (2015), proponen una lista de cinco etapas por la cuales puede pasar una persona que ha intentado suicidarse, sin embargo, es importante mencionar que no se trata de un proceso, ya que estas no se presentan imperiosamente en ese orden cronológico:

Primero se encuentra la Ideación suicida pasiva seguido por la contemplación activa del propio suicidio, pasando por la planeación y preparación la cual va de la mano con la ejecución del intento suicida dando como resultado el suicidio consumado. La ideación suicida como “el pensamiento y deseo de quitarse la vida, sin que ello implique que llegue

a intentarlo” (p.471), por esta razón realizan una clasificación de los tipos de ideación suicida:

Deseo de morir, simbolización suicida, idea de autodañarse sin plantear una acción, idea de suicidio sin un plan consolidado finalizando con ideación suicida con un plan elaborado y altamente detallado, siendo esta última la de mayor riesgo (p. 472-475).

El suicidio es un proceso que está constituido por diferentes etapas o niveles que pueden ser detectados, pero parece que, a pesar de los esfuerzos realizados por los expertos, el fenómeno del suicidio sigue siendo un tema relevante en nuestra sociedad y como tal tiene que ser comprendido. En conclusión, se podría decir que inicia por la parte cognitiva, es decir, la ideación (plantean la muerte como un descanso, una pausa a un momento complicado, deseos de morir y amenazas), llegando hasta la parte conductual donde se presentan los gestos, las tentativas y, por último, el suicidio consumado.

Expertos en el área como Echeburúa (2015) han concluido que el suicidio es el resultado de la desesperanza que tiene el sujeto, le resulta difícil e insostenible el tipo de vida que está llevando en ese momento y ve la muerte como la única opción para dejar de sufrir. Este malestar puede ser provocado por alguna problemática derivada del área social, físico, social, laboral, económicos, pérdidas o el padecimiento de algún trastorno mental. Aproximadamente el 80% de las personas con trastornos mentales llegan a consumir el suicidio.

Los padecimientos más frecuentes que acompañan al suicidio y la ideación suicida es la desesperanza, la depresión y el trastorno bipolar. Según los reportes aproximadamente el 20% de las personas diagnosticadas con depresión han intentado quitarse la vida. Otro de los trastornos relacionados con este fenómeno, son los adictivos, por ejemplo, la ludopatía, el consumo de

drogas, adicción a la ingesta de bebidas alcohólicas que suelen estar acompañadas por sentimientos de desesperanza (Echeburúa, 2015, p. 121).

Otra característica sumamente frecuente dentro de la ideación suicida es la conocida “lógica suicida”, como lo dice su nombre, la persona que lo padece no ve más allá de la problemática en el que se encuentra inmerso. Una de las propuestas mencionadas por los expertos en el tema, enfatizan la importancia de recibir apoyo de los profesionales de la salud (Echeburúa, 2015).

Este panorama refleja la importancia que tiene para los profesionales de la salud, poner especial atención a las conductas suicidas que pueden o no, ser claras y visibles. La psicoterapia, es uno de los pocos espacios en los cuales suele y puede ser expresado el deseo de morir, la desesperanza o alguno de los factores de riesgo antes mencionados.

En una investigación realizada por Urrego Betancourt, Quintero y Manrique (2016) refieren que el Dr. Shneidman, establece uno de los modelos más relevantes y explicativos del suicidio. Parte de la comprensión del fenómeno lo basó en la biología, la genética y el malestar psicológico. Integró diversos términos tales como, dolor psicológico, autopsia psicológica y la muerte subintencionada, etc. (p.78). Su investigación tomó un nuevo enfoque al querer comprender las razones, los factores asociados y dejar de lado estadísticas del suicidio que poco aportaban a la comprensión del suicidio.

Dentro de su propuesta, se encuentra la descripción de 10 características en común del suicidio, siendo éstas:

El propósito común del suicidio es encontrar una salida o una solución, 2. Lo que se busca con el suicidio es parar a la conciencia, 3. El dolor psicológico resulta insoportable para la persona,

4. Uno de los factores estresantes que originan el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas, 5. La desesperanza, la sensación, la importancia y la frustración son las sensaciones que predominan en el suicidio, 6. Los pensamientos ambivalentes que se presentan crean un estado de crisis, 7. El estado perceptual se encuentra en constante constricción, 8. Se encuentra un sentido de regresión e insatisfacción, 9. La ideación suicida, la planeación del suicidio se presenta de manera constante, y por último, 10. Las pocas herramientas para afrontar los conflictos de la vida crean una visión del mundo altamente amenazante. (Citado en: Chávez y Leenaars, 2010.)

Shneidman, contemplaba la forma, el método y el contexto en el cual, la persona decidía terminar con su vida. Las notas suicidas tomaron un papel fundamental para tratar de comprender el sufrimiento y el estado mental en él se encontraban los sujetos en su último momento de vida. Parte de su trabajo se puede comprender desde tres grandes esferas que dan una nueva perspectiva del suicidio moderno, alejado de las tasas de suicidio que poco aportaban a la comprensión de este fenómeno. Entrelazó la investigación, la formación y el servicio clínico con esta población (Citado en: Chávez y Leenaars, 2010).

Es considerado como el fundador de la “suicidología moderna”. Dio paso a la comprensión de la prevención y atención temprana del suicidio a través de la toma de conciencia en las conductas suicidas y autodestructivas.

Consideró que diversos mitos rodeaban y entorpecían la verdadera comprensión epistemológica del suicidio, ya que con sus estudios encontró que solo el 15% de los que se quitaron la vida eran psicóticos, contrario a lo que se creía hasta ese momento. Para él, el origen del suicidio y lo que llevaba a realizar alguna conducta autodestructiva era el dolor psicológico.

Chávez y Leenaars (2010) describen muy bien la aportación que realiza este autor. En esa época fueron proporcionadas diversas explicaciones aisladas por diferentes ciencias. Un ejemplo

de esto es el psicoanálisis y la psiquiatría; el primero sostenía que la ira estaba dirigida a sí mismos, en cambio, la medicina creía que se debía a un desequilibrio bioquímico. Esto era el reflejo del estigma que rodeaba al tema del suicidio en esa época, sin embargo, el proyecto de Shneidman fue innovador y radical.

La terapia se volvió un eje central en el tratamiento, prevención y comprensión del suicidio, ya que capacitó y dio grandes herramientas a los psicoterapeutas para medir la letalidad y peligro en el que los pacientes se encontraban al llegar con ellos. El objetivo principal de la terapia fue entonces, reducir la “perturbación” para decrementar así, la letalidad, en otras palabras, disminuir el dolor que las personas sentían en ese momento crítico de su vida.

Otro de los modelos explicativos es el de Roush, Brown, Mitchell y Cukrowicz (2019) quienes plantean que una de las terapias efectivas para el suicidio es la terapia interpersonal del suicidio “The Interpersonal Theory of Suicide”. Este enfoque realiza una distinción entre los factores de riesgo, que son aquellas variables asociadas a un incremento probabilístico de que ocurra un mismo resultado, mientras que los procesos causales, brindan una explicación de un resultado. Ambos indicadores son de gran importancia para el entendimiento global del suicidio (pp. 514-523).

Al igual que Shneidman, esta teoría establece que uno de los puntos medulares es la psicoterapia y la farmacoterapia, ya que la combinación de estos abordajes mostró resultados favorables en la reducción de comportamientos suicidas. El factor de la prevención tomó gran peso, ya que parte del tratamiento psicoterapéutico es comprender la zona de peligro en el que se encuentran las personas que han intentado suicidarse o presentaron alguna conducta suicida.

Arango Bermúdez y Martínez Torres (2013) plantean uno de los posibles marcos de evaluación desde el psicoanálisis abordando la problemática de riesgo del suicidio, entiéndase

como aquellos procedimientos clínicos que proporcionan las formas y estructuras de personalidad que se tienen que abordar para comprender la prevalencia de los comportamientos suicidas. La teoría interpersonal analiza tres condiciones que pueden considerarse predictores, lo que implica detectar cuando estos se presentan de manera simultánea siendo suficientes para que se presente un intento de suicidio. Las cifras de los estudios refieren que las mujeres suelen tener a lo largo de la vida, mayores factores de riesgos, sin embargo, los hombres son los que presentan una mayor tasa de suicidios consumados, esto debido a los métodos de letalidad que utilizan (p. 64-67).

Los resultados que ha mostrado este enfoque terapéutico han sido favorables en adultos mayores de 60 años con ideación suicida y depresión. La terapia interpersonal forma parte de los enfoques cognitivo conductuales; los cuales tienen mayor evidencia empírica y teórica de los resultados que han mostrado mejoras significativas en los pacientes con ideación o conducta suicida (Tang, Jou, Ko, Huang, & Yen, 2009).

Hasta este momento, la revisión teórica ha mostrado que la psicoterapia es un recurso que aporta en gran medida a la prevención, tratamiento y comprensión del suicidio. Múltiples programas terapéuticos se han elaborado con el objetivo de crear consciencia de los espacios que se tienen y proponen estrategias efectivas que ayudan a prevenir el suicidio consumado.

Guibert (2002) sugiere que las intervenciones terapéuticas tienen que ser realizadas por los psicólogos buscando un abordaje profundo y eficaz. Desde este punto, la terapia puede tener resultados positivos si el terapeuta logra centrarse en los elementos del problema tiene consigo y establece las pautas objetivas a trabajar: “la autoeficacia del sujeto, la toma de decisiones, las intervenciones terapéuticas se orientan sobre todo al sistema en el que se produce la conducta suicida” (p. 1).

Dentro de la psicoterapia se han vislumbrado esa falta que tiene que ser considerada cuando se habla sobre personas que han tenido la idea o han llegado a tener una conducta que atenta contra su vida.

Los diversos modelos psicoterapéuticos han propuesto líneas de investigación y abordaje en el tema del suicidio a pesar de que cada una tenga su propia base epistemológica, ya que el principal objetivo de cualquier psicoterapia estará encaminado en acompañar y brindar un espacio de escucha y acompañamiento para los consultantes.

Desde el enfoque psicoanalítico postula que la presencia de una conducta suicida es el mecanismo psíquico en la neurosis, la persona vuelve sobre sí misma el impulso de matar a otro, con el cual está prohibido mostrar algún tipo de agresión. Cisneros y Guzmán (2020) refieren que, para Freud, el suicidio es el efecto de la pulsión entre el “Eros y Thanatos”, donde este último tiene mayor peso en la psique del sujeto. Por otra parte, para Jung, la muerte propiciada por sí mismo implica el rompimiento entre el consciente y el inconsciente.

Adler en el año 1912, muestra una visión en la cual, el suicidio es frecuente en aquellas personalidades dependientes, egoístas, con baja autoestima y un sentimiento de inferioridad, sin embargo, las personas suicidas muestran la incapacidad de la persona de manejar el dolor proveniente de una posición depresiva (Adler, 1993, p. 293).

Por último, el enfoque sistémico propone que toda conducta suicida, tiene que ser comprendida desde el marco de referencia de la familia. Dentro de la estructura psicoterapéutica, el terapeuta tiene que asumir un papel participativo en la familia ya que realizará intervenciones,

movimientos de reestructuración, y reencuadre, modificando así la pauta que hasta ese momento había vivido la familia.

El análisis realizado por Eguiluz (2007), desde el enfoque sistémico, refiere que uno de los elementos relevantes en los jóvenes que han tenido ideación suicida o incluso, intentaron terminar con su vida, son las relaciones familiares. Aquellos que mantenían un buen nivel de comunicación, se sentían escuchados, tenían menor probabilidad de recaer. Esto se vio reflejado en el estudio que realizó, en el cual determinó que, si las familias eran cohesivas y expresivas, fomentan la independencia y seguridad de todos los miembros.

Por el contrario, cuando los integrantes de la familia mostraban dificultad para desprenderse de su sistema de origen, repercutía de manera significativa en la autonomía y en la creación de su propio concepto, siendo éste un factor importante para que un joven pueda ver el suicidio como una opción para escapar de su realidad.

Una de las propuestas de Minuchin citado en Chinchilla (1979) establece que la Terapia Estructural de Familia es un modelo que requiere acción, es decir, el terapeuta al formar parte del sistema tiene un papel de liderazgo y como tal, permite que su campo de acción posibilite un cambio. Fishman (1994), en los años 80 plantea que cuando algún miembro de la familia o incluso, la familia completa llega a terapia, ya han ensayado diversas soluciones que no han sido eficaces para solucionar sus problemas.

Es por ello que el principal objetivo del terapeuta, desde este enfoque es crear nuevas pautas de interacción en el sistema familiar, buscando pequeños cambios que generen por mecanismos morfogenéticos e impacten en los niveles de funcionamiento. Algunas de las técnicas

utilizadas en estos casos, son “la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad” (Chinchilla, 1979, p. 8).

Es necesario tener en cuenta que a pesar de que existan diferencias entre los modelos psicoterapéuticos, todos tienen el mismo objetivo, poder acompañar al consultante en esa etapa en la que el otro busca ser acompañado en el proceso de conocerse a sí mismo, adquiriendo al mismo tiempo, herramientas que le permitirán afrontar la situación en las que se ve inmerso en la contemporaneidad de su vida.

Marco Metodológico.

En el presente apartado se describe el diseño para realizar la investigación, las características del mismo y aquellos criterios que se tomaron en cuenta para la selección de la muestra. Por otra parte, se menciona el análisis de los datos recabados, dando parte a los resultados y conclusiones obtenidos con la presente investigación.

Botero (2000), mencionan que las metodologías de investigación cualitativa son una puerta para poder incursionar en el campo de las construcciones de sentido, es decir, poder sobrepasar los parámetros de lo estudiado hasta el momento, permitiendo crear significados que totalicen fenómenos particulares (p. 57). Es por ello que, el tema de esta investigación, hace referencia al abordaje que realizan psicoterapeutas de diversos enfoques ante consultantes con ideación suicida, siendo un tema que cuenta con pocas referencias en población de Jalisco.

Con base a lo anterior mencionado, la investigación que se llevó a cabo es de tipo exploratorio. En palabras de Hernández y Torres, (2018) “sirven para preparar el terreno y, por lo común, anteceden a investigaciones con alcances descriptivos” (p.90), es decir, se pretende que estos estudios recaben información necesaria para poder indagar más adelante nuevas problemáticas, variables promisorias o sugerir postulados o afirmaciones que requerirán de otras indagaciones.

Respecto al enfoque de la investigación, es de corte cualitativo, siguiendo la primicia del objetivo del estudio, el cual está dirigido a recolectar información proporcionada por psicoterapeutas con experiencia en el ámbito clínico, obteniendo así una recopilación de los datos obtenidos a través de las entrevistas.

Con lo que respecta a la metodología utilizada en la investigación, la información propuesta por Hernández, Fernández y Baptista (2006), describen la metodología cualitativa como aquella recolección de información y datos que no requieren de una medición numérica, es decir, suelen surgir preguntas e hipótesis como parte del proceso en la investigación lo cual permite flexibilidad, moviéndose entre los eventos y las interpretaciones. Su objetivo radica en brindar una visión que permite “reconstruir” la realidad de la teoría que se tiene en ese momento partiendo del conocimiento previo formado por la población que participa en la investigación (p.523-549).

La investigación cualitativa pretende describir las variables del fenómeno. Autores como Díaz, Torruco, Martínez y Varela (2013) afirman que la entrevista es una técnica que aporta en gran medida a la investigación cualitativa, argumentan que, a diferencia de un cuestionario, la entrevista permite adquirir información más profunda, dando la oportunidad de poder aclarar e indagar en las respuestas dadas por los entrevistados, esto podrá variar de acuerdo a la naturaleza de la investigación que se lleva a cabo.

El tipo de entrevista que se tomó para el desarrollo de esta investigación es conocido como “entrevista semiestructurada”, parte de las preguntas establecidas por el entrevistador, sin embargo, se tiene la oportunidad de indagar, aclarar términos, equiparar ambigüedades y conocer con mayor precisión la opinión y la expresión de los puntos de vista de manera abierta (Díaz, et al., 2013, p. 163).

Con base a lo anterior, se entiende que la entrevista semiestructurada es un recurso en la investigación cualitativa que permite conocer las creencias, opiniones, significados, percepciones, acciones y motivaciones de los entrevistados. Por su parte, Díaz, et al., (2013) mencionan algunas consideraciones relevantes que es importante mencionar al usar la entrevista semiestructurada. Principalmente es buscar un lugar cómodo que permita el dialogo profundo con el entrevistado,

tomando en cuenta que el entrevistador cuenta ya con una con una guía de la entrevista que este seccionado por categorías, sin embargo, se tiene que brindar una apertura al entrevistado tener libertad de expresarse de manera espontánea, (p.163)

Otro de los aspectos que refieren estos mismos autores (Díaz, et al., 2013) que son relevantes mencionar, es el desarrollo de la entrevista, los cuales están descritos en cuatro fases (p.164)

- a. Primera fase: En este momento se realiza la preparación de las preguntas guías, se plantean los objetivos del estudio y la convocatoria para los encuentros en día y hora en el que se llevara a cabo la entrevista.
- b. Segunda fase: Es conocida como la fase de la apertura, es cuando se tiene el primer encuentro en el lugar y hora de la cita, se planteará el objetivo que se tiene de la entrevista, el tiempo aproximado de la cita y solicitar el consentimiento para poder grabar en video o audio la conversación.
- c. Tercera fase: También llamada desarrollo. El entrevistador lleva a cabo la entrevista y pone en práctica todas sus habilidades para poder recabar la información requerida, es importante recordar la flexibilidad en las preguntas.
- d. Cuarta fase: La última fase corresponde al cierre, es cuando el entrevistador comenzará anunciar el final de la entrevista para que el entrevistado pueda ir recapitulando y profundice o exprese puntos que considere relevantes. Se puede realizar un resumen con la información proporcionada por el interlocutor para poder finalizar con un agradecimiento por su tiempo y colaboración en la investigación.

Con base a lo anterior mencionado, las entrevistas que se llevaron a cabo fueron realizadas en dos sesiones, las cuales duraron aproximadamente cincuenta minutos. Fueron grabadas en audio con la autorización previa del entrevistado. Esto con el objetivo de poder transcribirlas y realizar el análisis de la información.

El instrumento que se utilizó permitió que se elaborara una guía de preguntas las cuales permitieron al entrevistado profundizar y dar su opinión respecto a la experiencia que han tenido a través del abordaje psicoterapéutico desde su enfoque con consultantes que han mencionado la ideación suicida.

Las preguntas guías que se llevaron a cabo en las entrevistas son: 1) ¿Recuerda haber atendido en terapia algún consultante que haya expresado su deseo de quitarse la vida? Me podría platicar un poco más sobre eso. 2) Podría describirme cómo ha tratado en consulta cuando una persona manifiesta la idea de matarse. 3) ¿Cómo ha sido su vivencia ante la presencia de un consultante que ha manifestado el deseo de quitarse la vida? 4) En su experiencia ¿qué aspectos cree que contribuyan para que una persona piense en matarse? (abordar aspecto social, familiar, individual).

Cabe mencionar que toda la información brindada por los entrevistados se manejó de manera profesional y solo se utilizó para los fines antes mencionados en la investigación. La transcripción de la entrevista fue de tipo literal, tal como lo menciona Moreira, 2001 (citado en Moreno, 2014) al momento de realizar la transcripción el entrevistador puede tener una escucha más limpia y objetiva, es decir, permite la “comprensión de las expresiones del colaborador”. Se pretende generar con ello nuevos conocimientos en un nivel descriptivo en relación a la naturaleza el estudio (p. 73). Este tipo de entrevista tiene una dimensión relacional, la cual propone la

hipótesis de que la “confianza, aceptación, comprensión y seguridad con la que el entrevistado viva la interacción influirán en lo que pueda y decida expresar y mostrar en su vivenciar” (p.65).

En este mismo sentido, la entrevista se define como aquel proceso de interacción y diálogo entre dos personas, cuyo fin es que el entrevistado “reconozca, describa y exprese su experiencia vivida y los significados sentidos en la relación o situaciones vividas referidas al tema de la investigación, ya sea que las viva actualmente o las recuerde, y se exprese desde su experienciar” (Moreno, 2014, p. 72).

Parte importante de las entrevistas fenomenológicas es el papel del investigador, ya que tendrá que tener en cuenta la dimensión relacional y la manera en cómo algunas técnicas pueden facilitar el acceso a la recolección de los datos e información necesaria y así obtener mejores resultados.

Por otra parte, se encuentra la dimensión técnica, la cual se refiere a la manera en qué y cómo pregunta el entrevistador, la manera en cómo escucha, cómo responde y la manera en cómo resuena. En conclusión, la entrevista fenomenológica es una herramienta que es de gran utilidad para recabar información y datos sobre la opinión y experiencia de las personas en relación al objetivo de estudio.

Los elementos que se consideraron para la elaboración de las entrevistas, se basaron en el esquema de desniveles propuesto por la Maestría en Psicoterapia del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Por lo tanto, para el análisis de las respuestas de los entrevistados se siguió la propuesta del esquema de acuerdo a las categorías. El esquema de desniveles tiene el objetivo de crear un diálogo entre diversos autores y disciplinas teóricas que permitan comprender las problemáticas, el tratamiento y los recursos usados para el proceso de ayuda.

El primer desnivel propuesto es el “transversal”, este considera aquellos elementos que interactúan continuamente entre el psicoterapeuta y el consultante. Dichos “desniveles transversales son”:

- Desnivel del contexto histórico sociocultural:

Dentro de este apartado se narra el momento social, político, económico y la influencia que tuvo cada uno de estos aspectos en el desarrollo de la teoría y su progreso. Este principio responde también a la revisión de la propia historia personal de los autores y el ambiente en el que se desarrollaron.

- Desnivel de lo filosófico: antropología filosófica, epistemología y ética.

En este apartado denominado “filosófico” se concentran las diferentes dimensiones del ser humano y su naturaleza, es decir, se parte de la premisa de la construcción constante en los factores de las visiones que se tienen de un mismo fenómeno, dichas dimensiones son:

- Antropología Filosófica:

Una de los indicios dentro del área de la psicoterapia son los componentes de la “visión de ser-humano”. Se plantean las propuestas de los autores sobre la definición que cada uno otorga a “vivir con bienestar”, “vivir bien” etc. (Moreno y Zohn, 2016, p. 102) ya que esto brindará una visión clara y objetiva de los estilos, técnicas y modos de intervención.

- Epistemología:

Si bien, es cierto que existen una gran variedad de propuestas que definen una misma problemática o situación humana, su manera de intervenir y la solución, pero la epistemología, es la guía que determina los “fundamentos (...) que orientan los planteamientos que se ponen en

diálogo; a saber, lo que, por un lado, sostienen los autores y las teorías, y por otro, lo que constituye la epistemología del psicoterapeuta y el consultante.” (Zohn, y Moreno, 2016, p. 103).

- Ética:

Resulta esencial partir de las normas, costumbres, valores y moral del comportamiento humano comprendido desde la visión y el quehacer psicoterapéutico, es decir, saber la manera en cómo se plantean los abordajes de las problemáticas presentadas por los consultantes, la forma de comprender la libertad de las personas, los tratamientos y la manera de interacción entre el psicoterapeuta y consultante.

- Desnivel de la relación, la interacción y la comunicación.

En este espacio se relata la forma en cómo se establece el vínculo entre psicoterapeuta y consultante, los factores que influyen, la manera de convivir, comunicarse y comprender las formas de expresión y mensajes.

En el segundo desnivel es denominado “disciplinares”, se describen los aspectos teóricos, las condiciones favorables o de desventaja, dicho por Moreno y Zohn (2016), se trata de comprender las orientaciones de intervención, problemas psicológicos y el desarrollo personal. Dichos autores mencionan que, “las aportaciones y construcciones teóricas, metodológicas y técnicas de distintas disciplinas, entre las cuales destacan la psicología, antropología, sociología, teoría de sistemas, psicoanálisis y neurociencias” (p. 106)

Participantes

Una de las principales características dentro de la investigación cualitativa está relacionada con la modalidad de acercamiento a la muestra de población que se elige para realizar la exploración; Herrera (s/f), describe que dentro de dicha modalidad puede definirse de la siguiente manera “Podría entenderse como una categoría de diseños de investigación que extrae descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas (...)la naturaleza de la investigación guía y orienta el proceso de indagación” (p. 9-12)

Siguiendo con esta idea, Martínez Salgado (2012), refiere que la modalidad cualitativa permite trabajar con números de participantes reducidos, lo cual brinda la posibilidad de realizar inferencias correctas y obtener resultados de validez interna ya que la elección de participantes se realiza de forma cuidadosa e intencionalmente ya que esto permitirá obtener información profunda y detallada acerca del tema que sea del interés para la investigación. (p.614-616.)

Debido a las condiciones de este estudio se tomó el muestreo de casos homogéneos. Este consiste en la conformación de grupos, es decir, tienen que poseer algún tipo de experiencia común que los vincule con el tema de la investigación. Autores como Otzen y Manterola (2017) mencionan que la representatividad, permite la creación de resultados generales respecto a un tema, es decir, el muestreo no probabilístico por conveniencia consiste en seleccionar a cierta población que acepte participar en la investigación.

Criterios de inclusión.

Con base en lo anterior, los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta para la selección de los participantes para esta investigación fueron los siguientes:

- Tener una licenciatura en psicología
- Contar con una especialidad o maestría en algún enfoque de psicoterapia.
- Tener más de 15 años de experiencia clínica privada.
- Tener experiencia con consultantes que han manifestado ideación suicida.

Así mismo, los criterios de exclusión que se consideraron para la elección de los participantes fueron los siguientes:

Criterios de exclusión.

- No concluir el proceso de las entrevistas.
- Por retirarse de la investigación.
- Fallos en el audio o no contar con los datos requeridos para la investigación.
- Por no contar con experiencia en el abordaje de consultantes con ideación suicida.

Con base en los criterios de inclusión y exclusión, en el presente estudio se tuvieron dos participantes. Ambos participantes eran psicoterapeutas con amplia experiencia en el abordaje psicoterapéutico de consultantes con conductas suicidas; el psicoterapeuta 1 cuenta con estudios de posgrado en enfoque psicoanalítico y el psicoterapeuta 2 cuenta con estudios de posgrado en terapia sistémica.

Descripción de Categorías

Tabla 1. Descripción de categorías. Elaboración propia.

Categoría del esquema de desniveles	Descripción
<i>Visión de ser-humano</i>	Esta categoría incluye menciones que hacen los entrevistados sobre su propia definición de ser humano, es decir, desde su cosmovisión y los factores que para cada uno constituyen: componentes biológicos, emocionales, cognoscitivos, familiares y sociales.
<i>Abordaje psicoterapéutico con diferentes enfoques</i>	Dicha categoría menciona el paradigma y los conceptos teóricos que cada modelo adopta al explicar el fenómeno del suicidio; es decir, aquellos preceptos epistemológicos que brindan una descripción al fenómeno que se estudia.
<i>Aspectos socioculturales son especialmente importantes para la comprensión</i>	Incluye las expresiones del entrevistado de como los aspectos socioculturales influyen en su comprensión del problema y en su proceder ante él. Es decir, se encontrarán las variables que cada psicoterapeuta considera importante para el abordaje con consultantes que han manifestado la idea de quitarse la vida, estos pueden ser factores económicos, de género, políticos, familiares, religión, costumbres, creencias, y, sobre todo, de cómo estos elementos se relacionan con los asuntos que se trabajan en el proceso de psicoterapia.”
<i>Aspectos éticos que orientan el trabajo psicoterapéutico con consultantes que han tenido ideación suicida.</i>	En esta categoría, se abordará el aspecto ético que el psicoterapeuta tiene sobre la muerte por mano propia y la ideación suicida. Esto incluye saber cómo se plantean la manera de abordar a consultantes que han expresado abiertamente el deseo de querer matarse; cómo se comprenden conceptos que aluden a la libertad de la persona, a los aspectos positivos y negativos de las conductas, de los tratamientos, etc.”

<p><i>Vivencia personal de los psicoterapeutas al trabajar con consultantes suicidas</i></p>	<p>En esta categoría se mostrará la postura y opinión clínica que cada psicoterapeuta tiene respecto a la decisión de un consultante que ha comentado tener deseos de quitarse la vida.</p> <p>También, se expondrán las anécdotas personales que cada psicoterapeuta ha tenido en su trayectoria clínica y la manera en cómo esto ha repercutido en su actuar con consultantes con ideación suicida.</p>
<p><i>Estrategias, metodología, y técnicas ejercidas por los psicoterapeutas al trabajar con consultases con ideación suicida.</i></p>	<p>Esto incluye la descripción de la interacción, estilo y percepción del psicoterapeuta, la referencia teórica que enmarca la concepción psíquica del ser humano, las técnicas, las reglas, consideraciones y aspectos que definen el encuadre que cada psicoterapeuta ha tomado en cuenta al momento de abordar a consultantes que han expresado tener la idea de quitarse la vida.</p>

Categorías y etiquetado.

Uno de los procesos fundamentales en la investigación hace referencia al análisis de la información obtenida de diferentes psicoterapeutas que han llevado un destacado desempeño en su labor como académicos y psicoterapeutas. Dicho análisis constituyó la elaboración de categorías y etiquetas obtenidas de las entrevistas realizadas a los psicoterapeutas.

Tal como lo define Chaves (2005) “las categorías son empleadas para establecer clasificaciones (...) trabajar con ellas implica agrupar elementos, ideas y expresiones entorno a un concepto capaz de abarcar todo” (p.113). Dicho proceso es utilizado para identificar aquellos temas que son recurrentes o encontrar ideas relevantes que se obtienen de las personas seleccionadas para participar en la investigación. En otras palabras, las categorías permiten recabar la información

esencial, reduciendo la información obtenida para establecer relación entre los datos representativos y la teoría.

La categorización cumple con el objetivo de dar un sentido a los datos, los cuales serán reducidos, comparados y relacionados, lo cual permitirá contrastar, interpretar, analizar y complementar con la teoría del tema. En este caso, se toman en cuenta aquellos factores que permiten organizar la información dando respuesta a los fenómenos reales, ajustando así a los parámetros establecidos en la investigación.

Es pertinente mencionar que el primer paso que se realiza para poder llegar a las categorías es el etiquetado, este se puede definir como la acción de seleccionar aquellos fragmentos de las entrevistas que respondan a las preguntas planteadas y elegidas del esquema de desniveles, dichas etiquetas, están regidas por el criterio de la claridad, es decir, estas tienen que ser concretas, delimitadas, explícitas y evidentes.

El proceso que se llevó a cabo para realizar el etiquetado consistió en los siguientes pasos.

1.- Se realizaron las entrevistas con los psicoterapeutas en el día y hora acordada, se pidió la autorización previamente para grabar la sesión en formato de audio.

2.- Una vez realizadas las entrevistas, se pasó a la transcripción de las mismas, cabe mencionar que fueron transcritas justo después de la entrevista, esto con el objetivo de que el proceso de análisis y la recopilación de datos puedan realizarse al mismo tiempo, ya que resulta imprescindible identificar el posible significado de sus palabras.

3.- Chaves (2005) refiere que una de las estrategias para la recolección de los datos es el uso de los esquemas, es por ello que se utilizó un cuadro donde se seleccionaron los fragmentos de las entrevistas con los temas que fueron más relevantes, frecuentes y que dieran respuesta a las

preguntas que se tomaron del esquema de desniveles. Dicho esquema contaba con cuatro segmentos donde se especificaba lo siguiente: el seudónimo asignado al entrevistado, el fragmento tomado de la entrevista, la etiqueta y por último la categoría a la cual correspondía.

4.- Las etiquetas se realizaron tomando un fragmento de la respuesta del entrevistado, estas tienen que ser claras, específicas y describir de manera breve el sentido del discurso seleccionado.

5.- Una vez elaborado el cuadro se comparó la información recabada con la teoría propuesta desde los diferentes marcos teóricos de los enfoques psicoterapéuticos sobre el tema de la ideación suicida y aspectos bioéticos esenciales en terapia.

6.-Se revisaron en varias ocasiones las entrevistas para realizar los cambios correspondientes para asignar las etiquetas correctas, buscando las respuestas que mostraron mayor similitud, relevancia y frecuencia.

Consideraciones éticas de la investigación.

Uno de los aspectos básicos dentro del ámbito de la salud, es la sustentabilidad ética del investigador, siendo este uno de los pilares para la credibilidad de la investigación. Parra Domínguez y Briceño Rodríguez (2013), subraya la importancia de crear conocimiento basado en conductas éticas y calidad que son aplicables a cualquier tipo de ciencia, elevando su relevancia al trabajar con personas que comparten opiniones, juicios, ideologías, experiencias y creencias con el objetivo de seguir creando e innovando la ciencia. Además, se encuentra el valor agregado en la generación de conocimiento que contribuye a la solución o brindar respuestas a problemáticas importantes para los seres humanos (p.119-120).

Lo anterior subraya la relevancia de que los psicoterapeutas que fueron entrevistados puedan permanecer en anonimato, cuidando así su confidencialidad y los datos personales que se obtuvieron para la inclusión de la muestra y las entrevistas. Así mismo se firmó un consentimiento informado (ver anexo1), el cual es considerado un principio ético que se ha convertido también en una norma jurídica, lo cual acentúa lo único y exclusivo de analizar la información obtenida de las entrevistas para cumplir con los objetivos propuestas en la investigación.

Cabe señalar que los valores que fueron considerados al momento de realizar las entrevistas fueron el respeto, la libertad de expresión fuera de juicios y la igualdad de oportunidades entre los psicoterapeutas; ya que a pesar de saber que se aborda la subjetividad en la investigación, se busca acceder a la credibilidad, la cual se alcanza cuando “el investigador, a través de sus observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos reconocidos por los informantes como una aproximación a lo que ellos piensan y sienten” (Acevedo, 2002, p.15).

Hallazgos y Discusión.

Identificar el concepto de ser humano en psicoterapeutas con diferentes enfoques.

Uno de los aspectos que se tomaron en cuenta dentro de la investigación, partieron de querer conocer la concepción que cada psicoterapeuta ha formado respecto al ser humano con base a su propia experiencia clínica. Lo que se presenta a continuación son las respuestas que cada terapeuta brindó ante la pregunta: “Desde su perspectiva teórica... ¿Cuál es su visión del ser humano?”

Por su parte, el terapeuta 1 refiere que, para él, la concepción del ser humano inicia y se constituye a través de los vínculos y relaciones que se establecen con las personas cercanas al individuo durante su desarrollo, así como la influencia social que se puede tener ya que esto le permitirá en cierta manera, tener y conocer las posibilidades y las limitaciones de la vida.

Terapeuta 1: *“Como se piensa al ser humano desde la perspectiva psicoanalítica; (...) es que el ser humano se constituye (...) en la relación con los otros, donde se generan las posibilidades de satisfacción, las posibilidades de desarrollo del sujeto,(...) donde se generan los conflictos (...) Lo que nosotros aprendemos de los otros en nuestro proceso de desarrollo, (...)lleva la impronta de lo que eso es para las personas de las que formamos parte en su grupo familiar, es decir, nuestros padres, nuestros hermanos, nuestros tíos, nuestros maestros, claro, la importancia que cada uno de ellos tenga pues es relativa (...) Se esperaría que los más próximos dejen una impronta más relevante que los más o menos alejados, de tal manera que nuestra forma de pensar las relaciones sociales está marcada por la forma como se piensan las relaciones sociales en el grupo*

humano donde nos desarrollamos (...)el ser humano es con los otros o no es, es con los otros con todos sus límites y posibilidades.”

El terapeuta 2, menciona que visualiza al ser humano como un ser integral que se va formando a través de experiencias que permitirán desarrollar sus capacidades, las cuales, si se llegan a ver frustradas, pueden tener consecuencias en la salud mental.

Terapeuta 2: *“Mi visión del ser humano ha sido de siempre, que **somos seres integrales que estamos aquí en una experiencia humana (...) momentáneamente** y tarde que temprano nos tenemos que ir, ¿a qué plano?, no lo sé, pero nos tenemos que ir tarde que temprano (...) Entonces un ser humano tarde que temprano **tiene que desarrollar todas sus capacidades**, de lo contrario puede caer en depresión, puede caer en frustración, puede caer en ansiedad.”*

Se encontraron diferencias relevantes en las respuestas que cada psicoterapeuta compartió, por su parte, el terapeuta 1 enfatizó el valor que tiene en cada individuo el lazo relacional afectivo que se desarrolla desde el momento en que se nace con los cercanos o cuidadores, ya que de ahí se obtendrán el aprendizaje de nuestras las fuentes de satisfacción límite y dolor. Con lo que respecta el terapeuta 2, comenta que las personas son seres finitos e integrales que desarrollaran sus capacidades o de lo contrario estos pueden desarrollar un malestar psicológico.

Por su parte, Paiva (2000) plantea que toda persona está concebida por experiencias, actitudes, percepciones y tendencias que crean patrones relacionales que pueden favorecer o entorpecer la perspectiva de vida, dicho autor menciona que su definición es propuesta desde una postura integral, la cual considera es importante mantener para tener una percepción general del ser humano, dicho aporte concuerda con la concepción que tienen ambos psicoterapeutas ya que

se mencionan aspectos como experiencias, relaciones y aprendizaje que se dan a través del medio en el que se desenvuelve cada individuo.

Abordaje psicoterapéutico con diferentes enfoques a consultantes con ideación suicida.

Dentro de esta categoría se enmarcan las diferencias que se encuentran dentro de los enfoques psicoterapéuticos, es decir, se describen los principios, conceptos y doctrinas teóricas que guían el trabajo de los dos psicoterapeutas al momento de trabajar con consultantes que han manifestado el deseo de quitarse la vida. Tal como lo describe Rodríguez (2004), “cada enfoque tiene sus propias hipótesis sobre qué cambia con la psicoterapia y cómo se produce el cambio” (p.47).

El primer elemento que se indagó fue la percepción que cada psicoterapeuta tenía respecto a la génesis de la ideación suicida y el suicidio. Se buscó particularmente los factores y elementos que desde su postura propician que las personas lleguen a tener pensamientos suicidas.

De manera directa se les preguntó “Partiendo de su experiencia, ¿cuáles son los factores que intervienen para que una persona tenga ideación suicida?, sus respuestas fueron las siguientes:

Por su parte, el terapeuta 1 comentó que, los consultantes presentaban ideación suicida como una alternativa de vida ante un dolor insoportable para ellos, es decir, el consultante puede tener elementos melancólicos y dolorosos que bloquean su posibilidad de tener un objeto de satisfacción, sin embargo, resaltó la importancia que tiene la historia personal de cada consultante ya que no se puede generalizar los criterios suicidas, ya que este dolor estará vinculado con sus significantes y perspectiva de vida.

Terapeuta 1: *“la gente se suicida porque no encuentra mejor alternativa vital que la de quitarse la vida (...) Le resulta mucho más pesado, más doloroso, más difícil, lo que está*

viviendo que quitarse la vida, entonces quitarse la vida parece como una opción que da paz (...). Te puedo decir que por la mayor parte se presenta en casos cuando hay elementos melancólicos(...). La ideación suicida es la expresión de la vida de representación y afecto del sujeto; la ideación suicida aparece dentro del mapa de posibilidades de la vida del sujeto y pues es algo para elaborar, para pensar, y en algunos casos para realizar (...). Creo que esta perspectiva puede chocar (...), con los que conciben el suicidio necesariamente como una expresión clínica, en el sentido de problema de salud.”

Terapeuta 1: *“Por ejemplo, de problema de salud social, como si todos los suicidas obedecieran a los mismos criterios y constituyeran el mismo tipo de problema y no es así (...). No es un virus, no es el Coronavirus que produce el Covid 19. En el caso del suicidio no, porque no depende de un elemento de contagio, no depende de un virus, no depende de unas determinaciones inamovibles en la vida de los sujetos, se anclan en la historia de la vida del sujeto, aparece como una más de las posibilidades(...). El primero, el más importante, es que no encontraban en su vida un objeto satisfactor, objeto me refiero a una experiencia de satisfacción, acorde con sus necesidades, sus deseos, en lugar de ello la vida que tenían era fuente de conflictos muy dolorosos para los que no encontrábamos solución.”*

Desde la perspectiva del terapeuta 2, el suicidio se tiene que visualizar y trabajar de manera conductual indagando a su vez en aquellas emociones, cogniciones e interacciones que motivan dicha conducta. Por otra parte, considera relevante identificar el tipo de suicida que es, ya que esto permitirá evaluar y rastrear a profundidad la ideación suicida a través de los gestos suicidas o el mensaje que se quiere dar a la otra persona.

Terapeuta 2: *“El suicidio no es una patología, el suicidio está considerado como una conducta y se debe de trabajar como tal, como una conducta, entonces se ve desde la manera conductual (...) “Esa conducta está movida por emociones, (...) por cogniciones,(...) por interacciones, entonces se ve la parte conductual, pero se trabaja con todas estas otras partes (...) Lo que pasa es que en temas de suicidio por lo menos hay cuatro tipos de suicidas descritos en la bibliografía, son suicidas histriónicos, (...) psicóticos,(...) desesperados y (...)racionales, y hay (...)que es muy importante que es el suicida impulsivo (...)Realmente del 20 al 25 por ciento de los pacientes no se quiere suicidar, quiere llamar la atención, y esos serían los suicidas histriónicos, el resto, el 75 por ciento restante sí se quiere suicidar; entonces(...) hay que evaluar la ideación suicida, por eso es un gran reto saber a qué tipo de grupo suicida pertenece.”*

Terapeuta 2: *“Eso significa que la mayoría de los pacientes suicidas emite gestos suicidas, solo que la gente no sabe detectarlos (...)Sería rastrear desde dónde viene la ideación suicida, (...)si esa ideación suicida se la ha comentado a alguien, si es algo que lo trae ahí desde hace mucho tiempo o es algo que llega esporádicamente, se explora a detalle todo lo que es respecto a la ideación suicida, se le llama deconstrucción de la ideación suicida (...)Desde el enfoque sistémico nosotros pensamos que una persona en riesgo suicida está mandando un mensaje a otra persona, y ese mensaje es: si me mato, en cierta forma también te mato a ti, es como si fuera una especie de asesinato desplazado, no te puedo matar a ti directamente, pero sí te puedo matar a través de mi muerte.”*

Cabe señalar que en esta sección ambos psicoterapeutas convergieron en un punto relevante; ellos plantean que la función del psicoterapeuta es indagar de dónde proviene la ideación suicida del consultante.

Por su parte, el terapeuta 1 indica que la ideación suicida y el suicidio pueden parecer una opción para las personas debido a que están pasando por un momento que les parece tan difícil y doloroso que el morir parece como una opción de paz.

Esto concierne con lo descrito por Ovidio citado en Maroto Vargas (2016) quien describe “la única manera de sostener una vida, es que esa vida sea digna, y se hace digna cuando se une (...) con los valores, con la cultura y con la historia personal de cada persona” (p.154).

El segundo y último tema que comentó el terapeuta 2 está relacionado con las etapas etarias de los consultantes con ideación suicida; estos pueden ser problemas psicológicos, trastornos psiquiátricos, infidelidad, bullying, fracasos escolares, abandono y ruptura amorosa, dichas situaciones tendrán un lugar y sentido de vida de acuerdo a la etapa del ciclo vital que este atravesando el consultante.

Terapeuta 2: “*Entonces todas las etapas etarias tienen diferentes móviles los cuales están detrás de la conducta suicida, entonces no podríamos generalizar. (...) Bueno, es que problemas psicológicos, trastornos psiquiátricos, pero normalmente a problemas psiquiátricos estamos hablando de trastorno límite de la personalidad, estamos hablando de la bipolaridad y estamos hablando de trastornos depresivos, son los principales trastornos psicológicos. (...) Ahí ya puede ser otro tipo de problemas, como por ejemplo problemas de infidelidad, problemas de fracasos escolares, problemas de abandono, problemas de buylling (...) La ruptura amorosa, es clásico. Cuando hay una ruptura*

amorosa, y sobre todo cuando fue una ruptura media trágica o dramática, muchas personas optan por la ideación suicida.”

Se observa que la idea de cada psicoterapeuta sobre la ideación suicida está vinculada con sus propias experiencias personales, laborales y filosofía de vida aunado, claro está, a la formación que tienen como psicoterapeutas. En este sentido, se considera relevante conocer la historia, el significado y la experiencia que cada psicoterapeuta respecto al tema, ya que se puede considerar que estos factores estarán inmersos en las intervenciones que realicen con pacientes con ideación suicida.

Por otra parte, cabe señalar que existen pocas investigaciones que exploren la concepción, el quehacer y los efectos del psicoterapeuta en el abordaje con consultantes suicidas; algunas de las más recientes fueron titulada como “las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica” investigada por Echeburúa (2015) y “enfrentamiento especializado al paciente suicida” realizada por Guibert en el año 2002. Se considera relevante conocer el papel que tiene el psicoterapeuta, ya que la relación terapéutica implica un intercambio de significados, limitantes, implicaciones profesionales y personales dentro del tema del suicidio.

Diversos especialistas en el área de la psicología clínica han realizado estudios para prevenir, identificar y abordar el tema del suicidio. Debido a que el suicidio es considerado como un problema multicausal, se busca que los abordajes psicoterapéuticos incorporen una mirada que permitan una atención interdisciplinar.

En un estudio titulado “intervención cognitiva conductual y dialéctica conductual en la conducta suicida” elaborado por Duval (2019) mencionó que los principales modelos psicoterapéuticos que han mostrado mayor eficacia: “Terapia Cognitivo Conductual, Terapia de resolución de problemas, Terapia Dialectico Conductual y Mindfulness” (p.11) Dentro del estudio

se menciona que dichos modelos son los que han presentado mayor evidencia de la eficacia publicada, lo que abre la posibilidad de que existan otros enfoques que aún no reporten los resultados al trabajar con estos consultantes.

Sin embargo, a pesar de la gran diversidad de tratamientos que existen, se podría llegar a la conclusión de que lo más importante recae en el vínculo que se llega a establecer con el paciente suicida, el consolidar y reforzar las estrategias de resolución emocional y por último brindar diversas herramientas que le permitan afrontar los cambios de su entorno (De Santiago, 2020). Esta idea fue algo que ambos psicoterapeutas nombraron, a pesar de que tienen diferentes modalidades y enfoques, lo más relevante para ambos es poder investigar en la vida del consultante para conocer los percances que vive a diario, es decir, brindar un espacio en donde la persona con ideación suicida pueda hablar y expresarse sin temor a ser juzgado.

Aspectos socioculturales que los psicoterapeutas consideran en el abordaje de consultantes con ideación suicida.

Los componentes que se encuentran dentro de esta categoría están relacionados con aquellos factores proximales y ambientales; es decir, aquellas circunstancias en las que el individuo se relacionan, interactúan y se desenvuelve en su ambiente sociodemográfico, cultural y económico, laboral, social, familiar, etc.

A continuación, se irán especificando aquellos componentes que los terapeutas contemplaron en consultantes con ideación suicida, dicha información se obtuvo a través de la pregunta “Para usted, ¿Qué aspectos socioculturales son especialmente importantes para la comprensión de la ideación suicida?”

En este sentido el terapeuta 1 mencionó como un aspecto relevante socioculturalmente la religión católica para la atención de una persona con ideación suicida. Particularmente en México al ser un país mayormente católico, la religión juega un papel importante en la atención de las personas con ideación suicida, ya que el suicidio es un pecado.

Terapeuta 1: *“En la comunidad católica, el solo hecho de pensar en querer quitarte la vida, eso es un pecado muy grave (...)te doy un elemento importante culturalmente (...) en una sociedad como la nuestra el discurso del catolicismo se opone radicalmente a la ideación suicida y peor aún el suicidio (...)Digamos que el suicidio es más aceptado en ciertas culturas que en otras, en nuestra cultura tan ... por el discurso judío-cristiano, más cristiano que judío, te vas a encontrar con una gran cantidad de gente que se suicida y que no (...) es entendido por su comunidad.”*

Tal como lo declara Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga y Alliende (2011) “La espiritualidad y la religiosidad puede prevenir las conductas suicidas (...) aunque en algunos casos puede representar un factor de riesgo” (p.348). Con base a lo expuesto por dichos autores, el terapeuta 1 percibe que la religión es un factor que no favorece en el tratamiento en personas con ideación suicida, ya que el suicidio es concebido como un pecado por el cual tendrán que ser castigados.

También, el terapeuta 2 mencionó las condiciones económicas y la posición financiera como un factor que se ve relacionado en consultantes con ideación suicida, ya que, desde su experiencia, la clase social influye en expectativas de estudio y laborales.

Terapeuta 2: *“sobre todo cuestiones hasta socioeconómicas, también tienen mucho grado de influencia; porque por ejemplo para un chavo que terminó una carrera (...) en (nombre de universidad pública), llegar a ser un empleado que gane bien, (...) excelente; pero eso mismo para un chavo de (nombre de universidad privada), que no llegue a ser el dueño de la empresa o que no llegue a ser el gerente general es totalmente frustrante (..) Un chavo de (nombre de universidad privada) que a los 23 años no se ha ido al extranjero de intercambio, es un loser, es un perdedor; en cambio un chavo de 23 años de (nombre de universidad pública) que se fue al extranjero de visita es todo un logro, entonces la percepción cambia de acuerdo al grado socioeconómico.”*

Otro de los elementos que el terapeuta 1 comentó, fue la orientación sexual; recordó el caso de una persona homosexual en quien el rechazo familiar incrementó el riesgo de suicidio.

Terapeuta 1: *“Te pongo por caso, tengo en la cabeza ahorita el caso de una persona que tiene una opción sexual, homosexual, pero vive en un contexto de relación en donde la homosexualidad es tremendamente rechazado, al extremo de que un día cuando el hermano se entera, porque él se lo dice, le dice: pues que mi papá ni se entere porque mejor mátate, y se mató; no concebía, no toleraba la representación que aparecía en su cabeza de lo que iba a resultar de comunicar aquella situación en su ambiente familiar, sobre todo a sus padres.”*

Aportando a dicha idea, en un artículo titulado “Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática”, se llegó a la conclusión de que la población LGBT tienen un mayor riesgo en los procesos vinculados con la ideación suicida y suicidio en comparación con la población heterosexual, esto debido a que se enfrentan a estigmas sociales, discriminación,

apoco apoyo, barreras para acceder a los servicios de salud y distintas maneras de violencia (Tomicic, et al., 2016, p.731)

Para el terapeuta 1 las condiciones familiares son consideradas al atender a consultantes con ideación suicida, ya que plantea las interrogantes, secuelas y la interpretación que vive la familia, amigos o cercanos a las personas con ideación suicida. También considera que el suicidio es un mensaje para otros, y dicha situación puede ser propiciada porque el sujeto no se siente amado, lo cual repercute en él debido a que dentro de nuestra sociedad ese es un elemento importante.

Terapeuta 1: *“Cuando alguien se suicida lanza un bofetadón en forma de una pregunta a todos los que lo rodean, todos los que le rodean reciben el hecho como una pregunta, ¿qué significó para él que no pude conjurar o que no pude ofrecerle otra alternativa vital que no fuera el suicidio?, ¿qué no le pudieron ofrecer sus seres queridos, su esposo, su esposa, sus hijos?, que fuera vitalmente más relevante que la opción del suicidio (...)el suicidio es siempre un mensaje para los otros, no se trata desde la psicoterapia o desde el psicoanálisis, no se trata solo de entender la historia del sujeto en la búsqueda de sus alternativas de solución y de resolución de conflictos, hay que entender también lo que él le dice al grupo humano en el que se desenvuelve con él (...) el suicida lo que hace evidente a los ojos es no saberse amado, no considerarse como alguien digno de ser amado, hasta el extremo de que él mismo no se ama. En una sociedad donde el amor, el vínculo con los demás es tan importante, tanto que es el lugar primero de constitución del sujeto, no saberse amado,”*

Diversos estudios señalan que el suicidio es un problema multicausal, lo cual quiere decir que no hay una sola causa que pueda explicar un suceso tan complejo, ya que interfieren diversas

variables tales como la posición económica, la religión, aspectos demográficos, historia familiar, psiquiátrica, cultura y rasgos de personalidad.

En una investigación realizada por De Santiago (2020) resalta la importancia de la cultura en el tema del suicidio y la ideación suicida, ya que postula que existen ciertos “valores, creencias y prácticas culturales establecidas, se espera que frente al suicidio (...) exista un periodo de duelo con características emociones particulares” (p.186). Dicha idea se vuelve importante para el propio suicida y cercanos a él, ya que llegan a padecer de manera silenciosa aquellas consecuencias que genera el tema tabú del suicidio. Así mismo, Piña (2014) enfatiza en las repercusiones del suicidio de algún miembro de la familia o de un ser cercano o querido “no solo se quedan con la sensación de pérdida, sino también con el legado de la vergüenza, el miedo, el rechazo, el enojo y la culpa.” (p.13)

Por otra parte, el terapeuta 2 mencionó que dentro de las condiciones socioculturales la edad y el sexo son variables sociodemográficas que están relacionadas con la ideación suicida. La primera de ellas se encontrará una diferencia entre los motivos que están presentes de acuerdo con el grupo poblacional al que pertenecen, es decir, en los niños puede ser por duelo o maltrato, en adolescentes se propicia principalmente por ruptura amorosa, en adultos jóvenes tiene que ver con situaciones de adaptación en cambios transicionales y en adultos mayores se presenta la etapa de nido vacío o síndrome de invisibilidad.

La segunda variable que mencionó fue el sexo, en ésta refirió que las mujeres tienen un mayor índice de intento suicida, a diferencia de los hombres quienes tienen mayor índice de suicidio consumado, esto debido a la letalidad de los métodos que llegan a utilizarse.

Terapeuta 2: ***“Porque el suicidio se tiene que ver de acuerdo al grupo poblacional a que pertenece, no es lo mismo el suicidio en niños, que (...) en adolescentes, (...) en adultos jóvenes, (...) en adultos maduros (...), en adultos mayores.”***

En este mismo sentido mencionó (...) “en los niños tiene que ver con una situación de duelo (...) de maltrato, con los adolescentes tiene que ver con situaciones de ruptura amorosa, con los adultos jóvenes tiene que ver con situaciones de que no se puede adaptar a ese cambio transicional entre la etapa del adolescente a la etapa del adulto, donde ya tiene que hacerse cargo de sí mismo, donde tiene que saber valerse por sí mismo económicamente hablando; con el adulto maduro tiene que ver con situaciones de quiebra, de ruina, de infidelidad, con el adulto mayor tiene que ver con situaciones de etapa de nido vacío o síndrome de invisibilidad.”

Terapeuta 2: ***“lo intentan más las mujeres, pero lo logran más los hombres. las mujeres intentan métodos más leves (...) menos determinantes, como por ejemplo ingesta de pastillas, cuando una mujer se toma pastillas lo que quiere hacer en realidad es dormirse y ya no despertar porque no quiere sufrir, entonces el peor método para quitarse la vida es tomándose pastillas precisamente (...) En cambio, el hombre cuando se quiere matar agarra una pistola y se dispara en la cabeza, es un método más contundente, y eso es lo que nosotros tenemos que evaluar con esto que te comento de la evaluación de la letalidad del método empleado. Entonces los hombres utilizan métodos más contundentes, las mujeres utilizan métodos menos contundentes.”***

De manera primordial, los puntos que más destacan en ambos psicoterapeutas es la apertura para hablar del tema, lo cual llevará a una plena indagación de los círculos donde la persona se desenvuelve, conocer aquellas formas de expresión que adoptó, los conceptos de espiritualidad o

religión que están inmersos en sus experiencias de vida y, sobre todo, los estilos de vida que pueden estar asociados con los factores de riesgo. Se concluye lo que diversos teóricos han descrito en la literatura respecto al tema, el suicidio es multicausal y dicho fenómeno tiene que ser estudiado con una perspectiva interdisciplinaria donde puedan participar los expertos necesarios para el tratamiento ético y complementario.

En un estudio realizado por Dávila y Pardo (2017) mencionan a través de diversas investigaciones se han analizado las variables individuales en la mortalidad de los suicidios, las cuales no han brindado explicaciones por sí solos, es por eso que se sugiere que existen aspectos del entorno social y económico en un período determinado que tienen repercusiones y efectos en la mortalidad de suicidios (p. 38). Aunado a esto, lo que se busca dentro de la psicoterapia es darle un lugar y una escucha completa y respetuosa al suicida, es decir, sobrepasar aquellos estigmas que están asociados al suicidio, dicho por Buus y sus colaboradores citado en Da Silva, Sougey y Silva (2015), “el estigma afecta no solamente al sujeto, sino a todos los familiares, y que las marcas de tal asociación pueden estar directamente asociadas a nuevos intentos” (p.429).

Aspectos éticos que orientan el trabajo psicoterapéutico con consultantes que han tenido ideación suicida.

Dentro de esta categoría se definieron los aspectos éticos y morales que orientan el trabajo psicoterapéutico con consultantes que han tenido ideación suicida. Durante la entrevista se les preguntó sobre aquellos elementos éticos que como psicoterapeutas tienen presentes, es decir, la manera en cómo abordan a consultantes que han expresado abiertamente el deseo de querer matarse; cómo conciben los conceptos que aluden a la libertad de la persona, a los aspectos positivos y negativos de las conductas, de los tratamientos, etc.”

Por su parte el terapeuta 1 comentó que él no impone su visión sobre la vida ante la del consultante, ya que la única verdad y decisión sobre la vida o la muerte la tiene el mismo y es respetable.

Terapeuta 1: *“Yo no creo que un terapeuta tenga derecho a imponer una visión sobre la vida la que él tenga, ni sobre la vida ni sobre la muerte, no tiene derecho, no tiene la verdad (...) La verdad última sobre el tema de la vida y la muerte no la tiene el terapeuta, no la tiene nadie, esta es una postura ética elemental para mí.”*

El psicoterapeuta 2, percibe que una persona con ideación suicida está en crisis y por ende, se encuentra desorganizada, lo que permite que el psicoterapeuta tome una postura directiva con el objetivo de sacar al consultante de dicha desorganización.

Terapeuta 2: *“Bueno, yo creo que el principal punto ético es que la persona está desorganizada, en una situación de crisis suicida, entonces hay que tratarlo de sacar adelante y ayudarlo a como se pueda, porque en ese momento no está bien organizado el paciente.”*

Se encontraron respuestas con notables disparidad en torno al tema de los aspectos éticos que consideran esenciales al momento de trabajar con los consultantes con ideación suicida. Por su parte, el terapeuta uno refiere que se vuelve un acompañante que trata de comprender en el discurso del consultante, pero éste, no tiene el derecho de imponer su visión de vida ante el consultante.

Por su parte, el terapeuta 2 visualiza al paciente con ideación suicida como alguien que se encuentra desorganizado, lo que impide que tenga una visión clara de la vida y por ende la posición

que el psicoterapeuta tiene que tomar es directiva, concretar y tratar que evitar a toda costa que llegue a cometer un acto suicida.

Sin embargo, desde una postura Bioética dentro de la psicoterapia propuesta por Figueroa (2004) plantea una postura más participativa del consultante, en sus propias palabras:

“Lo crucial es que históricamente hemos ingresado a una nueva etapa en la bioética que tiene como paradigma de la relación el consentimiento informado, en que el paciente adquiere el derecho a la «decisión responsable». Podemos plantear que se ha superado (e incorporado) los niveles anteriores, lo que, para nuestro propósito, permite construir modelos más complejos que consideren mayor número de variables morales –informativo, paternalista, deliberativo, interpretativo” (p.246).

Por su parte, Franco Zuluaga (2001), realizó una investigación donde expone un análisis de las conductas suicidas desde una perspectiva de la bioética. Dentro del estudio, se compartió una propuesta de tratamiento la cual remite a que los consultantes que presentan ideación suicida o han tenido algún intento suicida que sea resultado de “un análisis libre de influencias como la manipulación, persuasión, y de coacciones internas, como trastornos emociones (...) hay que dar preponderancia, al sopesar los principios, a la autonomía, puesto que estas personas competentes poseen derecho moral secular de morir del modo que elija” (p.379).

Tal como lo menciona el autor, el suicidio sigue siendo un tema controversial que requiere ser estudiado bajo una perspectiva que permita establecer diversos planteamientos, abordajes y cuestionamientos que sumen a una visión completa, respetuosa, empática y responsable del suicidio.

Vivencia y experiencia personal de los psicoterapeutas en el abordaje con consultantes con ideación suicida.

La implicación personal es entendida como aquellas experiencias de la vida en la trayectoria de los terapeutas, es decir, aquellas vivencias académicas, personales y profesionales que se presentan e influyen en su práctica como psicoterapeutas. Es por ello que, en esta categoría, se expondrán las historias personales, la cosmovisión u opiniones que se han formado a través de su conocimiento empírico al trabajar con consultantes con ideación suicida.

Por su parte, los psicoterapeutas refieren cuál es su postura personal como profesionales de la salud ante el tema del suicidio, la ideación suicida y la manera en cómo la abordan dentro de proceso psicoterapéutico.

Con base a esto, el terapeuta 1 refiere que una de las premisas al trabajar con consultantes suicidas es el de hablar sobre su deseo de muerte de manera clara, nombrando las cosas por su nombre y preguntando si quiere matarse, esto permitirá que el paciente encuentre sus propias respuestas. Es por ello, que el papel del psicoterapeuta es el de acompañar al consultante y descubrir aquellos elementos que le generan sufrimiento o conflictos y los elementos de vida que tiene para afrontarlos.

Terapeuta 1: *“Claro que, si yo me coloco en el lugar del que sabe, **no soy el que intenta suicidarse ni el suicida, sino el que lo recibe, puede ser un terapeuta (...)** en psicoterapia sabemos que **el psicoterapeuta no tiene la respuesta última para nada. (...)** El papel del psicoterapeuta es **acompañar al consultante para que encuentre la propia respuesta que necesita para las preguntas que se le plantean en su vida (...)** Me queda claro que hay terapeutas que se aprestan rápidamente a ofrecer la respuesta, que consideran pertinente*

decir “no te mates” pero el día que esa respuesta falle dónde va a estar el psicoterapeuta para decir: esta es mi palabra, no va a estar, ¿quién se va a hacer responsable de aquel consejo? (...) abordar el tema de los deseos de muerte, de infringirse a sí mismo la muerte de los consultantes nombrado a las cosas por su nombre, no usando eufemismos: ¿te quieres matar?, ¿te quieres morir?, ¿a quién quieres chingarte matándote?, hay que ponerle a las cosas el nombre que tienen y no eludirlo”

Terapeuta 1: *“Lo mismo sucede con el que presenta ideaciones suicidas, por eso insisto, no se trata de, a menos que el consultante plantee una demanda en esa dirección, de intervenir con el objeto de disuadir a que atente contra su vida (...) Lo primero es: no hay una respuesta unívoca para la ideación suicida, es decir, no hay una sola, no hay unos cuantos elementos teóricos o clínicos a partir de los cuales uno pudiera, (...) diagnosticar la posibilidad de la ideación suicida, eso no sucede así(...) ¿y qué pasa cuando un sujeto enfrenta algo que desde el lugar en el que se encuentra en el mundo es un problema que le supone una carga enorme de sufrimiento?; pues una alternativa es una solución que le implique menos sufrimiento, y aunque parezca paradójico, a veces el suicidio resulta una alternativa menos dolorosa, menos sufriente, que continuar viviendo lo que para ese sujeto es un conflicto de magnitudes insalvables.”*

El terapeuta 1 concluyó tres premisas que resaltan en su estilo psicoterapéutico al trabajar con consultantes suicidas. El primero de ellos es que el psicoterapeuta no tiene que imponer su visión sobre la decisión de vivir o morir. El segundo, el quehacer del terapeuta se verá reflejado en la búsqueda de aquellas fuentes que están siendo intolerables para el paciente, hablándolo de manera clara, precisa y con los términos adecuados siendo este el segundo punto relevante. Por

último, es tener en claro que el sufrimiento de cada individuo es único por lo que no se puede generalizar los motivos teóricos o las razones personales por las cuales sucumbe dicho malestar.

Desde su experiencia, el terapeuta 2 menciona que los pacientes con ideación suicida suelen ser muy desgastantes y manipuladores, lo cual requiere que el psicoterapeuta evalúe constantemente el tono de voz, su discurso, contexto, etc. Sin embargo, resulta importante abordar el tema del suicidio a profundidad con una postura de respeto y sin juicios ya que se busca deconstruir junto con el consultante lo qué significa el pensamiento de quitarse la vida.

Debido a la gran demanda que implica el trabajo con consultantes suicidas, el terapeuta 2 comentó la relevancia de tener en cuentas las posibles repercusiones que esto puede tener, es decir, en síndrome burnout al atender a este tipo de consultantes.

Terapeuta 2: “Entonces en el plano profesional es todo un reto. En el plano personal (...) es muy desgastante Son los pacientes más manipuladores que hay, sueles decirte lo que quieres escuchar para que los sueltes y puedan después continuar (...) hay que calibrar desde tono de voz, desde microexpresiones, desde discurso, desde el contexto, hay muchas cosas que se tienen que evaluar para poder saber si la persona realmente quiere manipular (...) Es muy fácil que un terapeuta pueda caer en Síndrome de Burnout cuando atiende a este tipo de pacientes (...) Muchos terapeutas no le quieren entrar al tema, inmediatamente cuando les llega un paciente de suicidio lo canalizan (...) Tienen miedo de que se les pueda suicidar el paciente pues, es que si son pacientes muy complicados (...)”

Terapeuta 2: “En psicoterapia se tiene que hablar a profundidad el tema del suicidio y no juzgar a la persona ni tomar partido, escuchar con respeto y no hacer juicios de valor respecto al suicidio (...) Hay que escuchar con respeto lo que dice la persona y

deconstruir junto con la persona qué significa para ella lo de quererse matar, por qué se quiere matar la persona.(...)En realidad no hay ninguna estadística ni hay nada por escrito en la bibliografía que lo demuestre, una persona puede tomar la decisión de quitarse la vida en el momento mismo, y a eso le llamamos suicidas impulsivos, y no tenían ni siquiera ideas suicidas, no tuvieron gestos suicidas, no tuvieron una elaboración de plan suicida, simplemente en ese momento tomaron la decisión y lo hicieron, casi por lo general la emoción que está detrás es la desilusión y en ese momento toman la decisión de quitarse la vida”

La postura del terapeuta 2, coincide con los elementos que plantea el terapeuta 1. Ambos resaltan la importancia de escuchar al consultante y abordar el tema sin prejuicios y de manera clara; por otra parte, refiere que el trabajo con pacientes que presentan ideación suicida implica un gran esfuerzo por parte del terapeuta debido a que son demandantes y complicados.

Así mismo, los terapeutas mencionaron que otro punto esencial es la propia experiencia que ellos han tenido con el suicidio, aquellas experiencias o vivencias que los han marcado y están vinculados con este tema.

Conforme a esto, se abundó en el tema preguntando si tenían alguna experiencia personal que haya sido importante para ellos respecto al tema del suicidio. El terapeuta 1 compartió que a lo largo de su vida tuvo experiencias con personas cercanas relacionadas con el suicidio las cuales jugaron un papel importante para la formación de su propio mapa representacional respecto del amor, el odio, la tristeza, la alegría, la compañía, etc.

Al inicio de su experiencia clínica el psicoterapeuta 1, refirió que su primer consultante tenía ideaciones suicidas, lo que le planteó preguntas graves hasta el punto de cuestionarse si debía seguir como terapeuta.

Terapeuta 1: *“juega de manera importante mi propio mapa representacional respecto de las relaciones con los otros, respecto del amor, del odio, de la tristeza y de la alegría, de la soledad y de la compañía, etcétera (...) porque en algunos momentos como sucede en muchas personas en la adolescencia me pregunté por el suicidio como una posibilidad de vida (...) ha habido varias personas que han intentado suicidarse o que se han suicidado (...) algo dice eso (...) mi primer consultante tenía ideaciones suicidas, a mí me planteó preguntas graves, tan graves como que me plantee yo si debería seguir como (terapeuta) evidentemente yo estaba en análisis y todo esto lo trabajé (...) Bueno, pues no solo no abandoné, sino salí reconfortado cuando entendí lo que se me movía a mí, y con mi supervisor encontré las estrategias junto con él para abordar el tema y nunca fue ocultarlo, siempre fue decir las cosas como son.”*

Terapeuta 1: *“Hay algo de lo que estoy convencido a partir de la experiencia de muchos años en el consultorio, es decir, las respuestas que yo le doy a las situaciones que me presenta la vida están en gran medida marcadas por la historia que tengo, por las valoraciones que yo tengo, claro que para algunas cosas tengo más elementos que para otra (...) yo creo que se requiere humildad, reconocer que estamos partidos por el eje, que estamos atravesados por el conflicto, que esos conflictos y las vivencias de satisfacción que hemos tenido marca nuestra forma de estar, de vivir, de escuchar a los otros no solo en el consultorio, sino en general.”*

Para el terapeuta 1, el tema del suicidio es un algo que ha estado presente en su vida, ya que como él lo relata ha tenido algunas experiencias propias o de personas cercanas a él donde se presenta la idea de quitarse la vida como una alternativa, dicha premisa da paso a lo relevante de que todos los psicoterapeutas puedan tener y llevar a cabo un proceso psicoterapéutico personal

donde puedan abordarse los aspectos que se muevan al momento de fungir el papel de psicoterapeuta.

Por su parte, el terapeuta 2 mencionó que se ha enfrentado a diversas situaciones peligrosas al trabajar con pacientes suicidas, desde recibir a un consultante que agradece el acompañamiento que le brindó, hasta negociar con una chica que portaba un arma de fuego, dichas experiencias han llegado a generar diversas emociones en él como psicoterapeuta ha tenido, pero ha llegado a ser muy centrado y maduro.

Terapeuta 2: *“me han dicho cosas como: **doctor, si usted no hubiera estado ahí en ese momento yo no estaría vivo y se lo vengo a agradecer, y esa satisfacción es lo que me ha logrado permanecer tanto tiempo ahí, dan más satisfacciones que cualquier otro tipo de pacientes (...)**El caso más drástico que me ha tocado fue hace algunos años, **una chica de 23 años que estando en consulta sacó de su bolsa una pistola, cortó cartucho, se la puso en la cabeza y dijo: ¿y si le doy?, Hacía afuera no lo demostré, pero hacía adentro yo estaba muerto de miedo, eso me marcó (...)**Yo creo que hay varias habilidades, pero yo creo que la principal habilidad es la de **saber tomar decisiones en los momentos críticos, saber persuadir a la persona, y también tener muy clara la posición del propio terapeuta frente a la vida y frente a la muerte”***

Terapeuta 2: *“Entonces, para tener esa posición frente a la vida y la **muerte hay que ser muy centrados, muy maduros** y teniendo muy muy claro dónde estamos pisando (...) otro caso es de una niña (...) **Yo estaba por detrás del señor y el señor no se dio cuenta que yo estaba llorando, me controlé las lágrimas, terminé de hacer mi trabajo de pre-duelo con el señor y su niña, lo acompañé para que hiciera los trámites (...)** y que se pudiera llevar*

el cuerpecito, y ya cuando se fue, me metí a mi consultorio (...) y me la pasé llorando una hora mínimo, ahí si siento que me desbordé por completo”

Por último, dentro de las ideas que planteó el terapeuta 2, resaltan las experiencias que ha tenido con consultantes suicidas, las cuales han sido bastante significativas ya que marcó una implicación de emociones en su quehacer como psicoterapeuta, sin embargo, esto ha sido una premisa que ha favorecido para en que él se plante su postura al acompañar a consultantes suicidas.

Tal como lo señalan ambos psicoterapeutas, la implicación personal del terapeuta que trabaja con pacientes suicidas es un elemento básico que influenciará el trabajo con pacientes suicidas, ya que se busca darle un lugar a los malestares, quejas o incertidumbres que presenta el consultante dentro de la psicoterapia. Por otra parte, Farberow y Shneidman (1969), su investigación y experiencia clínica reporta que la principal característica común del suicidio radica en que el consultante está buscando una solución a un dolor psicológico intolerable, lo cual tendrá que ser abordado de manera prioritaria.

En conclusión, autores como Fukumitsu (2014), estipula que si bien, el psicoterapeuta tiene que tener presente los aspectos que afrontará con un paciente con ideación suicidas, es importante saber qué papel cumple el psicoterapeuta ante esta demanda, en sus propias palabras, “una relación terapéutica que se esfuerza por cuidar y no por curar puede facilitar que el cliente replantee su desesperación existencial y descubra perspectivas para manejar sus conflictos. Sin embargo, estos aspectos no siempre son suficientes para que la persona deje de creer que su muerte es más atractiva que la vida” (p.270).

Estrategias, metodología y técnicas ejercidas por los psicoterapeutas con consultantes con ideación suicida.

Con lo que respecta a esta categoría, se comparte una parte de la práctica profesional de ambos psicoterapeutas el estilo psicoterapéutico, la experiencia clínica, los procesos, las variables teóricas y técnicas específicas que los psicoterapeutas brindaron en la consulta privada con consultantes suicidas. El primero de los aspectos que los terapeutas explicaron fueron las características de la relación, la interacción y la comunicación que existe entre el psicoterapeuta y el consultante con ideación suicida.

Con lo que respecta al terapeuta 1, enfatiza la relevancia que tiene la relación transferencial y la escucha en el discurso del paciente que permitirá entender hasta el límite posible de dónde surgen las ideaciones suicidas como mapa de posibilidades para el consultante.

Terapeuta 1: *“Es el consultante quien decide establecer una relación terapéutica con un terapeuta, con un psicoterapeuta, es porque se ha establecido una modalidad de relación particular de carácter transferencial (...) también aspectos transferenciales negativos y eso puede atentar o socavar en trabajo terapéutico, pero es parte del trabajo del terapeuta detectar esas manifestaciones de transferencia negativa y trabajarlas (...) lo primero que yo tengo que hacer es escuchar (...) tratar de entender hasta el límite de lo posible de dónde surgen esas ideaciones suicidas como mapa de las posibilidades de solución a los conflictos que vive el sujeto o a los deseos que busca satisfacer, primero escuchar (...) siempre tuve pacientes con ideaciones suicidas y con intentos suicidas, pero durante el tiempo que estuvieron conmigo en análisis nunca se suicidó uno, los que fueron exitosos*

fueron los consultantes, ¿en qué?, en encontrar su propia respuesta, y si su propia respuesta hubiera sido morir, esa es su respuesta”

Siguiendo con esta premisa, el terapeuta 2 destacó el rol directivo que ha tomado al trabajar con consultantes suicidas. Describió las evaluaciones, clasificación, metodología, plan de acción, relación y precauciones que se llegan a tomar al momento de trabajar con consultantes con ideación suicida.

Terapeuta 2: *“Bueno, **tiene que ser una relación estrecha, pero también al mismo tiempo que tenga cierto límite**, porque caso contrario el paciente le puede tomar a uno la medida y puede llegar a querer chantajearlo a uno (...) **se dice abiertamente: mira, estoy aquí para ayudarte, de verdad tengo toda la intención de ayudarte, quiero que juntos salgamos delante de esta situación, puedes contar conmigo, aquí tienes incluso mi teléfono, me puedes llamar, pero solamente para una emergencia, pero verdaderamente una emergencia, y podemos salir delante de esta situación de muchas maneras”** (...) Es importante que sigamos una comunicación muy cercana; si no tenemos comunicación tu y yo esto no va a funcionar, necesito que me digas todo lo que piensas y todo lo que sientes, (...) **Y ahí está la colaboración estrecha** (...) Con pacientes suicidas (...) lo primero que se tiene que hacer es evaluar el potencial de autodestrucción, y eso es ver la letalidad del método, qué tan letal fue el método que utilizó, si es la primera vez que intenta suicidarse, si tiene antecedentes de suicidio en la familia, si tiene pérdidas recientes, si elaboró el plan bien estructurado para quitarse la vida, si tomó precauciones o no tomó precauciones para el acto suicida, entonces toda una evaluación de lo que le llamamos la evaluación del potencial suicida. (...) **Lo clasificamos en tres niveles, que sería bajo, medio o alto**, ya cuando se trata de alto, a lo mejor ya no es tanto de que se trabaje en psicoterapia, se tiene*

que internar al paciente para que se estabilice emocionalmente y ya después de la hospitalización ya sale y ya se trabaja con la parte psicoterapéutica.”

Resulta interesante conocer la forma en como cada psicoterapeuta ha trabajado la ideación suicida siendo estas tan diversas, es decir, el terapeuta 1 pone como prioridad establecer un vínculo transferencial con el consultante, ya que esto permitirá explorar las preguntas, los campos simbólicos y significativos que aquejan en ese momento la vida del paciente.

Por otra parte, el terapeuta 2 muestra un papel más participativo y directivo donde le deja saber al consultante la relevancia que tiene en el proceso psicoterapéutico, la comunicación y expresión de sus pensamientos y sentimientos, dando a su vez la oportunidad de que el terapeuta pueda realizar una evaluación que permitirá conocer la postura del consultante explorando los factores de riesgo que se encuentren en su vida.

Como es bien sabido, la práctica profesional de la psicoterapia va más allá de un saber acumulado de técnicas o conceptos teóricos que guían el quehacer del psicoterapeuta; tal como lo describen Casari Cobo, Albanesi Nasetta y Maristany (2013), “Las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de su peculiar manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención” (p.132-133).

El último elemento que los psicoterapeutas compartieron fueron las técnicas que utilizan al momento de trabajar con los consultantes con ideación suicida. Recordemos que las técnicas son empleadas en cualquier procedimiento científico, estas se definen como un conjunto de recursos, metódicos y estratégicos que tienen como principal objetivo favorecer el tratamiento psicoterapéutico.

Se les preguntó a los dos psicoterapeutas “¿Cuáles eran las técnicas que utilizaban en el abordaje con consultantes con ideación suicida?” a lo que el terapeuta 1 enfatizó en abrir el discurso del paciente por medio de preguntas, las cuales buscan el significado de sus historias de vida, las cuales se vincularán con el deseo de querer quitarse la vida.

Terapeuta 1: “*¿La técnica? bueno, todo es **abrir el discurso, preguntando, investigando qué significan las distintas cosas que decía al respecto (...) yo tengo que poder traducir eso en términos de la historia del sujeto**” (...) *¿Cómo se yo cuáles son los puntos objetivos, los puntos positivos o los objetivos pertinentes en esa vida?, **si no me lo dice el consultante yo nunca lo voy a saber, mi papel es contribuir para que él lo pueda decir, se lo pueda decir a él, se lo pueda decir a él mismo (...)** En la medida en la que voy teniendo elementos del discurso del sujeto, pues se trata de **ir relacionándolo con los otros elementos de su historia que ha comentado a lo largo de las sesiones de trabajo, por qué o cómo se vincula ese querer matarse (...)** **Querer matarse, en realidad querer evitar el sufrimiento, cómo se vincula con otros aspectos de su vida, su mundo de relación, su vida amorosa, su vida productiva, es decir, la forma como cualquier cosa de la vida del sujeto cobra pleno sentido para él (...)**En segundo lugar para nosotros, es **darle el mayor contexto posible de los elementos de la historia del sujeto, qué otros están implicados en su deseo (...)** Una de las condiciones de posibilidad para entender y plantear las alternativas, las preguntas por parte del terapeuta, es **que él entienda lo que se mueve en su mundo de deseo, en su mundo de conflictos, lo que se mueve a partir de escuchar las ideaciones suicidas del consultante.**”**

El psicoterapeuta 2 puntualizó que el tipo de intervención que se realizó es de segundo orden y describió las diversas preguntas y técnicas que ha utilizado al trabajar en consulta privada con pacientes suicidas:

Terapeuta 2: *“Ya cuando estamos en una situación de consulta particular o en una consulta ya, le llamamos de **intervención en crisis de segundo orden**, ya puede durar una sesión o dos sesiones, (...) **depende del tipo de instrumentos que se vayan a utilizar.**”*

Terapeuta 2: *“Ahora, técnicas que si utilizaría son los reencuadres, **los reencuadres en sistémico son quizás de las técnicas más importantes que tiene este modelo** (...) una de las técnicas que más me gusta utilizar se llama **la técnica del sí-entonces, es una técnica que viene del hipnoterapeuta Milton Erickson, donde tenemos que reencuadrar la conducta suicida como si fuera un intento de solución, entonces le hacemos tres preguntas al consultante que nos llevan al mismo punto, la primer forma de preguntar es ¿qué es lo que quieres solucionar quitándote la vida?, la segunda forma es ¿cuál es esa buena razón que hay detrás de que te quieras quitar la vida?, y la tercera forma es ¿qué solucionarías o de qué te serviría matarte?**”*

Terapeuta 2: *“Las tres formas de preguntar nos llevan a la misma respuesta que sería la ganancia secundaria, **nosotros lo que tenemos que encontrar es esa ganancia secundaria y ofrecerle al paciente que obtenga la misma ganancia secundaria, pero sin necesidad de que pierda la vida** (...) Por ejemplo, si un paciente me dice ante la pregunta ¿qué es lo que quieres solucionar quitándote la vida?, -dejar de sufrir-, entonces yo le pongo esa ganancia secundaria en el marco del sí-entonces, si encontramos una forma afectiva de que dejes de sufrir - ¿entonces estarías dispuesto a darte otra oportunidad?, y en **el 90 por ciento de los casos la persona dice: sí, y hablar del 90 por ciento de los casos es altísimo.***

Quizás esa sea la técnica más valiosa y la más importante, es una técnica de reencuadre del enfoque sistémico (...) Suelen decir: muerto el perro se acabó la rabia, mi familia estaría mejor sin mí, al lugar donde voy ya no voy a estar molestando a nadie, aquí solamente genero problemas, a eso le llamamos gestos suicidas, eso es lo que hay que identificar y también es una técnica (...) En la técnica de negociación de tiempo, se le dice : mira, si de todas maneras lo vas a hacer, lo mismo es que lo hagas ahorita o que lo hagas en 30 minutos, por qué no te regalas 30 minutos y me regalas a mí 30 minutos, si después de esos 30 minutos tú quieres hacerlo, pues adelante, lo haces, pero por lo menos te diste la oportunidad y también me diste la oportunidad a mí.”

Los hallazgos que se obtuvieron en este elemento se muestran las diferencias relevantes entre las técnicas que cada psicoterapeuta ha utilizado a lo largo de su experiencia clínica con consultantes con ideación suicida. Por su parte, el terapeuta 1 enfatiza en el acompañamiento cercano y el establecimiento de una alianza terapéutica transferencial positiva que posibilite explorar los campos representativos, significativos e importantes que han llevado al consultante a plantearse la ideación suicida como una posibilidad o alternativa de vida, esto a través de abrir el discurso por medio de preguntas, abordando el tema sin prejuicios y de manera clara.

Por su parte, el terapeuta 2 mencionó que su postura como psicoterapeuta es directiva y una de las prioridades al trabajar con consultantes con ideación suicida es realizar una evaluación donde se investigan los factores de riesgo que están vinculados con su historia de vida ya que esto brindará una dirección del tratamiento que sea más efectivo para el consultante, esto puede involucrar un abordaje multidisciplinar, es decir, la participación de psiquiatras, etc.

En diversas investigaciones que se han hecho entorno al tratamiento del suicidio, se han encontrado que “alrededor del 80% de las personas que se suicidan, emiten alguna señal de aviso”,

González Sepúlveda, Medina Pérez, y Ortiz Valencia (2016) dicha autora también propone realizar una entrevista en la cual el psicoterapeuta aborde los aspectos biopsicosociales del paciente.

Por otra parte, en un estudio enfocado en analizar la conducta suicida, los investigadores Duque, Hernández y López (citado en Duval, 2019) plantean que una de las razones por las cuales una persona llega a plantearse la opción del suicidio es por que busca eliminar: “descansar de sus estresores, expresar su rabia, reclamar atención, hacer daño a otros, evitar el dolor físico y también reaccionar ante alguna pérdida” (p.10).

Dicha propuesta concuerda con lo propuesto por ambos psicoterapeutas, ya que enfocan sus técnicas en comprender y abordar la conducta suicida y a su vez, indagar en los detonadores que la persona ha experimentado en el trayecto de su vida y que está expresando en conductas suicidas.

Las aportaciones que compartieron los psicoterapeutas demuestran que a través de su experiencia clínica encontraron diversos aspectos que intervinieron en el dolor psíquico y físico que padecían los pacientes suicidas. Esto conlleva a que si bien, es importante conocer y dar importancia a la demanda de deseo de muerte del consultante, se vuelve primordial explorar los orígenes de sus representaciones, es decir, conocer su dolor, angustia, frustración, conflictos, sentido de vida, autoestima, valores familiares, y como esto contribuye en las esferas en las que se encuentra inmerso el paciente.

En conclusión, a continuación, se presentará un diagrama con los principales hallazgos que se encontraron en la investigación realizada con los psicoterapeutas que manejan el enfoque de psicoanálisis y sistémico.

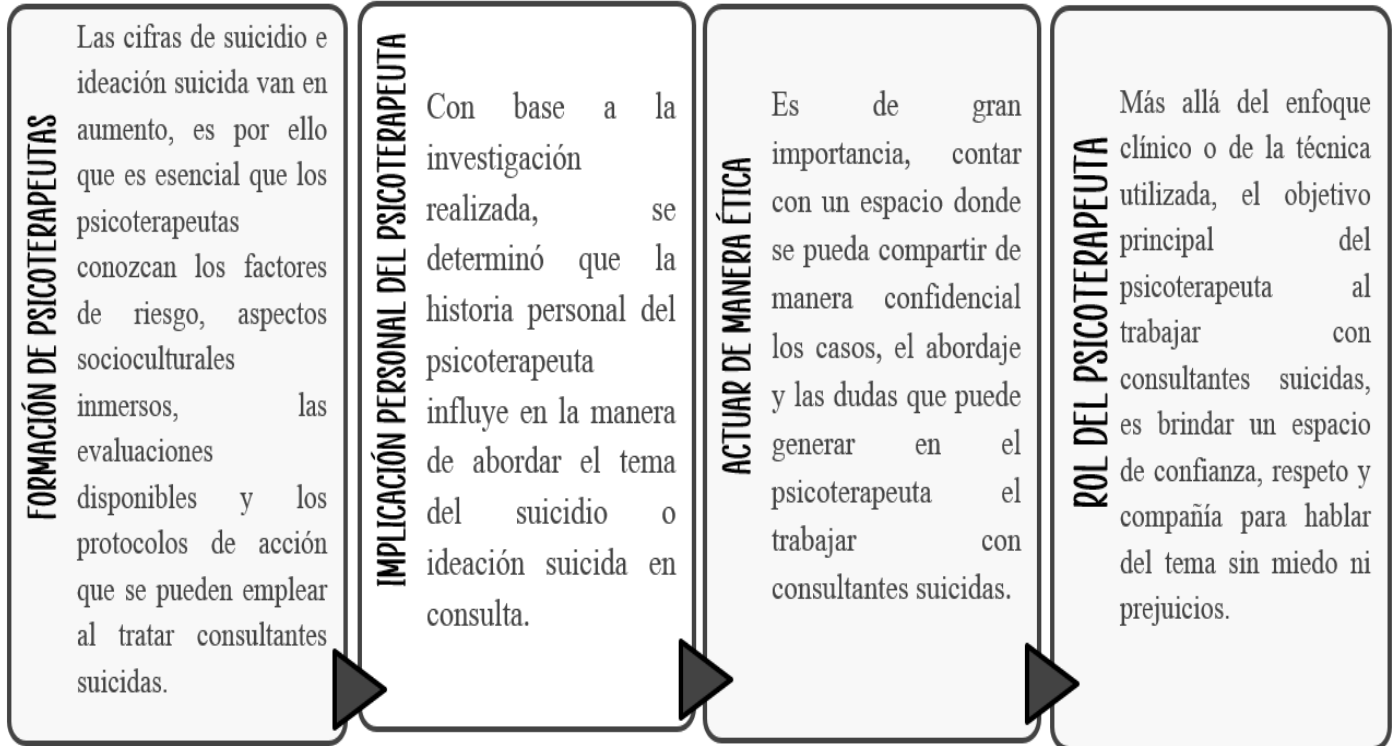


Figura 1. Principales Hallazgos. Elaboración propia.

Conclusiones

Por último, en este capítulo se presentan las conclusiones, los alcances, limitaciones, aprendizajes y propuestas referentes al abordaje psicoterapéutico desde los diferentes enfoques clínicos utilizados hasta el momento en consultantes con ideación suicida.

A partir del 2008 la Organización Mundial de la Salud declaró el suicidio como una de las condiciones prioritarias en el programa de acción en salud mental ya que dicho fenómeno se ha presentado en todos los países, afectando a todas las clases sociales, géneros, religión y raza humana (OMS, 2008).

El aumento desmedido de las muertes en México causadas por el suicidio, muestra la importancia de abordar el tema, conocer los factores de riesgo, los programas de acción y los aspectos éticos que están inmersos en el abordaje de consultantes suicidas. Es por ello que con la presente investigación se pretende contribuir y brindar un panorama particular del trabajo que han realizado algunos psicoterapeutas con amplia experiencia en el ámbito de la psicoterapia con pacientes con ideación suicida.

Dentro de la investigación se conoció la postura que tienen dos psicoterapeutas ante el tema del suicidio y la manera en cómo lo abordaron tomando en cuenta su formación académica, el enfoque clínico, su experiencia y postura ética. Ahora bien, algunas de las limitantes que se encontraron en el estudio fue el número reducido de psicoterapeutas a quienes se entrevistaron, ya que se considera que el haber contado con mayor número de participantes con diversos enfoques (humanismo y cognitivo conductual), podrían brindar la oportunidad de realizar un análisis a mayor profundidad donde se pueda realizar una comparación en los procedimientos, abordajes, metodología y resultados al trabajar con consultantes con ideación suicida.

Otra de las limitantes, fue la poca información bibliográfica que se encontró respecto al papel e implicación personal que tiene el terapeuta en el proceso psicoterapéutico en México, al trabajar con consultantes suicidas, ya que como se sabe, uno de los factores esenciales en psicoterapia es la relación que se establece entre psicoterapeuta y el consultante.

Por otro lado, algunos de los alcances que se obtuvieron están relacionados con la postura que ambos psicoterapeutas compartieron respecto al tema del suicidio, ya que si bien es importante la formación y preparación teórica que brinda un enfoque clínico, el brindar un espacio donde se muestre empatía, respeto, libertad y claridad al consultante para hablar de su deseo de muerte es esencial, ya que el principal objetivo del terapeuta es acompañar y dar un lugar de escucha fuera de juicios o crítica.

Ahora bien, aunado a lo anterior resulta esencial que cada psicoterapeuta realice una práctica ética, por lo que se recomienda que los terapeutas cuenten con una supervisión de casos, es decir, poder exponer de manera confidencial los casos con otros colegas (cuidando la confidencialidad del consultante), donde se puedan compartir las dudas, perspectivas, expectativas y las sensaciones o emociones que puedan generar en el psicoterapeuta al trabajar con consultantes con ideación suicida.

Otro de los aspectos que destacaron fue la implicación personal que se llega a tener al trabajar con consultantes con ideación suicida, dicho de otra forma, dentro del sistema terapéutico se median procesos cognitivos, conductuales y emocionales que permiten crear vínculos entre el terapeuta y consultante, lo cual ejerce un nivel de influencia en el proceso. Esta visión lleva a la conclusión de que la historia personal de cada psicoterapeuta influye en la manera de abordar el tema del suicidio o ideación suicida en consulta.

Dentro de este hallazgo, se encontró que uno de los psicoterapeutas concibe el suicidio como una posibilidad de vida, es decir, puede ser una decisión que solo el consultante tiene el derecho de tomar, sin embargo, se vuelve primordial acompañar al paciente a encontrar la respuesta aquellas preguntas o emociones que se está planteando en ese momento de vida que le parece tan insoportable. En contraparte, otro de los terapeutas comentó que tomar un papel directivo y realizar una evaluación es primordial, ya que el consultante se encuentra desorganizado y su vida puede verse comprometida, sin embargo, a pesar de las diferencias en la forma de abordar el tema, ambos coincidieron en que hablar del tema y preguntar sobre las ideaciones suicidas o el suicidio es fundamental.

Ahora bien, como se ha mencionado, el trabajar con consultantes suicidas implica un gran compromiso por parte del psicoterapeuta ya que requiere de diversas habilidades profesionales, sin embargo, resulta alarmante que solo una fracción de los terapeutas conozcan las estadísticas, los factores de riesgo y las acciones o protocolos que existen para trabajar con este tipo de consultantes, ya que como lo muestran los últimos informes, sigue en aumento las cifras de los intentos de suicidio o suicidios consumados. Es por ello que se considera esencial que los psicoterapeutas tengan una formación teórica y práctica que permita brindar una atención psicoterapéutica ética e informada.

Finalmente, se plantea que para las próximas investigaciones valdría la pena explorar que elementos están inmersos desde la práctica clínica que pudieran aportar de manera significativa en los programas, campañas informativas e investigaciones que se han implementado en México, ya que hasta el momento dichas medidas no han tenido el impacto esperado y las cifras de suicidio han ido en aumento los últimos años.

Dentro de los aprendizajes que se adquirieron en el proceso formativo como psicoterapeuta y al elaborar el trabajo de obtención de grado, tuve la oportunidad de conocer las aportaciones teórico-prácticas, investigar y desmitificar el tema del suicidio a través de conocer sus implicaciones sociales, culturales, económicas, familiares, personales y emocionales.

También, a lo largo de esta investigación, se tuvo la oportunidad de entrevistar a dos psicoterapeutas que han destacado en el ámbito de la psicoterapia por su conocimiento, experiencia y trabajo ético con pacientes suicidas, sus aportaciones me ayudaron a conocer las teorías, protocolos y metodologías que pueden ser utilizadas al trabajar con este tipo de consultantes.

Por último, cabe mencionar que al ser una investigación de corte cualitativo se tuvo la oportunidad de conocer el proceso que conlleva dicho estudio, ya que si bien es importante conocer las cifras y estadísticas que rodean el tema del suicidio, el papel y la implicación del psicoterapeuta es también una pieza clave en el proceso de acompañar a un consultante con ideación suicida.

Referencias Bibliográficas.

- Acevedo Pérez, I. (2002). Aspectos éticos en la investigación científica. *Ciencia y enfermería*. 8 (1), 15-18. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100003>
- Adler, A. (1993). *El carácter neurótico*. Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Alastuey, E. (2001). El suicidio en Durkheim, o la modernidad de la triste figura. *Revista internacional de sociología de Madrid*, (8) 70 -73. <https://doi.org/10.3989/ris.2001.i28.743>
- Almazán Delgado, J. (2001). *Sobre el suicidio, particularmente en el caso de los niños y adolescentes*. 2nd ed. México: Centro de estudios.
- Arango Bermúdez, R. A. y Martínez Torres, J. J. (2013). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60-82. <https://www.redalyc.org/pdf/4978/497856284006.pdf>
- Baader, T., Urra, E., Millán, R., y Yáñez, L. (2011) Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309.
- Blandón, O. Carmona, J.A. Mendoza, M. y Medina, A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camaguey*, 19(5), 4 469-478.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez. C., y Gutiérrez, R. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública Mex.* 38, 197-206.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). El trabajo sistémico. En *Terapia Sistémica, Individual* (pp. 65-118). Buenos Aires: Amorrortu.
- Botella, L., y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En: Garrido, F., y García, J. (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*. (p.91-104). España, Valencia: Promolibro.
- Botero, C. (2000). *Un modelo para investigación documental: guía teórico-práctica sobre construcción de Estados del Arte con importantes reflexiones sobre la investigación*. Medellín: Señal Editora.
- Campo, M. (2004). Epistemología y psicoterapia. *Opción*, 20(44), 120-137.

- Casari Cobo, L., Albanesi Nasetta, S., y Maristany, M. (2013). Influencia del enfoque teórico en el estilo personal del terapeuta. *Psicogente*, 16(29), 132-142.
- Ceballos, D., Suárez, Y., Suescún, J., Gamarra, L.M., González, K.E., y Sotelo, A.P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12(1), 15-22.
- Chaves, C. R. (2005). La categorización un aspecto crucial en la investigación cualitativa. *Revista de investigaciones Cesmag*, 11(11), 113-118.
- Chávez, A. M., Pérez, R., Macías, L., y Parámo, D. (2012). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Acta Universitaria*, 14(3), 12-16.
- Chávez-Hernández, A.M., y Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360.
- Chinchilla, R. (1979). Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Actualidades investigativas en Educación*, 15(1), 1-27. Recuperado de: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v15n1/a39v15n1.pdf>.
- Cisneros, J. y Guzmán, G. (2020). Textos fundamentales del psicoanálisis I: Más allá del principio del placer (1920) de Sigmund Freud. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 7(14), 10-14.
- Corcuera Mejia, E., y Iglesias Osorio, N. (2015). *Intervención cognitiva conductual en el abordaje terapéutico en la depresión como factor de riesgo en el suicidio de adolescentes*. (Artículo de Grado). Universidad Católica de Pereira. Recuperado de: <https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/3298>
- Corpas, J.M., (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*, 27(2), 1-15. Recuperado de: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1456>
- Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E. y Durán, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 33-41.

- Da Silva, T., Sougey, E., y Silva, J. (2015) Estigma social en el comportamiento suicida: reflexiones bioéticas. *Revista Bioética*, 23(2), 427-434. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015232080>
- Dávila. C. A., & Pardo-Montaña, A. M. (2017). Impacto de factores socioeconómicos en la mortalidad por suicidios en Colombia, 2000-2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 36-51. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-33.ifsm>
- De Bedout Hoyos, A.D. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*, 1(2), 53-63.
- De Santiago, V.M. (2020). El trabajo con pacientes suicidas: desde la perspectiva del psicoterapeuta. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, (51), 185-200.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. DOI: 10.1016/S2007-
- Duarte Vélez, Y. D., Lorenzo-Luaces. L., y Rosselló, J. (2016). Ideación suicida: Síntomas depresivos, pensamientos disfuncionales, autoconcepto, y estrategias de manejo en adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23(2), 1-16.
- Duval Cabrera, M. T. (2019). *Intervención cognitiva conductual y dialéctica conductual en la conducta suicida*. (Tesis de Licenciatura). Universidad técnica de Machala. Recuperado de: <http://186.3.32.121/handle/48000/13946>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126.
- Eguiluz, L. (2007). *Dinámica de la familia: un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax. México.
- Escamilla, J.L. (2020). En lo que va del año aumenta 11% los suicidios en Jalisco: Notisistemas. Recuperado de: <https://www.notisistema.com/noticias/en-lo-que-va-del-ano-aumentan-11-los-suicidios-en-jalisco/>
- Farberow, N. y Shneidman, E. (1969). *¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención*. México : Prensa Médica Mexicana,

- Figueroa, G. (2004). Bioética y psicoterapia: ¿Cuáles supuestos morales actúan cuando ejecutamos un acto psicoterapéutico? *Revista médica de Chile*, 132(2), 243-252. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000200015>
- Fishman, H. (1994). *Terapia Estructural Intensiva: Tratamiento de Familias en su contexto social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Franco Zuluaga, A. (2001). Ética y conductas suicidas. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 30(4), 369-382.
- Fukumitsu, K. O. (2014). El psicoterapeuta frente el comportamiento suicida. *Psicología USP*, 25(3), 270-275. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>.
- Fundación española para la prevención del suicidio (2019). *Epidemiología de la Conducta Suicida en el mundo*. [online] <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/epidemiolog%C3%ADa-de-la-conducta-suicida/> [Accessed 15 Nov. 2019].
- Garciandía Imaz, J.A. (2013). Familia, suicidios y duelo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 42(1), 71-79.
- González Sepúlveda, P.C., Medina Pérez, O.A., y Ortiz Valencia, J. C. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 136-146.
- González, J. (2015) Psicoterapia: ¿promesa de bienestar? ¿sanación de malestar? En Zohn, T., Gómez, E.N., y Enríquez, R. (Eds.), *La psicoterapia frente al bienestar y al malestar*. (p.19-64) Guadalajara, México: ITESO.
- Guibert Reyes, W. (2002). Enfrentamiento especializado al paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 143-148. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200008
- Guzmán Sabogal, Y. R. (2006). Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. *Persona y bioética*, 10(2), 82-98.
- Hernández Bringas, H. y Flores Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*, 17(68), 69-101. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v17n68/v17n68a4.pdf>.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). El inicio del proceso cualitativo: planteamiento del problema, revisión de la literatura, surgimiento de las hipótesis e inmersión en el campo. En: *Metodología de la investigación* (pp: 523-560). México: McGraw-Hill/Interamericana
- Hernández, R., y Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 4). México D.F: McGraw-Hill Interamericana.
- Herrera, J. (s.f.). La investigación cualitativa. (p. 9-15). Recuperado: <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/1167>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, (2019). *Salud mental del Estado de Jalisco*. México; INEGI.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (2002, 8 marzo) *Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/.
- Jiménez, O. y Cardiel, L. (2013). El suicidio y su tendencia social en México. 1990-2011. *Papeles de población*, 19(77), 205-229.
- Maroto Vargas, A. (2016). Revisión de la investigación sobre suicidio en Costa Rica (1998-2013): Principales hallazgos. *Revista de Ciencias Sociales*, 4(154), 149-158.
- Martínez, A., y Guinsberg, E. (2009). Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(1), 33-37.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 613-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300006>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Guías de práctica clínica en el SNS. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Servicio Central Recuperado de: <https://runa.sergas.es/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/9089/OnductaRES.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Molla, L., Batlle, S., Treen, D., López, J., Sanz, N., Martín, L., Pérez, V., y Bulbena, A. (2015). Autolesiones no suicidas en adolescentes: revisión de los tratamientos psicológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 20(1), 51-61.
- Moreno, S. (2014). La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da abordagem*, 20(1), 63-75.
- Moreno, S. y Zohn, T. (2016). Diálogo interdisciplinario y psicoterapia. Implicaciones para la formación y la práctica. En: Zohn, T., Gómez, E., Enríquez, R (coords.). *Psicoterapia contemporánea: dilemas y perspectivas*. (pp. 85-114). Tlaquepaque: ITESO. Recuperado de: <http://www.rei.iteso.mx>
- Morfín, T., Sánchez, L.M., Ibarra, M., Camacho, E. (2017). Prevención del suicidio: un imperativo social. En: Ibarra, M. y Morfín, T., *Investigación transdisciplinar del Fenómeno suicida* (pp. 85-106). Guadalajara, Jalisco: Manual Moderno.
- Neira, H. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. *Cinta de moebio*, (62), 140-154. doi: 10.4067/S0717-554X2018000200140.
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología (Online)*. 15(2), 1-5. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1111629>
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., . . . Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113
- Organización Mundial de la salud. (2008, 9 mayo). *Datos y cifras sobre el suicidio*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2009, 10 junio). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la salud. (2019, 4 abril). Día mundial para la prevención del suicidio: Tomate un minuto, cambia una vida. tp://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
- Ospina, P. (2020). *Propuesta de prevención contra el suicidio dirigida a 3500 estudiantes de secundaria de los municipios de Villamaria y Manizales*. (tesis de licenciatura).

- Universidad Nacional Abierta y a Distancia -UNAD, La dorada caldas. Recuperada de:
<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/35123/paospinah.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Ougrin, D., Tranah, T., Sathl, D., Moran, P., & Asarnow, J.R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.e2.
<http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>.
- Paiva, G. J. D. (2000). Dante Moreira Leite: um pioneiro da psicologia social no Brasil. *Psicologia USP*, 11(2), 25-57. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000200003>.
- Palacios, A. (2010). La comprensión clásica del suicidio de Émilie Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 7(12), 1-12.
- Parra Domínguez, M., y Briceño Rodríguez, I. (2013) Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Revista de enfermería neurológica*, 12(3), 118-121.
- Passalacqua, A. M., Simonotto, T., Piccone, A., Ferrari, G., Alvarado, M. L., Nuñez, A., ... y Pestana, L. S. (2006). Modificaciones del potencial suicida en el transcurso de psicoterapias. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* (pp. 60-61). Buenos Aires: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Pérez, D., y Calderón, A. (2012). Prevalencia del suicidio femenino en el departamento del Magdalena (Colombia): 2004-2010. *Duazary*, 9(1), 87-93.
- Piña, N. Y. (2014). *El suicidio y sus consecuencias en la familia*. [tesina para obtener el grado en tanatología. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia A.C.] Asociación mexicana de tanatología A.C. Repositorio institucional. <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/226%20el%20suicidio.pdf>

- Puentes, E., López, L., y Martínez, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(2), 102-109. <https://scielosp.org/article/rpsp/2004.v16n2/102-109/es/>
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida*. México, D.F.: Pax México.
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del psicólogo*, 25(87), 45-53.
- Rosales, J., Córdova, M., y Ramos, R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: Un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, 22(1), 63-74.
- Roush, J., Brown, S., Mitchell, S. y Cukrowicz, K. (2019). Experiential avoidance, cognitive fusión, and suicide ideation among psychiatric inpatients; The role of thwarted interpersonal needs. *Psychotherapy Research*, 29(4), 514-523.
- Sánchez, J.C., Villareal, M.E., Musitu, G., y Martínez, B. (2010) Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287.
- Solís-Cámara, P., Meda Lara, R., Moreno Jiménez, B., y Palomera Chávez, A. (2018) Depresión e ideación suicida; Variables asociadas al riesgo y protección en universitarios mexicanos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 11(1), 11-22.
- Suárez, Y., Cervantes, D.R., y Domínguez, C. (2016). Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional universitarios colombianos. *Revista Salud Uis*, 48(4), 470-478.
- Taha, N., Florenzano, R., Sieverson, C., Aspillaga, C., y Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 347-360. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000400006>
- Tamez, M. (2017). Intento suicida desde el abordaje sistémico: estudio de caso de una joven de 27 años. En: A. Ibarra and T. Morfín, ed., *Investigación transdisciplinaria del fenómeno suicida* (pp.184-200). Ciudad de México: Manual Moderno.
- Tang, T.C., Jou, S.H., Ko, C.H., Huang, S.Y. & Yen, C.F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk

and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 463-470.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x>.

Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J., ... & Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista médica de Chile*, 144(6), 723-733.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>

Urrego Betancourt, Y., Quintero, A., y Manrique, J. (2016). Caracterización de adolescentes con conductas suicidas a través de redes sociales; Facebook, Foros y Open-Blogs. En. Molero, M., Pérez, M., Gázquez, J., Barragán., Martos, A., y Simón, M. (Ed.) *Avances de investigación en salud a lo largo del ciclo vital*, (p. 77-86). Colombia: ASUNIVEP.

Vargas, H., y Saavedra, J. (2012). Factores asociados con la conducta suicidas en adolescentes. *Revista de Neuropsiquiatría*, 75(1), 19-28.

Anexo 1.

AVISO DE PRIVACIDAD:

TRABAJO DE OBTENCIÓN DE GRADO

Tlaquepaque; Jal. 3 de noviembre de 2020

A quien corresponda.

Por medio de la presente expreso mi consentimiento y le doy mi autorización al alumno para que se audio grabe lo que platicamos en las entrevistas, mismas que poseen fines académicos para la obtención de grado de maestría del alumno Martha Jovana Jiménez García. Entiendo, que la información sobre mis entrevistas será tratada con respeto y en un marco de anonimato y confidencialidad que restringe el uso de la información al proceso de formación e investigación.

AVISO DE PRIVACIDAD

Estos datos personales y personales sensibles serán resguardados en los archivos (físicos y electrónicos) del entrevistador. La información que se utilice para la supervisión con el asesor de tesis, será tratada también en forma confidencial y anónima. Manifiesto que estoy informado y satisfecho con el uso que se hará sobre la información que provea al entrevistador.

Atentamente

NOMBRE Y FIRMA