



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**EXPERIENCIAS DEL CAMBIO TERAPÉUTICO EN LA IDEACIÓN SUICIDA: UN  
ESTUDIO FENOMENOLÓGICO INTERPRETATIVO DESDE LA PSICOTERAPIA  
HUMANISTA-EXISTENCIAL**

**Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos**

**JAVIER LORA GÓMEZ**

  
**Profesora Guía:**  
**Dra. Michele Dufey Domínguez**

**Santiago de Chile, 2023**



**EXPERIENCIAS DEL CAMBIO TERAPÉUTICO EN LA IDEACIÓN SUICIDA: UN  
ESTUDIO FENOMENOLÓGICO INTERPRETATIVO DESDE LA PSICOTERAPIA  
HUMANISTA-EXISTENCIAL**

## **RESUMEN**

Cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, una muerte cada 40 segundos y 16 millones lo intentan (OMS, 2019). Sin embargo, el suicidio consumado es punto cúlmine, la ideación suicida representa el inicio de la ambivalencia entre la vida y la muerte. En este sentido, el cambio de la ideación suicida es un fenómeno incipiente en investigación y psicología clínica, por lo tanto, el enfoque humanista-existencial no cuenta con basta literatura que se aproxime a este fenómeno. Entonces, es importante su estudio para mejorar en niveles preventivos y de tratamiento, como también en políticas públicas. El principal propósito del estudio fue comprender la experiencia del cambio terapéutico de la ideación suicida desde la perspectiva de los/as pacientes de terapias humanistas-existenciales

La presente investigación se enmarcó en un enfoque cualitativo exploratorio, utilizando un Análisis Fenomenológico Interpretativo de la experiencia de cambio terapéutico de la ideación suicida de dos pacientes de terapias Humanistas-existenciales. Los resultados sugieren que el cambio terapéutico de la ideación suicida es inestable, siendo la motivación y constancia del/de la consultante primordial para el proceso; además, los principales ejes fueron la relación terapéutica positiva, emociones y cuerpo.

**PALABRAS CLAVES:** Ideación suicida, cambio terapéutico, psicoterapia, psicoterapia humanista-existencial, suicidio.

## **AGRADECIMIENTOS**

Es difícil encontrar palabras de agradecimientos para quienes no saben que hicieron algo por ti, pero a quienes debo mucho de este magíster y tesis -y por qué no de mi vida actual- es a los/as pacientes que han confiado en mi para sus procesos de terapia. Algunos procesos exitosos, algunos no, pero de cada paciente me llevé y llevo algo que me ha permitido crecer como profesional y persona. Aquellos/as que he atendido y acogido su ideación suicida, gracias por permitirme ayudarles, gracias por confiar en mí para no terminar con su existencia, sin ustedes no me habría interesado en este fenómeno, quiero seguir aprendiendo para ayudarles, como también a futuras personas.

Agradecer a mi mamá, papá y hermano por su acompañamiento durante toda mi vida, por su preocupación -a veces excesiva- y dedicación, por permitirme seguir el camino educativo que yo prefiriera. Gracias por el acompañamiento diario que tengo de ustedes, el amor infinito que me entregan y la incondicionalidad que percibo; en algunas ocasiones las palabras sobran y esta es una de ellas, simplemente los amo. No puedo dejar olvidado a Ragnar, fiel perrito que llegó hace 8 años a vivir con nosotros, un demonio en ocasiones, pero siempre feliz de vernos y entregarnos amor, gracias por las innumerables siestas que hemos tenido, que reponen la mente y corazón.

A mis amistades, gracias por los muchos momentos de esparcimiento durante estos años de estudio y trabajo, por las risas que hemos tenido y las que vendrán; gracias por siempre estar cuando lo necesito, por acompañarme en mis cumpleaños. También mencionar a las amistades que no continuaron, que por algún motivo nos alejamos, de cada relación me llevo algo, espero que estén bien y disfrutando. Los últimos meses de tesis fueron complejos por lo que agradecer a Feña por acompañarme y entregarme cariño en los momentos que se veía todo más lento y difícil. Para todos/as ¡salud! Agradecer a mis compañeros/as del magíster: Alfredo, Coni, Alex, Vivi y Mati, hicieron estos años más llevaderos, siempre nos acompañamos ante las dificultades y aprendimos juntos de lo bonito del Humanismo-existencial. Agradezco a Michele que me acompañó en la Tesis, me guió y ayudó en este difícil camino, a no atraparme cuando las cosas no iban tan bien, si bien no obtuve todo lo que esperaba, estoy satisfecho.

## ÍNDICE

Introducción	1
Marco teórico	8
Suicidio	8
Conductas suicidas	13
Ideación suicida	14
Cambio terapéutico	17
Psicología Humanista-existencial	19
Filosofía existencial	21
Fenomenología	23
Terapias humanistas-existenciales	26
Enfoque Centrado en la Persona	27
Terapia Gestalt	30
Psicoterapia experiencial	32
Psicoterapia Existencial	35
Pregunta de investigación	39
Objetivos	40
Metodología	41
Consideraciones éticas	47
Declaración reflexiva	49
Resultados	51
Discusión	83
Conclusiones	95
Bibliografía	98
Anexos	115

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Categorías superordinadas	53
Figura 2: Flujograma del proceso de cambio de la ideación suicida en terapias humanistas-existenciales	54
Tabla 1: Frecuencia de Categorías superordinadas	55

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el suicidio es una problemática de interés en psicología, en salud y, por lo tanto, en las políticas públicas de países y organizaciones mundiales como la Organización Mundial de la Salud [OMS]. A pesar de esto, si la muerte continúa siendo un tema tabú en la sociedad occidental, la muerte autoprovocada lo es más, existiendo el mito que si se habla del suicidio se induce a la persona a cometer el acto (Barrero, 2005).

El suicidio es entendido por la Organización Mundial de la Salud [OMS] como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, pág. 43). La OMS (2019) contabilizó que 16 millones de personas intentan suicidarse cada año y 800.000 logran quitarse la vida, una muerte cada 40 segundos. Incluso se estimó que para el 2020 la cifra subiría a 1,5 millones de suicidios a nivel mundial (OMS, 2004), pero no se cuenta aún con las cifras estimadas.

Respecto a la Región de las Américas no existen datos actualizados a la fecha, pero un informe del 2014 indica que hay cerca de 65.000 defunciones por suicidio al año (OPS, 2021). En este informe se recalca que los hombres tienen una tasa de suicidio superior a la observada en mujeres, representa cerca del 79% del total de estas defunciones. En cuanto a la edad, el 36,8% se produce entre los 25 y 44 años, un 26,6% entre los 45 y 59 años (OPS, 2021), por lo que el grupo de mayor suicidio consumado es en la adultez temprana, pero si bien los jóvenes son más propensos a tener intentos, con el paso de la edad lo son al suicidio consumado, pudiendo ser por la mayor intencionalidad y uso de métodos más letales (García-Haro et al., 2019). Los principales métodos usados en la región son la asfixia (43,6%), armas de fuego (31%), envenenamiento con drogas y/o alcohol (9,1%), y el envenenamiento con productos químicos (7,5%), esto llega a sumar el 91% de los suicidios (OPS, 2021), siendo los dos primeros los métodos con mayor letalidad



y menor índice de rescate, es decir, que las personas tienen una intencionalidad alta en el suicidio.

Chile es de los países de la OCDE con tasas más altas de suicidio, pasando de estar en el lugar 17 con una tasa de 11 muertes por cada 100.000 habitantes en el informe del 2011 (OCDE, 2011), a ubicarse en el lugar 13 con una tasa de 13,3 muertes por cada 100.000 habitantes en el informe del 2013 (OCDE, 2013). Uno de los primeros datos interesantes a destacar es que durante la primera década del milenio fallecieron 17.809 personas por lesiones autoinfligidas y el total de cada año aumenta respecto al anterior (Echávarri et al., 2015). En cuanto al sexo, los datos indican lo que ya se ha mencionado, que los hombres tienen una mayor tasa de suicidio consumado que las mujeres (Echávarri et al., 2015). En el año 2022, el Ministerio de Salud [MINSAL] publicó el Informe de mortalidad por suicidio en Chile: 2010-2019 que presenta cambios respecto a la primera década del siglo. La tasa del suicidio fue de 11,17 por 100.000 habitantes mayores de cinco años (MINSAL, 2022), lo que no representa cambios sustanciales respecto a la década anterior, pero si se comparan los primeros cinco años con el siguiente período hay una tendencia a la baja. En lo que respecta a la edad, es similar a la Región de Las Américas, la edad promedio fue de 43 años, pero el grupo que más se suicidó fue el tramo de 25 a 29 años (MINSAL, 2022). Un análisis interesante para mencionar es cuándo ocurren los suicidios, el informe da cuenta que entre febrero y agosto hay una baja en el número de suicidios, mostrando un alza en septiembre que se mantiene en niveles altos hasta noviembre para alcanzar lo más alto entre diciembre y enero (MINSAL, 2022). Se puede hipotetizar que a medida que comienzan las estaciones con mayor luminosidad y calor, las personas que padecen ideación suicida comienzan a planificar y ejecutar el acto suicida.

A pesar de esto, el suicidio es el punto cúlmine del proceso de la persona suicida, un acto de resultado letal del cual no hay vuelta atrás. Sin embargo, hay otros fenómenos importantes dentro de este transcurso entre la vida y la muerte. Se ha llamado conducta suicida tanto a las conductas suicidas no letales como ideación

suicida, plan suicida e intento suicida, y suicidios (Nock et al., 2008). Estas conductas suicidas aparecen en la clínica psicológica de forma bastante variadas, respondiendo a motivaciones distintas y, por lo tanto, requieren intervenciones diferentes (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012), es decir, hay fenómenos del proceso suicida en los que hay que poner atención para prevenir que se llegue al suicidio consumado. Por lo tanto, se ha planteado que el suicidio se desplaza en un continuum lineal-progresivo, que va desde la ideación suicida al suicidio consumado (Spirito y Donaldson, 1998). Entonces estudiar la ideación o intento suicida tiene una relevancia particular debido a que son, hasta el momento, los mejores predictores de un suicidio consumado (Gould et al., 2003; Larraguilbel et al., 2000; Salvo y Melipillán, 2008). Para la presente investigación, el análisis se centrará en la ideación suicida y cómo se llega al cambio terapéutico de esta.

El inicio del continuum del suicidio es la ideación suicida que se refiere a pensamientos sobre el suicidio que suelen durar en el tiempo, no es solamente la falta de ganas de vivir, sino que un deseo activo persistente de terminar con la propia vida (Echeburúa, 2015). Al ser un fenómeno complejo de pesquisar, pocos países tienen datos fidedignos para ser considerados (Krug et al., 2002), además, de que aún no se le entrega la relevancia debida a este problema. Hay variables altas de ideación suicida como un 15,7% en Nueva Zelanda (Beautrais et al. 2006), 14,8% en Inglaterra (Bebbington et al., 2010) y 10% en Japón (Ono et al., 2008), pero también bajas como en Italia que tiene un 3% (Scocco et al., 2008). Un estudio poblacional de Chile, la ideación suicida ha estado presente en un 14,3% de la muestra (personas de 15 años en adelante), siendo las edades con mayor prevalencia (17,3% para ambos casos) los tramos 25 a 34 años y 35 a 44 años (Silva et al., 2013), es decir, que la ideación suicida se presenta mayormente en población adulta, por lo que centrar investigaciones en este segmento etario es importante para su detección y tratamiento oportuno. En la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (MINSAL, 2021) se preguntó por primera vez acerca de las

conductas suicidas en la población adulta, siendo el principal resultado que el sexo es un factor diferencial en la ideación, planificación e intento suicida, al igual que el panorama regional y mundial. En lo que respecta a la ideación suicida, se estimó que cerca del 10,7% de la población alguna vez ha pensado seriamente acabar con su vida, siendo las mujeres (14,4%) quienes lo piensan más que los hombres (6,7%) (MINSAL, 2022). También se consultó por la prevalencia de la ideación suicida en los últimos 12 meses, bajando a un 2,2% de la población, las mujeres con un 2,8% y un 1,7% para los hombres, una vez más son las mujeres que piensan más en terminar con su vida. Estos son los datos existentes de la ideación suicida en la población chilena dado que es un fenómeno complejo de pesquisar y, por sobre todo, es difícil de expresar por parte de quienes los padecen porque es una posición ambivalente: se desea morir si la vida continua de la misma manera, pero se desea vivir si se generan cambios significativos en ella (García-Haro et al., 2019).

Entonces, cabe cuestionarse cómo son los tratamientos efectivos y eficaces para las conductas suicidas, siendo más específicos los de la ideación suicida. Se ha planteado que hay mayores niveles de éxito en las intervenciones psicológicas cuando se está en las primeras fases del continuum del suicidio, es decir, en las fases de ideación y ambivalencia que en las de decisión y ejecución (Pöldinger, 1969 citado en García-Haro y González, 2019). Una de las formas de atención de la ideación suicida es el uso de psicofármacos, se han estudiado de qué manera los diferentes grupos de medicamentos (antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, etc.) interactúan con los pensamientos, pero “el impacto de los psicofármacos actuales no se traduce necesariamente en una disminución de las conductas suicidas” (Martínez-Aguayo et al., 2015, pág. 128). Esto sucede porque se analiza la ideación suicida como un síntoma, mas no como un fenómeno específico a tomar en consideración, por lo que no se generaría el cambio esperado con el tratamiento. En este sentido, el tratamiento con psicofármacos respondería a un modelo biomédico y diagnosticocéntrico centrado en la pronta reincorporación de las personas a sus actividades habituales (Leader, 2011) y no en el drama

existencial por el cual las personas con ideación suicida están cursando, se invisibiliza el sentir y la experiencia.

Por lo tanto, las terapias psicológicas serían un tratamiento adecuado para generar el cambio de la ideación suicida. Hay diferentes maneras de concebir el cambio en psicoterapia, se ha estudiado desde diferentes aristas dependiendo qué se pretende buscar por lo que llegar a una sola definición es complejo. Una línea de investigación que ha proliferado el último tiempo es la práctica psicológica basada en evidencia (PPBE) que busca la efectividad de los tratamientos para así mejorar la salud pública (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), pero deja de lado a la persona y su experiencia durante el proceso porque se centra en los resultados posteriores a la terapia, y no siempre desde el punto de vista de quien recibe el tratamientos, sino que de la percepción del/de la terapeuta o escalas de síntomas pre y post tratamiento. Por otro lado, está la línea que busca cambios subjetivos de la interpretación y explicación, para así desarrollar nuevas teorías subjetivas; son las investigaciones que se centran en el proceso de terapia que son etapas de construcción de nuevos niveles de representación e interpretación, importando la teoría basal del terapeuta (Krause, 2005). La vertiente para tener en consideración es el cambio genérico el cual parte desde la perspectiva subjetiva de los mismos/as pacientes el torno al cambio terapéutico, es decir, es cómo evidencian el cambio subjetivamente (Krause et al., 2006). Por lo tanto, estudiar la experiencia misma de las personas que pasan por el cambio de la ideación suicida es más relevante que hacerlo en terceras personas (sus terapeutas, por ejemplo) dado que son estas personas quienes tienen el conocimiento y las respuestas de qué hacer.

Dentro de las terapias psicológicas, la terapia cognitivo-conductual es la que posee mayor evidencia empírica sobre el tratamiento de la ideación suicida, en conjunto a la terapia conductual-dialéctica en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (Tarrier et al., 2008). Por otro lado, la terapia interpersonal ha

mostrado ser útil en adultos con conducta suicida, en mayores de 60 años con ideación suicida y en adolescentes con riesgo suicida (Tang et al., 2009).

En cuanto a las terapias humanistas-existenciales, no se cuenta con antecedentes ni cifras que indiquen lineamientos en el tratamiento de la ideación suicida, lo que se puede explicar por el componente individual-subjetivo que fomentan este tipo de terapias. Sin embargo, Balbín et al. (2016) plantean que la logoterapia y la psicología Gestalt, por sus planteamientos, pueden intervenir de buena manera en la ideación suicida. En cuanto a la logoterapia, la persona se encuentra en un sin sentido y expresar dicho sentido es una forma de comenzar el trabajo, permitiendo encontrar una orientación en la vida y ganas de vivir (Frankl, 1994), para lograr esto la intención paradójica, en donde la persona se expone a enfrentar sus problemas con gracia, se le coloca en la situación que la llevó a esta salida para que se dé cuenta que ahí no está su sentido y así pueda encontrarlo (Balbín et al., 2016); por otro lado, la derreflexión que intenta modificar el pensamiento obsesivo por otro, en la ideación suicida se pretende cambiar el pensamiento que llevó a esta decisión, para que considere otras posibilidades de salida a las situaciones que presenta. De la psicología Gestalt, que busca la exploración de la experiencia inmediata para posibilitar la capacidad de darse cuenta de facetas no conocidas (Sassenfeld y Moncada, 2006) mediante técnicas supresivas, expresivas e integrativas. Las primeras se usan para que el/la paciente no evite el aquí y ahora, que se enfrente a lo que teme, en el caso de la ideación suicida es eficaz en vista que la persona teme enfrentarse a lo que les está ocurriendo o las consecuencias de los problemas que tienen (Balbín et al., 2016); las técnicas expresivas buscan exponer lo interno del/de la paciente, que se dé cuenta lo que lleva consigo y no percibía, entonces, la persona se encuentra consigo misma, descubrir aspectos positivos para dejar a un lado lo negativo y doloroso, y afrontar la ideación suicida (Balbín et al., 2016); finalmente, las técnicas integrativas pretenden que la persona (re)incorpore sus partes alienadas, en el trabajo con la ideación suicida es reincorporar situaciones que lo llevaron a esto para analizar lo

que está haciendo ahora (Balbín et al., 2016). Finalmente, el Enfoque Centrado en la Persona teoriza que la persona con ideación suicida está en un estado de incongruencia que puede llegar a la desorganización (López, 2021), en este sentido, “no es una tendencia innata hacia la autodestrucción, sino una forma de buscar salida al sufrimiento” (López, 2021, pág. 95). Por lo tanto, plantea que el trabajo con la ideación suicida el terapeuta debe ser congruente en la relación, que se aprecie la empatía y aprecio, siendo importante el acompañar la experiencia del/de la paciente; la aceptación positiva e incondicional de que el suicidio sea una opción posible para quien consulta (López, 2021). En este sentido, la psicología humanista-existencial al trabajar con aspectos existenciales y vivenciales de las personas puede acceder de buena manera a lo que subyace más allá de los síntomas.

Se puede plantear que no existe gran evidencia respecto a tratamientos psicológicos para la ideación suicida, menos aún en terapias humanistas-existenciales. Sin embargo, Echeburúa (2015) plantea que hay que prestar especial atención a las problemáticas actuales de los/as pacientes con este fenómeno, como también promover la formación de una relación terapéutica sólida entre ambas partes del proceso y contar con el apoyo del entorno. En esta línea, son las terapias humanistas-existenciales buscaban y buscan un nuevo estilo de relación, en la que el individuo se sienta aceptado y respetado, lo cual es novedoso para muchas personas, posicionando al vínculo terapéutico como pieza clave del proceso por sobre las técnicas (Gimeno-Bayón, 2017).

Por lo tanto, acercarse y comprender el fenómeno del cambio de la ideación suicida desde esta perspectiva clínica enriquecería tanto a la perspectiva misma como al tratamiento de las personas que cursan por este malestar. De la misma manera, es relevante socialmente dada la cantidad de personas que están pasando por el continuum del suicidio, hay que actuar de manera oportuna y eficiente, y al parecer es la psicoterapia la mejor manera de acercarse a la ideación suicida.

## MARCO TEÓRICO

### Suicidio

El término suicidio deriva de dos términos en latín, sui que es de sí, a sí, y cidium que es el acto de matar, por lo que es la acción de terminar con la propia vida (Gómez, 2018), es decir, que el suicidio es cuando una persona decide acabar con su vida mediante algún método fatal. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al suicidio “como el acto de matarse deliberadamente, iniciado y realizado por la persona concernida, en pleno conocimiento y expectativa de su resultado fatal” (Gómez, 2018, pág. 16), teniendo que incluir una muerte; que sea obra de la propia persona; la agencia es pasiva o activa; y, que estuviera la intención de muerte.

El suicidio ha sido incluido en el apartado de morbilidad y mortalidad por causas externas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); durante 1903 y 1948 las categorías se rotularon como “condiciones producidas por causas externas” y se formulaban como “suicidio debido a...” (Gómez, 2018). Luego, hasta 1975, hubo un cambio en el nombre de sección “accidentes, envenenamiento y violencia”, para pasar a categorizar a “suicidio y heridas autoinfligidas”; para dar paso, en el CIE-9, a la sección “heridas y envenenamientos” y la categoría se llamó “suicidio”, explicando que incluye intentos suicidas y heridas voluntariamente autoinfligidas (Gómez, 2018). En el capítulo XX del CIE-10 se incluye el grupo de lesiones autoinfligidas intencionalmente, que consta de envenenamientos o heridas voluntariamente autoinfligidas, suicidio e intento suicida (Gómez, 2018; Echevarría, 2015). Por otra parte, en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en su cuarta edición revisada el suicidio se encuentra como un síntoma de un trastorno mental y no como un fenómeno en sí mismo (Echevarría, 2015; Daray et al., 2016). Con la eliminación de la evaluación multiaxial del DSM 5 continuaron las dificultades para categorizar al suicidio y la conducta suicida, en la tercera sección “Afecciones que necesitan más estudios” se mencionan criterios para futuras investigaciones de algunos trastornos, incluyendo el Trastorno de

comportamiento suicida y el de Autolesión no suicida (Daray et al., 2016), es decir, que la nomenclatura del suicidio y de la conducta suicida es una dificultad, lo que conlleva problemas en su tratamiento. Se plantea entonces que “la ausencia de una nomenclatura estándar afecta la práctica clínica al momento de aplicar a pacientes concretos investigaciones acerca de la efectividad de un determinado tratamiento” (Gómez, 2018, pág. 16).

Como se mencionó, hay dificultades en la nomenclatura del suicidio, sin embargo, hay teorías que intentan explicar por qué ocurre este fenómeno. En primer lugar, dentro de las teorías sociológicas está la Teoría sociocultural de Durkheim, que plantea que los hechos sociales deben ser estudiados como externos al individuo, por lo que el suicidio no se explica por motivos individuales, en otras palabras, “no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos” (Rodríguez Pulido et al., 1990, pág. 374). De esta manera, establece cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista. El suicidio egoísta se produce cuando hay un exceso de individualización por la desintegración de las estructuras sociales; el altruista ocurre cuando el yo se confunde, no se pertenece y se sitúa fuera de sí; el anómico es cuando existe una desorientación individual a causa de un fallo en los valores sociales, es decir, que se pierde significado en la vida; finalmente, el fatalista ocurre cuando la persona está limitada, existe una excesiva reglamentación (Rodríguez Pulido et al., 1990). La teoría de Durkheim recibió críticas por las consideraciones sociales y económicas en el suicidio por lo que Halbwachas propone la Teoría de la subcultura que considera la importancia de los significados y motivos individuales en el origen del acto suicida (Rodríguez Pulido et al., 1990), es decir, se resalta al individuo por sobre la sociedad.

Por otro lado, están las teorías biológico-genéticas. Las teorías genéticas han buscado descubrir si lo que se transmite es herencia específica del suicidio o la enfermedad mental, sin embargo, los resultados no permiten concluir que el suicidio sea genéticamente heredado (Rodríguez Pulido et al., 1990). Las teorías



neuroquímicas investigan que las emociones pueden ser adscritas a partes específicas del cerebro dejando dos hipótesis, la de la noradrenalina y la de la serotonina. Estas investigaciones se han centrado en cómo estos neurotransmisores interactúan y llevan a los trastornos mentales, especialmente la depresión, y desde ese punto al suicidio, dejando a la depresión como causa del suicidio por lo que estas teorías no han tenido mayor análisis en el estudio del suicidio (Rodríguez Pulido et al., 1990).

Entrando a las teorías psicológicas, desde el psicoanálisis Freud aportó tres análisis, que el suicidio se conciba como parte del homicidio, la ambivalencia entre el amor y odio que está presente en el suicidio, y cómo se asocia con la agresividad y la pulsión de muerte que busca el descanso (Rodríguez Pulido et al., 1990). Otto Rank planteó que el suicidio es el resultado del conflicto entre el miedo a vivir y el miedo a morir que se presenta dentro del ego, generando así la negación de la vida para la no-muerte “el individuo neurótico inhibe su vida y, así, se mata lentamente para evitar su muerte” (Rodríguez Pulido et al., 1990, pág. 376). Por su parte, Jung teoriza que el suicidio es la muerte del ego que perdió contacto con el Self y así con el significado de la vida (Rodríguez Pulido et al., 1990); por lo tanto, el acto suicida ocurre cuando continúa una situación que solo podría acabar con la muerte, cuando el ego entra en conflicto, el resentimiento hacia alguien alcanza proporciones asesinas y el suicidio es preferir tales actos, y la falta de vitalidad dificulta encontrar situaciones sustitutas a la tensión (Rodríguez Pulido et al., 1990). A pesar de estas teorías, la doctrina más clásica dentro del psicoanálisis es de Menninger que afirma que “existen en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y éstas llegan a hacerse efectivas como suicidio cuando se combinan muchas circunstancias y factores” (Rodríguez Pulido et al., 1990, pág. 376), posicionando causas evidentes como la locura, enfermedad y ruina económica.

En cuanto a la terapia cognitivo-conductual, el fenómeno del suicidio entra dentro de la depresión, es decir, es un síntoma dentro del trastorno, una consecuencia de este. Toma especial énfasis el concepto de triada cognitiva en el

que la persona con depresión se ha visto envuelta (García-Haro y González, 2019) que en el caso de quienes transitan por una depresión tienen una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esto se entrelaza con el término desesperanza puesto que interviene entre la depresión y al suicidio ya que cuando “el yo se vive fracasado y como carga para los demás y además el futuro se tiñe de oscuro pesimismo, el suicidio surge como una puerta luminosa” (García-Haro y González, 2019, pág. 112).

Previo a comprender el suicidio desde las terapias humanistas-existenciales, se revisará cómo los autores existenciales han teorizado de este fenómeno. En primer lugar, Kierkegaard plantea que la angustia cuando no es encarada la vida socava a la humanidad y así deteriora el contexto y la existencia, por lo tanto, al moverse en esta desesperación es la que conduce al suicidio ya que contempla el cómo vivenciar la angustia o cómo sucumbir ante ella (Polo, 2006). Por su lado Nietzsche plantea que el ser humano debe buscar su libertad, pero es una tarea difícil porque no existe solo un sentido de vida ni de la existencia que estén determinados, sumado a que tenemos pocos conocimientos de nosotros mismos nos va alejando de las maneras de ser libre. En esta línea, la vida es condenada y suicidarse es una de las formas de alcanzar la grandeza de alma, es más, el ser dueño de su vida y su muerte eleva a las personas a la grandeza. En síntesis, para Nietzsche “la vida es, en últimas, una elección más, y, mientras no se viva en plena libertad, la posibilidad del suicidio se convierte en una afirmación, en vez de una negación de la existencia” (Polo, 2006, pág. 50). Albert Camus propone que la condición humana está inmersa en el absurdo, que vendría a ser la confrontación de los elementos comparados, es decir, que el absurdo de la existencia confronta el sentido y sin sentido del ser, por ende, de la propia libertad (Camus, 1981); entonces, para Camus el suicidio debe comprenderse como un fenómeno individual ya que el suicidio sería una salida del absurdo. Por último, para Sartre la condición humana se comprende como “el conjunto de los límites a priori que bosquejan su situación fundamental en el universo” (Sartre, 1985, pág. 85) y a partir de esto el ser

humano se descubre en construcción, pero ante la posibilidad de no-ser, de hacerse hacia la nada. Se puede plantear que la existencia está en constante construcción para el ser humano, que la vida no tiene un sentido a priori y nos corresponde a nosotros darle un sentido, por lo que cuando esto se dificulta el suicidio aparece en el horizonte de la nada.

Entrando en las terapias humanistas-existenciales, Rollo May pone énfasis en la angustia entendida como una reacción básica ante un peligro que amenaza la existencia y la de la muerte es la más común de ansiedad (May, 1982), entonces, la ansiedad aparece cuando existe la amenaza inminente de no ser. Por lo tanto, hay que enfrentar esta posibilidad de no-ser-en-el-mundo y una de las salidas es el suicidio como liberación, pero a la vez como una negación de las posibilidades del ser. Sin embargo, May propone otra posible situación que conduce al suicidio, actualmente ya no existen elementos externos que guíen al ser humano, que le den existencia, es decir, que se ha perdido el rumbo y propósito en la vida, y así las personas no saben cómo controlar sus sentimientos de ansiedad y culpabilidad. Esto se puede interpretar como una de las causas del vacío existencial “mientras nuestro mundo y nuestra sociedad sigan vacíos de mitos y objetivos morales relacionados con las creencias, habrá depresiones y (...), suicidios” (May, 1992, pág. 23). Por otro lado, Viktor Frankl plantea que el sentido es esencial en la existencia, pero este es en una situación determinada, es un “requerimiento del momento” y siempre está dirigido a una persona concreta, se trata de una pregunta dirigida al sujeto. En este sentido, al igual que May, menciona que los seres humanos han perdido sus valores, que la individualización es lo único que va quedando, pero así el mundo y la acción de las personas pierden su sentido (Frankl, 1994), por lo que se ve la necesidad de buscar un sentido, algún valor que sustente la propia existencia y cuando esto no ocurre, cuando no se encuentra ese sentido el suicidio aparece en el horizonte.

Desde el Enfoque Centrado en la Persona, se entiende que el suicidio es la única salida que la persona puede percibir, que la vida no se puede vivir de otra

manera, sería una forma de lidiar con la angustia y así apropiarse de la propia vida (López, 2021). Desde este enfoque el suicidio no es una tendencia hacia la autodestrucción, sino que un intento de salir del sufrimiento (López, 2021). Existe en la persona una lucha interna de experiencias y sentimientos, vive la ideación suicida de manera intrusiva y no saber cómo lidiar con ella, hay una parte que quiere acabar con la vida y otra que no (López, 2021; García-Haro et al., 2019).

### **Conductas suicidas**

Como se planteó, el suicidio es el término de la propia vida, pero antes de llegar a este, las personas transitan por diferentes conductas previas a cometer el acto, el suicidio se desplaza en un continuum lineal-progresivo, que va desde la ideación suicida al suicidio consumado (Spirito y Donaldson, 1998). De esta manera, las conductas suicidas se pueden presentar de diferentes maneras y responden a diferentes motivaciones, por lo tanto, a un pronóstico y tratamiento específico. A nivel conductual, está el suicidio consumado en el cual se consigue acabar con la vida intencionadamente; el suicidio frustrado es cuando no se consuma a pesar de la intención suicida y se haya utilizado un mecanismo altamente letal, puede ocurrir por la inexperiencia de la persona, la intervención de personal de salud y/o familia, o el azar (Spirito y Donaldson, 1998). Un término que ha sido debatido es el de tentativa suicida, la persona se causa un daño, pero no tiene la intención aparente de quitarse la vida y en algunos casos lleva a la muerte accidentalmente, utilizan métodos no letales como consumo de fármacos o autolesiones (Echeburúa, 2015). Este término es debatible porque supone que la persona busca manipular a cercanos con esta conducta, supone una especie de llamado de emergencia, entendiendo que la persona se encuentra en una ambivalencia: que si las cosas no cambian desea morir, pero desea vivir si existen cambios (Blasco-Fontecilla et al., 2010). Finalmente, están los equivalentes suicidas que son conductas recurrentes en las que una persona se expone voluntariamente a situaciones de riesgo o peligro que se escapa de su control (Echeburúa, 2015).

A nivel cognitivo están las amenazas suicidas en la que existe una ideación suicida expresada, pero sin conductas que busquen la muerte, esto se vuelve más complejo cuando viene acompañado de un plan suicida que puede predecir una posible conducta suicida futura (Echeburúa, 2015). Por último, la ideación suicida usualmente no se expresa al entorno y son pensamientos duraderos en el tiempo en torno al suicidio, siendo fundamental comprender que es un deseo activo de poner fin a la vida (Echeburúa, 2015).

### **Ideación suicida**

Se ha planteado que hay mayores niveles de éxito en las intervenciones psicológicas cuando se está en las primeras fases del continuum del suicidio, es decir, en las fases de ideación y ambivalencia que en las de decisión y ejecución (Pöldinger, 1969 citado en García-Haro y González, 2019). Al no existir datos acerca de la conducta suicida, especialmente de la ideación suicida, se dificulta el trabajo que debe surgir desde las primeras fases del continuum, especialmente la ideación suicida que por sí misma merece estrategias para su detección (test de screening) (Guerra y Haranburu, 2012). Sin embargo, las escalas de valoración de riesgo suicida son probabilísticas y teñidas por la subjetividad del evaluador y del evaluado (Gérvás y Pérez, 2006). Además, no están cumpliendo su función preventiva porque la mitad de los suicidios ocurren en los grupos de “bajo riesgo” y las personas de “alto riesgo” no morirían de suicidio (Navarrete et al., 2019). Entonces la ideación suicida no está siendo entendida como el fenómeno complejo que es, que no ha tenido la importancia necesaria para ser analizada.

Esto ha generado dos maneras en que se comprende el fenómeno del suicidio, y así, la ideación suicida. Por un lado, el modelo biomédico y diagnosticocéntrico, que explica el sufrimiento humano y las experiencias problemáticas basado en categorías de trastornos según sistemas de referencias como el CIE y DSM (Allsopp et al., 2019; Deacon, 2013; Timimi, 2014), entonces, centra en la ideación suicida como un síntoma dentro de algún diagnóstico psiquiátrico (García-Haro et al., 2018), es decir, el suicidio sería una consecuencia.

Por lo tanto, la ideación suicida sería un síntoma clínico de un trastorno mental, no como un trastorno mental en sí como lo ha referido el DSM-5 (García-Haro et al., 2020a), pero no logra identificar de buena manera el fenómeno del suicidio. Desde este modelo hay escalas de detección para valorar el riesgo de la ideación suicida, éstas consisten en listado de conductas, pensamientos y sentimientos en torno a ideas, intencionalidad, planificación e intentos previos, puntuados en escala tipo Likert (García-Haro et al., 2020a), alejando la experiencia de la persona en torno a lo sucedido, se invisibiliza la subjetividad y contexto.

Entonces, se justifica que para prevenir el suicidio o el avance en el continuum de la ideación suicida es una vía indirecta, detectando y tratando los trastornos mentales (Mann et al., 2005). De esta manera, el uso de psicofármacos es una de las formas de atención de la ideación suicida, se ha estudiado cómo los diferentes grupos de medicamentos (antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, etc.) interactúan con los pensamientos, pero lamentablemente “el impacto de los psicofármacos actuales no se traduce necesariamente en una disminución de las conductas suicidas” (Martínez- Aguayo et al., 2015, pág. 128). A raíz de esto el modelo genera una red asistencialista y preventiva, se busca terminar con el síntoma mediante el uso de fármacos e intervenciones estandarizadas, se pierde de vista a la persona en su contexto subjetivo que está cursando por este fenómeno. Esto implica que quien evalúa pasa por alto aspectos contextuales del sufrimiento, atribuyendo las ideas suicidas a desequilibrios neuroquímicos radicados en la genética; afectando en que no se presta atención al verdadero foco del problema y se omite el tener que generar una relación terapéutica que brinde contención y apoyo, lo cual es, en la gran mayoría de los casos, más necesario para la prevención del suicidio (García-Haro y González, 2018). La visión médico-farmacológica conlleva una problemática al reducir la ideación suicida a un síntoma, pues se pierde de vista la complejidad del fenómeno de un modo sesgado por los intereses económicos y políticos en torno a “restaurar al paciente los niveles óptimos de adaptación social y utilidad” (Leader, 2011, pág. 10). Finalmente, se podría decir

que “el suicidio, desde esta óptica, biomédica, sería entonces una cosa que le pasa al sujeto y no un comportamiento que ejecuta en una circunstancia dramática con un sentido” (García-Haro et al., 2020a, pág. 41).

Por otro lado, el enfoque contextual-fenomenológico comprende que los trastornos mentales son manifestaciones clínicas de cómo la persona enfrenta los problemas vitales, el yo-mundo, y los síntomas son secundarios al sufrimiento biográfico (García-Haro y González, 2018). En otras palabras “el “trastorno” sería el emergente clínico del conjunto de situaciones que ahogan contextualmente al sujeto en su lucha por hacer su vida y salir adelante. Vale decir que el suicidio antes de ser un problema clínico sería un drama existencial” (García-Haro y González, 2018, pág. 389). En este sentido, se piensa la ideación suicida se comprende por la interacción entre la circunstancia vivida, el diagnóstico, el yo-proyecto y la ayuda que se recibe (García-Haro et al., 2020a), alejándola así de la concepción de un síntoma dentro de un trastorno. Se puede pensar que quienes son diagnosticados con algún trastorno mental y se suicidan comenten el acto por las problemáticas y dificultades de sus existencias individuales, pero no por el trastorno mental (García-Haro et al., 2020b).

De esta manera, cuando se aborda la ideación suicida se debe elaborar las circunstancias problemáticas de sufrimiento y estrés a la base, analizando las posibles soluciones que se tienen (González et al., 2019). Por lo tanto, no habría que orientar el trabajo netamente al control de los síntomas clínicos, sino que un abordaje integral de los contextos vitales problemáticos que sofocan la existencia, lo que no refiere solamente a aspectos individuales, también sociales, culturales y existenciales (García-Haro et al., 2020b). Lo anterior se resume en la siguiente frase de García-Haro et. al (2018) “el suicidio antes de ser un problema clínico sería un drama existencial” (pág. 389). El enfoque contextual-fenomenológico presta importancia a los/as profesionales que se enfrentan a la ideación suicida y en cómo se vinculan con las personas que cursan este fenómeno, no tienen que solo preocuparse de las escalas que miden el riesgo suicida, sino que también generar

una relación de confianza, entonces, establecer una relación terapéutica es importante para el proceso, como también contener emocionalmente, acogiendo la angustia (García-Haro et al., 2018). En este sentido, las psicologías humanistas-existenciales tienen bastante que aportar puesto que es uno de los pilares de la manera que se piensa y ejercita la práctica clínica (Gimeno-Bayón, 2017), lo que se profundizará más adelante.

Un enfoque para tener en consideración acerca de la ideación suicida es el de ideación-acción propuesto por Klonsky y May el cual propone explicaciones distintas para ideación y suicidio e intentos suicidas. La teoría 3ST (tres pasos) plantea que: la ideación suicida es la combinación de dolor y desesperanza; la vinculación es un factor protector clave para disminuir la ideación suicida en aquellas personas que sufren dolor y desesperanza; y que el paso de la ideación suicida a intentos suicidas ocurre cuando factores adquiridos, prácticos y disposicionales son lo suficientemente capaces para afrontar el dolor y miedo a acabar con la propia vida (Klonsky y May, 2013). En este sentido, esta teoría sugiere trabajar en torno a la reducción del riesgo suicida: reducir el dolor, aumentar la esperanza, mejorar la conexión, y reducir la capacidad letal (Klonsky y May, 2013).

### **Cambio terapéutico**

El cambio en psicoterapia se ha conceptualizado e investigado de diferentes maneras a través de los años (Goldfried et al., 1990). Una definición es “todo aquello que nos permite dar cuenta de que la persona llegó al proceso de terapia con unas características o síntomas particulares y finaliza de una manera diferente” (Rivera y Bernal, 2008, pág. 229). Se plantean dos líneas de investigación, por un lado, la que se centra en los resultados y se ha especificado en la práctica psicológica basada en evidencia (PPBE), y la investigación de procesos que responde a las preguntas cómo y por qué funciona lo que funciona (Froján, 2011). Este último destaca cinco aspectos de las terapias psicológicas, primero el análisis funcional de la conducta



humana, entendiéndola como una interacción constante; segundo, que se analiza lo verbal dentro de la dinámica terapéutica; tercero, se considera que la terapia es un contexto natural al igual que otros extra-terapéuticos en el que se generan problemas; cuarto, permite el análisis de la relación terapéutica como un proceso interactivo, la cual es sanadora por sí misma; y, finalmente, que los aspectos encubiertos o inconscientes tienen iguales características que los manifiestos/conscientes y pueden ser abordados de la misma manera (Forján, 2011).

Por el otro lado, el objetivo de la PPBE es primar la efectividad de la terapia psicológica y de mejorar la salud pública a través de mediciones empíricas, la evaluación psicológica, la formulación de casos, la relación terapéutica e intervenciones (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Considera que la medición permite evidenciar características, síntomas, y patrones conductuales y de pensamiento de las personas que pudiesen afectar la terapia o que merecen ser atendidos, además que permite identificar si la persona está respondiendo a la terapia según lo esperado (Rivera y Bernal, 2008). Sin embargo, esto deja fuera la percepción del/de la paciente en cuanto a su proceso de terapia, Timulak (2007) y Altimir et al. (2010) mencionan que es relevante dar voz a los/as pacientes acerca del cambio para así contrastar lo teórico del cambio y la experiencia del paciente.

Profundizando en la investigación de proceso, están los factores de cambios inespecíficos a las diferentes psicoterapias. El estudio comenzó por las dificultades que había para determinar empíricamente los cambios específicos, pero en un inicio se consideraron como el producto de los métodos investigativos no correctos hasta que se consideró como objeto de investigación (Strupp, 1995). En gran medida, se considera la alianza terapéutica, la estructura de la terapia, la función del terapeuta, la interacción entre las partes, y cómo se organizan y transmiten los contenidos como los factores comunes de cambio (Krause, 2005). De forma paralela, surgía la investigación del proceso psicoterapéutico que “se centra tanto en la interacción

terapéutica como en el proceso de cambio experimentado durante la relación de ayuda” (Krause et al., 2006, pág. 302); en sus inicios se enfocaba en las interacciones terapéuticas y de los aportes que entregaban terapeuta y paciente, ocupando modelos teóricos del proceso de cambio para luego contrastarlos, pero con el paso del tiempo las investigaciones se centraron en identificar momentos relevantes para el cambio (Elliott, 1984; Elliott & Shapiro, 1992; Marmar, 1990; Wiser y Goldfried, 1996).

Finalmente, el cambio genérico se entiende como “un cambio en los patrones subjetivos de interpretación y explicación que lleva al desarrollo de nuevas teorías subjetivas” (Krause et al., 2006), y en cuanto al proceso, son etapas de este en la construcción de nuevas maneras para interpretar y representar (Krause, 2005). Este enfoque parte desde la perspectiva subjetiva de los/as pacientes en torno al cambio psicoterapéutico por el que cursaron tomando en consideración a sí mismos/as, problemas y síntomas, y sobre cómo estos interactúan en el contexto, es decir, es esencialmente un cambio subjetivo (Krause et al., 2006). En esta línea, la presente investigación considera que la vivencia de la persona que tuvo un cambio terapéutico de la ideación suicida es la principal fuente de información para alcanzar, de cierta manera, el cambio genérico de este fenómeno, considerando aspectos transversales a las terapias humanistas-existenciales como la relación terapéutica, emociones y cuerpo.

## **Psicología Humanista-existencial**

El nacimiento del modelo humanista-existencial fue una respuesta alternativa a las corrientes presentes en la primera mitad del siglo XX, el psicoanálisis y conductismo, por ello también se le conoce como la tercera fuerza y consideraban que las otras corrientes descuidaban los atributos y potencialidades del ser humano, y no ayudaban a las personas a alcanzar su mayor potencial (Tobías y García-Valdecasas, 2009). En sus inicios fue reaccionario a la práctica de cómo la

psicología clínica utilizaba el método científico experimental para el ejercicio de la práctica clínica e investigación, visto como deshumanizante y despersonalizador por lo que presentan una nueva visión del ser humano que aspira a la autorrealización plena (Feixas y Miró, 2000). En este sentido, buscaron una nueva forma de comprender las causas de las conductas de las personas en contraposición a lo que se estaba haciendo en psicología desde el conductismo y psicoanálisis -estímulos, genética o experiencias tempranas-, poniendo el énfasis en la realidad subjetiva (Tobías y García-Valdecasas, 2009). Existe un debate de cómo clasificar los modelos humanísticos-existenciales, pero para el fin de la presente investigación se considerará lo planteado por Tobías y García-Valdecasas (2009) que no se debe hacer una división entre los modelos fenomenológicos y existenciales, y los humanistas, por lo que los principales modelos que construyeron el inicio de la tercera fuerza fueron: Psicología de la Gestalt, análisis transaccional, terapia existencial, logoterapia, psicoterapia centrada en la persona y psicoterapias experienciales.

El enfoque humanista-existencial se sustenta epistemológica en la fenomenología y filosóficamente en el existencialismo. Se fue construyendo como un enfoque comprensivo que pretende acercarse lo más posible a la experiencia humana, intentando descubrir la forma en que las personas viven y comprenden su existencia y mundo (Polo, 2006). De esta manera, la psicología humanista fue posicionando a la experiencia como centro y fuente de conocimiento haciéndose cargo de la subjetividad de este (Gimeno- Bayón, 2017). Se destacan aspectos fundamentales del ser humano como la autonomía personal y responsabilidad social, autorrealización, orientación hacia metas y búsqueda de sentido, lo único del ser humano frente a otras especies, y la concepción global que se tiene (Tobías y García-Valdecasas, 2009). Además, como se mencionó anteriormente, dentro de la psicología humanista-existencial convergen distintos modelos, posicionamientos teóricos, técnicas y autores, pero se pueden visualizar características comunes entre estos enfoques (Tobías y García-Valdecasas, 2009):

- La intencionalidad de la conducta humana, el ser humano busca un sentido vital y sus motivaciones axiológicas.
- El comportamiento se determina, principalmente, por la percepción que tiene de sí y del mundo, crean la realidad desde sus percepciones.
- Hay una preponderancia por la experiencia inmediata y las emociones por sobre la historia del paciente/cliente.
- Se logra la comprensión de la persona cuando se sitúan en su forma de percibir el mundo, de esta manera, se rechaza el concepto de enfermedad mental y las etiquetas diagnósticas, siendo el punto más controversial de este enfoque.
- Mayor importancia a las actitudes del/de la terapeuta que a las técnicas concretas, es la relación terapéutica el medio fundamental.
- El ser humano es más que las sumas de sus partes.
- La conducta humana se efectúa en un contexto interpersonal.
- Las personas son consideradas como independientes y pensantes, responsables de sus actos, capaces de tomar decisiones por sí mismos acerca de su conducta.
- Se posee una forma innata de potencial crecimiento o tendencia a desarrollarse.

### **Filosofía existencial**

La psicología humanista-existencial recibe gran influencia de la filosofía existencial desde su surgimiento, especialmente la forma en que es concebido el ser humano y los fenómenos que presenta, como la ideación suicida. La filosofía existencial tuvo su auge durante el siglo XX puesto que surgen pensadores que se centraron en la reflexión y redacción de estas temáticas, siendo los principales exponentes: Sartre, Camus, Nietzsche, Merleau-Ponty, Jaspers y, de cierta manera, Heidegger, comenzaron a preguntarse los por qué, cómo, para qué y dónde de la existencia humana (Cooper, 2003; Yalom, 1984). Es difícil mencionar un momento en el cual este movimiento filosófico haya

iniciado, pero se vincula con la publicación de Temor y temblor de Soren Kierkegaard en 1843; dentro de los principales ejes del existencialismo está el subjetivismo (historicismo), que es el regreso hacia la dimensión histórica de las personas; individualismo moral, representando la idea de responsabilidad y autonomía individual como el rechazo de la naturalización de los valores sociales; y finalmente la angustia como el medio del movimiento psicológico de las personas, teniendo como sustento la concepción de la muerte (Arendt, 1968). Con la angustia se busca que la filosofía vuelva al terreno de la experiencia, la sensación y lo real para así alejarse de las categorías etéreas que dominaban en esa época (Arendt, 1968). Luego, se desprenden otros conceptos fundamentales para el existencialismo como la libertad, la capacidad de decidir, sentido de vida, libertad, entre otros (Yalom, 1984). Busca que la filosofía se acerque a las temáticas que efectivamente le ocurren y preocupan al ser humano, alejándose de las abstracciones metafísicas del racionalismo e idealismo (Astrada, 1949).

Por la novedad y rupturismo de las concepciones de Kierkegaard no fue hasta el fin del siglo XIX que sus pensamientos son continuados de la mano de Friedrich Nietzsche, pero con oposiciones al pensamiento del filósofo danés. Cuarenta años después del primer ensayo de Kierkegaard, Nietzsche plantea que el Dios que sustentaba el argumento estaba muerto por lo que reivindica el individualismo, la subjetividad, la responsabilidad y la angustia desde una perspectiva propia del ser humano (Astrada, 1949). Una vez más este pensamiento se diluye entre los sistemas teóricos de la época y no es hasta 1927 que, de la mano de Martin Heidegger, vuelven a la palestra las ideas existencialistas en su obra Ser y tiempo, en donde también se reivindica la ontología. Esta última plantea ideas que son distintas a las que se analizan en los círculos existencialistas de la época, pero influencia en las siguientes generaciones de existencialistas (Astrada, 1949).

## **Fenomenología**

El inicio de la fenomenología es con Edmund Husserl que buscaba solucionar el problema que existía en la ciencia positiva de la época, que, si podía acceder y describir de manera fidedigna los objetos científicos, especialmente las experiencias subjetivas de las personas (Sassenfeld y Moncada, 2006). Estas últimas quedaban zanjadas con el método científico del momento, siendo neutralizadas y despojando su valor primordial, la subjetividad; entonces, Husserl quiso construir un método filosófico que incluyera y rescatara las perspectivas individuales que se encuentran presentes en la observación científica. De esta manera, buscó que la experiencia subjetiva fuera la primordial fuente de conocimiento en las investigaciones, puesto que mediante la percepción de las experiencias permiten percibir el mundo. Hay un intento de devolver la individualidad al escenario científico, el observador y sus particularidades se ven enfrascadas el ejercicio investigativo, tanto en sus inicios como finales, debido a que la percepción y vivencias son inherentes, inmediatas y son el primer acercamiento sobre el objeto estudiado- percibido. De la misma manera, busca superar la actitud natural que caracteriza al positivismo científico, de esta entiende que la separación sujeto y objeto es efectiva, aceptando que existe una realidad que es objetiva medible y es independiente de quien la observa (Sassenfeld y Moncada, 2006), esta actitud desconoce las implicaciones de la percepción del observador, perdiendo crítica e historicidad.

Por lo tanto, la conciencia solamente aprehende la realidad en base a los fenómenos que la constituyen. Estos, los fenómenos, son “la forma específica en que el objeto de estudio se presenta a sí mismo de modo inmediato a la conciencia del observador” (Sassenfeld y Moncada, 2006, pág. 95). Esto supone de una realidad accesible en la forma cómo se presentan los hechos en la conciencia, por lo que se desecha que una realidad que exista por sí misma, esta es realidad en tanto es percibida y representada, en el modo en el cual aparecen en la conciencia los hechos. En este sentido, no existe una verdad

última porque la realidad es subjetiva y percibida por el observador, pero no quiere decir la inexistencia del mundo porque este se presenta antes del ejercicio fenomenológico. Para superar la dualidad sujeto-objeto que imperaba en el método científico de la época, Husserl postuló que la realidad fenoménica es una co-construcción en donde participan activamente observador/a y observado/a, hay un encuentro entre las experiencias de ambas partes generando una realidad que es resultado de la interacción (Szilasi, 2003). La conciencia no solamente queda en lo expuesto, sino que se relaciona con el mundo de manera dirigida y unilateralmente, “es conciencia de algo” (Husserl, 1962, pág. 82), es decir, que tiene una intencionalidad.

Para superar la actitud natural, Husserl propone la actitud fenomenológica que es una nueva manera de posicionarse ante la realidad, reposa en la reflexión y crítica analítica (Tobías y García-Valdecasas, 2009). Es alcanzable mediante la aplicación del método fenomenológico, se fundamenta en la *epoché* que consiste en colocar entre paréntesis los prejuicios del objeto a estudiar, pero no se invisibiliza el mundo en que está inserto el objeto (Tobías y García-Valdecasas, 2009). Este concepto es uno de los constructos fundamentales de la fenomenología de Husserl puesto que permite a la conciencia percibir los fenómenos como se muestran a sí mismos. Entonces, el principal objetivo de Husserl era “describir las esencias mentales por las que los hombres se experimentan a sí mismos, al mundo y a otros hombres mediante la información exacta de lo que aparecía en la conciencia de un modo neutral tras la adopción de esa actitud reflexiva” (Tobías y García-Valdecasas, 2009, pág. 442).

El discípulo de Husserl, Martín Heidegger, plantea que la fenomenología de su maestro tenía dos problemáticas, primero, al intentar trascender la dualidad sujeto-objeto, genera una teoría que, sin querer, incentiva esto porque supone la existencia que el sujeto es el dentro (conciencia) y una realidad que está afuera (Lambert, 2006). Segundo, el distanciamiento cientificista y poco comprometido con la realidad, Heidegger propone que la fenomenología debe ser

comprensiva-interpretativa más que analítica, es un movimiento hermenéutico. De este modo, Heidegger intenta alejar su fenomenología de una visión esencialista y cognitiva porque abandona lo trascendental y metafísico de Husserl, para así posicionar su fenomenología en la vida misma, la cotidianidad y factualidad, se dirige hacia la pregunta por el ser.

Cuando se pregunta por el ser humano, lo nombra y define como Dasein. Esto es una mezcla de dos palabras -da (ser) y sein (ahí)-, entonces se traduce como ser-ahí al español y se refiere a: el ser humano es arrojado al mundo, es decir, que no tuvo la decisión de su llegada al mundo; al estar arrojado en el mundo, el ser humano siempre está implicado en algo, está en relación con o hacia algo; por último, está localizado en un contexto determinado, ese es el ahí, refleja una situación (León, 2009). De la misma manera, el ahí refiere al tiempo y que el ser humano está situado en el espacio debido al tiempo; este último entrega la horizontalidad que refiere a la posibilidad de proyectarse, de poder ser, de poder-ser-en-el-mundo (León, 2009). En este sentido, el Dasein es existencia hacia el mundo, situado en un espacio y tiempo, también tiene la posibilidad de volcarse sobre sí mismo, es el único ente que se pregunta por el ser (Sassenfeld, 2016). Al preguntarse esto, se reconoce la finitud de la existencia y la necesidad de hacerse cargo del tiempo limitante en el que está, en este sentido, la existencia no se puede detener o dejar de lado para retomar después (Sassenfeld, 2016), entonces, la existencia debe afrontarse o mantenerse en el tiempo. En esto último, las personas que cursan por ideación suicida buscan poner fin a la propia existencia, al peso de la existencia y hacer algo con ella puede ser difícil de procesar para la mente.

En este sentido, el ser humano, al estar consciente de su existencia y de la finitud de esta busca y anhela darle significado, Sentido para Heidegger, sin embargo, no es una búsqueda cognitiva o aprehender categóricamente los objetos del mundo porque no se busca llegar a la esencia de las cosas mismas (Sassenfeld, 2016). Por lo tanto, el Dasein se acerca al mundo mediante la



comprensión, se relaciona en primerísima instancia, el comprender sería una forma de buscar y crear significado en el mundo, y así, para sí mismo (Sassenfeld, 2016). Entonces, la comprensión confirma la visión subjetiva que se adopta en el existencialismo filosófico y psicológico, como también en la forma que se materializaron las psicoterapias humanistas-existenciales.

### **Psicoterapias Humanistas-existenciales**

Entonces, las terapias humanistas-existenciales se caracterizan por tratar la experiencia tal como se da, el uso de la fenomenología como método comprensivo, y la filosofía existencial como encuadre meta-teórico (Gimeno-Bayón, 2017). La psicoterapia humanista-existencial no eliminó el lenguaje científico, sino que amplió sus áreas introduciendo el cuerpo a la sesión, la valía de la intuición, la emoción como factor de cambio, incluyendo la dimensión axiológica para la comprensión del sujeto, la dimensión espiritual, y la realidad social al proceso de terapia (Gimeno-Bayón, 2017). Por lo tanto, trabajar desde este enfoque presenta eficacia porque prioriza el vínculo terapéutico por sobre modelos y técnicas, también por la autenticidad de lo que se da en el momento, la importancia que se le da a las emociones, así como la actitud activa del terapeuta durante la sesión y el eclecticismo técnico (Gimeno-Bayón, 2017).

Las psicoterapias humanistas-existenciales se preocupan de realizar una exploración fenomenológica de los fenómenos humanos, lo que se representa por la existencia y las experiencias conscientes (Sassenfeld y Moncada, 2006). En esta línea, el espacio terapéutico es un contexto específico en el que participan psicoterapeuta y paciente (cliente), se genera una interacción subjetiva de al menos dos procesos fenomenológicos distintos, por lo tanto, ambas partes se sumergen en un flujo inevitable de sus experiencias en la relación durante cada sesión (Sassenfeld y Moncada, 2006). Como se ha señalado anteriormente, este tipo de psicoterapias tienen un interés fundamental por las interacciones y dimensiones de la experiencia fenoménica presente entre el/la psicoterapeuta y paciente (cliente), como también por las diferencias que

ambas partes atribuyen a la interacción (Sassenfeld y Moncada, 2006), en otras palabras, lo que ocurre en el espacio terapéutico es importante para las terapias humanistas-existenciales, desde el ambiente y/o clima que hay hasta la relación que se construye (o destruye) en cada sesión del proceso terapéutico.

Otro aspecto que prestan atención las psicoterapias humanistas-existenciales es el presente, el aquí y ahora, en donde se vive la experiencia de las personas y el proceso terapéutico (Sassenfeld y Moncada, 2006). Esto ha sido caricaturizado porque se malentiende el propósito del presente, se piensa que se obvia pasado y futuro durante el proceso de terapia, sin embargo durante los procesos de terapias humanistas-existenciales se entiende que los recuerdos y la anticipación ocurren en el presente, son fenómenos que aparecen en el campo fenoménico actual, por lo tanto, se debe trabajar con el paciente (cliente) para que comprenda su historia y construya un proyecto de vida (Sassenfeld y Moncada, 2006), es decir, que durante la terapia se trabaja en el “aquí y ahora” teniendo en consideración de dónde viene la persona y hacia dónde quiere ir. En este sentido, la ideación suicida aparece en un momento específico de la historia de las personas, la cual no está siendo comprendida y no se quiere continuar con el proyecto vital, siendo importante analizar qué ocurrió en el aquí y ahora de ese momento respecto al pasado y al futuro.

Como se mencionó anteriormente, el nacimiento de la psicología humanista-existencial vino de la mano con ciertos tipos de terapias que encontraron fundamentos, posicionamientos y prácticas que coincidían entre si en algunos, por no decir varios, puntos. Dentro de las principales de ese entonces, y que más proliferan hoy en día, son: Enfoque Centrado en la Persona, psicoterapia Gestalt, psicoterapias experienciales y psicoterapias existenciales.

### *Enfoque Centrado en la Persona*

Carl Rogers (1902-1987) fue un destacado autor norteamericano que influyó de sobremanera en la psicología de su país y mundial. Durante su vida fue

profesor en distintas universidades, pero sus mayores aportes fueron desde la investigación en psicología clínica, fue pionero en la investigación científica en psicoterapia y una de las principales autores de la psicología humanista-existencial. A raíz de sus investigaciones -que lo llevaron a escribir libros- fue madurando en su pensamiento por lo que su teoría fue tomando más aspectos. En una primera etapa, su forma de hacer terapia se entendía como no directiva y su “hito de inicio” es una charla que realizó en la Universidad de Minnesota titulada “Nuevas orientaciones en psicoterapias” en donde planteó ideas novedosas, con un enfoque distinto a lo visto previamente (conductismo y psicoanálisis) lo que desencadenó en el libro “Counseling and Psychotherapy” (López, 2020). Lo central de esta etapa es que el terapeuta se preocupaba por ser no directivo durante el proceso de terapia, algo que era revolucionario para la época (López, 2020). La siguiente etapa fue reflectiva, marcada por la publicación del libro “Psicoterapia centrada en el cliente” en 1951. En este libro se aprecian los resultados de diferentes investigaciones llevadas a cabo por Rogers, como también las distintas aplicaciones del enfoque (López, 2020). Lo central presentado en esta etapa es la transición de la no directividad al de centrarse en el cliente, esto se hacía mediante actitudes del terapeuta que favorecen el cambio en psicoterapia conocidas como condiciones necesarias y suficientes para el cambio (Rogers, 1957). Luego, se encuentra la etapa del enfoque centrado en la persona, periodo en el cual Rogers centra el análisis y aplicación de la perspectiva en otras áreas del ser humano (López, 2020), se busca una profundización en lo relacional e intersubjetivo. Finalmente, está la etapa colectiva, en donde Rogers aplica la teoría “a los grandes grupos, a las relaciones humanas, conflictos internacionales, entre otras. Se plantea más claramente la antropología del enfoque y también su visión ética y política” (López, 2020, pág. 6).

Hay un concepto central y transversal a las diferentes etapas planteadas anteriormente, la tendencia actualizante. Este se refiere a que todo organismo

“tiene la tendencia innata a desarrollar todas sus potencialidades” (Rogers, 1959, pág. 24), es decir, que las personas tienen la potencialidad de desarrollo y preservación. Al ser innata significa que no necesita aprendizaje ni entrenamiento, está presente en las personas por el mero hecho de existir y es independiente al contexto y características personales (López, 2020). Esta tendencia va más allá de los valores sociales, y del bien y mal, sino con el cómo las personas se comprenden a sí mismas y resuelven sus problemas de manera eficiente para lograr el adecuado funcionamiento, entonces, es un proceso de desarrollo y adaptación (López, 2020).

Previamente se mencionaron las condiciones necesarias y suficientes, Rogers (1957) plantea que son 6 para que se genere el cambio en psicoterapia:

- Dos personas estén en contacto psicológico: esto indica que debe haber un grado mínimo de conciencia para percibir al otro, no tiene que ver con la voluntad, sino con tener la capacidad de conectarse con la otra persona en el espacio terapéutico (Rogers, 1957).
- El cliente se encuentra en un estado de incongruencia, vulnerabilidad o angustia: en este estado el cliente tiene una discrepancia entre la experiencia y la noción del yo (Rogers, 1959), pero esta condición también implica que se debe tener la motivación al cambio por parte del cliente (López, 2020).
- El terapeuta es congruente en la relación con el cliente: en este sentido, el terapeuta es consciente de su experiencia durante las sesiones, logra simbolizar la experiencia como ocurre, se está abierta a distintas experiencias, al cambio y creatividad (López, 2020).
- El terapeuta experimenta una consideración positiva e incondicional hacia el cliente: esto es que el terapeuta tiene un interés por el/la consultante, entiende que es una persona distinta, que tiene sus propios pensamientos y sentimientos, por lo que percibe las experiencias de manera particular (Rogers, 1957).

- El terapeuta experimenta una comprensión empática del marco de referencia del consultante y se esfuerza por comunicar tal experiencia: el terapeuta intenta sentir el mundo interno de quien consulta, pero sin perder “el como si” (Rogers, 1957).
- Que el cliente perciba, por lo menos un grado mínimo, las condiciones 4 y 5: para Rogers (1957; 1959) es fundamental que el/la cliente perciba que su terapeuta es empático y aceptante.

Entonces, el enfoque centrado en la persona es un enfoque que se aleja de centrado en el problema o centrado en el terapeuta, busca el crecimiento y adaptación de las personas, que encuentren el estado de congruencia, es decir, que la noción de yo sea coherente con la experiencia (Rogers, 1957). Además, al ser un enfoque plantea una idea antropológica y ética del ser humano, no es solamente un conjunto de técnicas a ser replicadas en las personas y menos un método establecido (López, 2020).

### *Terapia Gestalt*

La terapia Gestalt fue planteada por Friedrich Perls, considerado como uno de los principales representantes del enfoque humanista-existencial. Para la creación de la terapia Gestalt, Perls tuvo la influencia de diferentes elementos teóricos y prácticos de distintas teorías, se pueden apreciar elementos de la psicología de la Gestalt, ciertos elementos psicoanalíticos de Freud y Reich (Perls tuvo una amplia formación en psicoanálisis, ejerció desde este modelo y tuvo proceso de terapia también), la teoría de la indiferencia creativa, teoría de los organismos, teoría general de los sistemas, teatro, filosofías orientales, como también la fenomenología de Husserl y Heidegger, el existencialismo filosófico de Buber, entre otros (Velásquez, 2001).

En esta terapia se plantea que las personas tienen la capacidad para restablecer su equilibrio y bienestar por sí mismas, para así desarrollar una personalidad integrada que permite afrontar situaciones problemáticas

reestableciendo su homeostasis (Stange y Lecona, 2014). Se considera al ser humano desde una perspectiva holística, es decir, que en su totalidad es un sistema, pero a la vez es un subsistema que forma parte de otros sistemas mayores, siendo fragmentando solamente para su estudio (Stange y Lecona, 2014), es decir, el todo es más que la suma de sus partes, y se aprecia la influencia de la fenomenología en la manera de acercarse al objeto de estudio. Al tomar elementos de la psicología de la Gestalt, considera que el concepto de Gestalt de Köhler “como una unidad o un todo que sobresale en su ambiente o marco de referencia” (Simon et al., 1993, pág. 180); esta es una percepción que tienen las personas, involucrando experiencias pasadas, motivación, necesidades, interacciones con otros/as y el contexto circundante (Codina, 2005). En este sentido, al establecerse una Gestalt se percibe totalidad, son formas estructuradas que no permiten, a menos que se haga intencionalmente, percibir sus partes (Stange y Lecona, 2014).

Un punto importante de la terapia Gestalt, al igual que las otras terapias de la perspectiva humanista-existencial, es el trabajo en el presente, se trabaja en “el aquí y el ahora”, es decir, lo que la persona está viviendo al momento de llegar a terapia, lo que ocurre en ese momento de la vida (Naranjo, 1989). En la terapia gestáltica, el trabajo en el presente, en el aquí y el ahora, se considera los distintos niveles de funcionamiento de la persona, y se orienta, en primer lugar, a que la persona identifique sus sensaciones corporales (Stange y Lecona, 2014), es labor del/de la terapeuta fomentar en los/as pacientes la comprensión cada vez más profunda del aquí y ahora, con el fin de que se facilite el encontrar los elementos para ampliar la conciencia y así lograr el cambio (Stange y Lecona, 2014).

En la terapia gestáltica se fomenta el “darse cuenta”, el cual “es un proceso a través del cual la persona establece la relación entre su interior y su exterior” (Stange y Lecona, 2014, pág. 109). Este proceso permite que las personas se conozcan desde el interior, lo que ocurre en la relación con las demás personas,

además de tomar conciencia de sus vivencias y asumir la responsabilidad (Stevens, 1990). En este sentido, en la terapia Gestalt se prioriza el trabajo del “darse cuenta” porque es en este aspecto donde surgen conflictos, aceptación o no de lo que se percibe de sí y el contexto en el que está (Stange y Lecona, 2014).

Finalmente, el Ciclo de la Experiencia es un “un proceso fisiológico relacionado con la satisfacción de necesidades del organismo, es un ciclo que se repite incesantemente, está presente durante la vida de toda persona” (Stange y Lecona, 2014, pág. 111). Con esto se busca representar la forma en que las personas satisfacen sus necesidades para estar en contacto consigo mismas, puede tener matices y/o bloqueos, pero siempre se orienta a la autorregulación (homeostasis) (Latner, 2007). Para la satisfacción de las necesidades se identifican 6 etapas del ciclo Gestalt (Zinker, 2000) reposo, es un estado de equilibrio en el cual se ha resuelto la necesidad y completado la Gestalt; sensación, en esta etapa la persona percibe una sensación, pero no lo logra definir claramente; darse cuenta, se logra hacer consciente la necesidad, se define e identifica lo que la satisface; movilización de energía, se reúne la energía para realizar lo que satisface la necesidad; acción, se logra el contacto, es decir, necesidad satisfecha; contacto, se cierra el ciclo porque la persona logró la homeostasis, está dispuesta a comenzar otro.

### *Psicoterapia experiencial*

La terapia existencia es creada por Eugene Gendlin, nacido en Alemania, pero se exilió junto a su familia en Estados Unidos producto del nazismo (Alemany, 2007). Desde sus inicios sintió una atracción por la filosofía, lo que lo llevó a estudiarla en la Universidad de Chicago, siendo sus principales referentes Husserl y Heidegger (Wolfenson, 2015), autores transversales en las psicoterapias humanistas-existenciales; además, fue estudiante y trabajó durante largos años con Rogers, que influyó enormemente en su concepción de terapia y cómo plantear su filosofía existencial (Alemany, 2011; Wolfenson, 2015;

López, 2018). Durante sus estudios, Gendlin se cuestionó por qué algunas experiencias son significativas y otras no, luego de integrar distintos pensamientos filosóficos (Kierkegaard, Dilthey, Husserl, Heidegger, Buber, Sartre y Merleau-Ponty) desarrolló la teoría del Experiencing (Wolfenson, 2015). De esta manera, la psicoterapia experiencial se sostiene en que el experimentar directamente es sumamente enriquecedor por sí mismo, pero que por procesos individuales no puede ponerse en palabras, conceptos o imágenes (Wolfenson, 2015).

En vista de lo anterior, lo central para la psicoterapia experiencial es la creación de significados, los cuales se forman de la interacción entre experimentar y los símbolos, lo que quiere decir que no existen experiencias definidas que son nombradas (López, 2018), sino que a través de la simbolización de la experiencia aparece el significado, son procesos individuales. En otras palabras, lo que se conoce no se forma solamente por dimensiones operacionales y lógicas, sino que también por otra que es sentida, la dimensión experiencial (Wolfenson, 2015). Para lograr esto, Gendlin propone el concepto de experiencing que se define como:

“un proceso de interacción incesante entre los sentimientos personales y corporales y los símbolos propios o del medio ambiente interactuante. El experiencing es, por lo tanto, la interacción entre la Persona y su entorno, siendo un proceso corporal y pre-conceptual que se completa o se termina de significar sentidamente con símbolos (palabras o sucesos)” (Riveros, 2000, pág.13).

Este proceso se vive a nivel implícito, se manifiesta en el cuerpo mediante la sensación sentida y es simbolizado en el referente directo. Explicando lo anterior, es implícito porque no se logra significar, no aparecen en la conciencia de manera explícita, las sensaciones aparecen y son sentidas, pero no pueden expresarse como conceptos claros, pero necesita de los símbolos para lograr la conceptualización (Riveros, 2000). La sensación sentida “es una sensación



física, vaga, difusa, poco clara, que suele surgir en el centro del cuerpo” (López, 2018, pág. 247), es difícil de reconocer porque siempre es diferente, tiene una intensidad baja y es amplia. Finalmente, el referente directo surge cuando se va a simbolizar la experiencia, es lo que se puede hablar y/o referir (Lara, 2013), es el momento de centrarse en el proceso considerando todas las dimensiones, es decir, sensaciones, sentimientos y cogniciones (López, 2018).

Como se mencionó, el proceso del experiencing es implícito, en otras palabras, ocurre en todo momento sin que las personas se den cuenta de lo que está ocurriendo en la formación de significados, pero es una variable del cambio terapéutico para la terapia experiencial. Por lo tanto, Gendlin propone un micro-proceso por el cual se logra simbolizar el significado implícito del referente directo, lo denomina focusing (focalizar en español) (Riveros, 2000). El proceso se describe en cuatro etapas: el referente directo es sentido corporalmente, pero no conceptualizado, comienza el proceso de focalizar, la persona se siente consigo misma (Riveros, 2000); lo que era implícito comienza a ser explícito, sin lograr entablar símbolos verbales a lo que está ocurriendo. La develación ocurre mientras se está asimilando la sensación sentida, es un proceso emocional sorpresivo y profundo en el cual el/la terapeuta, mediante sus respuestas, ayuda en la aproximación simbólica del/de la paciente para encontrar las palabras exactas (Riveros, 2000). Se llega a la tercera fase del proceso cuando la persona puede explicar distintas facetas de su personalidad y conductas a raíz de este nuevo experiencing, es una integración emocional, una autocomprensión emocional que se siente corporalmente (Riveros, 2000); en otras palabras, la persona relaciona lo explicitado con las distintas situaciones de la vida, se entiende de manera más general la experiencia (López, 2018). Finalmente, el movimiento del referente “es la experiencia directa de que algo más que la lógica y la verbalización se ha producido internamente” (Riveros, 2000, pág. 28), hay un cambio en el significado sentido que afecta en el proceso de simbolización,

cuando el/la paciente cambia de tema se plantea que hay un movimiento del referente (Riveros, 2000).

En síntesis, el experiencing aporta una nueva visión del cambio terapéutico, centra el análisis en cómo se genera la simbolización para alcanzar el significado de lo sentido (Riveros, 2000), es retomar la corporalidad en el espacio de terapia sin ignorar las dimensiones operacionales ni cogniciones del ser humano, por lo tanto, es un entendimiento global de las personas.

### *Psicoterapia Existencial*

Para comenzar a comprender la psicoterapia existencial es importante mencionar que es un desafío encontrar una sola definición que abarque todo el espectro porque las principales características son intuitivas y no empíricas (Yalom, 1984). Este tipo de psicoterapia, en cualquiera de sus vertientes, no se centra en la lucha de tendencias instintivas reprimidas ni con los adultos significativos, sino cómo las personas se enfrentan a los supuestos básicos de la existencia (Yalom, 1984). En palabras de Yalom (1984, pág. 15) “la psicoterapia existencial es un enfoque dinámico que se concentra en las preocupaciones enraizadas en la existencia del individuo”, por dinámico se entienden fuerzas, el funcionamiento mental está donde coexisten distintas fuerzas, en este caso, las que el individuo tiene con sus supuestos existenciales básicos que hacen referencia a preocupaciones existenciales intrínsecas en las personas que forman parte del ser humano situado en el mundo, son la muerte, libertad, aislamiento y carencia de sentido (Yalom, 1984).

Las primeras referencias a la psicoterapia existencial remontan al psiquiatra suizo Ludwig Binswanger que funda, en 1930, el Daseinanalyse o Análisis Existencial, teniendo como principal objetivo llevar a un espacio terapéutico los postulados y planteamientos de Heidegger esbozados en Ser y Tiempo (Acosta, 2009). Con esta terapia el autor pretendía que los/as pacientes abrieran sus mundos expandiendo así la capacidad de ser en contextos vitales. Además,

Binswanger tomó aportes de Buber para su concepción de psicoterapia en cuanto al énfasis relacional e interpersonal que le otorga a la comunicación humana, pero este intento de aunar teorías no fue del agrado de Heidegger que terminó rechazando esto por considerarla subjetivista e individualista (van Deurzen, 2009).

Al mismo tiempo, pero con un contexto completamente diferente, surgía la Logoterapia desarrollada por Viktor Frankl, psiquiatra austríaco-judío que estuvo prisionero en un campo de concentración durante la segunda guerra mundial. Como lo dice su nombre, el enfoque se centra en el logos que en su traducción del griego es significado/sentido por lo tanto este es esencial para las personas, pues de esta manera pueden vivir una vida que merezca vivirla (van Deurzen, 2009). Lo medular en la logoterapia es encontrar por qué vivir, esto vendría a ser el sentido que permite a las personas comprometerse a este proyecto en busca de estabilidad y seguridad (Noblezas de la Flor, 2006). En vista que el proyecto personal de una persona se puede truncar por diferentes motivos -como Frankl cuando estuvo en el campo de concentración-, pero el ser humano tiene una segunda oportunidad, por llamarlo de alguna manera, de generar un cambio, para volver a direccionar su proyecto vital, esto se entiende por Voluntad de Sentido (Frankl, 1994). Así como existe un sentido construido para encontrar estabilidad, Frankl también abarca el problema de la pérdida de sentido o en sus palabras, el vacío existencial.

Con el paso de los años aparece un psicólogo que llegó a replantear la psicoterapia existencial y comenzó a desarrollar la escuela estadounidense de psicología existencial, estamos hablando de Rollo May (May, 1963; Cooper, 2003). Durante el surgimiento de la psicoterapia existencial, la importancia de May radica en que intencionó el diálogo entre el existencialismo filosófico de Europa y el enfoque psicológico que nacía en Estados Unidos, además que los pensamientos existencialista llegaron a tomar relevancia en el movimiento

contracultural estadounidense que se estaba formando a raíz de la guerra fría (May, 1963; Cooper, 2003).

Finalmente, Irvin Yalom aparece en la década de los 80 con formación en psicoanálisis y con prácticas del modelo médico por sus estudios en psiquiatría. El autor intentó desarrollar un análisis de los fenómenos existenciales que las personas enfrentan en su vida y, de cierta manera, aparecen en la práctica clínica: la muerte, la libertad, el aislamiento existencial, y la falta de sentido (Yalom, 1984), en adelante, preocupaciones existenciales. En esta teoría es la angustia el componente principal de la psicopatología, y al tener formación en psicoanálisis, plantea un esquema explicativo: primero aparece la preocupación existencial que da paso a la angustia para finalizar en un mecanismo de defensa que no permite el afrontar directamente la preocupación (Yalom, 1984). Por lo tanto, la labor psicoterapéutica es destrabar este proceso defensivo y que el/la paciente aborde la preocupación existencial para que se alcance de mejor manera el desarrollo y las experiencias personales (Yalom, 1984).

Entonces, la perspectiva existencial no se centra en la exploración del pasado, sino que es ir más allá del tiempo, es relacionar nuestra consciencia y el espacio circundante, no es pensar en el proceso que nos llevó a ser cómo somos, sino en cómo somos (Yalom, 1984).

Estas terapias mencionados no son todas las que se consideran dentro de las psicoterapias humanistas-existenciales, pero dan cuenta de la manera en que se comprende y trabaja con el ser humano, además de ser los precursores del nacimiento de la psicología humanista-existencial. Las principales características de las psicoterapias de este enfoque ya fueron mencionadas, pero a modo de síntesis se entiende que se fundamentan filosóficamente en el existencialismo europeo y usan la fenomenología como método para comprender al/a la paciente, sin usar, necesariamente, instrumentos estandarizados ni supuestos teóricos que invisibilicen el sentir de las personas (Yalom, 1984). Para la presente tesis se consideraron todos los enfoques que se

consideren como una psicoterapia humanista-existencial porque el fin último es lograr comprender cómo es el cambio terapéutico de la ideación suicida en el amplio espectro de la perspectiva porque comparten bases epistemológicas y filosóficas, como también maneras de ejercer la psicoterapia y fomentar el cambio.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Ante lo expuesto, la pregunta que guió el proceso investigativo es:

¿Cómo es la experiencia de cambio terapéutico en personas que hayan padecido ideación suicida en terapias humanistas-existenciales?

Esta pregunta permitió saber más acerca del fenómeno de la ideación suicida y cómo está afectando a la población de Chile, en conjunto de comprender de mejor manera cómo se presenta el cambio terapéutico de este malestar durante las terapias humanistas-existenciales.

## **OBJETIVOS**

Para responder lo anterior se consideraron los siguientes objetivos: Objetivo general:

- Comprender la experiencia del cambio terapéutico de la ideación suicida desde la perspectiva de los/as pacientes de terapias humanistas-existenciales.

Objetivos específicos:

- Identificar el(los) principal(es) factor(es) contextuales que lleva(n) a la ideación suicida en pacientes que cursaron/cursan terapias humanistas-existenciales.
- Describir la experiencia de la relación terapéutica de pacientes que padecieron ideación suicida en terapias humanistas-existenciales.
- Caracterizar la experiencia emocional del proceso de cambio terapéutico de la ideación suicida en pacientes de terapias humanistas-existenciales.
- Explorar la dimensión corporal del cambio terapéutico de la ideación suicida en pacientes de terapias humanistas-existenciales.
- Identificar elementos comunes y diferenciadores de la experiencia de cambio de la ideación suicida entre los pacientes de terapias humanistas-existenciales.

## **METODOLOGÍA**

### *Tipo de estudio*

En base de la pregunta y objetivos de la investigación, la fenomenología fue el paradigma que guió el proceso. Esta busca comprender la experiencia de las personas desde la propia conciencia y perspectiva que vivencia la experiencia (De Castro y García, 2014), es decir, que el significado va tomando forma por las experiencias individuales con el mundo. Este va desde la descripción de una experiencia vivida por una persona a la interpretación de la experiencia, buscando captar, entender y comprender la descripción de la experiencia tal como ha sido vivenciada en su conciencia (De Castro y García, 2014). En este sentido, se buscó cómo fue vivenciado el proceso de cambio terapéutico de la ideación suicida durante el proceso de terapia, tomando en cuenta el contexto en el cual se está inmerso.

Para llevar a cabo eso, se utilizó un enfoque cualitativo de investigación. Hernández et al. (2014) plantean que puede concebirse como prácticas interpretativas que permiten hacer visible al mundo/fenómeno, lo convierten en diferentes representaciones, es naturalista porque se estudia el fenómeno en contexto e interpretativo porque hay que encontrar sentido en función de significados personales. En este sentido, se centra en comprender a las personas en sus circunstancias, percepciones, significados e interpretaciones, en un determinado contexto en donde aparece el fenómeno a estudiar. Por lo tanto, la ideación suicida aparece como un fenómeno a hacer visible, pero dada la complejidad para acercarse a éste, estudiar el cambio terapéutico permitió representar el proceso por el cual transita la persona en torno a su malestar.

Es importante señalar que ejecutar una investigación cualitativa de este fenómeno fue un desafío por la complejidad de la temática, la gran mayoría de información recopilada es en base a cifras que provienen de métodos cuantitativos que no abarcan la experiencia misma de la persona que se encuentra en la ambivalencia entre la vida y la muerte. Por lo anterior, la investigación tiene un



carácter exploratorio teniendo como fin entregar lineamientos acerca del fenómeno del cambio de la ideación suicida. Además, las terapias humanistas-existenciales no han recopilado información acerca de cómo este tipo de tratamiento fomenta el cambio terapéutico en el continuum del suicidio. Los hallazgos encontrados en la presente investigación, siendo de dos participantes, entregan posibles lineamientos para ser considerados en el trabajo de la ideación suicida desde el enfoque humanista-existencial.

### *Diseño*

El diseño de investigación fue fenomenológico puesto que estos buscan describir el significado de la experiencia de varios individuos acerca de un fenómeno vivido (Cresswell, 2007). En este caso, la experiencia de cambio de la ideación suicida en las terapias humanistas-existenciales es el principal fenómeno. Es importante mencionar que esta perspectiva se centra en el estudio de las experiencias vividas, que la visión de éstas son conscientes y se desarrollan descripciones de la esencia de la experiencia más que brindar explicaciones de estas (Cresswell, 2007).

### *Participantes*

La población que fue considerada para la investigación son personas que hayan padecido de ideación suicida y hayan cursado o estén cursando un proceso de terapia humanista-existencial al momento de la entrevista. Sin embargo, esta población es amplia para lograr responder a la pregunta de investigación por lo que los criterios de inclusión de la muestra fueron: personas mayores de 18 años que presentaron ideación suicida en los últimos dos años, pero que no se presenta en los últimos 6 meses y que cursaron o están cursando un proceso de terapia humanista-existencial. Los criterios de exclusión fueron que la persona padeciera ideación suicida y/o que haya ejecutado un intento suicida en los últimos 6 meses;

tener más de 5 puntos en ideación suicida en la escala de Okasha (Anexo 1); que la ideación suicida se haya presentado durante la adolescencia; y que la ideación suicida haya sido consecuencia de sintomatología psicótica-productiva (delirios y/o alucinaciones). Para resguardar una selección equitativa de participantes se seleccionaron participantes de una variedad de manifestaciones de la ideación suicida, no solamente referidos a un diagnóstico psiquiátrico específico como Trastorno Depresivo o Trastorno Límite de Personalidad. El tipo de muestreo fue por expertos debido a que serán los/as terapeutas humanistas- existenciales quienes se comunicaron con pacientes (clientes) que cumplieran potencialmente los criterios de inclusión y exclusión, para luego entrar en contacto con ellos/as. Finalmente, para tener mayor certeza del estado del continuum de los/as participantes se aplicó la escala de suicidalidad de Okasha validada por Salvo, Melipillán y Castro para Chile en el 2009, resguardando la salud mental de los/as participantes.

Durante la recolección de información se encontraron barreras que dificultaron el acceso al total de participantes (profundizado en resultados) por lo que solo se realizaron dos entrevistas. A continuación se describirán a el y la participante para tener en consideración el contexto personal de cada uno/a:

- Primer entrevistado: Ingeniero en seguridad eléctrica y profesor de física de 24 años, al momento de la entrevista vive con abuelos y tía, soltero.
- Segunda entrevistada: Egresada de Administración Pública, trabaja de garzona, 23 años, al momento de la entrevista vive con mamá, papá, hermana y tío abuelo, soltera.

Las entrevistas fueron guiadas a través de una pauta dividida de acuerdo con los objetivos de la investigación (Anexo 2). El primer tema fue los factores contextuales de la ideación suicida, algunas preguntas fueron: *¿Recuerdas si hay alguna situación puntual que haya gatillado los pensamientos suicidas? ¿Cuál? ¿Cómo lo experimentaste/viviste?; ¿Qué tipo de pensamientos comenzaste a tener cuando inició la ideación suicida?; y ¿Cómo te sentiste con la decisión de iniciar un proceso terapéutico? ¿optaste por algún tipo de terapia en particular?* El segundo tema hacía

referencia a la experiencia de terapia de el y la participante, algunas preguntas fueron: *¿Sientes que hubo claridad de los objetivos de terapia para ti y tu terapeuta?; ¿Qué intervenciones fueron facilitadoras para el proceso que estabas cursando?; y ¿Cómo te sentiste contándole acerca de tus pensamientos?* El siguiente tema se enfocó en la experiencia emocional del proceso de cambio de la ideación suicida, por ejemplo: *¿De qué manera sientes que fue para ti la experiencia de ir cambiando los pensamientos suicidas? ¿cómo se fue dando este proceso en ti?; y ¿Cuáles emociones fueron surgiendo en este proceso? ¿hubo vivencias nuevas? ¿disminuyeron o desaparecieron algunas?* Por último, se exploró la dimensión corporal del cambio terapéutico de la ideación suicida, algunas preguntas fueron: *Antes de tener estos pensamientos ¿Cómo era la relación con tu cuerpo?; Cuando estabas con los pensamientos suicidas ¿cómo era la relación con tu cuerpo?; y ¿De qué manera la terapia te permitió ir cambiando tu relación con el cuerpo?*

### *Instrumentos*

La recolección de datos fue mediante el uso de entrevistas semiestructuradas, las cuales son entrevistas que presentan una mayor flexibilidad ya que pueden ajustarse a los entrevistados/as, lo cual es una ventaja debido a la posibilidad de motivar al/a la interlocutor/a, aclarar términos y reducir formalismos (Díaz et al., 2013). Este tipo de entrevista permitió conocer las experiencias vividas por los/as participantes en torno a una temática compleja de pesquisar por lo que tener una cierta estructura permitió evocar de mejor manera las temáticas correspondientes.

### *Procedimientos*

Inicialmente se contactó por método de redes de contacto o bola de nieve a terapeutas que invitaron a personas que estén actualmente en terapia o hayan tenido terapia, y que existiera un trabajo terapéutico exitosos en torno a la ideación

suicida. Se entregó una “Invitación preliminar a investigación” (Anexo 3) que los/as terapeutas extendieron a potenciales participantes de manera que consintieran en ser contactados por el investigador responsable de este estudio. A quienes consintieron ser contactados/as, se les incitó personalmente vía telefónica o email y, una vez aceptada la invitación, se acordó una fecha y lugar para realizar la entrevista presencialmente. Se solicitó un consentimiento informado (Anexo 4) previo a la escala de Okasha y a la realización de la entrevista.

### *Plan de análisis*

La técnica de análisis de información fue el Análisis Fenomenológico Interpretativo que busca comprender el cómo las personas otorgan significados a sus experiencias (Smith et al., 2009), teniendo inclinaciones hacia experiencias que tienen cierto significado especial, que no suelen ser frecuentes y tienen un valor experiencial único para quienes las viven (Duque y Aristizábal Díaz-Granados, 2019). Es importante destacar que para este método las experiencias pueden ser diversas, es decir, cortas o largas, positivas o negativas, lo que se destaca es que tengan un significado para las personas (Smith et al., 2009), por lo tanto, es poner en primer plano la experiencia del cambio terapéutico en personas que hayan pasado por ideación suicida desde sus palabras y no desde terceros.

Tras transcribir una entrevista, se realizó el primer paso del AFI que es de comentarios iniciales, consiste en leer de manera iterativa para familiarizarse con la información y se harán anotaciones en las líneas correspondientes teniendo como finalidad formar un resumen, parafraseo y asociaciones que vengan al investigador (Smith et al., 2009). El segundo paso es identificar temas emergentes, una vez terminado el paso anterior se regresa a esas anotaciones para crear temas emergentes como síntesis de esas notas, estas se expresan en un lenguaje técnico, intentando relacionar la expresión del/de la participante con alguna teoría correspondiente (Smith et al., 2009). El siguiente paso es el agrupamiento de temas

en el cual los temas emergentes en el paso anterior serán agrupados en base a principios o similitudes temáticas, teniendo un criterio semántico para el agrupamiento (Duque y Aristizábal Díaz-Granados, 2019). El cuarto y último paso consiste en elaborar tabla de temas en la cual se genera una tabla con los temas superordinados y los que agrupa, incluyendo el número de línea correspondiente de la transcripción para facilitar su análisis posterior (Duque y Aristizábal Díaz-Granados, 2019), una vez terminado este proceso con la primera entrevista se continuó con la siguiente y así hasta acabar el análisis.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como se mencionó previamente, el estudio de la ideación suicida es un tema bastante sensible debido a que representa una ambivalencia entre la vida y la muerte, por lo que se tuvo consideraciones especiales para el acercamiento al fenómeno. Por lo mismo, se priorizó realizar entrevistas presenciales por sobre las telemáticas para poder conectar y comprender de mejor manera con lo que la persona procesó emocionalmente.

Para resguardar la dimensión ética, se contó con un consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética para la Investigación de la institución (Anexo 4) que fue leído en conjunto al/a la participante de la investigación con el fin de esclarecer cualquier duda que pudo surgir, además de que el/la participante se quedó con una copia y el investigador a cargo con otra. Luego de la firma del documento, se procedió a realizar la escala de suicidalidad de Okasha con el fin de resguardar la salud mental de los/as participantes. En el caso que la persona superase el puntaje corte, se retroalimentó de esta información y por qué no era conveniente continuar con la entrevista, iniciando así el “Protocolo puntaje corte en suicidalidad” (Anexo 5) realizado para la investigación.

Se priorizó la salud mental de las personas por sobre la investigación, es decir, si la persona que fue entrevistada no quería seguir participando o no se sentía bien para continuar, se interrumpiría inmediatamente la entrevista, centrándose en estabilizar y acompañar el proceso por el que estuviese pasando. En el caso de que la persona necesitase una atención, y no esté en un proceso de terapia, se realizaría un acompañamiento en la asistencia a la red pública de salud correspondiente a su lugar de residencia, se le guiaría durante todo el proceso hasta que recibiera la atención psicológica; a la vez que, si el malestar y/o sintomatología fuesen elevados, se le sugeriría recibir una atención psiquiátrica de urgencia, la cual también sería guiada por el Investigador Responsable. Ninguna de estas consideraciones se tuvo que llevar a cabo porque el y la participante no presentaron dificultades durante las entrevistas, fueron activamente participativos.

La confidencialidad fue un punto importante para tener en cuenta en este proceso investigativo, las entrevistas fueron grabadas en formato audio y solamente se tuvo una copia a cargo del investigador responsable; una vez traspasadas al computador fueron eliminadas del dispositivo previo para que no se generasen complicaciones posteriores; cuando fueron transcritas las entrevistas, los audios fueron eliminados del computador del IR para que no ser usados con otros fines ajenos a la presente investigación. Estas entrevistas fueron transcritas por el investigador responsable y se hizo un proceso de camuflaje, es decir, se modificaron los datos (nombres propios, instituciones, apodos, fechas específicas, lugares, entre otros) que pudiesen revelar la identidad del/de la participante, se generaron nombres ficticios cuando fue necesario. Además, se asignó un código numérico a las transcripciones de los/as participantes para ser presentados en el apartado de resultados y conclusiones. Las transcripciones serán guardadas por cuatro años por el investigador responsable, luego de este tiempo se eliminarán del computador.

Es importante volver a recalcar que uno de los criterios de inclusión para los participantes fue que la ideación suicida no debe estar presente por un tiempo de 6 meses por lo que no se generaron dificultades durante la entrevista. De la misma manera, un criterio de exclusión fue que el/la participante no hayan presentado un intento suicida en los últimos 6 meses. Además, el contacto con los/as posibles participantes fue una vez los/as terapeutas dieron el visto bueno de que las personas accedían a participar en la investigación; esto tuvo por finalidad que el/la participante cumple con los criterios de inclusión y exclusión dado que es el/la terapeuta quien los analiza.

## **DECLARACIÓN REFLEXIVA**

El Investigador Responsable se desempeña como psicólogo clínico con cuatro años de experiencia profesional y cursa un Magíster en Psicología Clínica Adultos, mención Humanista-existencial, ha trabajado con pacientes que llegan a consultar con ideación suicida como también con personas que llegan a la atención post intento suicida. Debido a esto surge el interés por el fenómeno del suicidio, realizó un curso de riesgo suicida enfocado en su evaluación y manejo, para así investigar acerca del fenómeno, de intentar comprender lo que ocurre en estas personas más allá de la experiencia clínica y el trabajo psicoterapéutico que realiza/realizó con ellos/as.

A raíz de la experiencia laboral en la atención de la ideación suicida en pacientes de consulta particular, se esperaba que en las entrevistas surgieran las principales dificultades que llevaron a las personas a comenzar con el fenómeno. Dentro de estas, se esperó encontrar problemáticas familiares como: soledad, discusiones, violencia intrafamiliar, abusos, negligencias, entre otros. En el área social, las personas que cursan por ideación suicida suelen percibirse sin amistades o que son una molestia por lo que se terminan alejando de sus redes de apoyo y, así, profundizando la sensación de soledad y/o vacío conducente a la ideación suicida. Estas temáticas lleva a tener dificultades en el área académica o laboral según corresponda, el desempeño se ve mermado por la incapacidad de afrontar los desafíos propios de este ámbito.

De igual manera, se esperó encontrar la existencia de un evento gatillante que inició la ideación suicida de manera más activa, es decir, que antes de esto existía un pensamiento de muerte constante y desarrollado a lo largo de los años. Este pensamiento toma el aspecto característico de la ideación suicida que es la búsqueda activa de la propia muerte, pero teniendo en consideración que las personas están ambivalentes, desean morir si sigue igual, pero desea vivir si se generan los cambios necesarios en su vida.



En vista de la formación académica del Investigador Responsable, orientada a la praxis humanista-existencial, las entrevistas se dirigieron hacia aspectos de la corriente como emociones, cuerpo y relación terapéutica, con el fin de encontrar hallazgos que han aparecido en su experiencia clínica.

## RESULTADOS

En este apartado se abordan los principales resultados del proceso de entrevistas realizadas. Sin embargo, es menester mencionar que no se alcanzó a reunir la cantidad de participantes señalados en el apartado de metodologías por lo que los hallazgos son analizados en torno a dos entrevistas. Durante el proceso de recolección de datos se contactó con diferentes terapeutas que trabajan desde el enfoque-humanista existencial y también mediante un comunicado escrito por el Investigador Responsable compartido por diferentes medios (Linkedin, grupos de psicólogos/as en redes sociales, terapeutas que participan en otras instancias con otros/as psicólogos/as, entre otros). Se ha mencionado que pesquisar información de la ideación suicida es complejo por lo complicado del tema y esta vez no fue la excepción, se encontraron barreras que fueron más allá de los criterios de inclusión y exclusión presentados en la investigación. Las barreras para este estudio se entienden como limitantes de diferente índole que se presentaron para acceder a posibles participantes.

Hubo barreras por parte de terapeutas y de participantes. En cuanto a las primeras, se refiere a psicólogos/as que comentaron haber tenido procesos de terapia en los que se trabajó la ideación suicida, pero no pudieron colaborar con participantes, por lo tanto, se les consultó “¿Cuáles son las principales dificultades personales que tienes para contactar a expacientes que cursaron por ideación suicida?”. Un/a terapeuta comentó que le generaba nervios contactarse con pacientes que cursaron la ideación suicida porque esperaba que existiera el cambio del fenómeno, es decir, que no había certeza que el proceso de terapia hubiera ayudado al cambio de la ideación suicida; además, le preocupaba no saber el estado actual de la persona en torno a la temática y de su salud mental en general; le conflictuaba no saber cómo el/la paciente podría percibir su participación en la investigación. Otro/a terapeuta comentó que había tenido un “bonito proceso de terapia con cambio de la ideación suicida” -en sus palabras- con un/a paciente y estaba dispuesto/a a comunicarse con este/a, pero con el paso del tiempo no hubo

contacto de vuelta con el Investigador Responsable, se le vuelve a preguntar y ocurre lo mismo, por lo tanto, la principal dificultad que comenta es el tiempo, que estaba en proceso de cambio de trabajo y entablar comunicación con expaciente iba a requerir un tiempo que no disponía.

En cuanto a la barrera por participantes, un/a terapeuta se comunicó con el Investigador Responsable comentando que tenía un/a expaciente que cumplía los criterios de inclusión y exclusión, se le envía la “Invitación preliminar a investigación” para que la firmara el/la posible participante, pero no obtuvo respuestas. Cuando se le vuelve a consultar menciona que esta persona estaba en un proceso de cambio de país por lo que no estaba con el tiempo para realizar una entrevista.

A pesar de estas dificultades, se logró realizar dos entrevistas que entregaron hallazgos a tener en consideración para el trabajo de la ideación suicida. En base a la metodología utilizada, se realizó una lectura exhaustiva de las entrevistas, en la primera aparecieron 225 códigos en base a la experiencia del cambio de la ideación suicida que fueron agrupadas en 160 temas emergentes, que dieron cuenta de 12 categorías superordinadas. Mientras que en la segunda entrevista hay 156 códigos, agrupadas en 105 temas emergentes, y clasificadas en las mismas 12 categorías superordinadas resultantes de la primera entrevista. Las categorías superordinadas propuestas son *Surgimiento y desarrollo de pensamientos de muerte*, *Aparición de autolesiones*, *Factores predisponentes de la ideación suicida*, *Consecuencias de la ideación suicida*, *Proceso de cambio de la ideación suicida*, *Redes de apoyo durante el transcurso de la ideación suicida*, *Trabajo, espacio y relación terapéutica*, *Dificultades en el proceso psicoterapéutico*, *Trabajo y aspectos psiquiátricos*, *Dificultades, carencias y usencias vinculares*, *Autopercepción y relación consigo mismo*, y *Desarrollo de la ideación suicida*. En la figura 1 se aprecian las categorías superordinadas mencionadas anteriormente con la cantidad de temas emergentes por cada una de las entrevistas.

CATEGORÍAS SUPERORDINADAS	PARTICIPANTE 1	PARTICIPANTE 2
	TEMAS EMERGENTES	
Surgimiento y desarrollo de pensamientos de muerte	6	11
Aparición de autolesiones	3	1
Factores predisponentes de la ideación suicida	14	6
Consecuencias de la ideación suicida	10	7
Proceso de cambio de la ideación suicida	20	14
Redes de apoyo durante el transcurso de la ideación suicida	8	1
Trabajo, espacio y relación terapéutica	30	26
Dificultades en el proceso psicoterapéutico	6	4
Trabajo y aspectos psiquiátricos	6	5
Dificultades, carencias y ausencias vinculares	26	12
Autopercepción y relación consigo mismo	22	8
Desarrollo de la ideación suicida	9	10

Figura 1. Categorías superordinadas

Para lograr una mejor comprensión de las categorías superordinadas y comprender el proceso de cambio de la ideación suicida en terapias humanistas-existenciales, se articuló un flujograma (Figura 2) de cómo fue la experiencia del cambio.

El principal motivo de organizar las categorías superordinadas en un flujograma es presentar, de manera panorámica y sintética, el proceso de cambio de la ideación suicida en las terapias humanistas-existenciales desde la experiencia de pacientes que cursaron por el fenómeno. En la Figura 2 se muestra la evolución del fenómeno del suicidio, entendido como *continuum* en la literatura, dando cuenta que previo a la aparición de la ideación suicida las personas cursan por pensamientos de muerte en algún momento del ciclo vital, principalmente durante la adolescencia. La categoría superordinada *Dificultades, carencias y ausencias vinculares* conlleva repercusiones en la *Autopercepción y relación con si-mismo*, inicia la *Aparición de autolesiones* y el *Surgimiento y desarrollo de pensamientos de muerte*. Estas tres categorías superordinadas son *Factores predisponentes de la ideación suicida* que si continúan acentuándose generan un *Desarrollo de la ideación suicida* que conlleva *Consecuencias de la ideación suicida*. Durante el

*Desarrollo de la ideación suicida* hay factores que intervienen de manera positiva en el *Cambio de la ideación suicida*, estos son *Trabajo y aspectos psiquiátricos*, *Redes de apoyo durante el transcurso de la ideación suicida*, y *Trabajo, espacio y relación terapéutica*; esta última categoría superordinada tuvo manifestaciones en torno a *Dificultades en el proceso terapéutico*.

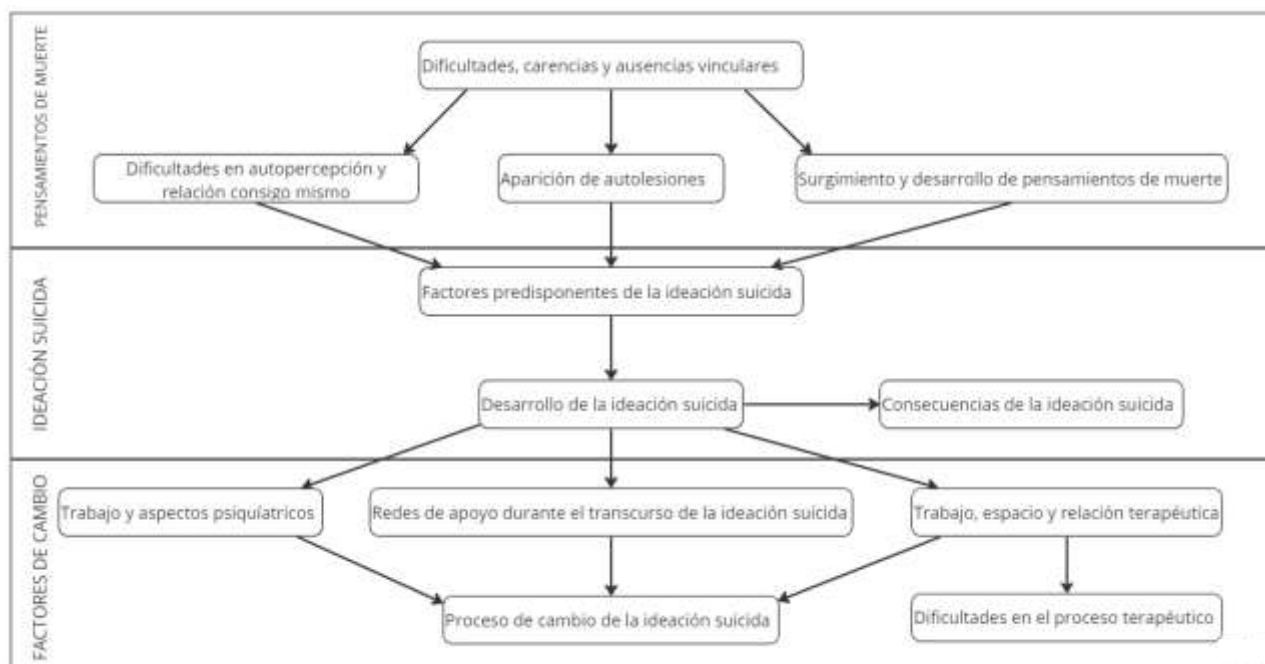


Figura 2. Flujograma del proceso de cambio de la ideación suicida en terapias humanistas-existenciales. Fuente: elaboración propia.

Un hallazgo interesante para tener en consideración es que las categorías superordinadas superiores (de orden, no importancia) comienzan a gestarse durante la infancia y adolescencia de las personas, son experiencias tempranas adversas que inciden en el surgimiento de la ideación suicida, es decir, se podría hablar de una evolución del fenómeno o una historia del fenómeno.

Además, dado que no se completaron las entrevistas contempladas, se hizo un análisis de frecuencias de códigos en las distintas categorías con el fin de enriquecer los resultados y tener una visión más general de lo que apareció en estas (Tabla 1). Cabe destacar que no se encontraron frecuencias en todas las categorías.

CATEGORÍAS SUPERORDINADAS	PARTICIPANTE 1	PARTICIPANTE 2	FRECUENCIA
<i>Dificultades, carencias y ausencias vinculares</i>	4	0	4
Violencia intrafamiliar:	6	0	6
Sexo-afectivo:	0	3	3
Padres:			
<i>Dificultades en autopercepción y relación consigo mismo</i>			
Cuerpo:	8	3	11
Adolescencia:	0	6	6
Infancia:	2	0	2
<i>Surgimiento y desarrollo de pensamientos de muerte</i>			
Soledad:	3	0	3
Relación sexo-afectiva:	2	1	2
<i>Factores predisponentes de la ideación suicida</i>			
Soledad:	4	0	4
Vacío:	2	1	3
Redes de apoyo:	2	0	2
Relación sexo-afectiva:	1	1	2
<i>Desarrollo de la ideación suicida</i>			
Intensidad:	1	3	4
Intencionalidad:	3	0	3
<i>Consecuencias de la ideación suicida</i>			
Cuerpo:	2	5	7
<i>Trabajo y aspectos psiquiátricos</i>			
Depresión no diagnosticada:	3	1	4
<i>Redes de apoyo durante el transcurso de la ideación suicida</i>			
Sexo-afectiva:	4	0	4
<i>Trabajo, espacio y relación terapéutica</i>			
Ideación suicida:	3	3	6
Traumas:	3	0	3
Relación terapéutica:	3	3	6
Tristeza:	3	0	3
<i>Dificultades en el proceso terapéutico</i>			
Experiencias previas:	1	2	3
<i>Proceso de cambio de la ideación suicida</i>			
Bienestar:	3	1	4

Tabla 1. Frecuencia de Categorías superordinadas.

En la categoría superordinada *Dificultades, carencias y ausencias vinculares* el concepto que más aparece es “sexo-afectivo” haciendo referencia a complejidades en el ámbito de relaciones de pareja, esto surgió en el primer participante; de la misma manera, en la primera entrevista se menciona la “violencia intrafamiliar” como una dificultad vincular. En cambio, con la segunda participante son los “padres” quienes presentaron mayores dificultades para el desarrollo de la persona que culminó en la ideación suicida (Ver Tabla 1).

En la categoría *Dificultades en autopercepción y relación consigo mismo* en ambas entrevistas aparece el “cuerpo” como un agente extraño, que no se cuida, que se intenta atentar contra él. El primer entrevistado presenta más dificultades en la “infancia” debido a lo complejo que fue para él su contexto familiar, mientras que en la segunda entrevista es la “adolescencia” donde se generaron las problemáticas que culminaron en la ideación suicida (ver Tabla 1).

En la categoría *Surgimiento y desarrollo de pensamientos de muerte* en ambas entrevistas aparecen “relación sexo-afectiva” como un ámbito importante en la aparición de este tipo de pensamientos, es una dinámica compleja de procesar para las personas cuando hay dificultades. En la primera entrevista es la “soledad” un factor que incide en los pensamientos de muerte, no saber cómo afrontarla y verse sin nadie cerca (ver Tabla 1).

En *Factores predisponentes de la ideación suicida* vuelve a aparecer la “soledad” como una experiencia que no es tolerable para el primer entrevistado, es un precursor de otras sensaciones como el “vacío” que aparece en ambas entrevistas. Las “relaciones sexo-afectiva” vuelven a ser un eje importante, en este caso como predisponente a la ideación suicida, los quiebres, malos tratos o relaciones disfuncionales generan dificultades en las personas. Finalmente, las “redes de apoyo” fueron complejas para el primer entrevistado puesto que no sabía cómo expresarles lo que le ocurría, no podía hablar acerca de su ideación suicida porque no lo entendían (ver Tabla 1).

En cuanto al Desarrollo de la ideación suicida el primer entrevistado vive con mayor “intencionalidad” la ideación suicida que la segunda entrevistada que es con mayor “intensidad”. Es decir, en la primera entrevista aparece con mayor posibilidad el intento suicida que en la segunda, lo que se corresponde con los datos a nivel nacional, regional y mundial, la mujer comete más intentos suicidas, pero el hombre tiene más suicidios consumados (ver Tabla 1).

En la categoría superordinada *Consecuencias de la ideación suicida* lo que más resalta es el “cuerpo” puesto que luego de haber pasado por este tipo de pensamientos comenzó una relación distinta con el cuerpo, se entiende y se intenta cuidar de mejor manera. En la segunda entrevista se retoman prácticas de cuidado e higiene que se habían perdido por el desarrollo de la ideación suicida (ver Tabla 1).

En la categoría *Trabajo y aspectos psiquiátricos* en ambas entrevistas surge una “depresión no diagnosticada” en algún periodo de la vida, usualmente en la adolescencia cuando los pensamientos de muerte o ideación suicida comenzaron a formarse. Esto da cuenta de la importancia de la prevención y promoción de la salud, no solamente en la atención (ver Tabla 1).

La categoría superordinada *Redes de apoyo durante el transcurso de la ideación suicida* presenta a la relación “sexo-afectiva” como una red de apoyo, si bien anteriormente fue génesis de dificultades e inciden en el inicio de la ideación suicida. En esta categoría se destaca el acompañamiento de la pareja en momentos complejos, la compañía de ambas partes frente a las problemáticas y el pasar por procesos similares y salir adelante juntos se destaca (ver Tabla 1).

En la categoría *Trabajo, espacio y relación terapéutica* el concepto que más aparece es de “ideación suicida” debido a que en el proceso de terapia el y la entrevistado/a encontraron un lugar donde expresar sus pensamientos y sentimientos acerca del suicidio, espacio que no habían encontrado previamente. De la misma manera, la “relación terapéutica” es un aspecto importante durante el proceso de terapia, es considerada como un factor de cambio terapéutico de la ideación suicida. Finalmente, en la primera entrevista aparece la “tristeza” y “traumas” como aspectos trabajados durante el proceso terapéutico, los traumas fueron abordados para comprender la trayectoria que lo llevaron a la ideación suicida y la tristeza entendida como la emoción principal durante la existencia (ver Tabla 1).



En *Dificultades en el proceso terapéutico* el concepto que más destaca es “experiencias previas” haciendo referencia a procesos terapéuticos anteriores de el y la participante. Estos procesos no fueron fructíferos por diferentes motivos y dificultaron el acceso a un nuevo espacio de terapia, pero se destaca que la presencialidad ayudó en la adherencia al tratamiento (ver Tabla 1).

Finalmente, en la categoría *Proceso de cambio de la ideación suicida* el concepto de “bienestar” aparece en ambas entrevistas, se entiende como un estado alcanzado o en vías de alcanzar por ambos participantes, es difícil de procesar y comprender porque no se habían sentido así previamente, pero reconocen que es una nueva sensación (ver Tabla 1).

A continuación se describen las categorías superordinadas mencionadas, acompañadas por extractos representativos de las entrevistas.

### *Dificultades, carencias y ausencias vinculares*

Los/as participantes mencionan que durante la infancia y adolescencia se presentaron eventos que impactaron emocionalmente la experiencia del momento y trajeron repercusiones a distintos niveles. Uno de los principales elementos fue entorno a la situación familiar durante la primera infancia (0 a 5 años), por ejemplo, en ambas entrevistas aparece una precariedad en las relaciones familiares, en la primera entrevista se menciona:

*“Con mi abuela siempre ha sido una relación un poco esquiva (sic), un poco alejada. ¿Por qué? Porque vivo con ella debido a que mi mamá se murió mi madre y después mi papá se fue, así que para ella siempre ha sido como, como una especie de molde que llenará el vacío que dejó mi mamá” (E1, P3, L10).*

Mientras que en la segunda entrevista:

*“Mis papás estaban siempre trabajando y las personas que me criaron fueron mis abuelas, ellas dos principalmente. Era una relación buena quizás cuando era chica, tengo buenos recuerdos, pero ambas sufrían de, yo estoy segura que tenían algún diagnóstico no hecho de alcoholismo que yo presencié de muy chica” (E2, P2, L21).*

Se da cuenta que las dinámicas familiares son importantes para las personas que durante la adultez sufren de ideación suicida, pero es importante señalar que a pesar de la existencia de la precariedad en las relaciones familiares solamente en la primera entrevista aparece la soledad, experiencia que aparece durante la adolescencia:

*“Así que estaba todo eso como el hecho de estar solo en el mundo y todo el mundo era hostil” (E1, P9, L9).*

Siguiendo la historia de vida que se aprecia en las entrevistas, durante la adolescencia aparecen los/as pares como eje dentro de la categoría superordinada, en la primera entrevista aparece una relación sexo-afectiva que desencadenó dificultades personales:

*“que a los 14 años sentía que no había nada bueno para mí en el mundo, y claro, se basa con toda esta relación disfuncional que yo tenía con la mujer que estaba enamorado en ese tiempo que prácticamente reforzaba todo lo que pensaba” (E1, P12, L14).*

Sin embargo, en la segunda entrevista son las amistades quienes generaron mayor grado complejidad y deterioro a nivel personal:

*“yo era parte de un grupo de amigos como de 7 personas y como que nos echaron del grupo de amigos a una amiga y a mí, eso igual me afectó harto e igual estuve triste” (E2, P4, L23).*

Si bien son componentes distintos, ambas experiencias ocurren durante la adolescencia, son experiencias tempranas adversas que vienen a sumar malestar a las personas y, en estos casos, conllevan a una ideación suicida más adelante.

### *Dificultades en autopercepción y relación consigo mismo*

Al igual que la categoría anterior, es durante la infancia donde comienzan a gestionarse problemas en la autopercepción y relación consigo mismo a raíz de las dificultades vinculares existentes, que luego en la adolescencia se expresan con las amistades. En las entrevistas se aparecen dinámicas en torno a la identidad, expresión de emociones y el cuerpo; en torno al proceso identitario, en la primera entrevista aparece la rareza en comparación a los/as niños/as de su edad, además de no sentirse completo:

*“yo no tenía nada y era como ‘hay algo raro en mí, hay algo que no es normal’, como que ahí partió ese pensamiento de me falta algo” (E1, P10, L20).*

Mientras que en la segunda entrevista, aparecen las dificultades durante el periodo de la adolescencia, fue percibida como una época oscura en la cual existía una necesidad de no estar presente y minimizar la propia experiencia emocional:

*“Fue cuando era adolescente, yo sentía que era bastante depresiva cuando era adolescente y recuerdo que fue por algo súper estúpido (risas)” (E2, P2, L3);*

*“ponte tú a los 10-11 años cuando pude salir sola de mi casa yo ya no estaba en mi casa, me pasaba puro haciendo actividades extracurriculares” (E2, P2, L28);*

*“entonces yo creo que igual me ayudó a superar esta etapa de cerrar mi círculo porque claro tuve esta etapa oscura a los 13-14-15” (E2, P4, L10).*

Referido a la expresión de emociones, existía una dificultad de comunicar lo que ocurría a nivel interno, se percibían las sensaciones y/o emociones, pero se complicaba la expresión o comunicación de estas; o existía una resignación ante la emoción existente, que predominaba una por sobre las otras en la vida:

*“yo creo que esa angustia que uno tiene de contar las cosas que uno le afecta porque cuando no tienes la posibilidad de contárselo a alguien como que te vas ahogando con esas cosas” (E1, P17, L10);*

*“estaba tan convencido que me iba a matar que era como inútil para mí, pero después aprendí de cierta forma a vivir con la pena” (E2, P15, L1).*

A pesar de las diferencias que se perciben en torno al momento de la vida que presentó mayor dificultades en la autopercepción y relación consigo mismo, el cuerpo aparece de manera transversal en las entrevistas, no es la primera preocupación, no es consciente el malestar en cómo se expresa en el cuerpo ni un cuidado de este:

*“mi cuerpo reflejaba perfectamente lo que pasaba en mi cabeza, descuidado, como no me importaba lo que pasaba a mi cuerpo” (E1, P33, L30);*

*“Yo creo que por la adolescencia, puede ser por esa época de estar insegura con mi cuerpo, que no me gustaba mi cuerpo” (E2, P19, L6).*

### *Aparición de autolesiones*

Las autolesiones suelen ser un signo para tener en consideración cuando existe la ideación suicida en algún/a consultante, pero no debe ser lo único a tomar en consideración porque si bien aparece en las entrevistas no es causal de la ideación suicida ni del suicidio. Las autolesiones más comunes son los cortes en las muñecas y muslos que aparecieron en la primera entrevista, menciona que ante las problemáticas la primera respuesta era violentarse a sí mismo:

*“pero cuando tenía problemas con mi abuela, me violentaba, mi primera respuesta a eso era violentarme a mí mismo” (E1, P11, L1).*

Se aprecia que frente a las dificultades que presenta el mundo la respuesta no es hacia fuera sino que hacia la propia persona, se lastima el cuerpo ante la intolerancia de los afectos y situaciones. Lo anterior, aparece en ambas entrevistas, da cuenta que cuando las personas no pueden o no saben cómo lidiar con lo que ocurre los cortes son la respuesta más cercana:

*“I: Entonces, cuando terminaste la relación con Paola comenzaron a ser los pensamientos más fuertes, más intensos, quisiste consultar a terapia.*

*E1: Claro y como junto a esos pensamientos comenzaron las automutilaciones en ese entonces”. (E1, P16, L27);*

*“I: ¿Qué tan intensos eran los pensamientos?*

*E2: No, muy intensos, muy intensos, como para estar a punto con una, recuerdo que teníamos una tijera, tratando de cortar, tampoco era muy factible que pasara (risas), pero sí muy intensos” (E2, P7, L22).*

Entonces, las autolesiones son maneras en que las personas intentan expresar y/o procesar los sucesos externos que afectan internamente, es la respuesta emocional que tienen más cerca y es conocida.

### *Surgimiento y desarrollo de pensamientos de muerte*

Los pensamientos de muerte no son parte del *continuum* del suicidio ya que este comienza con la ideación suicida, pero con los hallazgos de la entrevista se puede teorizar que estos son parte importante del proceso de las personas, antes de la ideación suicida se tienen pensamientos de muerte que aparecen por diferentes motivos, principalmente por las dificultades de afrontar lo que ocurre en el mundo. Un situación que apareció en ambas entrevistas son los quiebres de las

relaciones sexo-afectivas, en ambas ocasiones el proceso de duelo de estas rupturas dieron inicios a los pensamientos de muerte:

*“I: Y ¿hay aspectos de esta relación, que quizás haya mermado, afectado de alguna manera en la aparición o en el transcurso de la ideación suicida?”*

*E1: Durante esa época no, pero sí una vez que terminé con ella. Fue como volver a la etapa anterior, antes de conocerla.” (E1, P8, L12);*

*“Bueno, ese igual es un punto que me afectó harto, pero era como... siempre fui del tipo de personas como que se enamora platónicamente de la gente y... el tema era que había algún tipo, sí había habido algún rechazo de una persona y particularmente estas cosas me afectan mucho y al final esa persona terminó estando con una de mis amigas pololeando hasta ahora están juntos, lo que ya no me afecta para nada, pero en su momento igual me afectó mucho” (E2, P5, L29).*

Las relaciones de pareja son un factor que inciden en el surgimiento de los pensamientos de muerte y merman el cómo posicionarse en el mundo, además, se añaden las personas cercanas en esto. En las entrevistas aparece que hay una pérdida en las redes de apoyo, surge la soledad y aislamiento:

*“Yo creo que por esa época más o menos fue reduciendo mi grupo de amistades, reduciéndose a... yo recuerdo que a los 13-14-15 años por ahí y se redujo mi núcleo de amigos” (E2, P3, L32);*

Estos pensamientos comenzaron a gestarse de a poco, a raíz de las situaciones mencionadas se fue forjando el pensamiento de no querer estar presente, de no querer intentarlo más, dejarlo todo hasta que se hicieron constantes en los días:

*“Pensamientos... como... no soy suficiente, lo voy a hacer porque no estoy dando lo que mis papás me piden... como que ya no quiero seguir*

*intentándolo, no quiero, quiero dejarlo y chao no más, dejar de existir” (E2, P6, L33);*

*“ahí fue que se empezó a plantear de a poco, era muy, en situaciones muy particulares, cuando habían peleas muy fuertes venía el pensamiento, y este pensamiento que era muy particular después se volvió más constante, hasta que se volvió una constante total” (E1, P11, L9).*

Es así como las Dificultades en la autopercepción y relación consigo mismo, Aparición de autolesiones y Surgimiento y desarrollo de pensamientos de muerte son factores que inciden en la ideación suicida.

#### *Factores predisponentes de la ideación suicida*

Las categorías superordinadas anteriores son factores predisponentes de la ideación suicida, alcanzan un nivel de malestar que los pensamientos de muerte siguen el continuum del suicidio. Lo primero a destacar es la sensación de vacío que aparece en las entrevistas, cuentan que es lo primero en surgir y es constante:

*“Yo creo que la sensación de sentirme vacío y solo, fue algo que perduró y sigue perdurando, pero ahora lo significo de otra forma, lo veo de otra forma, pero esa sensación de estar solo en ese tiempo como que no lo toleraba” (E1, P9, L38).*

*“al principio fue un pensamiento de vacío, como impotencia, un poco de o sea sinceramente recuerdo la sensación de ser insuficiente, la sensación de que por algún motivo que no merezco lo mismo que las demás personas” (E1, P11, L26);*

En la segunda entrevista el vacío surge en torno a las relaciones de amistad, estaba teniendo vínculos falsos y no quería seguir así, que terminó afectando en el surgimiento de la ideación suicida:

*“eran varios elementos que hacían que, por ejemplo, yo sobre pensara situaciones como que me afectaban más de la cuenta, por ejemplo, vínculos diciendo ‘realmente no tengo nada con estas personas, como que todos estos amigos que tengo no tienen nada en común conmigo’ y según yo eran como vínculos falsos entonces todo fue desembocando en el hecho que yo no quería seguir” (E2, P9, L54).*

Entonces, el vacío es una experiencia que no es agradable para las personas entrevistadas, se presenta frente a complicaciones con otros/as y termina en un aislamiento o soledad.

Otro factor que coincide en las entrevistas es el término de una relación-sexo afectiva, al momento del quiebre, y estar cursando por otras problemáticas, se ahonda en las sensaciones descritas previamente, es complejo para las personas procesar el término de una relación y los pensamientos de muerte comienzan a tomar otra forma. Además, estos eventos de quiebre traen complicaciones en otras áreas de la vida, en ambas entrevistas aparece el ámbito académico como un punto conflictivo:

*“Después que terminé con Paola dejé la universidad, estuve como 3-4 meses encerrados en mi casa, en mi pieza, como que lo único que hacía era ir al baño, bañarme si es que y después me acostaba a dormir porque no quería estar consciente” (E1, P32, L29);*

*"Mmmm... a ver, yo creo que todo empezó en marzo porque ahí estaba enfrentando una pseudo ruptura amorosa, después volvió a la u presencial y... me dio como una crisis vocacional, no sabía qué hacer con mi carrera, encontraba todo catastrófico" (E2, P9, L42).*

Por lo tanto, se percibe una combinación en los factores predisponentes a la ideación suicida, son eventos que se relacionan entre si debido al estado de vulnerabilidad en el que se encuentran las personas, el cual se ve afectado también por la dificultad de hablar de la ideación suicida con sus cercanos.



En ambas entrevistas aparece la dificultad de hablar de la ideación suicida con sus amistades, es complejo plantearles sus problemáticas, no se sienten tomado en cuenta, que no tienen la predisposición de entenderlos, aumentando así la sensación de vacío mencionada anteriormente:

*“el hecho que Gabriel, el psicólogo, realmente le diera peso a la ideación suicida porque era un peso que yo no encontraba ni en mi familia ni en mis amigos porque era como un tema chiste para ellos” (E1, P21, L77);*

*“a mis amigos les cuento de mi ideación suicida y se lo toman pa chiste porque es algo que está tan lejos de su visión y no tienen la predisposición de entenderlo” (E1, P28, L21);*

*“porque esas cosas no se las puede decir a cualquier persona porque se lo puede decir a los amigos, pero los amigos no saben cómo abordarlo, no sabe qué decir, había pocos amigos a los que se los había dicho” (E2, P14, L30).*

De esta manera, se puede comprender la importancia de contar con redes de apoyo con las que se pueda conversar de una temática compleja como el suicidio, es un elemento para considerar en el trabajo con el fenómeno.

#### *Desarrollo de la ideación suicida*

Durante el transcurso de las entrevistas apareció que él y la participante han cursado más de un evento de ideación suicida, no es un episodio aislado en la vida, sino que aparece en distintos momentos y con intensidades diferentes reconocibles por él y ella, y en algunas ocasiones hasta con grados de intensidad:

*“I: Entonces podríamos decir que este último periodo de ideación suicida que tuviste fue a raíz del quiebre que tuviste con tu expareja.*

*E1: Cuando tenía 18 sí, a los 23 fue como, fue por otro tema, igual fue por una pareja, pero no fue como por ella” (E1, P17, L16);*

*“Pensamientos... como... no soy suficiente, lo voy a hacer porque no estoy dando lo que mis papás me piden... como que ya no quiero seguir intentándolo, no quiero, quiero dejarlo y chao no más, dejar de existir, aun así, ese episodio no fue tan intenso como otros que he tenido y no se comparan” (E2, P7, L1).*

Esto da cuenta de una evolución del fenómeno o una historia de este, la ideación suicida no es un hecho aislado, sino que es una respuesta accesible a las personas frente a estresores o problemáticas que no están siendo toleradas.

Al ser diferentes periodos de ideación suicida, se viven con intensidades e intencionalidades distintas, en la primera entrevista existió alta intensidad e intencionalidad a cometer el suicidio:

*“después volví como a esos pensamientos porque fue una ruptura muy intensa y ahí fue cuando consulté a terapia, cuando sentí que de verdad ahora tenía la fuerza de matarme” (E2, P4, L14);*

*“mientras pasaba todo de fondo por mi vida, ahí me di cuenta que los pensamientos eran mucho más fuerte que en cualquier otra época, por ejemplo, iba al trabajo y me quedaba 5 minutos solo en la sala y ya empezaba un pensamiento muy intrusivo ni siquiera racional de ‘y si me cuelgo en el techo’, así como en cualquier momento aparecía algo” (E1, P16, L13).*

Lo mismo aparece en la segunda entrevista, pero se añade el componente de la planificación suicida, es decir, un paso más allá del continuum del suicidio, se hacía más factible el paso al acto:

*“I: ¿Qué tan intensos eran los pensamientos?”*

*E2: No, muy intensos, muy intensos, como para estar a punto con una, recuerdo que teníamos una tijera, tratando de cortar, tampoco era muy factible que pasara (risas), pero sí muy intensos” (E1, P7, L21);*

*“yo recuerdo, no sé hasta haber planificado todo, hasta la fecha tipo decir ‘este día tengo un concierto entonces quiero ir al concierto así que lo tengo que hacer la próxima semana’ y haber intentado varias cosas y haber pensado en el método más, más eficaz, menos doloroso para cualquiera que me pudiera encontrar” (E2, P8, L38).*

Sin embargo, el hallazgo central de esta categoría superordinada es la ambivalencia característica de las personas que cursan por la ideación suicida, se desea vivir si se generan cambios, pero se desea la muerte si no existen:

*“yo pedí ayuda cuando de verdad me di cuenta que estaba mal porque según yo tenía la cabeza dividida en dos: entre la parte que pide ayuda y la parte que dice ‘no, chao, me doy por vencida y no puedo” (E2, P10, L20).*

La ideación suicida es un fenómeno que aparece en distintos periodos de la vida de las personas, es vivido con alta intensidad e intencionalidad, en ocasiones existe planificación, y se percibe como una ambivalencia difícil de sostener.

### *Consecuencias de la ideación suicida*

Las principales consecuencias de la ideación suicida son dos: cómo afecta al cuerpo, y ser un lugar conocido de fácil acceso. Partiendo por el cuerpo, hay un descuido total por este, sensación de pesadez, poca higiene en general y se percibe como una falta de respeto hacia el propio cuerpo:

*“el hecho de atentar contra tu vida era atentar contra tu cuerpo, entonces en ese momento cuando estaba la ideación suicida muy fuerte y penetrante era como, así como un, una falta de respeto muy grande hacia el cuerpo propio” (E2, P18, L11);*

*“No lo cuidaba mucho, de hecho fue la época donde dormía mucho, donde casi no me levantaba de la cama, casi no me bañaba, casi no me lavaba los dientes, casi no me lavaba la cara” (E2, P18, L24);*

*“más que nada era una consecuencia de la ideación suicida el cómo se veía mi cuerpo y claro era bastante triste porque era, era como que se volvía tangible todo lo mal que estaba dentro de mi cabeza” (E1, P34, L10).*

La segunda consecuencia de la ideación suicida es que el fenómeno es un lugar conocido para el primer entrevistado, es de fácil acceso y era un pensamiento que ayudaba en los momentos complejos:

*“era como negarme a la única opción que tenía ‘si no me mato, qué otra opción tengo’. Como que estaba tan, ese pensamiento era como mi casa por así decirlo, era como mi hogar, en donde no importa lo que haga, no importa lo que pase, me voy a morir, deshacerme de eso era quedarme sin otro pensamiento que pudiera remplazar eso, como quedarme en la nada” (E1, P30, L33).*

Negarse a un pensamiento conocido es percibido como quedar sin nada, quedar vacío de cierta manera, que es uno de los factores que llevan a la ideación suicida, es complejo plantearse sin lo que lo sostenía.

### *Trabajo y aspectos psiquiátricos*

En ambos casos las personas recibieron tratamiento psiquiátrico que consistió en la administración de psicofármacos, estos ayudaron en la disminución de la ideación suicida, pero no por ser un síntoma, sino por la sintomatología que acompaña al fenómeno y así el trabajo psicoterapéutico se llevó de mejor manera:

*“Sí, una vez que a Gabriel le comenté esto de los pensamientos suicidas él como que me instó a ir a psiquiatra y al principio fue antidepresivo y*

*ansiolítico, el antidepresivo ha ido aumentando la dosis y los ansiolíticos han ido bajando hasta disminuirlos” (E1, P15, L30)*

*“justo me llega un correo del psiquiatra de la u y de que tengo que ir al otro día, que puedo ir el otro día a una sesión gratis de urgencia y ahí fue como, ahí fue la racionalidad y dije ‘no todas las personas tienen la posibilidad de acceder a esto, voy a aprovecharlo, no lo voy a hacer’” (E2, P9, L3).*

Sin embargo, en la primera entrevista surge una mirada biomédica y diagnosticocéntrica del suicidio por parte del psiquiatra, no se analiza el fenómeno en su complejidad, sino que se aborda en una sintomatología que se puede “disminuir” de un momento a otro en base al tratamiento farmacológico, no se entiende el contexto en el cual la persona llegó a pensar a la muerte como opción viable:

*“mi psiquiatra que ‘ya po, no te matí’, es como una respuesta muy no sé, muy inútil por así decirlo” (E1, P26, L25).*

Durante el transcurso de la vida de el y la participante se perciben con una sintomatología depresiva a la base, incluso con una depresión no diagnosticada que dificultaba los procesos vitales y posiblemente agudizaban la ideación suicida:

*“yo siempre tuve una depresión por así decirlo, pero nunca fue diagnosticada, yo era el niño que nunca se sentía bien y me daba pena sentirme triste” (E1, P20, L11).*

*“Después claro la pandemia siguió avanzando, pude seguir saliendo, pasaron muchas cosas entre medio y el año pasado me dio un episodio depresivo muy fuerte, muy, muy, muy fuerte, que duró mucho tiempo y ahí yo estaba muy, muy, muy mal” (E2, P8, L33).*

Acudir a la atención psiquiátrica no es accesible para todas las personas ya sea por lo económico, la accesibilidad, los temores, los prejuicios, mitos en torno a

la atención, entre otros. En la segunda entrevista aparece una preocupación por depender de las pastillas para sentirse bien, es una respuesta contextual esperada en este tipo de casos, y más aún por el contexto de la sociedad actual:

*“una sesión hablando con una psicóloga me dijo que tenía que ir al psiquiatra y yo no quería ir al psiquiatra porque para mí medicarme era como no, no podía, no quiero depender de una pastilla y todo eso” (E2, P20, L11).*

Por lo tanto, dentro del trabajo psicoterapéutico se debe abordar los beneficios de la atención psiquiátrica para fomentar el cambio terapéutico de la ideación suicida, que es un complemento de la terapia psicológica y se puede trabajar de mejor manera si la sintomatología a la base está regulada.

#### *Redes de apoyo durante el transcurso de la ideación suicida*

Si bien las dificultades, ausencias y carencias vinculares es la categoría superordinada que da inicio al flujograma y es un factor predisponente de la ideación suicida, durante el transcurso del cambio terapéutico de esta, aparecen las amistades y relación sexo-afectiva como elementos a tener en consideración durante el trabajo terapéutico:

*“a la otra persona fue como surgimos porque claro a mí me gustaba ella, a ella le gustaba yo así que era ‘tira para adelante’, así como muy X, como haciéndonos los fuertes de cierta forma para que el otro tomara fortaleza de ahí” (E1, P13, L25).*

*“lo que no encontré en mi casa lo fui a buscar a otras casas donde yo, sí es que no estaba haciendo actividades extracurriculares estaba en las casas de mis amigas tomando once con sus familias así como... y siempre me sentí muy incluida en las familias de mis amigas” (E2, P3, L15).*

Además, frente a la dificultad de conversar acerca de la ideación suicida o pensamientos similares con amistades o familiares, los/as profesionales de la salud mental son un espacio seguro en donde hablar de estos pensamientos:

“de mis pensamientos suicidas he hablado seriamente con tres personas, mi primer psicólogo, mi psiquiatra y Gabriel” (E1, P26, L18).

Por lo tanto, la terapia psicológica es un lugar que se construye para hablar de la ideación suicida cuando aparece, es un espacio que el y la participante no contaban previamente.

### *Trabajo, espacio y relación terapéutica*

Los procesos de terapia que generaron el cambio terapéutico de la ideación suicida no fueron los primeros de el y la participante, ambos tuvieron atenciones psicológicas previas en distintas modalidades, pero la atención actual al momento de las entrevistas, que generaron el cambio, son presenciales:

*“En ese entonces, con 18 años, el proceso de terapia que tomé duró como 2 meses porque estaba todo muy intenso y no tuve la fortaleza o las ganas de hacer una terapia, lo hacía como último recurso (E1, P14, L36);*

*“era como ‘necesito un psicólogo que atienda presencial’. Porque claro, así presencial me obligaba de cierta forma a ir, a tomar una rutina” (E1, P15, L24);*

*“era como la oportunidad de, era como el cuarto psicólogo que estaba viendo y dije ‘ya, voy a darme la oportunidad de conocer la experiencia porque igual era en persona” (E2, P11, L1);*

Entonces, durante los periodos de ideación suicida hay una dificultad en acceder a la atención psicológica, se busca ayuda, pero no se tienen buenos resultados a la primera instancia que se llega, hay elementos personales y de el/la terapeuta que están en juego al momento de buscar la ayuda psicológica. Como es sabido, existen distintas corrientes psicológicas para hacer psicoterapia, pero en el caso de las entrevistas hubo una búsqueda transversal de la atención, no buscaron

un/a terapeuta humanista- existencial, sino que se toparon con este tipo de psicoterapia:

*“simplemente buscaba un psicólogo porque igual nunca he sido muy investigador de estas cosas” (E1, P15, L20);*

*“I: Y ¿optaste por algún tipo de psicoterapia en particular?”*

*E2: No, no, no, no sabía que, o sea, en el liceo estudié el tema de las líneas de psicología, pero no estaba consciente cómo podían ser aplicando una en específico conmigo, según yo en la terapia que te ofrecía la universidad en caso de emergencia era solo de contención, no alguna en específico” (E2, P11, L14).*

El y la participante se encontraron con terapeutas que trabajan y entienden al ser humano desde la psicoterapia humanista-existencial, por lo tanto, se desplegaron herramientas/estrategias clásicas de este modelo. En la segunda entrevista la construcción de los objetivos terapéuticos fue una co-construcción entre paciente y terapeuta, lo que fue sorprendente para la participante:

*“fue difícil para mí establecerlo porque igual mi psicólogo me dijo ‘¿cuáles son objetivos que quieres conseguir con esta terapia?’ y yo nunca había pensado que tenía que plantearme eso antes de empezar una terapia, creo que me costó, pero al final pude establecerlo como los primeros pasos para estar bien” (E2, P11, L38).*

Además, el terapeuta de la segunda entrevista, a pesar de que el box de atención tenía aspecto de consulta médica, buscaba acercarse a la participante y promover la horizontalidad del vínculo, aspecto característico de las terapias humanistas- existenciales, realizó un movimiento en el espacio físico disponible para fomentar la relación terapéutica:

*“Era una oficina, tenía aspecto de consulta médica, tenía buena iluminación, tenía un sillón reclinable muy cómodo, pero él estaba, bueno nunca estuvo*



*detrás del escritorio, siempre estuvo al lado del escritorio y al frente mío... muy horizontal” (E2, P15, L36).*

Las terapias humanistas-existenciales no reniegan del uso de técnicas, pero tienen en consideración la singularidad de el/la paciente (cliente) y el motivo por el cual se aplique la técnica dado que no es igual para todos/as. En este sentido, en ambas terapias se utilizaron técnicas para afrontar factores predisponentes de la ideación suicida, en la primera entrevista se hizo un trabajo con el niño interno y sentir compasión por las experiencias tempranas adversas que tuvo:

*“el hecho de sentir que cuando se murió mi mamá yo no tuve la culpa de eso, yo no tuve la culpa que mi mamá no me quisiera, que mi papá se fuera, como sentir un poco de compasión, que era muy niño. Como verme a mí como una persona ajena, como un niño que está sufriendo y sentir compasión sobre eso” (E1, P31, L9).*

Mientras que en la terapia de la segunda entrevista trabajaron en torno a cartas dirigidas a personas con las que se relacionaba, buscando la expresión de pensamientos y emociones para así ser trabajadas en el espacio terapéutico:

*“Ah si recuerdo, ahora si me acordé del año pasado, cosas que me mandaba hacer, tipo como, era no sé si cartas a personas con las que estaba relacionándome, el tema que me afectaba mucho, ‘escríbelo y después tráelo acá para que lo puedas expresar y todo eso, y lo entendamos, entendamos a qué te refieres’, eso sí me acuerdo” (E2, P13, L24).*

Sin embargo, la principal técnica utilizada fue el diálogo entre las partes, la conversación permitió que el y la participante verbalizaran los aspectos centrales de su malestar para así mirarse con perspectiva, desahogarse y que desapareciera la angustia.

*“la terapia de ahora ha sido más dialéctica, más de conversación y eso igual me ha servido porque el verbalizar las cosas, sacarlas de mí, le he tomado otro punto de vista” (E1, P22, L6);*

*“Claro desapareció la angustia, yo creo que esa angustia que uno tiene de contar las cosas que uno le afecta porque cuando no tienes la posibilidad de contárselo a alguien como que te vas ahogando con esas cosas, y claro cuando uno materializa sus pensamientos, sus inquietudes en palabras como que materializarlo hace ver las cosas en perspectivas, entonces desapareció esa angustia” (E2, P17, L11).*

Esto generó un espacio de comprensión que no habían tenido anteriormente en las otras terapias ni con sus redes de apoyo, permitió una relación terapéutica cercana y un espacio libre de juicios:

*“Siento que en ninguna relación de mi vida, amistad, pareja, familia he sentido como una relación tan cercana como con Gabriel, o sea, quizás hay cosas que quizás yo digo y no entiende porque son vivencias diferentes, pero está la predisposición de entender” (E1, P28, L15);*

*“I: Y ¿qué tan comprendida te sentiste por tu terapeuta?*

*E2: Muy comprendida, jamás sentí que estuviera exagerando, jamás me sentí juzgada, muy comprendida” (E2, P15, L27).*

Un hallazgo interesante e importante para considerar es el uso de la comunicación extra terapéutica que menciona el primer entrevistado. Además de las sesiones de carácter semanal que tenía, había momentos entre sesiones que no se sentía bien, que necesitaba una contención producto de la ideación suicida y se comunicaba con su terapeuta para no cometer el suicidio:

*“pero el hecho de tenerlo agregado en Whatsapp por así decirlo y decirle ‘hola, me quiero morir’ así como muy X y que estuviera ahí fue como una contención para que yo no pasara ese límite” (E1, P15, L27).*

De esta manera, aparece una relación terapéutica positiva, una relación que pasa a ser parte de la vida de el y la participante, en donde las partes saben qué y cómo trabajar los aspectos necesarios para fomentar el cambio terapéutico de la ideación suicida:

*“con Gabriel ahora como ha sido más constante, una rutina, siento que he tenido una relación muy positiva con él y como que de verdad no la cambiaría porque ya es parte de mi vida en ese sentido, o sea, en sentido de mi salud mental” (E1, P24, L24);*

*“I: ¿Cómo sientes que se fue desarrollando la relación?”*

*E2: Bien porque él, supongo que ya me conoce, ya sabe cuáles son los puntos que me afectan, sabe cómo poder trabajarlos, cómo poder abordarlos por cómo lo hemos hecho antes” (E2, P14, L7).*

Finalmente, en el proceso terapéutico del primer entrevistado hay un abordaje fenomenológico-contextual de la ideación suicida, es decir, que se aborda el fenómeno desde la experiencia misma del paciente (entrevistado), se aborda el suicidio como una opción, pero no es la única con que la persona cuenta, se hizo consciente que hay un contexto que lo llevó a pensar que era la única opción:

*“Claro con Gabriel me ha dado la oportunidad de poder desarrollarme a esta edad y al verbalizarla me doy consciente que no es la única opción, que el suicidio al fin y al cabo por mucho que se sataniza, sí es una opción, pero también hay más, es una opción que puedo tomar y listo, pero no es la única” (E1, P27, L1).*

Por lo tanto, el trabajo, espacio y relación terapéutica es una categoría superordinada que favorece el cambio de la ideación suicida, pero en ocasiones existen dificultades que demoran y/o problematizan el trabajo psicoterapéutico.

### *Dificultades en el proceso terapéutico*

Iniciar un proceso de psicoterapia no es una decisión fácil bajo ningún contexto, existen miedos, inseguridades, mitos acerca de lo que es la terapia y qué se hace en esta. Las personas que cursan por la ideación suicida están en la ambivalencia entre la vida y la muerte por lo que asistir a psicoterapia es un paso para enfrentar los deseos de muerte, por lo tanto, encontrar un espacio de terapia es importante, pero en ocasiones existen dificultades en torno al paciente:

*“O sea siento que al principio yo era bastante resistente a los psicólogos porque tuve una experiencia con 18 años que no me sirvió nada, no fue culpa de él, era culpa mía porque era un momento en donde yo necesitaba ayuda, pero no quería ser ayudado realmente” (E1, P24, L16);*

O cómo enfrenta el/la terapeuta la ideación suicida:

*“antes había recorrido a otro psicólogo de la universidad, pero como que no me pescó mucho, no se tomó muy en serio mis pensamientos porque él se iba, tuvo unas dos sesiones conmigo y se fue, y yo quedé como ‘en realidad no quiero ver a otro psicólogo’” (E2, P10, L3).*

Entonces, hay que tener en consideración los procesos de terapia previos de la persona que consulta, para saber cómo fueron y qué pasó que no se logró continuar con esa terapia, con el fin de que el nuevo espacio terapéutico sea lo que el/la paciente busca.

### *Proceso de cambio de la ideación suicida*

Las categorías superordinadas anteriores son factores para el proceso de cambio de la ideación suicida, puede estar presente una, dos o tres, lo importante es que se fomente, durante la psicoterapia, aspectos que el/la paciente considera que son necesarios en el trabajo. Un aspecto para tener en consideración es la motivación del/de la paciente para comenzar el proceso de terapia, que exista una

constancia en el trabajo y perciba que, en caso de ser necesario, es complementario al trabajo psiquiátrico:

*“ahora últimamente, a los 23 años, ya en el mundo laboral, me doy cuenta de que necesito ya librarme de estos pensamientos así que con 23 años, con Gabriel (modificado), empecé a tomar una terapia más constante, que no he dejado desde ahí” (E1, P15, L6);*

*“yo estaba clara que tenía que ser como algo complementario, no solo pastillas y todo eso, sino que tenía que haber alguna terapia de por medio, era como la oportunidad de” (E2, P10, L29).*

Durante la terapia psicológica se abordan diferentes temáticas que ayudan a resignificar las experiencias de quien consulta, depende de cada paciente y tienen que ser trabajadas de acuerdo con el contexto y el fenómeno que curse, en este caso la ideación suicida. Una de las temáticas es el procesamiento de las dificultades/traumas infantiles, lo que sería la categoría superordinada de Dificultades, carencias y ausencias vinculares que ocurren principalmente en la primera infancia, son entendidas como experiencias tempranas adversas:

*“fue donde pude como... pasar la pena que quizás cuando niño no viví, pero fue como todo acumulado” (E1, P29, L26).*

Con el procesamiento de lo anterior, se analiza de mejor manera las experiencias actuales que no permiten un bienestar e ingieren en el desarrollo de la ideación suicida, se ejecutan cambios, se toman decisiones, se terminan vínculos que no son sanos a pesar de las repercusiones que puede traer:

*“era el punto que yo necesitaba para decir ‘oye, sí tengo que romper estos ciclos’, estos ciclos de relaciones abusivas, estos ciclos de que para sentirme amado tengo que sentirme mal. Así que ahí terminé con ella completamente, o sea la amistad, lo que fuese que tuviéramos” (E1, P19, L17).*

Por lo tanto, al experimentar nuevas sensaciones, cortar vínculos, generar otros como la relación terapéutica, se comienza a resignificar la soledad y vacío presente durante la vida, si bien aún existen, se entienden de otra manera y no desencadenan pensamientos de muerte ni ideación suicida, la soledad es entendida de mejor manera:

*“Yo creo que la sensación de sentirme vacío y solo, fue algo que perduró y sigue perdurando, pero ahora lo significo de otra forma, lo veo de otra forma, pero esa sensación de estar solo en ese tiempo como que no lo toleraba” (E1, P9, L41).*

Otra temática que aparece el sentido de vida. Durante la ideación suicida las personas dejan de verse a futuro puesto que quieren terminar con la vida, no planifican su vida y viven el día a día. Por lo tanto, generar un sentido de vida en las personas con ideación suicida es parte del proceso de cambio, que se posicionen en un futuro que puede ser mejor si se continúa el trabajo, no se genera de un momento a otro, se construye:

*“Claro y fue tanto la ideación suicida que prácticamente nunca planifique mi vida después de los 20 años, así que prácticamente vivía la marea, ahora quiero planificar, pero siento que estoy construyendo de a poquito” (E1, P17, L4).*

Por el trabajo de estas temáticas el proceso de cambio de la ideación suicida no es inmediato, no se genera de una sesión a otra, y en ocasiones es necesario el trabajo complementario con psicofármacos que estabilicen la sintomatología que rodea al fenómeno. El proceso de cambio es percibido como inestable, existen momentos en que se alcanza un bienestar, pero ante algún estresor vuelven los pensamientos, se describe como una montaña rusa que no es lineal:

*“Fue bastante como una montaña rusa, nunca fue lineal, nunca fue ‘hoy día me siento mejor que la semana pasada y así sucesivamente’, era algo súper inestable, donde habían (sic) semanas que yo juraba que había superado*

*la ideación suicida y después pasaba algo con la otra persona que estaba en una relación abusiva y me sentía peor” (E1, P19, L11).*

De la misma manera, la ideación suicida es la respuesta inmediata ante las problemáticas de la persona, está a la mano porque ronda constantemente en los pensamientos. Por lo tanto, no tener la respuesta conocida es violento, se pierde un sostén, se pierde la opción conocida que libraría del malestar:

*“Súper violento porque como se había vuelto una práctica de inercia prácticamente, así como una primera respuesta, fue intenso dándome cuenta ‘así como oye, hay otras opciones, por qué matarse’, así que fue algo súper violento y de cierta forma igual me da pena porque era como negarme a la única opción que tenía ‘si no me mato, qué otra opción tengo” (E1, P30, L24).*

En vista de que el cambio terapéutico de la ideación suicida es inestable y se percibe como violento, estos pensamientos vuelven a surgir en contextos problemáticos, cuando los factores predisponentes se hacen presentes la primera respuesta conocida es el suicidio, pero por el proceso de terapia son más controlados y no es la única opción que aparece:

*“Igual sigo teniendo pensamientos muy de repente, pero ya sé cómo controlarlos y, por ejemplo, el suicidio para mí ya no es una opción, sino que yo quiero vivir, estar vivo” (E1, P27, L36).*

*“yo le llegaba contando así como ‘ya no pienso en esto’, se esfumó, pero aun así tengo estas cosas que me dan problemas, sé que me dan problemas, pero no me van a llevar al extremo de volver a pensar en esto, por ahora por lo menos” (E2, P16, L24).*

Mientras se desarrolla el cambio de la ideación suicida comienza una nueva relación con el cuerpo, atentar contra la propia vida es atentar contra el cuerpo. Como fue mencionado, en ocasiones existen autolesiones que son un daño al cuerpo, hay poca o nula higiene personal, se sube o baja de peso por las pocas

ganas de seguir la vida, pero a medida que la ideación suicida disminuye, se genera un cambio en los hábitos de cuidado del cuerpo, se mejora la relación y se comprende distinto:

*“Así que en este momento mi relación con mi cuerpo es positiva, como que no tengo un problema con él, pero sí quiero ir sanando lo que lo descuidé un día, es como así decirlo, te quiero y te acepto, pero te quiero sanar de lo descuidado que te dejé” (E1, P36, L14).*

*“Yo creo que eso es más la autoestima y la preocupación por uno mismo ya que uno se cuida internamente y también externamente, entonces... yo me cuido la mente hablándome mejor a mí misma, no tratándome tan mal como lo hacía antes y me cuido externamente con toda mi rutina de cuidado de mí cuerpo” (E2, P19, L15).*

Finalmente, debido al proceso de cambio de la ideación suicida se gesta un estado de bienestar no alcanzado previamente, se reconoce que es un proceso no terminado, que se pueden alcanzar mayores niveles de bienestar, pero es un inicio. Esto indica que la psicoterapia es un factor de cambio para la ideación suicida, si bien pueden aparecer pensamientos nuevamente, no son procesados de la misma manera debido al bienestar alcanzado y las nuevas opciones encontradas cuando ocurren dificultades:

*“Sí, siento que esto igual es un proceso que no ha terminado, siento que va a seguir mucho tiempo así, pero al menos puedo decir ahora me siento no feliz, pero sí alegre, sí hay como una, como un camino hacia una plenitud mejor, hacia no sé, poder decir un día ‘oye, hoy día estoy feliz’, quizás ahora no esté en ese proceso, pero al menos ahora no estoy todos los días triste” (E1, P22, L25).*

*“Es que era más el alivio, no sé si eso es una emoción o la plenitud quizás porque yo recuerdo que en ese momento logré estar muy bien, y como tema aparte, todo eso se estaba desarrollando mientras yo terminaba la práctica*



*y preparando mi examen de título, mi examen final, entonces como que estuve, logré estar tan bien que pude dar buen examen” (E2, P17, L19).*

## DISCUSIÓN

A continuación se desarrolla la relación de los resultados obtenidos con los objetivos de la investigación en virtud de los antecedentes teóricos revisados y nuevos que aparecieron por el contenido de las entrevistas. Entendiendo esto, el objetivo principal de la investigación es comprender la experiencia del cambio terapéutico de la ideación suicida desde la perspectiva de los/as pacientes de terapias humanistas-existenciales.

Cabe señalar el hallazgo de la presente investigación referido a la historia o evolución de la ideación suicida. En primer lugar, aparecen los pensamientos de muerte que hacen referencia a fantasías o deseos de estar muerto, pero no a la búsqueda activa de la propia muerte (Valadez-Figueroa et al., 2016). El siguiente nivel es la ideación suicida que se entiende no solamente como la falta de ganas de vivir, sino que un deseo activo persistente de terminar con la propia vida (Echeburúa, 2015). Si la persona accede a iniciar terapia es el inicio del proceso de cambio terapéutico de la ideación suicida, que es el siguiente nivel de la evolución/historia, en vista que la ambivalencia característica del fenómeno se hace más presente, no solo se desea terminar con la propia vida, sino que también se desea vivir si se generan los cambios esperados (Blasco-Fontecilla et al., 2010). Una vez efectuado el cambio terapéutico de la ideación suicida no quiere decir que las personas no vuelvan a cursar el fenómeno, ante problemáticas difíciles de procesar se recae en estas experiencias iniciando nuevamente el flujograma, es decir, las personas ante un evento estresor vuelven a tener pensamientos de muerte o ideación suicida, la ideación suicida aparece en distintos momentos de la vida.

El primer objetivo específico fue identificar el(los) principal(es) factor(es) contextuales que lleva(n) a la ideación suicida en pacientes que cursaron/cursan terapias humanistas-existenciales. En este sentido el y la entrevistado/a son adultos/as jóvenes que iniciaron o están por iniciar su vida profesional, el primer entrevistado se desempeña como profesor de física e ingeniero, la segunda entrevistada se tituló recientemente de Contador Auditor y trabaja como garzona

mientras encuentra trabajo en lo que estudio. A pesar de las diferencias que se pueden encontrar en el surgimiento de la ideación suicida en cada entrevista, el principal factor contextual que aparece son las dificultades, carencias y ausencias vinculares que enfrentaron desde la infancia. Estas problemáticas repercutieron en la autopercepción y relación consigo mismo, generaron autolesiones (un ataque al cuerpo) y surgieron y desarrollaron pensamientos de muerte. En ambas entrevistas se sostiene una precariedad familiar ya sea por ausencia y/o maltratos durante la primera infancia que conlleva repercusiones en cómo relacionarse durante la vida de las personas. En vista de lo anterior, en la adolescencia aparecen los/as pares como contexto para la ideación suicida, ya sea una relación sexo-afectiva y/o amistades que afectan en las dinámicas personales.

Comprendiendo lo anterior, estos factores contextuales se podrían llegar a entender como experiencias tempranas adversas que en la literatura refiere a una “constelación de eventos negativos relacionados entre sí, y a la falta de recursos individuales, familiares o ambientales para enfrentarlos de forma satisfactoria, volviéndolos potencialmente traumáticos (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017, pág. 125-126). En las entrevistas, las primeras experiencias tempranas adversas aparecen en la primera infancia (0 a 5 años) por lo que no cuentan con los recursos individuales necesarios para abordar los eventos negativos, del mismo modo, la familia en vez de ser un recurso contenedor pasa a ser un evento negativo que repercute en el desarrollo de el y la entrevistado/a. Por lo tanto, se afectan las funciones implícitas de regulación fisiológica del estrés y se ven comprometidos los recursos psicosociales necesarios para afrontar de manera óptima la adversidad (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2017), lo que se condice con el hallazgo de las problemáticas relaciones que aparecen durante la adolescencia. Existen dificultades en la adolescencia que son repercusiones de las vivencias pasadas y no saber cómo afrontarlas de manera adecuada, el primer entrevistado experiencia esto desde la soledad en el mundo y que todo el mundo es hostil, es decir, la visión de mundo maltratador que ocurrió en la infancia, reaparece durante la vida.

El segundo factor contextual para el surgimiento de la ideación suicida son las dificultades en autopercepción y relación consigo mismo, estas se presentaron en tres ejes: identidad, expresión de emociones, y cuerpo, que se gestaron durante la infancia a raíz de las experiencias tempranas adversas, y se manifestaron durante la adolescencia y adultez. Existe una autopercepción de rareza, de no ser igual a los/as demás niños/as, que con el paso del tiempo culmina en relaciones complejas durante la adolescencia percibiendo una época oscura, dificultando el proceso identitario. De la misma manera, la expresión de emociones fue difícil durante la niñez y adolescencia, si bien percibían sensaciones y/o emociones, al momento de expresarlas había problemas o simplemente se resignaban al estado emocional. Sin embargo, el cuerpo aparece de manera transversal en las vivencias de el y la entrevistado/a durante sus vidas, no se preocupan, no son conscientes del malestar y se pierde el cuidado.

El tercer factor contextual que aparece son las autolesiones, pero hay que tener en consideración que su aparición no es conducente por sí sola a la ideación suicida o suicidio. Las más recurrentes son los cortes en muñecas y muslos, estas últimas porque son más fáciles de ocultar, aparecen como respuestas ante situaciones problemáticas o que no podían ser procesadas por las dificultades mencionadas anteriormente. Entendiendo que las autolesiones son una forma de hacerse daño, se podría llegar a pensar que son una tentativa suicida porque no existe la intención aparente de quitarse la vida, pero puede conducir a esta de manera accidental (Echeburúa, 2015), puede suponer un llamado de emergencia para sus cercanos, pero en este contexto respondería de mejor manera a un factor contextual de la ideación suicida entendiendo las autolesiones como una manera de afrontar las problemáticas vividas.

Finalmente, el cuarto factor contextual son los pensamientos de muerte que aparecen ante la dificultad de afrontar las problemáticas vividas debido a las experiencias mencionadas anteriormente. Las principales complejidades son los quiebres de relaciones sexo-afectivas debido a que merman el cómo posicionarse

en el mundo, repitiendo, de cierta manera, experiencias complejas, carencias y ausencias vinculares percibidas durante la infancia y/o adolescencia. Además, hay una pérdida de redes de apoyo por lo que la soledad y vacío comienzan a hacerse presente en las personas. Los pensamientos de muerte no se contemplan dentro del continuum lineal-progresivo del suicidio que va desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado (Spirito y Donaldson, 1998), pero en base a los hallazgos de la presente investigación se deberían considerar como parte importante de la línea-progresiva del suicidio debido a que es el inicio de pensamientos o fantasías de la propia muerte que con el transcurso del tiempo y experiencias deriva en la ideación suicida. En ocasiones se plantea que los pensamientos de muerte son parte del desarrollo cognitivo afectivo de los/as adolescentes, diferenciándose de la ideación suicida en que esta última se busca la muerte por la propia mano, en cambio, en el pensamiento de muerte es un pensamiento o deseo de querer morir (Valadez-Figueroa et al., 2016).

Entendiendo el contexto que lleva a la ideación suicida, el segundo objetivo tuvo como propósito describir la experiencia de la relación terapéutica de pacientes que padecieron ideación suicida en terapias humanistas-existenciales. Primero hay que destacar que se busca de manera transversal la atención psicológica, no existe una búsqueda específica de una corriente psicológica sino que se encontraron con terapeutas humanistas-existenciales. Entendiendo esto, durante el proceso de terapia se desplegaron los recursos y forma de comprender al ser humano y el espacio de psicoterapia característicos del enfoque humanista-existencial que permitieron generar una relación terapéutica positiva. Un hallazgo importante es que la presencialidad de la terapia fomentó el proceso de cambio terapéutico de la ideación suicida porque se hacía parte de la rutina, y que fue una experiencia nueva dado que anteriormente se asistía de manera online. La presencialidad permitió fomentar la horizontalidad en el vínculo lo que fue notado y mencionado por la entrevistada, es decir, que los intentos de buscar la horizontalidad por parte del terapeuta fueron recibidos por la paciente y permitió que se desarrollara de buena

manera la relación terapéutica. En este sentido, Rogers (1980) plantea que la calidad del encuentro entre paciente (cliente) y terapeuta es más determinante para comprender hasta qué punto se libera o promueve la evolución personal de las partes implicadas en el vínculo.

La construcción de objetivos es un aspecto importante en todo proceso de terapia, la psicología humanista-existencial se preocupa que estos sean co-construidos entre terapeuta y paciente (cliente) o definidos por quien consulta, fomentando los recursos y potencialidades de este último, mientras que el/la terapeuta buscará los cambios creativos en quien consulta (Gimeno-Bayón y Rosal, 2016). En este sentido, en las terapias de cambio terapéutico de la ideación suicida la construcción compartida de objetivos es un factor que permite la agencia de las personas y posicionarse con objetivos o metas que alcanzar, genera una perspectiva de futuro y pensarse más allá de lo inmediato, les permite posicionarse como agentes de su cambio. Siguiendo esta línea, las psicoterapias humanistas-existenciales no priorizan el uso de técnicas, pero en el caso de ser necesarias comprenden el contexto y adecuan la técnica a quien consulta, son redefinidas de forma coherente e integradora de acuerdo con el modelo que se le confiere y al contexto usado (Gimeno-Bayón y Rosal, 2016). Teniendo en cuenta esto se encontró que las técnicas utilizadas en el trabajo del cambio terapéutico de la ideación suicida estuvieron enfocadas a situaciones contextuales que aparecieron durante la terapia, trabajando aspectos no resueltos o emociones no expresadas en el pasado que complican la experiencia emocional actual, es decir, se enfocaba en el sentir del aquí y ahora característico del enfoque humanista-existencial (Tobías y García-Valdecasas, 2009; Gimeno-Bayón, 2017; Naranjo, 1989). A pesar de esto, sigue siendo el diálogo entre las partes el principal motor de la terapia, el y la participante encontraron un espacio en el cual desplegaron los pensamientos y emociones reprimidas, no contaban con un espacio para esto previamente, las amistades no comprendían la magnitud de su malestar y menos la ideación suicida. Es decir, el espacio psicoterapéutico es comprensivo e intenta acercarse lo más

posible al fenómeno de la ideación suicida desde la percepción del paciente (cliente), existió una mayor importancia de la experiencia inmediata de la ideación suicida comprendiendo la historia que llevó a esta, y la importancia de las actitudes del/de la terapeuta por sobre las técnicas concretas facilitaron la relación terapéutica positiva (Tobías y García-Valdecasas, 2009).

El tercer objetivo fue caracterizar la experiencia emocional del proceso de cambio terapéutico de la ideación suicida en pacientes de terapias humanistas-existenciales. Durante la infancia y adolescencia el y la entrevistado/a presentaban dificultades en la expresión de emociones, las reconocían, pero se les complicaba comunicarlas de manera asertiva en vista de experiencias tempranas adversas generando así una desregulación emocional que se entiende como una construcción multidimensional desadaptada de la respuesta emocional que es percibida como angustiante y que comúnmente es un antecedente -factor contextual en esta investigación- de la ideación suicida (Hemming et al., 2019). Frente a esta desregulación emocional caracterizada por angustia y/o pena aparece una resignación al estado emocional, predominando la pena por sobre el resto de las emociones, acentuando así la ideación suicida y no ver otras opciones ante las problemáticas que aparecen en la vida.

En el transcurso de la ideación suicida las emociones que aparecen son la soledad y vacío, siendo esta última la primera en surgir y que de cierta manera aún perdura en el y la entrevistado/a. Esta emoción es desagradable y genera complicaciones en cómo relacionarse con las demás personas desencadenando en la soledad, pero con el transcurso del proceso terapéutico se logró resignificar estas emociones, tolerando de mejor manera cuando aparecen. Alguno de los elementos que permitió resignificar el vacío y la soledad fueron experimentar nuevas sensaciones, terminar vínculos y la relación terapéutica, estos facilitaron el cambio terapéutico de la ideación suicida entendiendo que pueden volver a aparecer, pero no de la misma manera. En este sentido, la terapia existencial de Rollo May, parte del enfoque humanista-existencial, propone que una de las posibles situaciones que

conduce al suicidio es que no existen elementos externos que guíen al ser humano, que brinden parámetros de existencia por lo que las personas han perdido el propósito en la vida no sabiendo cómo controlar la angustia y ansiedad, esta sería una de las causas del vacío existencial “mientras nuestro mundo y nuestra sociedad sigan vacíos de mitos y objetivos morales relacionados con las creencias, habrá depresiones y (...), suicidios” (May, 1992, pág. 23). Por lo tanto, si las personas que cursan la ideación suicida se encuentran con un vacío interno, que podríamos nombrar emocional, y se añade el vacío existencial, estarían con bastantes dificultades para afrontar la propia existencia.

Durante el proceso de cambio de la ideación suicida el estado emocional de el y la entrevistado/a no presenta grandes cambios referidos a la tristeza, pero cuando el proceso va avanzando se gesta un bienestar incipiente que ante un estresor decae y vuelven los pensamientos de muerte o ideación suicida. Entonces el proceso de cambio terapéutico de la ideación suicida es percibido como una montaña rusa, que no es lineal y presenta cambios constantes, pero se debe destacar que el perder la opción más conocida -querer matarse- es violento, se pierde la respuesta que estaba a la mano, se pierde la opción que liberaría el malestar actual y futuro. A pesar de lo anterior, se reconoce que el estado de bienestar alcanzado no existía previamente, que el proceso de cambio terapéutico de la ideación suicida no está terminado porque se pueden alcanzar niveles mayores de bienestar, es decir, existe una esperanza en la vida como nueva emoción.

Comprendiendo el desarrollo emocional en la evolución o historia de la ideación suicida, la desregulación emocional cumple un rol importante para tener en consideración. Quienes cursan por el fenómeno presentan dificultades en la expresión de emociones, baja autoestima, problemas afectivos, sentimientos de soledad, tristeza y algunas manifestaciones de síntomas depresivos (Sánchez et al., 2022); además, hay que tener en consideración que “la desregulación emocional desde edades tempranas, como la adolescencia, actúa como un factor de riesgo



para posterior desarrollo de conductas suicidas debido a que las emociones desempeñan un papel fundamental en la salud mental del joven” (Sánchez et al., 2022, pág. 52). Por lo tanto, durante las terapias de cambio terapéutico de la ideación suicida hay que tener en consideración la dimensión emocional de las personas, no solamente en respuesta a la ideación suicida, sino en cómo se han construido las emociones a lo largo de la vida y cómo se relaciona con ellas, aspecto que las terapias humanistas-existenciales han trabajado desde sus inicios, puesto que este enfoque se ha preocupado de avalar lo corporal, la voluntad, la emoción, entre otros (DeRobertis, 2020).

El cuarto objetivo tuvo como propósito explorar la dimensión corporal del cambio terapéutico de la ideación suicida en pacientes de terapias humanistas-existenciales. Para responder de manera óptima este objetivo se plantea de manera progresiva la relación con el cuerpo en la ideación suicida; en primer lugar, antes de la existencia de la ideación suicida, no hay mayor preocupación por el cuerpo, el y la participante no eran conscientes del malestar expresado corporalmente, sino que existía una vivencia “esperada” del cuerpo, en este sentido, las personas no tenían mayor relación con su cuerpo, era un elemento más de su vida. Sin embargo, a medida que se empieza a desarrollar la ideación suicida el cuerpo comienza a hacerse presente en la experiencia de las personas, comienzan las autolesiones como primera respuesta ante las problemáticas que son difíciles de procesar, la violencia es ejercida hacia el propio cuerpo, se entonces, las autolesiones son la respuesta más cercana con la que se cuenta. En esta línea Gendlin (1997) plantea que las sensaciones corporales son una puerta de entrada porque implican un afecto, que en un inicio es difuso, pero puede llegar a ser consciente, es decir, que el malestar difuso que sienten las personas es expresado, se lastima el cuerpo ante la intolerancia de los afectos y situaciones, mediante las autolesiones como forma de sentir el afecto y lograr nombrarlo.

Siguiendo la evolución o historia de la ideación suicida, una de las consecuencias de la ideación suicida es el descuido del cuerpo, se pierde la higiene

básica como bañarse y/o cepillarse los dientes, se desea estar acostado/a y/o durmiendo para no estar en la realidad con pensamientos y sensaciones displacenteras, en síntesis, el cuerpo es desagradable y se percibe como pesado, como una carga que hay que llevar, además de las ya existentes y mencionadas.

Durante el cambio terapéutico de la ideación suicida comienza una nueva relación con el cuerpo, se comprende que atentar contra la propia vida es atentar contra el propio cuerpo, además, a medida que se va gestionando el cambio las personas comienzan a retomar antiguos hábitos de cuidado personal como bañarse, levantarse, hacer la cama, cuidarse la piel, entre otros, se mejora la relación con el cuerpo y se comprende de mejor manera.

En vista de lo anterior, durante los procesos de terapia del cambio terapéutico de la ideación suicida el cuerpo debe ser una dimensión para tener en consideración a pesar de que no se abordó explícitamente durante los procesos de terapia expuestos. La finalidad de preguntar por el cuerpo es de evaluar cómo ha sido la relación histórica de la persona con su cuerpo y ver los cambios que ha tenido en esta línea. Además, permite comprender la manera en que la persona significa su cuerpo, qué espacio le da dentro de su vida y cómo la ideación suicida puede afectar esta relación, así se podrían retomar antiguos hábitos de cuidado personal que favorecerían en el bienestar de las personas y así generar el cambio de la ideación suicida.

Finalmente, el quinto objetivo específico tuvo como propósito identificar elementos comunes y diferenciadores de la experiencia de cambio de la ideación suicida entre los pacientes de terapias humanistas-existenciales. Es importante volver a mencionar que no se contó con el total de participantes esperados (cuatro) por lo que este objetivo será analizado en torno a las dos entrevistas realizadas. En cuanto a los elementos comunes podemos encontrar los factores contextuales que llevaron a la ideación suicida, esta se generó en la adultez temprana y está cerca a la edad en que más se comenten suicidios (25 y 44 años) que representa el 36,8% del total (OPS, 2021), por lo tanto, se debe abordar el cambio terapéutico de la

ideación suicida previo a la edad que hay más intentos con la finalidad que sea un factor protector y se salvaguarde la vida de las personas. Las dificultades, carencias y ausencias vinculares durante la infancia fue un elemento característico en común, principalmente la precariedad familiar; estas se hicieron latentes una vez comenzaron a vincularse con pares en la adolescencia y se presentaron problemáticas en cómo relacionarse, entendiéndolas como experiencias tempranas adversas. Lo anterior genera otro elemento en común, las dificultades en la autopercepción y relación consigo mismo, se encontraron tres ejes: identidad, expresión de emociones y cuerpo, que se gestaron en la infancia, pero se desarrollaron e hicieron presente en la adolescencia y adultez. Al existir estos dos elementos comunes anteriores, se da paso a los pensamientos de muerte como factor común característico, incluso siendo más precisos, estos aparecieron luego de quiebres de relaciones sexo-afectivas, es decir, que las experiencias tempranas adversas provocaron dificultades en cómo comprender los vínculos y enfrentar la pérdida.

Siguiendo esta línea, pero en cuanto al proceso de terapia del cambio de la ideación suicida, otro elemento en común es la búsqueda transversal de la atención psicológica, lo que podría indicar que las personas buscan ayuda para cambiar los pensamientos que tienen y al momento de iniciar el proceso se encontraron con terapeutas humanistas-existenciales, además, que la presencialidad fue un factor facilitador en la relación terapéutica como en el cambio terapéutico. La principal técnica utilizada fue el diálogo entre terapeuta y paciente, pero fue común el uso de técnicas de acuerdo con el contexto de cada persona, por un lado con cartas y por el otro el trabajo con el niño interno.

Otro elemento en común es la desregulación emocional que presentaron el y la entrevistado/a, principalmente caracterizado por las dificultades de expresar las emociones en los contextos que es un factor predisponente para la génesis de la ideación suicida. Un hallazgo novedoso de la investigación es que en ambos casos deseaban y/o intentaron hablar con amistades de la ideación suicida, pero no

encontraban el espacio o manera de hacerlo, en ocasiones no eran tomado/a en cuenta por lo que preferían guardarlo para sí mismo/a hasta que llegaron al espacio de terapia, esto va en contra con lo planteado por Echeburúa (2015) cuando menciona que usualmente la ideación suicida no se expresa al entorno. No es que no quieran expresarla, sino que la ideación suicida, el suicidio y la muerte son temáticas complejas para conversar, no existe una manera fácil de plantear estos temas y menos aun siendo tabús para la sociedad, por lo tanto, es necesario generar espacios donde se pueda hablar del suicidio y generar políticas preventivas para abordar la problemática desde todas sus vertientes.

En cuanto a los elementos diferenciadores del cambio terapéutico de la ideación suicida, uno es el abordaje conceptual del suicidio. El y la participante recibieron atención psiquiátrica de manera complementaria a la atención psicológica, pero en el caso del primer entrevistado apareció un modelo biomédico y diagnosticocéntrico de la ideación suicida. Este explica el sufrimiento humano y las experiencias problemáticas basado en categorías de trastornos según sistemas de referencias como el CIE y DSM (Allsopp, et al., 2019; Deacon, 2013; Timimi, 2014) por lo que la ideación suicida sería un síntoma dentro de un diagnóstico psiquiátrico como la depresión que se le fue diagnosticada (García-Haro et al., 2018). La atención psiquiátrica se centró en la disminución del síntoma (ideación suicida) a través del uso de psicofármacos sin comprender el contexto de surgimiento de la ideación suicida, además, el o la psiquiatra tuvo comentarios percibidos como inútiles por el participante puesto que no lo ayudaban a comprenderse ni a disminuir la ideación suicida. Por lo tanto, es importante que se genere un trabajo complementario entre la psicología y psiquiatría para el correcto abordaje de la ideación suicida, se debe considerar el contexto de surgimiento para comprender cómo la persona llegó a querer matarse.

Un segundo elemento diferenciador es la mirada fenomenológica-contextual de la ideación suicida por parte del terapeuta del primer entrevistado. Esta mirada se caracteriza porque comprende a los trastornos mentales como manifestaciones

clínicas de cómo la persona enfrenta los problemas vitales, el yo-mundo, y los síntomas secundarios al sufrimiento biográfico, por lo tanto, el suicidio sería un drama existencial antes que un problema clínico (García-Haro y González, 2018). Esto se ve reflejado en cómo el terapeuta del entrevistado le da lugar a la ideación suicida del paciente, la valida y la analiza como una opción para afrontar sus problemáticas vivenciales, pero se enfocó en ayudarlo a encontrar otras opciones que le hicieran sentido, sin enjuiciar la opción más conocida que tenía.

Comprendiendo esto, se desconoce si el/la psiquiatra o el psicólogo tienen conocimientos de estas dos formas de abordaje, pero sería de suma importancia que los/as profesionales de la salud mental conozcan estas miradas y, en el mejor de los casos, se acerquen al enfoque fenomenológico-contextual del suicidio para abordar de manera particular este fenómeno, es decir, idiosincráticamente.

El último elemento diferenciador son los niveles de intensidad e intencionalidad de la ideación suicida en el y la participante. El primer entrevistado cursó un periodo de ideación suicida con alta intensidad e intencionalidad que fue preocupante para él, percibía los pensamientos de manera intrusivos e irracionales, estaba dispuesto a terminar con su vida. En cambio, la segunda entrevistada cursó un periodo de ideación suicida caracterizado por su alta intensidad, pero con planificación suicida que no pasó a ser intento suicida. Estadísticamente a nivel regional y nacional (OPS, 2021; Echávarri, et al., 2015) respecto al sexo, los hombres se suicidan más que las mujeres lo que se condice con los hallazgos de la presente investigación, la alta intencionalidad de la ideación suicida podría generar un intento suicida con métodos letales (asfixia y armas de fuego) los cuales son difíciles de “rescatar”.

## CONCLUSIONES

La pregunta que guió la presente investigación fue: ¿Cómo es la experiencia de cambio terapéutico en personas que hayan padecido ideación suicida en terapias humanistas-existenciales? Los hallazgos encontrados sugieren que la experiencia de cambio de la ideación suicida es inestable, se asemeja a una montaña rusa porque en ningún momento fue lineal, había días en que el y la participante se percibían estables, pero al día siguiente cambiaba la percepción. Por lo tanto, la motivación de el y la participante tuvo un rol primordial en su proceso de cambio de la ideación suicida, como también la constancia de acudir al espacio terapéutico, ante la existencia de una discrepancia entre la experiencia y noción del yo implica que el/la paciente (cliente) debe tener una motivación para el cambio (López, 2020). Los principales ejes percibidos en la experiencia de cambio fueron la relación terapéutica caracterizada como positiva y cercana; dentro de las emociones la aparición de bienestar como una nueva experiencia; y el cuerpo surge de manera transversal, desde antes de la ideación suicida hasta el cambio de esta, siendo cada vez más consciente.

Los resultados permitieron generar un flujograma para comprender cómo fue la experiencia de cambio de la ideación suicida (Figura 1), entendiendo que es una evolución o historia de la ideación suicida. Por lo tanto, dentro de los principales factores predisponentes de la ideación suicida se encuentran las dificultades, carencias y ausencias vinculares; dificultades en autopercepción y relación consigo mismo; aparición de autolesiones; y surgimiento de pensamientos de muerte.

El desarrollo de la ideación suicida no es un episodio único, se reconocen distintos periodos en los cuáles se cursó por el fenómeno con distintos niveles de intensidad e intencionalidad, es decir, se destaca que no es un hecho aislado, sino que una respuesta conocida frente a las problemáticas de la vida. Además, dentro de las principales consecuencias de la ideación suicida está el descuido del cuerpo, y que se pierde la única respuesta conocida.

Dentro de los factores de cambio de la ideación suicida se encuentran el trabajo y aspectos psiquiátricos enfocados en psicofármacos para reducir la sintomatología adyacente al fenómeno del suicidio. También se cuenta con redes de apoyo, especialmente amistades y relaciones sexo-afectivas; y los/as profesionales de la salud mental como un espacio seguro para hablar del suicidio. Finalmente, está el trabajo, espacio y relación terapéutica, caracterizados por ser presenciales, una búsqueda transversal de la atención (se encontraron con terapeutas humanistas-existenciales), co-construcción de objetivos, horizontalidad, uso contextual de técnicas, y la comunicación extra terapéutica, lo que caracterizó como positiva a la relación terapéutica.

Habiendo respondido los objetivos específicos de la investigación, cabe recalcar la importancia de que los/as profesionales de la salud mental sepan diferenciar entre pensamientos de muerte e ideación suicida, e identificar los distintos periodos en que estos aparecen. Esto ayudaría en la comprensión de quien consulta acerca de los distintos periodos que ha tenido a lo largo de su vida, como también para comprender la historia o evolución de la ideación suicida, conociendo los factores contextuales de cada periodo y saber cómo actúa ante las problemáticas. Además, el cuerpo de él y la entrevistado/a apareció a lo largo de las entrevistas, y de manera transversal a lo largo de la vida por lo que es importante tenerlo en consideración durante el trabajo de la ideación suicida, sobre todo porque el suicidio es un atentado contra el propio cuerpo.

Una limitación fue que no se contó con todos los participantes esperados debido a lo complejo del fenómeno estudiado. Se presentaron barreras por parte de los/as terapeutas y de posibles participantes, por lo tanto, se recomienda investigar con criterios de inclusión-exclusión más flexibles para llegar a más participantes. Además, en cuanto al cuerpo no se encontraron resultados acerca del cuerpo sentido o vivenciado por lo que se recomienda tener un abordaje más profundo en las preguntas en torno a la temática, teniendo en consideración que no todos los procesos de terapia abordan el cuerpo dentro del trabajo clínico. Por lo tanto, como

posible línea de investigación se propone trabajar el cambio terapéutico de la ideación suicida desde la perspectiva de los/as terapeutas humanistas-existenciales, preocupándose de la respuesta emocional de estos/as ante la dificultad de trabajar con la ideación suicida. De la misma manera, sería interesante estudiar el cambio terapéutico de la ideación suicida desde la diada terapéutica con el fin de tener las dos visiones del proceso y evaluar los elementos facilitadores del cambio. Siguiendo la línea anterior, se propone investigar la ideación suicida en la población femenina teniendo en consideración que presentan más el fenómeno, pero tienen menos intentos suicidas y suicidios consumados, resultaría interesante comprender por qué sucede esto y cómo afrontarlo desde la psicoterapia humanista-existencial.

En síntesis, el trabajo con la ideación suicida no debe enfocarse solamente en el control de los síntomas, sino que establecer un abordaje integral de los contextos problemáticos que se encuentra la persona, los cuales sofocan la existencia, entendiendo que interactúan aspectos individuales, sociales, culturales y existenciales (García-Haro et al., 2020b).

Finalmente, a modo de sugerencia para el trabajo clínico con personas que cursen ideación suicida se recomienda preguntar cada cierto tiempo, idealmente una vez al mes, cómo se encuentra acerca de estos pensamientos para evaluar los niveles de intensidad e intencionalidad, y qué generó dichos cambios. De igual manera, trabajar en el reconocimiento de las emociones y cómo son sentidas en el cuerpo para así fomentar la expresión de estas en los contextos que sean necesarios, esperando un afrontamiento de las situaciones problemáticas.



## BIBLIOGRAFÍA

Acosta, M. (2009). Binswanger y el Análisis Existencial. *Revista EAN*, 67, 121-138.

Alemaný, C. (2007). *Manual práctico del focusing de Gendlin*. Editorial Desclée de Brouwer.

Alemaný, C. (2011). De la psicoterapia experiencial al focusing: la trayectoria de Eugene Gendlin. *Miscelánea comillas*, 69(135), 443-469.

Allsopp, K., Read, J., Corcoran, R. y Kinderman, P. (2019). Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Research*, 279, 15-22.

Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Péres, J. Carola., Echávarri, O., & Vilches, O. (2010). Clients', therapists', and observers' afreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeytic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20(4), 472-487.

APA - Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Arendt, H. (1968). La filosofía de la existencia. *Tarea*, 1, 48-68. En Memoria Académica.

[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.1124/pr.1124.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.1124/pr.1124.pdf)

- Astrada, C. (1949). El existencialismo, filosofía de nuestra época. En *Actas del Primer Congreso Nacional de Filosofía* (p. 349-358). Universidad de Buenos Aires.
- Balbín, S., Henao, L., Lopera, S., & Sierra, D. (2016). El suicidio desde la psicología humanista. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(13), 1-11.
- Barrero, A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394.
- Beautrais, A., Wells, E., McGee, M., & Oakley, M. (2006). Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: The New Zealand. Mental Health Survey. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40; 896-904.
- Bebbington, P., Minot, S., Cooper, C., Dennis, M., Meltzer, H., Jenkins, R., & Brugha, T. (2010). Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: Results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *European Psychiatry*, 25, 427-431.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Duberstein, P., Perez-Rodriguez, M. M., Dervic, K., Saiz-Ruiz, J., Courtet, P., de Leon, J., & Oquendo, M. A. (2010). An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. *Journal of personality disorders*, 24(6), 773–784.

Camus, A. (1981). *Calígula*. Alianza.

Codina, N. (2005). El self y sus pluralidades: un análisis desde el paradigma de la complejidad. *Escritos de Psicología*, 7(3), 24-34.

Cooper, M. (2003). *Existential Therapies*. SAGE Publications.

Cresswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design, Choosing Among Five Approaches*. Sage Publications.

Daray, F., Grendas L., & Rebok, F. (2016). Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 205-211.

Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861. DOI:10.1016/j.cpr.2012.09.007.

De Castro, A., & García, G. (2014). *Psicología clínica, fundamentos existenciales*. Editorial Universidad del Norte.

DeRobertis, E. (2020). The Humanistic Revolution in Psychology: Its Inaugural Vision. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(1), 1-25.

Díaz, L., Martínez, M., Torruco., U., & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Elsiever*, 2(7), 162-167.

Duque, H. y Aristizábal Diaz-Granados, E. (2019). Análisis fenomenológico interpretativo. Una guía metodológica para su uso en la investigación cualitativa en psicología. *Pensando Psicología*, 15(25), 1-24. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2019.01.03>

Echávarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S., & Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Centro de Políticas Públicas UC*, 10(79).

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126.

Echevarría, R. (2015). El diagnóstico psicopatológico y las clasificaciones de los trastornos mentales. En A. Jarne & A. Talarn (Eds), *Manual de psicopatología clínica* (pp. 75-103). Herder.

Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. En L. Rice & L.S. Greenberg (Eds), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). Guilford.

- Elliott, R. & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. En S. G. Toukmanien & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and normative approaches* (pp. 163-186). Newbury Park, CA: Sage.
- Feixas, G., & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós. <http://bibliografias.uchile.cl/42>
- Froján, M. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22(3), 201-204.
- Frankl, V. (1994). *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Herder.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., & González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 91-100.
- García-Haro, J., & González González, M. (2019). Dos enfoques de ayuda psicológica para personas en situación de riesgo de suicidio. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 109-115.

García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R. (2020a). Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico. *Norte de salud mental*, 16(62), 42-51.

García-Haro, J., García-Pascual, H., González, M., Barrio-Martínez, S., & García-Pascual, R. (2020b). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 35-42.

Gendlin, E. (1997). *Focusing: proceso y técnica del enfoque corporal*. Ediciones Mensajeros.

Gérvás J., & Pérez M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factores de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 66-71.

Gimeno-Bayón, A. (2017). Experiencia y existencia en las psicoterapias humanistas. *Revista de psicoterapia*, 28(107), 207-229.

Gimeno-Bayón, A. & Rosal, R. (2016). *Psicoterapia integradora humanista*. Desclée De Brouwer.

Goldfried, M. R., Greenberg, L. S. & Marmar, C. R. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology*, 41, 659-688.

Gómez, A. (2018). Nomenclatura y clasificación de la conducta suicida en A. Gómez, H. Silva & R. Amon (eds.), *El suicidio. Teoría y clínica* (vol. 1) (pp. 15-21) Mediterraneo.

González, M., García-Haro, J., & García-Pascual, H. (2019). Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 15-31.

Gould, M., Greenberg, T., Velting, D. & Shafer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *American Academy of Child adolescent psychiatry*, 42, 386-405.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.*

Guerra, J., & Haranburu, M. (1-29 de febrero de 2012). *Prevención, tratamiento y rehabilitación de la conducta suicida*. XIII Congreso de virtual de psiquiatría.com.

- Hemming, L., Haddock, G., Sahw, J. & Pratt, D. (2019). Alexithumia and its associations with depression, suicidality, and aggresion: an overview of literature. *Frontiers in Psychiatry*, 10(123), 1-7.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education.
- Husserl, E. (1962). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Fondo de Cultura Económica.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2013). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1–5. doi:10.1111/sltb.12068
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica.
- Krause, M., De la Parra, G., Arístegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C., & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 299-325.
- Krug, E., Mercy, J., Dahleberg, L., & Zwi, A. (2002). *The World Report on Violence and Health*. Geneva.



Lambert, C. (2006). *Mundo y Existencia*. Brickle Ediciones.

Lara, S. (2013). *Explorando la persona del psicólogo, su sí mismo, a través de sus relatos vivenciales, acercamiento desde la teoría humanista-experiencial*. (Tesis Doctoral). Universidad de Chile, Chile.

Larraguilbel, M., González, P., Martínez, V., & Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3) 183-191.

Latner, J. (2007). *Fundamentos de la Gestalt*. Cuatro Viento.

Leader, D. (2011). *La moda negra: Duelo, melancolía y depresión*. Sexto Piso.

León, E. (2009). El giro hermenéutico de la fenomenología en Martin Heidegger. *Polis Revista Latinoamericana*, 8(22), 267-283.

López, A. (2018). Psicoterapia experiencial orientada al focusing: una visión general. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 241-256.

López, A. (2020). Nociones sobre el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers: teoría, práctica e investigación. *Espacio ECP*, 1(1), 4-15.

López, A. (2021). Psicoterapia centrada en la persona y la ideación suicida. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 89-103.

Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.

Marmar, C. R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 265-272.

Martínez-Aguayo, C., Arancibia, M., & Silva, H. (2015). Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 53(2), 127-133.

May, R. (1963). El surgimiento de la psicología existencial. En R. May, G. W. Allport, H. Feifel, A. Maslow & C. Rogers (Eds.), *Psicología Existencial* (pp. 9-58). Editorial Paidós.

May, R. (1982). *El hombre en busca de sí mismo*. Editorial Central.

May, R. (1992). *La necesidad del mito*. Editorial Paidós Ibérica.

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2021). *Informe encuesta nacional de salud 2016-2017. Salud Mental 2: Comportamiento Suicida.*

Ministerio de Salud [MINSAL]. (2022). *Informe de mortalidad por suicidio en Chile: 2010- 2019.*

Naranjo, C. (1989). La focalización en el presente: Técnica, prescripción e ideal. En J. Fagan e I. Shepherd (Eds.) *Teoría y Técnica de la psicoterapia gestáltica* (pp. 53- 74). Amorrortu.

Navarrete, E., Herrera, J., & León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 193-214.

Noblezas de la Flor, M. (2006). Abordaje terapéutico desde la perspectiva de la logoterapia. *Miselánea Comillas*, 64(125), 673-684.

Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008) Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.

Ono, Y., Kawakami, N., Nakane, Y., Nakamura, Y., Tachimori, H., Iwata, N., Uda, H., Nakane, H., Watanabe, M., Naganuma, Y., Furukawa, T., Hata, Y., Kobayashi, M., Miyake, Y., Tajima, M., Takesima, T., & Kikkawa, T. (2008). Prevalence of and risk factors for suicide-related outcomes in the World Health Organization World Mental Health Surveys Japan. *Psychiatry and clinical Neurosciences*, 62, 442-449.

Organización Cooperación y Desarrollo Económico [OCDE]. (2011). *Health at a Glance 2011. OECD Indicators*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>

Organización Cooperación y Desarrollo Económico [OCDE]. (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Sitio web de la OMS. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019). *Suicidio. Datos y cifras*. Sitio web de la OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe Regional 2010-2014*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53628>

Polo, J. (2006). Reflexiones del pensamiento existencial ante el suicidio. *Revista Psicogente*, 9(16), 45-56.

Rivera, C., & Bernal, G. (2008). La medición en el cambio psicoterapéutico: Hacia una práctica psicológica basada en la evidencia y la medición. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 19, 223-244.

Riveros, E. (2000). *El nuevo paradigma del experiencing*. LOM Ediciones.

Rodríguez Pulido, F., de Rivera y Revuelta., Gracia Marco, R., & Montes de Oca Hernández, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11, 374- 380.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change [The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change]. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.

Rogers, C. (1959). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Nueva Visión.

Rogers, C. (1980). La relación interpersonal, núcleo de la orientación. En C. Rogers & B. Stevens (eds), *Persona a persona: el problema del ser humano* (pp. 91-107). Amorrortu.

Salvo, L. y Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2) 115-123.

Sánchez, M., Elizalde, M. & Salcido, L. (2022). Regulación emocional como factor protector de conductas suicidas. *Psicología y Salud*, 32(1), 49-56.

Sartre, J. P. (1985). *El existencialismo es un humanismo*. Ediciones Orbis.

Sassenfeld, A. (2016). *El espacio hermenéutico: Comprensión y espacialidad en la psicoterapia analítica intersubjetiva*. Ediciones SODEPSI.

Sassenfeld, A., & Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología*, 15(1), 91-106.

Scocco, P., de Girolamo, G., Vitagut, G., & Alonso J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 13-21.

Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista médica de Chile*, 141, 1275- 1282.

Simon, F., Stierlin, H. & Wynne, L. (1993). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Gedisa.

Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. SAGE.

Spirito, A. & Donaldson, D. (1998). Suicide and suicide attempts during adolescence en A.S. Bellack & M. Hersen (eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (vol. 5) (pp. 463-485) Elsevier.

Stange, I., & Lecona, O. (2014). Conceptos básicos de psicoterapia Gestalt. *Eureka*, 11(1), 106-117.

Stevens, J. (1990). *El "darse cuenta"*. Cuatro Vientos.

Strupp, H. H. (1995). The Psychotherapist's Skills Revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 70–74.

Szilasi, W. (2003). *Introducción a la fenomenología de Husserl*. Amorrortu.

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.

Tarrier, N., Taylor, K. y Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification*, 32, 77-108.

- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 208-215. DOI: 10.1016/j.ijchp.2014.03.004.
- Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305- 314.
- Tobías Imbernón, C., & García-Valdecasas, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 437-453.
- Valadez-Figueroa, I., Chávez-Hernández, A., Vargas-Valadez, V. & Ochoa-Orendain, M. (2016). Persistencia de los pensamientos de muerte posteriores a la tentativa suicida en una muestra de jóvenes mexicanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 39, 15-26.
- van Deurzen, E. (2009). *Everyday Mysteries*. Taylor & Francis.
- Vega-Arce, M. & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124-130.



Velásquez, L. (2001). Terapia gestáltica de Friedrich Solomon Perls: Fundamentación fenomenológica-existencial. *Psicología desde el caribe*, 7, 130-137.

Wiser, S. & Goldfried, M. R. (1996). Verbal interventions in significant psychodynamic- interpersonal and cognitive-behavioral therapy sessions. *Psychotherapy Research*, 6, 309-319.

Wolfenson, Á. (2015). Explorando las bases de la psicoterapia experiencial. *Revista GPU*, 11(2), 168-174.

Yalom, M. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Heder.

Zinker, J. (2000). *El proceso creativo en la Terapia Gestáltica*. Paidós.

## ANEXOS

### Anexo N°1: Escala de suicidalidad de Okasha

Instrucciones: pensando en los últimos **tres meses** marque con una X el recuadro que corresponda.

	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Muchas veces (3)	Puntos
1. ¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?					
2. ¿Has deseado alguna vez estar muerto?					
3. ¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?					
4. ¿Alguna vez has intentado suicidarte?	No	Sí: 1 vez	Sí: 2 veces	Sí: 3 o más	

## **Anexo N°2: Pauta de entrevista**

### Introducción:

A continuación, comenzaremos con la entrevista, nos centraremos en su experiencia de terapia y cómo esta fue ayudando a que cambiaras los pensamientos suicidas que tuviste hace un tiempo. Es importante que tengas en consideración que podemos interrumpir la entrevista en cualquier momento si así lo deseas, tu salud mental está por sobre la investigación. De igual manera, si no te sientes cómodo/a respondiendo alguna pregunta me lo comentas y continuamos con la siguiente.

### Preguntas sociodemográficas:

Primero te haré unas preguntas para conocerte más:

- ¿Cuántos años tienes?
- ¿A qué te dedicas actualmente?
- ¿Con quién vives?

Para comenzar, te haré unas preguntas enfocadas al contexto que apareció la ideación suicida:

### Preguntas orientadas a objetivos:

Identificar el(los) principal(es) factor(es) contextuales que lleva(n) a la ideación suicida.

- En este momento hablaremos del periodo en el que te encontrabas cuando inició la ideación suicida ¿tienes recuerdos de esa época? / ¿sientes que puedes recordar elementos de ese periodo? / ¿Qué tan fácil o difícil te es recordar ese periodo?
- ¿Con quién vivías cuando inició la ideación suicida?
- ¿Cómo era tu relación con estas personas?

- ¿Sientes que de alguna manera estas relaciones afectaron el comienzo de la ideación suicida? ¿de qué manera?
- ¿Cómo era la relación con tu familia de origen?
- ¿De qué manera la relación con tu familia afectó en la aparición de la ideación suicida?
- ¿Cómo era la relación con tus amistades en el periodo que aparece la ideación suicida?
- ¿Sientes que estas relaciones afectaron de alguna manera en el surgimiento de estos pensamientos? ¿de qué manera?
- ¿A qué te dedicabas (trabajo o estudios) en ese periodo?
- ¿Hay aspectos de tu vida laboral/académica que te hayan afectado en la aparición de los pensamientos suicidas?
- ¿Qué estaba ocurriendo en el ámbito de la pareja cuando comenzó con la ideación suicida?
- ¿Hay aspectos de este ámbito que pudieron haber afectado de alguna manera en la aparición de estos pensamientos? ¿de qué manera? ¿cuáles aspectos?
- ¿Recuerdas si hay alguna situación puntual que haya gatillado los pensamientos suicidas? ¿Cuál? ¿Cómo lo experimentaste/viviste?
- ¿Qué es lo que se volvió particularmente difícil de ese evento para ti?
- ¿Qué tipo de pensamientos comenzaste a tener cuando inició la ideación suicida?
- ¿Cómo vivenciaste esos pensamientos?
- ¿Qué tan intensos eran estos pensamientos?
- ¿Qué tan frecuentes eran?
- ¿En qué momento decidiste consultar a terapia?
- ¿Cómo te sentiste con la decisión de iniciar un proceso terapéutico? ¿optaste por algún tipo de terapia en particular?
- ¿Recibiste tratamiento farmacológico durante tu proceso de terapia?
- ¿En qué momento decidiste con tu terapeuta que era necesario?

- En el caso que no ¿por qué optaron por ese camino?

A continuación haré preguntas que apuntan a tu experiencia de terapia:

Describir la experiencia de la relación terapéutica de pacientes que padecieron ideación suicida en terapias humanistas-existenciales.

- ¿Sientes que hubo claridad de los objetivos de terapia para ti y tu terapeuta?
- ¿De qué manera eran acordes a lo que tu necesitabas?
- ¿Sientes que esos objetivos fueron bien abordados y que se cumplieron a través del proceso? ¿por qué lo ves así?
- ¿Qué intervenciones fueron facilitadoras para el proceso que estabas cursando?
- ¿Se utilizó alguna técnica en particular? De ser así ¿cómo facilitó su proceso?
- ¿Cómo percibes la relación con tu terapeuta?
- ¿Cómo se desarrolló la relación?
- ¿Percibes que hubo tensiones o quiebres en el vínculo con tu terapeuta?
- De ser así ¿qué sucedió? ¿Cómo lo solucionaron?
- ¿Cómo fue la recepción emocional de tu terapeuta? / ¿cómo fue la respuesta emocional de tu terapeuta?
- ¿Cómo te sentiste contándole acerca de tus pensamientos?
- ¿Recibiste lo que esperabas de un/a terapeuta? ¿por qué?
- ¿Qué tan comprendido/a te sentiste por tu terapeuta?
- ¿Cómo era el espacio dónde recibiste la atención? (presencial o virtual).
- ¿Sentiste que el espacio era seguro y resguardaba la confidencialidad? ¿por qué?
- Durante el proceso ¿se incluyeron otras personas en el trabajo? ¿se dio aviso por el estado en el que estabas?
- En el caso que si ¿cómo te hizo sentir que participaran estas personas de tu proceso terapéutico?

- Caracterizar la experiencia emocional del proceso de cambio terapéutico de la ideación suicida en pacientes de terapias humanistas-existenciales.
- ¿De qué manera sientes que fue para ti la experiencia de ir cambiando los pensamientos suicidas? ¿cómo se fue dando este proceso en ti?
- ¿Cuáles emociones fueron surgiendo en este proceso? ¿hubo vivencias nuevas?
- ¿disminuyeron o desaparecieron algunas?
- ¿Qué elementos de la terapia te fueron ayudando en este proceso de cambio?

Explorar la dimensión corporal del cambio terapéutico de la ideación suicida en pacientes de terapias humanistas-existenciales.

- Antes de tener estos pensamientos ¿Cómo era la relación con tu cuerpo?
- Cuando estabas con los pensamientos suicidas ¿cómo era la relación con tu cuerpo?
- Durante el tiempo de la ideación suicida ¿cómo cuidabas tu cuerpo?
- ¿Cómo sentías tu cuerpo durante ese tiempo? ¿Cómo era el malestar físico que sentías con la ideación suicida?
- ¿De qué manera la terapia te permitió ir cambiando tu relación con el cuerpo?
- ¿Qué es lo que fue cambiando? ¿De qué manera esos cambios se mantienen hoy en día?
- ¿Qué prácticas nuevas fuiste desarrollando para cuidar tu cuerpo? ¿Cómo sientes tu cuerpo hoy?



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Sociales  
Departamento de Psicología



### Anexo N°3: Invitación preliminar a Investigación

#### INVITACION PRELIMINAR A INVESTIGACIÓN

A través de la presente carta se le invita a participar del estudio *Experiencias del cambio terapéutico en la ideación suicida: un estudio fenomenológico interpretativo desde la psicoterapia humanista-existencial*, que corresponde a la tesis de Magíster en Psicología Clínica de Adultos de la Universidad de Chile de Javier Lora Gómez. El estudio tiene como objetivo comprender la experiencia del cambio terapéutico de la ideación suicida desde la perspectiva de los/as pacientes de terapias humanistas-existenciales. En caso de que usted esté interesado/a participar le solicitamos que autorice la entrega de sus datos al investigador responsable para que se ponga en contacto con usted, indicando su autorización en el espacio indicado más abajo.

A través de este documento doy mi autorización para que mis datos de contacto (nombre, teléfono y email) sean entregados al investigador responsable del estudio (marcar con una cruz):

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo N°4: Consentimiento Informado

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Experiencias del cambio terapéutico en la ideación suicida: un estudio fenomenológico interpretativo desde la psicoterapia humanista-existencial.**

#### I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación Experiencias del cambio terapéutico en la ideación suicida: un estudio fenomenológico interpretativo desde la psicoterapia humanista-existencial. Su objetivo es **Comprender la experiencia del cambio terapéutico de la ideación suicida desde la perspectiva de los/as pacientes de terapias humanistas-existenciales.** Usted ha sido invitado(a) porque es mayor de edad, presentó ideación suicida en los últimos dos años, pero no en los últimos 6 meses y cursó un proceso de terapia humanista-existencial.

El investigador responsable de este estudio es el psicólogo Javier Lora Gómez, del Magíster en Psicología Clínica de Adultos, línea Humanista-Existencial, Universidad de Chile. La tesis está patrocinada por la prof. Michele Dufey Domínguez, académica del Departamento de Psicología de la misma universidad.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

**Participación:** Su participación consistirá en una entrevista de una hora de duración aproximadamente que será grabada para luego ser transcrita por el investigador responsable. Dentro de los temas que se abordarán están la experiencia del proceso de psicoterapia y el cambio que tuvo de la ideación suicida. Antes de proceder con la entrevista se aplicará un instrumento que evalúa riesgo suicida con la finalidad de evitar que participe de la entrevista si su bienestar psicológico está afectado. En caso de que presente algún riesgo suicida se le retroalimentará esta información en el momento y se le ofrecerá la posibilidad de tener 5 sesiones de terapia libre de costo. Además, puede realizar preguntas si algo no está claro o lo necesita.

**Riesgos:** La investigación puede acarrear recuerdos que son difíciles y/o dolorosos para usted, por lo tanto, se reitera que puede interrumpir la entrevista cuando sea necesario y dejar de participar en la investigación de no poder continuar. En el caso de que ocurra alguna reacción emocional sensible durante la entrevista esta será pausada y se procederá a acoger y contener su



experiencia. Solo en caso de que usted lo estime adecuado la entrevista podrá ser retomada en ese momento o en otra instancia por acordar, o bien puede detener su participación completamente. En este último caso se le preguntará si desea ser contactado/a dentro de los próximos días para saber si su reacción emocional ha gatillado un estado psicológico indeseable. De ser este el caso, se realizará una derivación asistida al CESFAM correspondiente a su lugar de residencia, se le guiará durante todo el proceso hasta que reciba la atención psicológica; a la vez que, si el malestar y/o sintomatología son elevados, se le sugerirá recibir una atención psiquiátrica de urgencia, la cual también será guiada por el Investigador Responsable.

**Beneficios:** Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para comprender de mejor manera el fenómeno de la ideación suicida y cómo se generan los cambios de este, para que así más personas puedan optar a este tipo de tratamientos, además de que se hable con mayor apertura de un tema que continúa siendo tabú en la sociedad.

**Voluntariedad:** Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

**Confidencialidad:** Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Las entrevistas serán grabadas en un dispositivo móvil con clave, el audio será traspasado al computador del investigador responsable para ser transcrito por el mismo omitiendo todo dato personal, según se indicará posteriormente. Una vez transcrita la entrevista será eliminada la grabación para que no sea usada con fines ajenos a la presente investigación. Si durante la entrevista entregó algún dato que pudiese identificarlo/a será omitido o sustituido acorde a la necesidad de la entrevista; de aparecer el nombre de alguna persona será reemplazado por un nombre ficticio; en el caso que aparezca el nombre de una institución que pueda revelar su identidad también será reemplazado por un nombre ficticio, al igual que fechas y lugares. Dicha transcripción estará guardada por cuatro años desde la fecha de transcripción con el fin de contar con ellas en el caso de ser requeridas por el investigador responsable o el/la participante.

**Conocimiento de los resultados:** Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se le enviará un documento PDF de devolución a su correo electrónico, en el cual se presentarán los principales resultados, centrándose en los objetivos de la investigación. De la misma manera, si presenta alguna duda respecto a estos, se permitirá plantearlas mediante el mismo correo electrónico, además tendrá la opción de solicitar una entrevista de devolución de resultados si lo requiere.

**Datos de contacto:** Si requiere más información o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar al Investigador Responsable de este estudio:

**Javier Lora Gómez**

Teléfono: +569 63538913 Dirección: Arcadía 1579, San Miguel.

Correo Electrónico: [ps.javierlora@gmail.com](mailto:ps.javierlora@gmail.com)

También puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación que aprobó este estudio:

**Comité de Ética de la Investigación**

Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 29772443

Dirección: Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.

Correo Electrónico: [comite.etica@facso.cl](mailto:comite.etica@facso.cl)

## II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ....., acepto participar en el estudio **Experiencias del cambio terapéutico en la ideación suicida: un estudio fenomenológico interpretativo desde la psicoterapia humanista-existencial**, en los términos aquí señalados.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

\_\_\_\_\_  
Firma Participante

\_\_\_\_\_  
Firma Investigador Responsable

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico para la devolución de la información: \_\_\_\_\_

**Este documento consta de tres páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.**

## Anexo N°5: Protocolo superación puntaje de suicidabilidad

### PROTOCOLO SUPERACIÓN PUNTAJE CORTE DE SUICIDABILIDAD

#### **Experiencias del cambio terapéutico en la ideación suicida: un estudio fenomenológico interpretativo desde la psicoterapia humanista-existencial.**

El presente documento tiene por finalidad presentar el proceso de suspensión de la participación en el estudio por presentar un puntaje elevado en escala de Okasha para los/as participantes del proyecto *Experiencias del cambio terapéutico en la ideación suicida: un estudio fenomenológico interpretativo desde la psicoterapia humanista-existencial*.

Luego de completado el consentimiento informado y previo a la realización de la entrevista, el/la participante completará la escala de suicidabilidad de Okasha. En el caso que la persona supere el puntaje corte (5 puntos) no podrá participar en la entrevista por alto riesgo de vulnerabilidad de su estado psicológico. En el caso de que esto ocurra se procederá de la siguiente manera:

- I. Se retroalimentará a la persona su puntaje y se le señalará que no es recomendable proceder con la entrevista.
- II. Se explorará en conjunto la posibilidad de que esté asistiendo a alguna instancia de apoyo psicológico, o bien de que pueda acudir a tal instancia. Asimismo, se le ofrecerá la opción de tener cinco sesiones de terapia libre de costo (ver protocolo de derivación asistida adjunto).
  - a. De aceptar, el investigador responsable se pondrá en contacto con el/la psicólogo/a y se le dará el contacto al/a la participante.
  - b. De no aceptar, se procederá con el siguiente punto.
- III. Ante la delicada situación, se mantendrá contactará con el/la participante dos días después de lo ocurrido para conocer si se gatilló un estado psicológico indeseable y volver a ofrecer la atención psicológica gratuita.