



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

**EXPERIENCIA EMOCIONAL DE PSICOTERAPEUTAS FRENTE AL RIESGO  
SUICIDA DE SUS PACIENTES: IMPLICANCIAS PARA LA PSICOTERAPIA**

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

**TANYA DANIELA VERA GONZÁLEZ**

**Profesor Guía:**

**Alejandro Gómez Chamorro**

**Informantes:**

**Susana Morales Silva**

**Augusto Zagmutt Cahbar**

**Santiago de Chile, 2021**



**EXPERIENCIA EMOCIONAL DE PSICOTERAPEUTAS FRENTE AL RIESGO  
SUICIDA DE SUS PACIENTES: IMPLICANCIAS PARA LA PSICOTERAPIA**

## RESUMEN

Las emociones y los aspectos personales del terapeuta tienen repercusiones directas en la conducción del proceso terapéutico de pacientes con riesgo de suicidio. Diversos estudios reportan el predominio de emociones displacenteras en los terapeutas al trabajar con estos pacientes, hallándose un vacío de conocimiento en torno al reconocimiento y la modulación de las emociones suscitadas por el riesgo suicida de un paciente. Por esto, la presente investigación pretende apoyar el desarrollo de estrategias prácticas que permitan a los terapeutas dar un uso diagnóstico y terapéutico a sus respuestas emocionales, cognitivas y comportamentales. Se realizó un estudio cualitativo de alcance descriptivo relacional, donde se entrevistó a diez psicoterapeutas con formación especializada en el área clínica en relación a las repercusiones de su emocionalidad en la conducción del proceso terapéutico de pacientes con riesgo de suicidio. Dicha información se analizó mediante un diseño de teoría fundamentada, encontrándose momentos temporales en la intervención terapéutica que se integraron en un fenómeno más amplio al que se denominó *intervención emocional sincrónica con pacientes suicidas*. Además, se identificaron estrategias que favorecen la modulación emocional del terapeuta: la formación especializada en suicidio, la corresponsabilidad del tratamiento y la supervisión de casos.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio, Psicoterapia, Intersubjetividad, Reconocimiento Emocional, Desenganche.

## **DEDICATORIA**

A todas aquellas personas que han sentido que ya no vale la pena seguir viviendo.

A todos los profesionales que día a día se comprometen con la mejoría de sus pacientes.

A quienes creen que el ejercicio psicoterapéutico puede avanzar hacia mejores prácticas.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los profesores que me orientaron durante esta investigación. A Alejandro Gómez por invitarme a reflexionar constantemente sobre el fenómeno suicida y la práctica terapéutica y compartirme sus experiencias en la atención de estos pacientes. A Susana Morales por su generosidad desde el inicio, siempre dispuesta a compartir sus conocimientos y orientarme con profesionalismo y acuciosidad en todas las etapas de esta investigación. A Augusto Zagnutt por su invitación a profundizar en la comprensión del fenómeno suicida y su disposición a acompañarme en este proceso.

Agradezco a mi familia por brindarme espacios para trabajar tranquila en esta investigación y aceptar mi ausencia prolongada sin reproches y expresando su apoyo cada vez que conversamos al respecto, incluyendo a aquellos que partieron de este mundo porque sé estarían orgullosos. A mis amistades por entender mi falta de disponibilidad y escucharme tantas veces hablar de la tesis y darme ese aliento necesario.

También doy mi agradecimiento a las psicólogas Melania Carrasco, Gabriela Ayala y Claudia Gutiérrez por su disposición a ayudarme con el pilotaje de las entrevistas.

Le doy las gracias a las y los psicoterapeutas participantes que me ayudaron a entender que los casos graves requieren de acompañamiento y que nuestra experiencia emocional es central tanto en nuestra vida personal como en nuestro ejercicio profesional.

Por último, quiero agradecer a Danilo Rodríguez, por su amor y contención incondicional durante este proceso. Gracias por creer en mí y alentarme a seguir adelante, sobre todo en aquellos momentos en los que sentí que ya no podía más. Tus palabras me han ayudado a reconocermé y por eso te estaré eternamente agradecida.

*El terapeuta es un ser humano con sus propias dificultades  
de comprensión y zonas de particular sensibilidad,  
y éstas interactúan inevitablemente con los problemas  
y puntos sensibles del paciente.*  
(Safran & Segal, 1994)

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	1
<i>Pregunta de investigación</i> .....	4
II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
<i>Objetivo general</i> .....	4
<i>Objetivos específicos</i> .....	4
<i>Preguntas directrices</i> .....	5
III. MARCO TEÓRICO .....	6
3.1 ANTECEDENTES CONCEPTUALES DEL SUICIDIO .....	6
3.1.1 El suicidio desde la visión estándar a un hecho social .....	6
3.1.2 El suicidio desde la Suicidología moderna.....	9
3.1.3 Modelos predictivos de Riesgo Suicida .....	12
3.2 FACTORES DE RIESGO SUICIDA Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS .....	19
3.2.1 Estrategias de Prevención del Suicidio en Chile .....	23
3.3 PSICOTERAPIA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO .....	26
3.3.1 Alianza terapéutica y pacientes con riesgo de suicidio .....	31
3.3.2 Las emociones en la psicoterapia como espacio intersubjetivo y pacientes con riesgo suicida.....	37
3.4 PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA .....	41
3.4.1 Aproximación constructivista-cognitiva al comportamiento suicida .....	44
3.4.2 Experiencia personal del terapeuta en Psicoterapia Constructivista: Proceso de enganche y desenganche .....	49
IV. MARCO METODOLÓGICO .....	56
Diseño de Investigación .....	56
Diseño Muestral y Estrategia de Muestreo .....	56
<i>Criterios de inclusión y exclusión de los participantes</i> .....	56
<i>Procedimiento de muestreo</i> .....	56
<i>Consideraciones Éticas</i> .....	57
<i>Caracterización de los participantes</i> .....	57
Técnicas de Recolección de datos .....	58



Plan de análisis de información.....	58
<i>Codificación abierta</i> .....	58
<i>Codificación axial</i> .....	59
V. RESULTADOS .....	60
5.1 IMPACTO EMOCIONAL DEL RIESGO DE SUICIDIO EN EL TERAPEUTA.....	60
5.1.1 Develación del riesgo de suicidio.....	61
5.1.2 Identificación consciente de la emoción con pacientes en riesgo de suicidio .....	65
5.1.3 Regulación emocional .....	77
5.2 CONFIGURACIÓN DEL ESPACIO INTERSUBJETIVO .....	85
5.2.1 Actitud percibida del paciente.....	86
5.2.2 Posición del psicoterapeuta frente al paciente en riesgo de suicidio .....	88
5.2.3 Vinculación terapéutica con pacientes en riesgo de suicidio .....	95
5.3 INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CON PACIENTES EN RIESGO DE SUICIDIO	103
5.3.1 Intervención técnica con el paciente en riesgo.....	104
5.3.2 Intervención técnica-comprensiva.....	108
5.3.3 Efectos en otros pacientes .....	109
INTERVENCIÓN EMOCIONAL SINCRÓNICA CON PACIENTES EN RIESGO DE SUICIDIO .....	113
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	118
VII. BIBLIOGRAFÍA .....	151
VIII. ANEXOS.....	171
ANEXO 1: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	171
ANEXO 2: GUIÓN DE ENTREVISTA .....	175

## I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública que provoca más de 800.000 muertes anuales en el mundo, correspondiente a un deceso cada 40 segundos (Organización mundial de la salud [OMS], 2017). Por cada suicidio consumado se estima que hay 20 intentos, razón por la cual los intentos se consideran como la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general (Organización Panamericana de la Salud, 2021; Ministerio de Salud [MINSAL], 2013; 2019). Los grupos etarios más afectados son el de los adultos de 70 años o más con las tasas más altas a nivel mundial (OMS, 2016) y el de la población joven, siendo la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años (OMS, 2016; 2017). Por otra parte, al desagregar por sexo, la tasa mundial de mortalidad por suicidio es casi cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres (OMS, 2016; OECD, 2019) y en cuanto al género, tienen más probabilidades de fallecer por suicidio aquellas personas que se identifican como LGBT, en comparación a su contraparte heterosexual y cisgénero (Tomicic, *et al.*, 2016; Yildiz, 2018).

En Chile, durante el año 2018 se quitaron la vida 1727 personas<sup>1</sup>, correspondiente a una tasa de 10,2 x 100.000 habitantes, de las cuales el 83% fueron hombres y el 17% mujeres (SSMSO, 2019), siendo el grupo etario más afectado el de los adultos sobre 80 años (SENAMA, 2019) y el de los jóvenes entre 20 y 29 años (MINSAL, 2019). Además, Chile es el cuarto país de la región de las Américas que presenta un mayor porcentaje de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) por la carga de suicidio y autoagresión (OPS, 2018).

Por otra parte, la evidencia demuestra que los pacientes con conducta suicida son potenciales consultantes y/o usuarios de los espacios clínicos (Obafunwa & Busuttill, 1994; Luoma, Martín & Pearson, 2002; Gómez, 2012; OMS, 2016). De hecho, se estima que entre el 38% y el 80% de las víctimas del suicidio estuvieron en tratamiento o consultaron con profesionales de la salud el mes anterior al deceso (Gómez, Núñez, Ibáñez & Gómez, 2012). No obstante, muchos servicios de salud no logran proporcionar la ayuda necesaria a estos pacientes (OMS, 2016); lo que indica la necesidad de que la investigación clínica busque elementos que puedan favorecer el desarrollo de una respuesta sanitaria “adecuada” frente al

---

<sup>1</sup> El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente destaca que a la fecha 03/06/2019 la base de defunciones del año 2018 aun tenía 14.567 registros sin diagnóstico a nivel nacional.

riesgo suicida (Sepúlveda, 2016; Echávarri, *et. al*, 2018; Muehlenkamp & Thoen, 2019). Además, trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno por abuso de sustancias, el trastorno límite de personalidad y en especial la depresión se han asociado con la muerte por suicidio (OMS, 2016). Precedentes que sugieren que la psicología clínica podría realizar importantes aportes técnicos respecto a la detección de personas en riesgo y el tratamiento de la conducta suicida.

Desde el ámbito clínico, la psicoterapia ha resultado ser efectiva en el tratamiento de la conducta suicida (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2013; 2014; Calati & Courtet, 2016; Hofstra, *et al.*, 2019), repercutiendo favorablemente en los niveles de desesperanza de pacientes en riesgo (Cuijpers, *et al.*, 2013). Inclusive ha sido valorada como “salvadora” por algunos pacientes cuando encuentran en sus terapeutas comprensión, empatía y una actitud no crítica (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2014). Es decir, ciertas características personales del terapeuta serían valoradas positivamente por pacientes con conducta suicida y ejercerán una influencia favorable sobre el proceso terapéutico.

La psicoterapia, desde un enfoque constructivista-cognitivo, es un contexto que implica la emergencia de una realidad interpersonal (Yáñez, 2005), en la que tanto paciente como terapeuta deben sincronizar las formas de significar la experiencia en curso, para generar el efecto esperado (cambio) en el paciente (Duarte, 2012). En este sentido, “no se puede considerar al paciente que sigue una terapia, independientemente del terapeuta” (Safran & Segal, 1994, p. 17). Por lo anterior, es imprescindible destacar que la persona del terapeuta no es un ser neutral, pues sus aspectos personales (sentimientos, percepciones, pensamientos e historia personal) lo autodevelan continuamente en cada intervención frente al paciente (Safran & Murrain, 2005; Navia & Arias, 2012; Szmulewicz, 2013). Entonces, se comprenderá la “experiencia interior” del terapeuta como los sentimientos y pensamientos que le suscita el paciente y él mismo en la interacción en el contexto psicoterapéutico o en espacios fuera de la consulta al pensar el trabajo con el paciente (Gelso & Pérez-Rojas, 2017).

Referente a lo anterior, el terapeuta debe lograr descentrarse (desenganche) respecto al impacto emocional que le provoca el comportamiento del paciente en psicoterapia, pues solo así podrá facilitar la exploración experiencial del paciente (Safran & Segal, 1994; Galdames, 2015) y favorecer el esclarecimiento de los ciclos cognitivos interpersonales disfuncionales que interfieren con la reorganización del significado personal y con la

autorreferencialidad experiencial (Chacón, 2010; Galdames, 2015). Es decir, el terapeuta despliega también un trabajo sobre su propia persona, en especial sobre su experiencia emocional, para que no intervenga de forma negativa en la conducción del proceso psicoterapéutico (Greenberg, 2015). En este sentido, aquellos terapeutas que no son conscientes de la información afectiva que experimentan en las interacciones terapéuticas de las que son parte pueden promover hipótesis apresuradas y erróneas sobre el paciente y también respecto a la forma en que este se relaciona con los demás (Safran & Segal, 1994).

Esto último ha sido observado por Yaseen, Galynker, Cohen y Briggs (2017) en relación a la conducta suicida, pues las respuestas emocionales de los clínicos se relacionan con cómo se juzga, durante la evaluación clínica, el riesgo suicida del paciente. Asimismo, Barzilay y colaboradores (2018) mostraron que los terapeutas realizan una evaluación negativa de la alianza terapéutica cuando experimentan estados emocionales ligados al enojo y la ansiedad, siendo esto especialmente relevante, ya que la alianza terapéutica explica entre un 25% y un 30% de la varianza de los resultados de la terapia (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). De hecho, desarrollar una alianza terapéutica fuerte actúa como elemento disuasorio al suicidio (Hendin, Haas, Maltzberger, Koestner & Szanto, 2006). Además, se ha dado cuenta de que las respuestas emocionales ansiosas por parte de los clínicos ante pacientes de alto riesgo han predicho conductas suicidas subsiguientes, independientemente de la presencia de factores de riesgo tradicionales (Yaseen; Galynker, Cohen & Briggs, 2017; Barzilay *et al.*, 2018). Información que confirma que el riesgo suicida presenta una situación emocionalmente compleja tanto para pacientes como para terapeutas y vislumbra el complejo impacto que las emociones de los terapeutas pueden tener en pacientes con riesgo suicida.

La evidencia señala que los terapeutas experimentan menos sentimientos positivos hacia pacientes con riesgo suicida, en comparación con pacientes sin riesgo (Yaseen, *et al.*, 2013; Türkes, Yilmaz & Soylu, 2017; Yaseen; Galynker, Cohen & Briggs, 2017). Sin embargo, en Chile la mayoría de las investigaciones se han centrado en identificar factores de riesgo y protección (Echávarri, *et al.*, 2015; Morales, *et al.*, 2016), así como en desarrollar y evaluar instrumentos para la detección de personas en riesgo (Gómez, Núñez, Ibáñez & Gómez, 2012; Barros, *et al.*, 2017; Morales, *et al.*, 2017; Echávarri, *et al.*, 2018), destacándose que hasta ahora no se han encontrado en el país investigaciones que releven la experiencia de los terapeutas en este contexto. Es a causa de esta falta de conocimiento que

la presente investigación destaca la importancia de analizar y comprender la manera en que psicoterapeutas identifican y regulan sus propios estados emocionales en este contexto. La relevancia de esta investigación se enfoca en contribuir al desarrollo de habilidades emocionales prácticas en psicoterapeutas chilenos que faciliten la conducción del proceso terapéutico de pacientes con riesgo de suicidio.

### ***Pregunta de investigación***

*¿Cómo repercute en la conducción de la psicoterapia, con pacientes en riesgo suicida, la capacidad del psicoterapeuta para reconocer y regular sus estados emocionales?*

## **II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### ***Objetivo general***

- Determinar las repercusiones de la capacidad de reconocimiento y regulación emocional de psicoterapeutas, en la psicoterapia con pacientes con riesgo suicida, para favorecer la conducción del proceso terapéutico.

### ***Objetivos específicos***

- Indagar desde la perspectiva de psicoterapeutas, cómo reconocen la experiencia emocional que les suscita el riesgo suicida de sus pacientes.
- Distinguir experiencias emocionales y la tendencia a la acción en los psicoterapeutas expertos en función del nivel de severidad del riesgo suicida de su paciente.
- Describir estrategias que psicoterapeutas expertos utilizan para regular su experiencia emocional en relación al riesgo suicida de sus pacientes.
- Relacionar estrategias de regulación emocional de los psicoterapeutas expertos con la conducción de la psicoterapia con pacientes en riesgo suicida.

### ***Preguntas directrices***

- *¿Cómo vivencian el riesgo suicida de sus pacientes los psicoterapeutas? ¿Cómo los psicoterapeutas reconocen la propia experiencia emocional en psicoterapia? ¿Y fuera de ella, en cuanto al proceso terapéutico del paciente en riesgo suicida? ¿Cuál es la importancia de la identificación de la experiencia emocional para psicoterapeutas cuando trabajan con un paciente en riesgo suicida?*
- *¿Cuáles son las diferencias en la experiencia emocional del terapeuta en función de la severidad del riesgo suicida de sus pacientes? ¿Cuáles son las tendencias a la acción que experimentan los terapeutas frente al riesgo suicida de sus pacientes? ¿Cómo son las acciones que despliegan los terapeutas en función de la severidad del riesgo suicida de sus pacientes?*
- *¿Cómo los psicoterapeutas regulan su experiencia emocional frente a pacientes con conducta suicida dentro de la psicoterapia? ¿Y fuera de ella, en cuanto al proceso terapéutico del paciente en riesgo suicida? ¿Cuáles son las estrategias de regulación emocional que utilizan los terapeutas frente al riesgo suicida de sus pacientes? ¿Cuáles estrategias no favorecieron la regulación emocional de los terapeutas?*
- *¿Cuáles es el impacto que tiene la regulación emocional para el proceso terapéutico con pacientes en riesgo suicida? ¿Qué impacto tuvo para el proceso psicoterapéutico no poder regular la experiencia emocional frente al paciente en riesgo suicida? ¿Cómo podrían integrarse dichas experiencias emocionales y de regulación emocional con la conducción del proceso psicoterapéutico?*

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 ANTECEDENTES CONCEPTUALES DEL SUICIDIO

El suicidio es un fenómeno que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Sin embargo, sus comprensiones no están exentas de condiciones históricas que favorecen distintos abordajes (morales, filosóficos, psicológicos, sociológicos, psicopatológicos, entre otros). En este apartado, se revisará cómo su comprensión en la esfera de la psiquiatría fue cambiando desde una visión más inespecífica a un abordaje más sociológico, para continuar con la propuesta de la suicidología moderna, en tanto campo de estudio científico que se ocupa tanto del comportamiento suicida como de su prevención. Se finalizará este apartado con una aproximación descriptiva que sugiere estados sucesivos posibles de anticipar y que pueden resultar un aporte para la prevención del suicidio desde el área clínica.

##### 3.1.1 El suicidio desde la visión estándar a un hecho social

Desde el campo de las ciencias médicas y la psiquiatría el suicidio no siempre fue incluido como un fenómeno relevante a la hora de abordar los trastornos de salud mental. Berrios (2008) realizó un análisis histórico de cómo cambios en la noción de enfermedad mental y en la teoría psicológica favorecieron la “medicalización” del debate en torno al suicidio ya a finales del siglo XVIII; no obstante, también muestra que, si bien en esta época se empezó a desatender aquellos cuestionamientos inspirados en la tradición religiosa, igualmente continuó el debate moral del suicidio pues la sociedad lo consideraba una amenaza al orden establecido (Lantéri-Laura & del Pistoia, 1970). El autor describe, por una parte, que el modelo anátomo-clínico aplicado al concepto de enfermedad mental problematizó si el suicidio podría tratarse de una *insania total* o ser parte de las nuevas formas médicas conceptualizadas como *insanias parciales* (aquellas que no implicarían una perturbación total del funcionamiento intelectual, por ejemplo, las monomanías). Y, por otra parte, explica que el surgimiento de la Psicología de las Facultades hizo posible la conceptualización clínica de insanias, cuyo trastorno primario se encontraría en las emociones o en la volición (Berrios, 2008); en razón de que esta teoría psicológica postuló que el psiquismo humano estaría formado por distintas facultades que podían actuar

congruentemente y de forma aisladas, siendo la enfermedad capaz de atacarlas de manera separada (Durkheim, 1897/2004). De este modo, los suicidas fueron eximidos de padecer necesariamente delirios o alucinaciones y se favoreció la incorporación de otras explicaciones alternativas a la de enfermedad mental.

Lo anterior, según relata Berríos (2008), favoreció la prevalencia en el siglo XIX de la *visión estándar* -que tuvo como precursor a Esquirol- la cual consideró que, si bien algunos suicidios son causados por enfermedad mental, el suicidio en general es un fenómeno idiopático, porque puede aparecer en situaciones muy diversas y el estado de alteración mental podría no representar una enfermedad como tal, sino que ser un síntoma o un estado de breve duración. Es decir, la comprensión estándar del suicidio supuso un “estado alterado”, pudiendo tratarse de algún sobresalto emocional importante, mas no necesariamente estar dentro del campo de la locura o de la patología psiquiátrica. De allí que Esquirol plantease que “el tratamiento de la conducta suicida debe centrarse en las *motivaciones y razones* del sujeto” (Berríos, 2008, p. 543), apelando a los vestigios racionales del individuo (Torres, 2014).

En contraste, Durkheim cuestionó a este movimiento psiquiátrico europeo que restringía el fenómeno suicida a la esfera individual (y en muchos casos a cuadros nosológicos) a través de una lectura del suicidio en términos impersonales. En este sentido, el autor postuló que el fenómeno del suicidio es un *hecho social* que no podría entenderse sin comprender cómo es que afectan coercitivamente a los individuos el conjunto de sentimientos, ideas, creencias, valores y tipos de asociación que se generan dentro de un colectivo específico y que trascienden a la conciencia individual (Durkheim, 1897/2004), pues si solo se consideran aspectos individuales, las tasas de suicidio deberían ser similares para cada sociedad, hecho que él refuta con sus estudios sociológicos (Romero y Gonnet, 2013). Dicho de otro modo, Durkheim propuso una clasificación etiológica del suicidio situada por encima de los casos particulares, apelando a tendencias colectivas externas a los individuos, cuya existencia se corroboraba en la estadística del suicidio.

Lo anterior, llevó al autor a tratar de responder la pregunta por los estados de los diferentes medios sociales que determinan las variaciones del suicidio, concluyendo que en



la decadencia de las creencias tradicionales se encontrarían algunas causas potenciales del suicidio (Durkheim, 1987/2004). En efecto, el análisis de Durkheim muestra que:

1) Una doctrina al perder su eficacia en la reglamentación de la conducta y de los mayores detalles posibles de la existencia, produce una desorganización de hábitos y prácticas comunes que antes eran dominantes y automáticos.

2) Cuando ya no existe un sistema de creencias que la sociedad perciba como indiscutible y que, por lo tanto, carezca de una autoridad “sacrosanta” que esté por sobre la comprobación, surge espacio para el juicio del individuo y la afirmación de las conciencias individuales en su autonomía.

3) La libertad de examen y de las conciencias individuales, promueve la necesidad de instrucción, dispersándose sentidos divergentes y originando un estado de individualismo moral que se relaciona con tasas más altas de suicidio.

De este modo, aplicando lo anterior a la acción profiláctica de la religión sobre el suicidio, Durkheim (1897/2004) señala en su libro *El suicidio*:

Si protege al hombre contra el deseo de destruirse [...] es porque constituye una sociedad. Y lo que constituye esta sociedad es la existencia de un cierto número de creencias y de prácticas comunes a todos los fieles, tradicionales y, en consecuencia, obligatorias. Cuanto más numerosos y fuertes son estos estados colectivos, más fuertemente integrada está la comunidad religiosa y más virtud preservativa tiene (p. 164).

Describiendo lo mismo con las sociedades domésticas y sociedades políticas cuando tienen una fuerte integración. Así, la conclusión general que de aquí se desprende es que “el suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo” (p. 214). Por lo tanto, el autor concluye que en contextos que propicien una individuación excesiva en que el sujeto individual se afirma desmedidamente por sobre el sujeto social y a expensas de este, se favorecerían causas suicidógenas; aunque, en sí mismo es una causa de este tipo (Durkheim, 1897/2004). Sin embargo, lo mismo podría ocurrir por una exagerada integración y adherencia al yo social, que genere una individuación insuficiente (Neira, 2018). Por consiguiente, para Durkheim el suicidio se produciría respecto a condiciones externas y restrictivas que se derivan de la organización de la sociedad y sus productos emergentes, independientemente de la psicopatología que podría estar presente o

no en el sujeto suicida. En este sentido, el fenómeno incluiría prácticas y juicios morales-culturales que no necesariamente se discutieron previamente y que predisponen a los individuos a comportarse y pensar en función de estos aspectos interiorizados en el proceso de socialización (Durkheim, 1895/2011).

Si bien ya hacia la década de 1880 la mayor parte de los alienistas mantenía una amplia definición del suicidio, aceptando como causas potenciales todo tipo de hechos sociales, mantenían una comprensión de “lo social” acotada a lo ambiental y no como leyes objetivas aplicables a todas las personas, como la propuesta de Durkheim (Berrios, 2008). En conclusión, ambas visiones contribuyeron a que ya a mediados del siglo XX las explicaciones etiológicas sobre el suicidio ampliarán la mirada hacia una comprensión del fenómeno como un acto que pudiera integrar múltiples causalidades (Berrios, 2008), incluyendo necesariamente un trasfondo que se ancla en dinámicas comunitarias y sus efectos en la experiencia personal del sujeto. No obstante, son aproximaciones que hacen lecturas impersonales del suicidio, en tercera persona, al tratar de comprender a la persona desde parámetros externos y no desde su singularidad (Barrionuevo, Brito & Wolfenson, 2011).

### **3.1.2 El suicidio desde la Suicidología moderna**

La comprensión moderna del suicidio, si bien ya se reconoce en la discusión de los siglos XIX y XX entre la psiquiatría y la sociología que buscaba expandir la comprensión del suicidio de la esfera de las patologías mentales, se consolida con el descreimiento que el Dr. Shneidman<sup>2</sup> enfatiza respecto a que solo los pacientes con patologías psiquiátricas atentaban contra su vida, siendo la propuesta a defender: “no todo suicida es psicótico, así como no todo psicótico es suicida” (Chávez & Leenaars, 2010, p. 357). Esto último fue demostrado con un estudio publicado en 1996 en la Universidad de Harvard, titulado “Final thoughts and reflections. The suicidal mind”, en el que Shneidman demostró que solo el 15% de los suicidas eran psicóticos. Paralelamente, incorporó en sus investigaciones la perspectiva de los pacientes para profundizar la comprensión respecto a sus experiencias

---

<sup>2</sup> Psicólogo clínico, suicidólogo y tanatólogo estadounidense, fundador del Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles, de la Asociación Estadounidense de Suicidología y de la revista de estudios de suicidio “*Suicide and Life-Threatening Behavior*”. Es considerado “Padre de la Suicidología moderna” al ser pionero en el campo de la prevención del suicidio y de su tratamiento.

suicidas (Firestone, 2018) y también la visión de personas del entorno del fallecido para clarificar los motivos que pudieron movilizarlo hacia una muerte suicida (Shneidman, 2004). De manera que, a través de investigaciones estadísticas, empíricas y fenomenológicas, el Dr. Shneidman empezó a contradecir creencias ampliamente difundidas con respecto a los sujetos suicidas, amplió la comprensión del fenómeno y sentó las bases para el estudio científico del suicidio desde un enfoque complejo, riguroso y considerando diversas variables explicativas (Chávez y Leenaars, 2010).

Shneidman (1959) privilegió una visión idiosincrática del fenómeno suicida al relevar que la ideación y el comportamiento suicida resultaban lógicos y sensatos para el individuo suicida, a pesar de resultar ilógico para las personas que lo rodearan; así encontró como el principal común denominador de este comportamiento el *fuerte dolor* psicológico. En consecuencia, si bien planteó que el fenómeno suicida es un campo de estudio multidisciplinario, señaló también que es atingente principalmente a la Psicología, ya que el suicidio se articula como una crisis psicológica (Shneidman, 1996). En esta línea, proporcionó una nueva conceptualización para el suicido, en tanto “acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional<sup>3</sup> en un individuo que percibe este acto como la mejor solución” (Shneidman, 1985). Dicho de otro modo, el suicidio no constituye una entidad psicopatológica en sí misma, ni una simple reacción a situaciones que generan malestar y angustia; sino que es un comportamiento que es visto por la persona que decide quitarse la vida como funcional, ya que sería el único modo de poner fin a un sufrimiento y tensión psíquica que se han vuelto insoportables o inaceptables para quien los padece. En este sentido, el suicidio no sería un movimiento hacia la muerte sino una solución que permite escapar, cuando el resto de opciones fracasan en la superación del dolor (Baumeister, 1990; Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga & Taylor, 2016; Pompili, 2018).<sup>4</sup>

Además, en base a los estudios realizados, Shneidman (1985) elaboró una propuesta

---

3 Incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos (Chávez & Leenaars, 2010; Larrobla, Canetti, Hein, Novoa & Durán, 2012; MINSAL, 2013; OMS, 2016).

4 Cabe destacar que las acciones de protección, prevención, detección e intervención en crisis o post crisis no se dirigen a aquellas personas que a través de una reflexión existencial consideran la “muerte voluntaria” como un acto de libertad y dignidad. Diversos autores han atendido esta comprensión del suicidio (Szasz, 2002; Améry, 2005; Foucault, 2007; Cruz, 2017).

descriptiva con 10 aspectos comunes del comportamiento suicida, es decir, con aquellos elementos que podrían ser objeto del tratamiento:

1. Comúnmente tiene como propósito buscar una solución.
2. Presenta como objetivo común el cese de la conciencia.
3. Su estímulo común es el dolor psicológico insoportable.
4. Su estresor común serían las necesidades psicológicas insatisfechas.
5. Su emoción común es la desesperanza (y la desesperación).
6. El afectado muestra como estado cognoscitivo común, la ambivalencia.
7. Su estado perceptual común es la constricción (visión de túnel).
8. La acción común es escapar.
9. El acto interpersonal es la comunicación de la intención suicida.
10. Y su consistencia común es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida.

Otra de las aportaciones significativas de Shneidman y la Suicidología moderna es que el suicidio puede ser explorado no solo a partir de la muerte del individuo, sino que también desde el momento de su planeación y en los rastros que este dejaba tanto a nivel material como textual (MINSAL, 2013). Lo cual supuso que en la actualidad el comportamiento suicida pueda ser anticipado y prevenido, ya que en general tiene expresiones sucesivas y diferentes, susceptibles de ser identificadas antes de la consumación de la muerte del individuo. A este respecto, Chávez & Leenaars (2010) señalan que la pretensión última de Shneidman consistía en proporcionar un concepto que pudiera ser llevado a la comprensión popular, para favorecer su detección y prevención. De allí que entre sus contribuciones destaquen también que ofrecía información a personas del entorno del sujeto suicida para manejar y canalizar la situación, creó alternativas de ayuda y compañía para individuos con pensamientos y sentimientos autodestructivos, y desarrolló diversas herramientas de análisis para poder determinar el perfil psicológico de la persona difunta y esclarecer potenciales causas de su actuar. En este sentido, favoreció el despliegue de acciones concretas en el área de la prevención, detección, tratamiento y estudio del fenómeno.

Por lo tanto, en la actualidad el estudio del suicidio constituye un campo interdisciplinar en el que no solo se incorporan el acto mismo de autodestrucción, sino que

pensamientos y sentimientos que lo anteceden, y también variables personales y socio-comunitarias, tanto para la comprensión del fenómeno como para el despliegue de acciones en la línea de su prevención, dando cuenta de la existencia de múltiples causas que podrían llevar a un desenlace suicida (OMS, 2016).

### **3.1.3 Modelos predictivos de Riesgo Suicida**

En concordancia con lo anterior, entender al suicidio como un fenómeno que presenta distintos niveles de expresión ha permitido la formulación de modelos que describen ciertas etapas previas a la manifestación de un estado suicidal, que confieren una mayor vulnerabilidad para el riesgo de suicidio y que también contribuyen a la elaboración de modelos predictivos de riesgo de suicidio grave (Barros, *et al.*, 2017; Baumeister, 1990; Joiner, 2007). Asimismo, ha favorecido que el estado suicidal se descomponga en fases que indican distintos niveles de riesgo y, si bien constituye un abordaje descriptivo que no considera la experiencia singular de la persona, reviste utilidad clínica en términos de poder realizar anticipaciones en función del grado de letalidad y favorece el despliegue de acciones preventivas.

#### *3.1.3.1 El suicidio como escape de uno mismo*

Baumeister (1990) propuso la “Teoría del escape” en la cual el impulso autodestructivo está dirigido a escapar de la autoconciencia dolorosa de las “deficiencias” del yo y de la aversión del afecto negativo. El autor describe pasos que conducirían a un comportamiento suicidal grave:

- Primero, la severa experiencia de que los resultados (o circunstancias) actuales caen muy por debajo de los estándares, por expectativas elevadas y poco realistas o problemas y contratiempos recientes. Es decir, se experimenta la discrepancia entre las expectativas creadas y los hechos de la realidad.
- Segundo, la atribución interna de los resultados decepcionantes que crean culpa y afecto negativo sobre el yo.
- Tercero, la comparación del yo con estándares percibidos como relevantes, que genera un estado aversivo de alta autoconciencia de sí mismo como inadecuado, incompetente, desagradable, poco atractivo, culpable o malo; cualidades que se vivencian como indeseables

y estables. Estos estándares se construyen según el autor, a partir de la mantención del estatus quo que lleva a la persona a tomar como punto de comparación su propio nivel de calidad pasado, o los sentimientos privados que emergen de percibir que uno no está a la altura de las expectativas de otras personas.

- Cuarto, la emergencia de un afecto negativo producto de esta comparación desfavorable del sí mismo con los estándares deseados y la alta autoconciencia, del cual se busca escapar.

- Quinto, este estado de infelicidad con pensamientos y sentimientos aversivos condicionaría la emergencia de un estado de “deconstrucción cognitiva”, en el cual se incluye la propia inhibición. Esto quiere decir que, para escapar de la conciencia significativa de los problemas de la vida actual y sus implicancias sobre uno mismo, se rechaza y evita el pensamiento significativo. Entonces, se desarrollaría una conciencia de nivel inferior en que la perspectiva del tiempo se restringe a un enfoque estrecho en el presente; se produciría un estado de concreción en el cual el foco estaría puesto sobre movimientos y sensaciones inmediatas, excluyendo las ideas y emociones más amplias; y la acción se orientaría por objetivos inmediatos y próximos.

La teoría propuesta por Baumeister (1990) hipotetiza cuatro grandes consecuencias del estado cognitivo de deconstrucción: 1) La reducción de las inhibiciones, especialmente aquellas que dependen de las implicancias significativas, los propios estándares y valores. Esta desinhibición se produciría por el estado de deconstrucción cognitiva pero no necesariamente constituye un rasgo estable de personalidad. 2) Un proceso de pasividad, en que la persona se mostraría renuente a tomar acciones activas y significativas en la vida, ya que estas requieren planificación, evaluar las propias capacidades, evaluar los objetivos y los propios valores y también considerar las implicancias significativas de las propias acciones. Por ende, la pasividad permitiría a la persona evadir su propia responsabilidad y la evaluación del sí mismo. 3) La supresión de la emoción que emerge de las interpretaciones significativas. 4) Un estado de fantasía o irracionalidad que los podría llevar a significar la decisión inmediata de quitarse la vida fuera de los contextos y marcos que guían el pensamiento normal, no pudiendo considerar todas las consecuencias e implicancias de tal decisión.

Por lo tanto, se experimentaría un rechazo a la significatividad de la vida, porque la rigidez de este estado de deconstrucción cognitiva no permite explorar nuevos significados, contextos, interpretaciones, soluciones o posibilidades.

### 3.1.3.2 *El suicidio como capacidad adquirida.*

Joiner (2007) señala que las personas no nacen con la capacidad desarrollada para lesionarse gravemente a sí mismos o para suicidarse, sino que es una capacidad que se adquiere. El autor refiere que las personas poseen un instinto de autoconservación que las orienta a evitar el dolor, las lesiones y la muerte, el cual puede retroceder gradualmente a través de experiencias recurrentes del tipo dolorosas y/o provocativas que los hace perder las señales de peligro y las alarmas que deberían acompañar a la autolesión. A través de una serie de ejemplos y evidencia, muestra como la exposición a situaciones que disminuyen el miedo a lesionarse en general, aumenta los niveles de tolerancia al dolor y también la sensación de competencia personal, lo cual puede producir una escalada en la trayectoria de letalidad que se da a través de procesos de habituación y oponentes<sup>5</sup>. Dicho de otro modo, al desarrollar la capacidad de autolesionarse se produce un proceso de reforzamiento negativo porque se detiene o reducen experiencias percibidas como nocivas, y se refuerza positivamente porque puede inducir sentimientos positivos. Así también, la exposición repetitiva a situaciones de miedo y/o dolor genera tolerancia a dichas experiencias.

Por lo tanto, para morir por suicidio se debe recorrer un camino previo que permita llegar al acto, que puede ser a largo plazo (a través de la exposición a riesgos o lesiones que van acostumbrando al dolor) o a corto plazo (por medio de la experimentación con métodos menos letales). Para Joiner (2007) los síntomas suicidales pueden clasificarse en dos grandes tipos “planes resueltos y preparativos” y “deseo suicida e ideación”. El primer grupo incluye la sensación de valentía para intentarlo, el sentido de competencia para hacer un intento, disponibilidad de medios y oportunidad de intento, especificidad del plan para el intento, preparaciones y la duración e intensidad de la ideación suicida (que puede desarrollarse tanto mental como conductualmente a través de la preocupación duradera referente al suicidio e inclusive el ensayo mental del mismo). Por su parte, el grupo de “deseos suicidas e ideación” incluye las razones para vivir, el deseo de morir, la frecuencia de la ideación, la falta de deseo

---

<sup>5</sup> Los procesos oponentes implicados en el riesgo de suicidio, refieren a que las autolesiones no solo pueden constituir un hábito, sino que van generando una experiencia de alivio. Según lo reportado por pacientes el alivio está dado porque distrae de emociones dolorosas más profundas, fomenta la sensación de estar vivo o porque trae armonía al mundo interior con respecto al mundo en general. Para mayor información véase: Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Harvard University: USA.

por vivir, un intento pasivo<sup>6</sup>, el deseo de intento, comentarios sobre la muerte y el suicidio con énfasis en el deseo frustrado de vivir y los motivos de muerte. La presencia de síntomas de cada una de las categorías es de preocupación clínica, sin embargo, los de síntomas de “planes resueltos y preparativos” son relativamente más preocupantes.

En cuanto al deseo frustrado de vivir, Joiner (2007) refiere que implica dos condiciones co-ocurrentes: el sentido de pertenencia frustrado y sentimientos de ineficacia personal hasta el punto de percibirse a sí mismo como una carga. En relación al primer punto, el autor señala que las personas suicidas tienen la sensación de sentirse fundamentalmente desconectadas de los demás, lo que podría manifestarse a través de la sensación de no pertenecer a relaciones o grupos valorados y el establecimiento de relaciones desagradables, inestables, poco frecuentes y sin proximidad. Por otro lado, el deseo frustrado de vivir implica la percepción de que otros se beneficiarán del suicidio, ya que la persona suicida realiza una autoevaluación en que la ineficacia y las fallas personales no serán remediables y la sensación de ser una carga se mantendrá de forma permanente<sup>7</sup>, lo que también afecta a los demás (si los seres queridos se perciben amenazados y agobiados se podría generar el deseo de muerte). No obstante, si bien se pueden presentar ambas condiciones paralelamente, de modo tal que quien las vive deseará posiblemente la muerte, solo podrán hacerlo aquellos que adquirieron la capacidad de suicidarse.

Cabe destacar que si bien no es posible predecir cuándo una persona intentará suicidarse, el pesquisar la presencia conjunta de diferentes factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de la persona al comportamiento suicida, es una estrategia que podría conducir al desarrollo de estrategias de intervención orientadas a su modificación y también al fortalecimiento de factores protectores que favorezcan la prevención del riesgo suicida (Barros, *et al.*, 2017; Maino, *et al.*, 2019).

---

6 Joiner (2007) señala que los intentos pasivos ocurren cuando la persona no toma ninguna acción o hace una acción mínima que incurre en riesgo (la actividad mínima puede llevar a que un tercero sea potencialmente el agente de muerte). Por ejemplo, rechazar un tratamiento cuando la vida está en peligro o cruzar una calle con alto tráfico de vehículos sin mirar.

7 Refiere a la percepción de sentirse una carga, lo cual puede no necesariamente corresponder con los hechos reales (Joiner, 2007).



### 3.1.3.3 *El suicidio como continuum.*

La nomenclatura suicidal tradicional conceptualiza el estado suicidal como un continuum que va desde la ideación suicida, los intentos (que no siempre culminan en una muerte) a la consumación del mismo (Larrobla, Canetti, Hein, Novoa & Durán, 2012; MINSAL, 2013; Echeburúa, 2015).

En términos amplios, la *ideación suicida* implica el pensamiento de servirse como agente de la propia muerte y su gravedad varía según diversos grados de intensidad, la especificidad o elaboración del plan y el grado de intención (Baader, Urra, Millán & Yáñez, 2011; Larrobla, Canetti, Hein, Novoa & Durán, 2012). Echeburúa (2015) señala que la ideación suicida podría no ser expresada a otras personas y el deseo activo persistente de poner fin a la propia vida tiende a ser duradero en el tiempo. Por su parte, Gómez (2012) destaca la variabilidad de formas en las que se puede presentar la ideación suicida, ya sea a través de imágenes (“me veo cayendo”) o como pensamientos que pueden llegar a constituir en el tiempo rumiaciones suicidas. Este último autor también señala que los pacientes pueden llegar a experimentar sensaciones positivas luego de pensar en el suicidio (ideación egosintónica) o pueden ser seguidas de angustia, culpa o vergüenza (ideación egodistónica); siendo la actitud del paciente hacia su ideación un factor protector o de riesgo.

Por su parte, los *intentos suicidas* implican una intención consciente de autodestrucción, pero la opción de quitarse la vida no solo tiene la finalidad de terminar con la vida, sino que muchas veces se acompaña del deseo de conseguir una solución total específica (casi mágica) a su sufrimiento y, por lo tanto, de ambivalencia entre deseos de muerte y de vida (Firestone, 2018; Pompili, 2018). En otras palabras, si bien las personas que mueren por suicidio lo desean y han desarrollado la capacidad de provocarse lesiones letales, igualmente desean ser rescatadas porque conservan algo del miedo al suicidio, de allí que constituye una acción extrema y difícil (Joiner, 2007). En esta línea los pacientes refieren que su riesgo suicida es un proceso que viene arrastrándose desde hace tiempo, incluso alguno con pensamientos suicidas desde la niñez; además reconocen eventos “predisponentes” que son aquellos que fueron significativos a lo largo de la vida, otros “precipitantes” que ocurrieron en el último año y un evento “desencadenante” de la ideación o del intento suicida actual, lo que refleja elementos historiográficos y circunstanciales (en

general asociados a las relaciones interpersonales) que en combinación pueden llevar a una persona al intento de suicidio (Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga & Taylor, 2016). Por otro lado, los intentos suicidas tienden a ser heterogéneos respecto al método (único o múltiple; violento o no violento), la letalidad y la motivación o propósito, criterios que deben ser incluidos en la evaluación del mismo, porque los más graves tienen un peor pronóstico suicidal (Gómez, 2012).

Por último, a partir de los antecedentes revisados se encuentra el *suicidio consumado* que refiere al resultado letal para la vida de un individuo que presentó factores de vulnerabilidad históricos para el desarrollo de la capacidad de autodestrucción, que además enfrentó situaciones en el último año que aumentaron este sentimiento autodestructivo y que percibió la muerte como única posibilidad de terminar o escapar de un sufrimiento que se volvió intolerable (Shneidman, 1985; Baumeister, 1990; Joiner, 2007; Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga & Taylor, 2016; Pompili, 2018). Cabe recordar que pudo ser un acto ambivalente (Pompili, 2018) que además podría haber estado vehiculizado por distintos objetivos: la muerte (Baader, Urra, Millán & Yáñez, 2011), transformar situaciones o generar un efecto intersubjetivo (Echeburúa, 2015), escapar del dolor (Baumeister, 1990; Shneidman, 1985) o como un acto de reivindicación personal (Szasz, 2002; Améry, 2005). Tal como se señaló anteriormente, la comprensión del suicidio como continuum, con etapas sucesivas, permite la anticipación de la etapa siguiente y con ello favorece la implementación de acciones que identifiquen a los grupos en mayor vulnerabilidad para llegar a un estado de riesgo, así como la transformación de factores de riesgo y el reforzamiento de factores protectores, entre otras acciones terapéuticas y de seguridad que contribuyan a evitar un resultado letal (Barros, *et al.*, 2017; Maino, *et al.*, 2019; Morales, *et al.*, 2017).

#### *3.1.3.4 Niveles de Severidad del Riesgo Suicida y Acciones Preventivas*

La siguiente clasificación de severidad del riesgo suicida forma parte de la propuesta que el MINSAL sugiere en el Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Esta clasificación (riesgo leve, moderado, grave y extremo), se nutre con los aportes de Bryan y Rudd (2006) y Gómez (2012). También muestra etapas sucesivas que permiten anticipar un mayor o menor riesgo de mortalidad y las acciones sugeridas para el manejo del riesgo

suicida.

A. En el *nivel de riesgo leve*, se identifica a una persona que no ha presentado intentos suicidas y la ideación presenta una frecuencia, intensidad y duración bajas. En otras palabras, no presenta planes concretos para hacerse daño y su intención suicida no es evidente. Si bien ha pensado en suicidarse, logra rectificar, es autocrítica con sus pensamientos y mantiene conservado el autocontrol. Existen escasos factores de riesgo y se pueden identificar factores protectores, lo que implica un monitoreo y seguimiento de la ideación suicida por parte del clínico.

B. En el *nivel de riesgo moderado*, la ideación suicida presenta una frecuencia, intensidad y persistencia mayor. Hay presencia de planes, pero no lo suficientemente claros y la intencionalidad no es explícita. Los síntomas (por ejemplo, desesperanza) son moderados, presenta factores de riesgo adicionales, con posibles intentos previos. Aquí el monitoreo debe ser continuo (ya sea a través de consultas seguidas o llamadas telefónicas al paciente), debe incorporar a la familia (que debe solicitar atención de urgencia en caso de ser necesario) y requerirá control farmacológico para tratar los síntomas, dejando abierta la indicación de hospitalización.

C. En el *nivel de riesgo grave*, la ideación es frecuente, intensa y persistente, por lo que la persona considera concretamente hacerse daño, con planes específicos para intentar el suicidio (que puede incluir conductas preparatorias), con un método accesible o disponible, deterioro de su autocontrol, sin rectificación de sus ideas, severos síntomas disfóricos, presencia de más de dos factores de riesgo (incluye, por ejemplo, la presencia de un intento previo y rechazo del apoyo social). De aquí en adelante, dado el alto riesgo, el equipo de salud puede solicitar la internación de la persona, la que puede ser no voluntaria y obligatoria, para recibir asistencia sanitaria. Incluye medidas específicas de vigilancia y protección, así como estrategias terapéuticas que favorezcan el control del riesgo lo antes posible. Cuando no es posible realizar la hospitalización psiquiátrica por riesgo suicida, se puede implementar un sistema de hospitalización domiciliaria que incluya un constante acompañamiento, evitar el contacto con medios para suicidarse (elementos cortantes, fármacos, sogas, armas, alturas) e indicación de acudir a un servicio de urgencia si el paciente presentara desregulación emocional y/o agudización de la ideación suicida.

D. En el *nivel de riesgo extremo*, los factores anteriores pueden estar acentuados,

pero la diferencia principal radica en la ausencia de factores protectores. Como agravante se incluye la presencia de autoagresión.

Si bien se hace una lectura creciente de la severidad, cabe destacar que el riesgo suicida siempre es una emergencia de sanitaria (MINSAL, 2013). Por lo mismo, “la tarea clínica principal es resguardar su seguridad [del paciente] y modificar los factores de riesgo a fin de facilitar la salida de este ámbito de riesgo” (Gómez, 2012, p. 613).

### **3.2 FACTORES DE RIESGO SUICIDA Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS**

El suicidio es una realidad que puede ser prevenida desde un enfoque multisectorial que aborde a los diversos grupos y contextos de población y riesgo en el ciclo vital, ya que existen múltiples factores involucrados y diversos caminos para llegar a consumar un suicidio (Barros, *et al.*, 2017; Hofstra, *et al.*, 2019; Maino, *et al.*, 2019; MINSAL, 2013; OMS, 2014a, 2016; Morales, *et al.*, 2017); de allí que se considera que un modelo teórico sólido referente al suicidio debe dar cuenta de los factores de riesgo empíricamente documentados. Cuando se habla de Factor de Riesgo se hace alusión a la presencia de situaciones contextuales o personales que, al estar presentes, aumentan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud (Larrobla, Canetti, Hein, Novoa & Durán, 2012), los que en este caso aumentan la vulnerabilidad o susceptibilidad del individuo ante el suicidio o los trastornos mentales (OMS, 2014).

La evidencia ha permitido esclarecer que la detección de los factores de riesgo (y de protección) es crucial para la prevención del suicidio (Echávarri, *et al.*, 2015; Gómez, 2012; Morales, *et al.*, 2016; Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga & Taylor, 2016; OMS, 2014, 2016), lo cuales se pueden agrupar en términos individuales, relacionales, comunitarios, sociales y asociados con el sistema de salud (Ver: Figura 1). Los factores de riesgo asociados al suicidio en general interactúan entre sí, pueden combinarse e inclusive potenciarse, motivo por el que una persona puede estar expuesta a más de un factor de riesgo a la vez (OMS, 2014; 2016; Lobos, 2016). La OMS (2014) ha señalado intervenciones pertinentes para diferentes áreas de factores de riesgo. Así, por ejemplo, en relación a los factores de riesgo a nivel individual alienta el desarrollo de: 1) Seguimiento y apoyo comunitario que promueva

el contacto continuo, en especial con pacientes que recientemente fueron dados de alta y que pudiesen carecer de apoyo social (incluye llamadas telefónicas, visitas presenciales formales o informales, apoyo de la comunidad para supervisar regularmente a las personas en riesgo y que promuevan la adherencia al tratamiento -familiares, amistades, compañeros de trabajo, centro de crisis o centros de salud mental locales-, entre otras).

**Figura 1: Principales factores de riesgo de suicidio.**

INDIVIDUAL	Intento previo
	Trastorno de salud mental
	Consumo nocivo de alcohol
	Pérdida de trabajo o financiera
	Desesperanza
	Dolor crónico
	Antecedentes familiares de suicidio
	Factores genéticos y biológicos
RELACIONAL	Aislamiento y percepción de falta de apoyo social
	Conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas
COMUNITARIO	Desastres, guerras y conflictos
	Estrés por desplazamiento y aculturación
	Discriminación
	Trauma o abuso
SOCIAL	Acceso fácil a medios utilizables para suicidarse
	Notificaciones inadecuadas de los medios de comunicación
	Estigma referente a comportamientos de búsqueda de ayuda
SISTEMA DE SALUD	Barreras en el acceso a la atención en salud

Fuente: OMS, 2016.

2) Evaluación y manejo de comportamientos suicidas (ideas, planes, actos de lesión autoinfligida o suicidio) a través de una evaluación integral con entrevistas clínicas e información proveniente de otras fuentes. Requiere educar y capacitar al personal sanitario (en especial el de atención de urgencia) para asegurar que se proporcione apoyo psicosocial a las personas en riesgo, además del seguimiento sistemático y apoyo de las comunidades.

3) Evaluación y manejo de trastornos mentales y por uso de sustancias<sup>8</sup> que se acompañen de la realización de evaluaciones detalladas del riesgo de suicidio. También demanda capacitación del personal de salud, principalmente el no especializado, ya que este grupo puede presentar falta de conocimientos y experiencia en salud mental, actitudes estigmatizadoras, falta de cooperación con psiquiatras y aptitudes deficientes para hacer entrevistas.<sup>9</sup>

Por otra parte, la OMS (2014) ha señalado que existen factores capaces de aumentar la capacidad de recuperación y que protegen contra el comportamiento suicida. La organización destaca: 1) El desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales sólidas que actúen como una fuente de apoyo social, emocional y financiero en épocas de crisis, reduciendo el impacto de los factores externos estresantes. 2) El desarrollo de estrategias prácticas positivas para el afrontamiento de situaciones estresantes y problemáticas (que favorezcan la percepción de autoeficacia, la autoestima y la búsqueda de ayuda) y la promoción de modos de vida saludables que promuevan el bienestar mental y físico (por ejemplo, actividad física, alimentación y sueño adecuados, consideración de la repercusión del alcohol y drogas en la salud, relaciones y contacto social saludables y adecuado manejo del estrés). 3) Creencias religiosas y espirituales en tanto marco de referencia que permite acceder a una comunidad cohesionada y que comparte un conjunto de valores y creencias que promuevan un comportamiento que pudiese ser considerado como beneficioso. Sin embargo, también señala la necesidad de guardar precaución en relación a las creencias

---

<sup>8</sup> La OMS ha señalado que un factor de riesgo suicida significativo a nivel social es el consumo nocivo de alcohol, de allí que alienta activamente a los gobiernos al desarrollo de políticas específicas para disminuir su consumo. Para mayor información ver: OMS (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

<sup>9</sup> Para mayor información sobre intervenciones pertinentes para diferentes áreas de factores de riesgo ver: OMS (2014). *Prevención del Suicidio: un imperativo global*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

religiosas y espirituales, ya que algunas posturas morales religiosas específicas han contribuido al estigma del suicidio (desanimando probablemente la búsqueda de ayuda) y han promovido prácticas como la autoinmolación.

Ahora bien, en otro ámbito de consideraciones, Sareen y colaboradores (2014), al revisar los avances referentes al conocimiento de los factores de riesgo y la prevención del suicidio, señalan que la dificultad de acceso a una muestra con un tamaño suficiente para la realización de ensayos controlados aleatorios [ECA] prospectivos, ha producido una limitación en la evidencia de las estrategias de prevención del suicidio: la gran mayoría han sido evaluadas a partir de diseños cuasi-experimentales (con grupos de adultos de alto riesgo) que impiden la generación de fuertes inferencias causales. Asimismo, mencionan que los ECA a gran escala que seleccionan grupos con patologías de salud mental, a menudo excluyen a personas con un alto riesgo de suicidio, motivo por el que hay poca información de los ECA sobre métodos de intervención efectivos con personas de alto riesgo. En este sentido, continúa la necesidad de generar evidencia empírica sólida para la evaluación rigurosa de los métodos de prevención del suicidio. No obstante, igualmente se ha llegado a un consenso respecto a cuáles son las tres principales estrategias de prevención que permitirían contrarrestar los factores de riesgo asociados al fenómeno suicida. Cabe destacar que la prevención del suicidio se ve favorecida cuando se utilizan estrategias multisectoriales que involucren a agentes diversos: sanitarios, educacionales, relacionados con el empleo, la seguridad social, de justicia, entre otros (OMS 2014; 2016; Tizón, 2016).

A modo general, Bustamante y Florenzano (2013) señalan que aquellas intervenciones dirigidas a individuos que presentan un alto riesgo están en el *nivel indicado*, y comúnmente se implementan a partir de intervenciones individuales y con un alto grado de especialización; por ejemplo, seguimientos a través de agentes de salud (OMS, 2016), la farmacoterapia (Gómez, 2012) y la psicoterapia (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2013; 2014; Calati & Courtet, 2016; Hofstra, *et al.*, 2019).

En el *nivel selectivo*, se alude a las intervenciones dirigidas a determinados subgrupos poblacionales que podrían estar en mayor riesgo (Bustamante & Florenzano. 2013); por ejemplo, la OMS (2016) destaca personas que han sufrido traumas o abuso, que ha sido afectadas por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes, y los familiares de suicidas.

En el *nivel universal* se encuentran aquellas intervenciones que están destinadas a toda la población por igual (Bustamante & Florenzano, 2013; Lobos, 2016) destacándose acciones que buscan aumentar el acceso a la atención en salud, la promoción de la salud mental, la reducción del consumo nocivo de alcohol, el control del fácil acceso a los métodos más utilizados en el mundo para suicidarse y la promoción de información responsable por parte de los medios de comunicación (OMS, 2014; 2016). Es importante señalar que las políticas de restricción al fácil acceso a métodos letales (también la capacitación de médicos generales en el tratamiento de la depresión) posee evidencia empírica sólida para la reducción del comportamiento suicida (Sareen, *et al.*, 2014).

Por último, se releva que la realización de intervenciones multinivel tiene mayor efectividad que los efectos que se obtienen de las intervenciones en uno solo y, el tamaño del efecto aumenta significativamente con el número de niveles involucrados (Hofstra, *et al.*, 2019). En este sentido, las intervenciones que integran más de una estrategia de prevención, resultan particularmente útiles para prevenir el suicidio (OMS, 2016).

### **3.2.1 Estrategias de Prevención del Suicidio en Chile**

En Chile, dadas las tasas crecientes de suicidio consumado que se presentaron en el país durante las décadas de 1990 y del 2000 (Echávarri, Maino, Fischman, Morales & Barros, 2015; OECD, 2014) se generó una respuesta sanitaria, liderada por el MINSAL, que se tradujo en la creación, durante 2007, del *Programa Nacional de Prevención del Suicidio* [PNPS], oficializado en 2013. Esto con la finalidad de fomentar competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables, para contribuir con la reducción de las tasas de mortalidad por suicidio en ambos sexos (MINSAL, 2013).

Para cumplir con este objetivo sanitario, el programa propone el desarrollo de 6 componentes a nivel nacional:

- 1) La instalación de un *sistema de estudio de casos*, que consiste en vigilancia epidemiológica de personas con intentos de suicidio y de suicidios consumados para el establecimiento de perfiles de riesgo.



- 2) La implementación de un *Plan Regional Intersectorial* de Prevención del Suicidio en las que las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud [SEREMI] lideran el desarrollo de un plan de trabajo intersectorial que incluya la variabilidad territorial, cultural e histórica, con el fin de considerar los factores de riesgo locales y realizar los ajustes necesarios que puedan favorecer mejores resultados en las intervenciones.
- 3) El fortalecimiento de las *competencias de los profesionales de la salud*, a través de capacitaciones que favorezcan la detección de personas en riesgo y aseguren la calidad de la atención, focalizadas principalmente en el personal de APS y de urgencias hospitalarias.
- 4) Incorporación de *programas preventivos en los establecimientos educacionales*, para el fortalecimiento de la autoestima positiva, desarrollo de habilidades para la vida, adquisición de destrezas para el manejo de las crisis y la detección de casos en riesgo.
- 5) Desarrollo de un *sistema de ayuda en situaciones de crisis* tales como líneas telefónicas y página en internet de ayuda para dar más cobertura, junto a seguimiento de quienes utilicen este sistema.
- 6) Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática que consiste en evitar las descripciones detalladas de actos suicidas, evitar el sensacionalismo y la exaltación de los casos e informes de suicidio, utilizar un lenguaje responsable, evitar simplificaciones excesivas, transmitir información que eduque respecto al suicidio y los tratamientos disponibles y proporcionar información sobre los lugares o sitios que ofrecen ayuda (OMS, 2014).

La puesta en marcha del programa ha estado liderada por el médico psiquiatra Tomas Baader<sup>10</sup> y la Alianza Chilena contra la Depresión-ACHID, ambos con apoyo del Ministerio de Salud y la asesoría de la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD). A través de un equipo multidisciplinario de profesionales y académicos del Instituto de Neurociencias Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile, se ha incorporado y

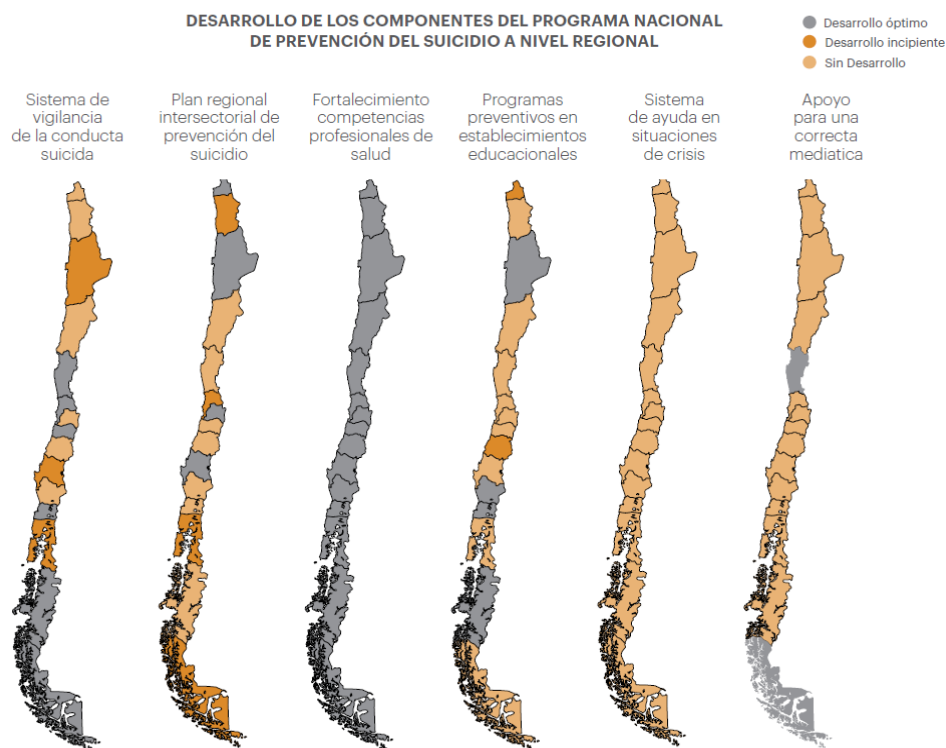
---

10 Miembro titular de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN). Cofundador de la Sociedad de Trastornos Bipolares de Chile. Fundador de la ONG Alianza Chilena contra la Depresión (ACHID). Representante nacional de la red internacional de suicidólogos. Coordinador del Grupo de Trabajo de Suicidología de la SONEPSYN. Socio fundador de la Clínica Collico, centro de Hospitalización psiquiátrico privado. Presidente del directorio de la Asociación Gremial de Psiquiatras del Sur.

capacitado a 250 líderes de la comunidad regional- profesores, bomberos, policías- para la detección temprana de conductas depresivas, además de la realización de un seguimiento médico a todas las personas que han intentado suicidarse en la región de Los Ríos. Las otras regiones que resultaron foco de la implementación inicial del PNPS fueron Antofagasta, Coquimbo, O'Higgins, Araucanía y Aysén (Echávarri, Maino, Fischman, Morales y Barros, 2015) que, según información del Servicio Médico Legal, se trataría de algunas de las regiones que concentraban las tasas más altas de suicidio del país (Nahuelpan, Varas, Mosso, Jiménez & Varas, 2018).

Ahora bien, según se observa en la Figura 2, si bien se inició la implementación de al menos uno de los componentes en todas las regiones, los esfuerzos económicos y humanos han resultado insuficientes para el total desarrollo de las acciones preventivas en todas las regiones del país (OMS, 2016).

**Figura 2: Avances en el desarrollo de los componentes del Programa Nacional de Prevención del Suicidio a nivel regional, Chile.**



Fuente: OMS, 2016.

Cabe destacar que en Chile se ha logrado disminuir las tasas de mortalidad por suicidio generales, alcanzando en 2017 un valor de 10,7 por 100.000 habitantes, con una tasa de 18,8 para hombres y de 3,5 para mujeres (OECD, 2019)<sup>11</sup>. No obstante, cuando se evaluó el sistema de salud mental en Chile, se obtuvo como resultado que para el año 2014 el 22% de la población chilena alcanzó los criterios para haber experimentado algún trastorno de salud mental en los últimos 12 meses (MINSAL, 2014), reflejando la existencia de una alta prevalencia de enfermedades de salud mental en el país.

Así, dado que quienes sufren de problemas de salud mental aumentan el riesgo de morir por suicidio (OECD, 2018), se podría señalar que aproximadamente un quinto de la población chilena tendría una susceptibilidad mayor de ser afectada por el fenómeno suicida. Por efecto, se anima la continuidad del desarrollo de investigaciones sobre la prevención e intervención de la conducta suicida desde diferentes focos (Morales, Echávarri, Barros & Maino, 2017; Türkes, Yilmaz & Soylu, 2017; Echávarri, *et al.*, 2018; Yildiz, 2018; Muehlenkamp & Thoen, 2019; Blanchard & Farber, 2020).

### **3.3 PSICOTERAPIA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO**

En términos generales, Yáñez (2005) señala que la psicoterapia es un proceso interpersonal complejo, genérico y con múltiples características, que está basada en un modelo teórico psicológico y que utiliza una metodología para abordar los trastornos psicológicos, a nivel sintomático y a nivel de los procesos que subyacen y dan origen a la patología. Esta relación técnica profesional tiene una duración limitada y su principal función es producir cambios en la organización psíquica del paciente en un periodo de tiempo especificado.

La psicoterapia se ha utilizado como una intervención para la prevención del suicidio (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2013; 2014; Calati & Courtet, 2016; Hofstra, *et al.*, 2019) y ha demostrado ser efectiva. En este sentido, Winter, Bradshaw, Bunn y Wellsted

---

<sup>11</sup> Tasa casi coincidente con los reportes nacionales del Departamento de Estadísticas e Información en Salud [DEIS], que ha declarado una tasa de 10,2 por 100.000 habitantes para el mismo año, con 17,3 para hombres y 3,3 para mujeres (DEIS-MINSAL, 2019) y ha fijado el punto de inflexión del fenómeno en el año 2008 (DEIS-MINSAL, 2013; MINSAL, 2013).

(2013) realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre asesoramiento y psicoterapia para la prevención del suicidio, incluyendo una variedad de tipos de estudios que evaluaran cualquier forma de asesoramiento o psicoterapia en relación con autolesiones o intentos de suicidio. Se utilizó como material de análisis 15 revisiones sistemáticas, 97 estudios primarios que incluyeron 67 estudios de resultado cuantitativos (ensayos controlados aleatorios [ECA], estudios no aleatorios, estudios no controlados antes y después), 17 evaluaciones de proceso y 13 cualitativos (estos últimos trabajados en otro paper descrito más adelante). Los datos se analizaron combinando técnicas estadísticas (metaanálisis) y síntesis narrativa (para las revisiones sistemáticas y estudios del proceso terapéutico). Cabe destacar, que se realizó una metarregresión por la inclusión de una amplia gama de medidas de resultado en los estudios, la que indicó que no hubo diferencias significativas en el tamaño del efecto, debido a las diferencias en las medidas de resultado utilizadas. La evidencia de sesgo ( $p < 0.031$ ) se centró principalmente en la variable sexo ( $p < 0.01$ ) y en una duración de la intervención menor a 6 horas ( $p < 0.05$ ).

Igualmente se destacan como resultados del metaanálisis que se encontró evidencia sólida de la efectividad del asesoramiento y la psicoterapia en los ECA y efectos favorables en las formas activa de terapia, a pesar de la variabilidad significativa en la población, intervención y medidas de resultado utilizadas (heterogeneidad que podría afectar la interpretación de los resultados); demostrándose también efectividad en los análisis antes y después en todos los tratamientos estudiados. Referente a los resultados de la meta revisión, se encontró que la Terapia Cognitivo Conductual [TCC] proporcionó el efecto más fuerte respecto a la prevención del comportamiento suicida, un efecto medio a grande de la Terapia de Conducta Dialéctica [DBT] y evidencia mixta de la eficacia de la Terapia de Resolución de Problemas. No obstante, los autores señalan que no existe justificación suficiente para limitar los servicios clínicos a las terapias más investigadas, ya que no hay motivos que muestren ineficacia de las menos estudiadas y justifique, por tanto, su exclusión; es más, hay evidencia inicial prometedora de efectividad de otros enfoques. En este sentido, plantean la necesidad de continuar brindando una variedad de enfoques a la psicoterapia y al asesoramiento para los pacientes en riesgo suicida, que coincidan con sus preferencias particulares. En los estudios de proceso los autores identificaron que las principales

dificultades en el tratamiento del paciente suicida fueron los sentimientos de ambivalencia de los terapeutas y consejeros, los cuales pueden anular el nivel de competencia del terapeuta y pareciera ser que solo la experiencia disminuye dichos sentimientos (según los estudios revisados). En este sentido, los hallazgos del proceso permitieron a los autores concluir que cualquier enfoque que trate a un paciente suicida debe enfatizar el establecimiento de la alianza terapéutica, siendo esto al parecer más importante que las habilidades técnicas y las calificaciones profesionales de los terapeutas. Asimismo, sugieren que la reducción de las tasas de abandono del tratamiento podría tal vez sostenerse si se focaliza el trabajo en la desesperanza.

Winter, Bradshaw, Bunn y Wellsted (2014) al realizar una revisión sistemática sobre el asesoramiento y la psicoterapia para la prevención del suicidio, pero esta vez centrándose en 13 estudios cualitativos publicados entre 1997 y 2006, informan una meta-síntesis en la cual los temas centrales en los relatos de los pacientes y terapeutas para evaluar la eficacia de la terapia o del asesoramiento fueron: las cualidades del terapeuta, los componentes de la terapia, el marco teórico y técnicas de terapia. La evidencia revisada también indicó la efectividad de las intervenciones psicológicas para pacientes con riesgo suicida, en especial de la DBT. En relación a los componentes específicos de esta última, tanto pacientes como terapeutas valoraron positivamente el entrenamiento en habilidades para encontrar formas más efectivas de hacer frente a situaciones que anteriormente enfrentaban con autolesión; sin embargo, los pacientes también reconocieron ciertas dificultades para aplicar las habilidades de la DBT en situaciones de la vida real sin tener que recurrir a viejas estrategias de afrontamiento. Otro componente específico valorado positivamente era que los pacientes podían llamar por teléfono a su terapeuta cuando era necesario (siendo esto comprendido por los pacientes como un recurso al que solo podían recurrir cuando nada más funcionaba y estaban en “crisis”). La efectividad percibida de la DBT se demostró en la reducción de los impulsos y los actos de comportamiento autodestructivo, siendo descrita como “salvadora de vidas” por varios pacientes. Otros cambios percibidos durante la terapia incluyeron una mayor calidad de vida que los pacientes relacionaron con el manejo de emociones (aprender a responder de manera no reactiva), la mejora en las relaciones interpersonales, la aspiración (en tanto esperanza para el futuro) y una sensación de empoderamiento.

Esta revisión sistemática también releva las barreras sobre la efectividad de la terapia/consejería (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2014). Los pacientes destacaron características del terapeuta (a describir más adelante); componentes de la terapia (como un lenguaje no ajustado a las características del paciente o sesiones que no fueron lo suficientemente largas o frecuentes); el balance (relacionado al ajuste de las intervenciones y consideración de los problemas según el ritmo del paciente); el “secreto” respecto a la autolesión, con cierto grado de reticencia del paciente a traer material significativo a terapia por temor al rechazo, la desaprobación y la crítica; y el traspaso de las habilidades trabajadas en terapia a la vida real. Los terapeutas también identifican el secreto como una barrera y agregan: 1) Las responsabilidades de la profesión (cuando sus opiniones personales entran en conflicto con los límites profesionales, percepción de apoyo insuficiente en instancias de supervisión y barreras para el trabajo en equipo). 2) La formación (insuficiente capacitación o percepción de falta de recursos adecuados para tratar pacientes suicidas, que los lleva a experimentar sentimientos de inseguridad que afectan su rol habitual).

Winter, Bradshaw, Bunn y Wellsted (2014) también señalan que si bien el marco teórico, los componentes terapéuticos y las técnicas del proceso de la terapia contribuyen a la efectividad del asesoramiento o la psicoterapia, lo que más se destacó en los resultados cualitativos fue la importancia de la relación terapéutica. En este sentido, los pacientes valoran aspectos específicos de sus terapeutas, que a su vez contribuyen a la eficacia del asesoramiento o la psicoterapia: 1) El respeto en términos de receptividad. 2) La capacidad del terapeuta/consejero para comprender a los pacientes. 3) La capacidad de no ser críticos (un terapeuta visto como crítico puede conducir a la falta de divulgación). Es decir, la capacidad del terapeuta para ser comprensivo, empático y sin prejuicios aumenta la efectividad en el tratamiento de pacientes con riesgo suicida; siendo especialmente relevante la validación y aceptabilidad, ya que son un tipo de pacientes que “han tenido muy pocas experiencias de validación en sus vidas” (p. 76). Igualmente, un tema subyacente que se evidenció en la síntesis realizada por los autores fue que pareciera ser que la autolesión se asocia con la falta de apoyo percibido puesto que, si la percepción de este es positiva, mejora la calidad de vida del paciente, renueva su sentido de esperanza y favorece la creencia de que otras personas podrían ayudarlo si se siente en dificultades. No obstante, los pacientes

igualmente reconocen que un facilitador del éxito de la terapia, es que asuman la responsabilidad de querer cambiar y comprometerse con la terapia.

Por otra parte, Calati y Courtet (2016) realizaron un metaanálisis de ECA en el que compararon intervenciones de psicoterapia y el tratamiento habitual (TAU)<sup>12</sup> para determinar la eficacia de la psicoterapia en la reducción de los intentos de suicidio y autolesiones no suicidas, en diferentes poblaciones con distintos diagnósticos. También efectuaron un análisis de sensibilidad y meta regresión para tener en cuenta la posible heterogeneidad entre estudios. De los 32 estudios revisados, 13 aluden a la TCC, 5 a la DBT, 3 a la terapia conductual [CT], 2 a la terapia basada en mentalización [MBT] y 2 en la terapia interpersonal [IPT]. Entre los principales resultados se destaca que aquellos pacientes que recibieron psicoterapia tenían menos probabilidades de suicidarse durante el seguimiento en comparación con los pacientes tratados con TAU o una condición similar. La psicoterapia fue efectiva para los intentos suicidas principalmente en adultos ( $p < 0,0001$ ), pacientes ambulatorios ( $p = 0,0001$ ), pacientes con trastorno límite de la personalidad [TLP] ( $p = 0,004$ ), pacientes suicidas previos<sup>13</sup> ( $p = 0,02$ ) y no previos ( $p = 0,0009$ ), psicoterapias a largo plazo ( $p = 0,002$ ) y psicoterapias a corto plazo ( $p = 0,005$ ); además, se encontró efectividad con TAU solo como condición de control<sup>14</sup> ( $p = 0,005$ ). En relación a la meta-regresión, el género ( $p = 0,007$ ) y el número de sesiones semanales ( $p = 0,001$ ) mostró un efecto moderador plausible en el resultado, en particular el género femenino, y el número de sesiones en psicoterapia por semana se asociaron con una reducción significativa del riesgo de intento de suicidio. No se encontró evidencia de eficacia de la psicoterapia o de la TAU para autolesiones no suicidas durante el periodo de seguimiento ( $z = 0,98$ ;  $p = 0,33$ ); en el análisis de sensibilidad post hoc, se encontraron resultados significativos solo para la hospitalización

---

12 Este se agrupa con otros tipos de tratamientos no psicoterapéuticos que incluye: atención habitual mejorada; tratamiento psicotrópico solo; remediación cognitiva; enfoque orientado a problemas a corto plazo; tratamiento de relación de apoyo; tratamiento comunitario por expertos en psicoterapia no conductual; atención de emergencia mejorada por proveedor; sin tratamiento.

13 Variable heterogénea que incluyó pacientes con antecedentes de intentos de suicidio, autolesiones no suicidas, autolesiones deliberadas, riesgo suicida inminente o ideación suicida. De Leo y colaboradores (2006, como se cita en Calati & Courtet, 2016), han señalado que un problema en la investigación sobre el suicidio, es precisamente la confusión resultante de diferentes nomenclaturas para definir al comportamiento suicida.

14 Referente a estudios en que TAU fue el único tratamiento de control sin ninguno de los otros tratamientos no psicoterapéuticos.

parcial orientada psicoanalíticamente y MBT ( $p=0,03$ ). Los autores señalan la necesidad de continuar con estudios adicionales y que los resultados de este estudio se consideren un punto de partida para investigaciones que puedan tener mayor precisión metodológica (ensayos con menor riesgo de sesgo, medidas de resultados más homogéneas y un seguimiento más prolongado para confirmar los resultados de este metaanálisis). Con vistas a mejorar las estrategias clínicas existentes, sugieren que es relevante incluir en la evaluación de la eficacia de la psicoterapia, las variables vinculadas al terapeuta, entre otras.

En resumen, los antecedentes revisados coinciden en que la psicoterapia es efectiva para el tratamiento de pacientes con riesgo suicida y, si bien existen resultados que podrían conducir a una discriminación positiva de algunas terapias específicas, la evidencia no resulta suficiente para descartar otras. Además, existirían algunos factores que tendrían repercusiones en el proceso terapéutico como la duración (valoradas intervenciones largas y frecuentes), cualidades del terapeuta (se estima positivamente a terapeutas empáticos, receptivos, comprensivos y sin juicios críticos) y los sentimientos de ambivalencia del terapeuta (que pueden anular su nivel de competencia). En este sentido, más que el enfoque teórico particular y las competencias técnicas del terapeuta, las terapias efectivas para el tratamiento de la conducta suicida incluirían habilidades interpersonales que favorezcan el desarrollo del vínculo y la alianza terapéutica.

### **3.3.1 Alianza terapéutica y pacientes con riesgo de suicidio**

La alianza terapéutica ha sido frecuentemente analizada en relación al éxito del tratamiento (Krause, Altimir & Horvath, 2011; Constantino, Boswell, Coyne, Kraus & Castonguay, 2017), correlacionando significativa y positivamente con la mejoría del paciente ( $r = 0,28$ ,  $p < 0,0001$ ; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Ha sido planteada como un concepto amplio y en evolución (Krause, Altimir & Horvath, 2011) que podría estar presente en todas las relaciones de ayuda (Bordin, 1976). Si bien no existe una definición uniforme del concepto, diversas propuestas teóricas y empíricas convergen en que sus aspectos centrales son: el vínculo interpersonal paciente-terapeuta y acuerdos acerca de los objetivos y las tareas de la terapia (Bordin, 1976; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Krause, Altimir & Horvath, 2011). Dicho de otra manera, la alianza terapéutica alude



al vínculo general entre terapeuta y paciente que va evolucionando durante el proceso terapéutico (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011), siendo la relación que allí se desarrolla preferentemente de colaboración (no autoritaria) y que requiere de un contexto interpersonal seguro, alentador y esperanzador, en el que se distribuyan las responsabilidades para el cambio y se establezcan acuerdos acerca de las metas y las tareas de la terapia (Bordin, 1976; Szmulewicz, 2013; Oliveira & Benetti, 2015). Se ha señalado que la alianza terapéutica se ve potenciada cuando los estilos de interacción paciente-terapeuta están centrados en el paciente, logran proveer apoyo emocional y permiten una mayor participación del paciente en su propio proceso (Firestone, 2018). En este sentido, el contexto interpersonal psicoterapéutico debe ser confirmador y respetuoso de la experiencia idiosincrática del paciente: “ayudar[lo] a comprender y revelar la verdadera índole de su propia experiencia, sin imponerle los preconceptos del terapeuta respecto de esa experiencia” (Safran & Segal, 1994, p. 30), lo que supone reconocer al paciente como el principal agente de cambio y experto sobre sí mismo y sus experiencias (Mahoney, 2005; Yáñez, 2005). Es conveniente mencionar que este proceso se verá beneficiado si el terapeuta expresa empatía, calidez, aceptación incondicional, congruencia, autenticidad y logra que el paciente sienta que el terapeuta está disponible para crear las condiciones necesarias para el surgimiento de una alianza productiva (Mahoney 2005) y para la exploración de aquello que se está reconstruyendo durante el proceso terapéutico (Guidano, 1994).

Ahora bien, dado el dinamismo de la alianza, esta puede fluctuar e incluso romperse cuando hay problemas relacionales entre terapeuta y paciente o por cambios en el estado emocional del paciente y su grado de inundación afectiva o disociación, lo que conlleva la necesidad de una reevaluación constante de la alianza por parte del terapeuta (Schechter, Goldblatt & Maltzberger, 2013). Cabe precisar que, no todos los desacuerdos paciente-terapeuta constituyen deterioros de la alianza, siendo lo central para menoscabar su calidad la falta de colaboración paciente-terapeuta en las tareas u objetivos de la terapia o falta de colaboración por una tensión en el vínculo (Eubanks, Muran & Safran, 2015). En general, las rupturas en la alianza terapéutica ocurren cuando se activan esquemas interpersonales importantes, por lo que trabajar en torno a una resolución constructiva de la ruptura favorece la exploración de tal esquema y propicia su modificación (Safran y Segal, 1994). La

importancia de los eventos de ruptura está en que pueden impedir el progreso terapéutico, y si no se resuelven pueden implicar un término prematuro del tratamiento (Muran 2002; Salgado, 2016).

En el mismo orden de ideas, se ha señalado que el rol del terapeuta es crucial para la alianza terapéutica, porque el terapeuta sería quien debe hacer los mayores esfuerzos para construir y sostener el vínculo terapéutico (Szmulewicz, 2013). Esto ha sido verificado preliminarmente por Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds y Wampold (2012), quienes examinaron los efectos del terapeuta en la correlación alianza-resultado, utilizando 69 estudios de una investigación previa (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011), a los que aplicaron un metaanálisis, cuyo moderador de la fuerza de la correlación alianza-resultado fue la proporción de pacientes a terapeutas (1:1). Además, analizaron otras covariables potenciales de esta relación<sup>15</sup>, también como moderadores y posibles factores de confusión (estos controlados a través de una metarregresión de predictores únicos y múltiples). Los resultados permitieron a los autores concluir que la variabilidad del terapeuta en la alianza pareciera ser más importante que la variabilidad del paciente, para mejorar los resultados del paciente (la correlación entre la alianza promedio del terapeuta con sus pacientes y el resultado fue de  $r = 0,402$ ,  $p = 0,0002$ , correspondiente al 16% de la varianza explicada). Asimismo, concluyeron que la importancia de las contribuciones del terapeuta es estadísticamente significativa, incluso cuando se controlan simultáneamente varias covariables potenciales de esa relación (ninguno de los moderadores potencialmente confusos moderó significativamente la correlación alianza-resultado, todos los  $p > 0,30$ ).

En este sentido, los hallazgos sugieren que hay terapeutas que obtienen mejores resultados que otros en el desarrollo de una alianza terapéutica más fuerte y que los pacientes de estos terapeutas tienden a lograr mejores resultados al finalizar la terapia; además que la variabilidad del paciente en la alianza no es un predictor estadísticamente significativo del

---

<sup>15</sup> Las posibles variables de confusión fueron calificadas en: *Calificador de alianza* ya sea que la alianza fuera calificada por el paciente, el terapeuta o el observador; *Diseño de la investigación* – es ECA o no es ECA-, *Eje II*, referente a la notificación de los estudios de trastornos del Eje II del DSM-IV; *Evaluador de resultados* – calificado por el paciente, el terapeuta o el observador-, *La medida de la alianza* que se codificó en cuatro niveles categóricos (1) WAI, (2) CALPAS, (3) HAQ, (4) VPPS, en tanto son las medidas de alianza más utilizadas por la literatura.

resultado. Por consiguiente, se podría pensar que los terapeutas son más efectivos cuando son capaces de formar alianzas entre una variedad de pacientes, lo que también ha sido sugerido en la caracterización de terapeutas efectivos realizada por Wampold, Baldwin, Holtforth e Imel (2017). Asimismo, según la investigación realizada por Barkham, Lutz, Lambert y Saxon (2017), los efectos del terapeuta son mayores cuando la gravedad inicial del paciente (en términos de severidad y complejidad de los casos clínicos) es mayor<sup>16</sup>, lo que lleva a los autores a sugerir que aspectos del terapeuta podrían ser más importantes que la terapia específica que se ofrezca al paciente, especialmente cuando se presentan mayores grados de angustia psicológica. Cabe señalar la necesidad de que el terapeuta tenga especial cuidado en su comunicación locutiva, ilocutiva y paralingüística, porque sus expresiones y actos serán interpretados por el paciente (Safran & Segal, 1994), afectando la relación entre ambos.

Dicho esto, se ha reconocido preliminarmente que en el tratamiento de pacientes suicidas un aspecto central de la terapia, que podría conducir a mejores resultados, es la construcción de una fuerte alianza terapéutica (Hendin, Haas, Maltzberger, Koestner, & Szanto, 2006; Plakun, 2001; Schechter, Goldblatt & Maltzberger, 2013; Dunster-Page, Haddock, Wainwright & Berry, 2017; Firestone, 2018). Por ejemplo, en un ECA de seguimiento de 24 meses del programa de intervención breve de intentos de suicidio (ASSIP), se encontró que puntuaciones más altas de la alianza terapéutica a la primera sesión (calificada por el paciente), se relacionaban inversamente con el puntaje obtenido en la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSS) a los 12 y 24 meses de seguimiento<sup>17</sup>. A la vez que una alianza más fuerte pareciera asociarse con una menor tasa de intentos de suicidio repetidos (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert & Michel, 2016). Lo anterior resulta coherente con un análisis bivariado en que la percepción de la relación terapéutica como más

---

16 A modo ilustrativo, los autores al utilizar el Cuestionario de resultados – 45 (OQ-45; Lambert, Kahler, Harmon, Burlingame y Shimokawa, 2011;  $N_T = 97$ ;  $N_C = 667$ ) vieron que al aumentar la gravedad del paciente, el porcentaje de efecto del terapeuta aumenta: así una puntuación OQ-45 de 80 produce un potencial efecto del terapeuta de aproximadamente 4%, mientras que una puntuación OQ-45 de 120 produce un efecto del terapeuta de aproximadamente 16%.

17 Las medidas estadísticas a los 12 meses fueron:  $t_{57} = -3.02$ ,  $p = 0.004$ ; coeficiente:  $-0.26$ , 95 % CI  $-0.43$  a  $-0.09$ ,  $R^2 = 0.18$ ; y a los 24 meses:  $t_{57} = -3.11$ ,  $p = 0.003$ ; coeficiente:  $-0.21$ , IC 95%  $-0.35$  a  $-0.08$ ,  $R^2 = 0.30$ .

colaborativa se asoció con una probabilidad menor de ideación suicida ( $p = 0,0005$ ) (Ilgen, *et al.*, 2009). En este sentido, se ha señalado que posiblemente la construcción de una alianza terapéutica colaborativa y empática sea más esencial con personas suicidas que con otras (Dunster-Page, Haddock, Wainwright & Berry, 2017). Sin embargo, construir y mantener una alianza terapéutica fuerte con un paciente suicida implica diferentes desafíos para el terapeuta. En esta línea, Schechter, Goldblatt y Maltzberger (2013) han referido que los terapeutas que trabajan con pacientes en riesgo suicida no solo deben contener la desesperación del paciente, sino que también lidiar con su repentina abstinencia a colaborar con el proceso y a conectarse emocionalmente con el terapeuta; igualmente, tolerar la incertidumbre que podría surgir cada vez que el paciente abandona la consulta y que podría dificultar la sintonía con el mismo; y además, desarrollar la suficiente flexibilidad para cambiar entre la escucha empática y la evaluación continua del riesgo suicida, por la posibilidad permanente de que haya que tomar acciones específicas para proteger la vida del paciente. De lo anterior, los autores plantean que establecer y mantener un contacto relacional significativo con pacientes en riesgo suicida puede ser un desafío desalentador; no obstante, agregan que la relación terapéutica puede representar la oportunidad para que el paciente se experimente a sí mismo de manera diferente, pruebe que un viejo patrón relacional no tiene que repetirse y que puede practicar e incluso solidificar algo nuevo, favoreciendo así alternativas al suicidio (Plakun, 2001; Russell & Newman, 2011; Schechter, Goldblatt & Maltzberger, 2013).

Por otra parte, una intervención clínica clave en el tratamiento de pacientes en riesgo suicida es atender las vicisitudes de la alianza (Firestone, 2018; Russell & Newman, 2011; Schechter, Goldblatt & Maltzberger, 2013). En esta línea, Plakun (2001) ha mencionado que atender las vicisitudes de la alianza ofrece una oportunidad para profundizar la intimidad del trabajo terapéutico con un paciente en riesgo suicida, ya que tanto terapeuta como paciente están involucrados en una diversidad de interacciones que afectan a ambas partes, por ello es menester comprender lo que está sucediendo dentro del espacio, visualizando el impacto que cada participante tiene sobre el otro. Ahora bien, los intentos suicidas del paciente durante el transcurso de la terapia tensionan la relación terapéutica y requieren ser abordados también como un momento de reparación de la alianza, en el sentido de que operacionalizar un intento

de suicidio es una forma de poner un límite a la supervivencia de la terapia (Plakun, 2001). En este sentido, Russell y Newman (2011) sugieren que, para reestablecer la alianza terapéutica después de un intento suicida durante el tratamiento, se vuelve necesario definir en qué términos se continuará el tratamiento, es decir, se deben renegociar las condiciones mínimas para reanudar la terapia. Por lo anterior han propuesto algunas pautas clínicas específicas para abordar la mantención del tratamiento y la reparación de la alianza:

1) Aclarar y/o modificar las reglas básicas del tratamiento, enfatizando su valor protector para el paciente (por ejemplo, definir expectativas básicas para la adherencia al tratamiento y establecer límites respecto a comportamientos del paciente que pudiesen resultar contra-terapéuticos) y, además, clarificar las responsabilidades mutuas y distintas del paciente y del terapeuta en psicoterapia (como la necesidad de colaboración del paciente con sus cuidadores profesionales y personales, y la reafirmación del compromiso del terapeuta con el proceso terapéutico).

2) Discutir abiertamente con el paciente la reconstrucción mutua de la confianza en la relación terapéutica, fomentando la colaboración y expresando que afrontar esta temática favorecerá que el tratamiento se reanude de manera positiva. En este aspecto resulta crítico reevaluar el estado de la alianza terapéutica: obteniendo comentarios del paciente sobre sus puntos de vista en relación esta, manteniendo un tono no defensivo cuando el paciente exprese desconfianza y haga su retroalimentación general; explicando la justificación clínica de las acciones del terapeuta antes, durante y después de la emergencia, para replantear las interpretaciones desconfiadas que el paciente realizó de estas acciones; y mantener una reevaluación continua de la alianza.

3) Reformular el plan de tratamiento, haciendo uso manifiesto de la conceptualización revisada del caso para actualizar los planes de tratamiento y seguridad, deconstruyendo el intento de suicidio y en caso de ser necesario expandir el equipo de tratamiento.

Por lo tanto, desde la propuesta de Russell y Newman (2011) la reconstrucción de la alianza terapéutica con un paciente en riesgo suicida conllevaría el despliegue de acciones específicas orientadas a reestructurar los objetivos del tratamiento y reencuadrar la relación, probablemente porque un encuadre definido e instalado en la relación permite proveer un

contexto relacional estable, seguro y proyectado en un tiempo suficiente, que favorezca el logro de las metas terapéuticas (Yáñez, 2005). No obstante, si los momentos de ruptura con pacientes suicidas pueden incomodar al terapeuta (Schechter, Goldblatt y Maltzberger, 2013), su experiencia subjetiva también requiere ser considerada en este contexto. Así, por ejemplo, Plakun (2001) afirma que rechazar la transferencia del paciente en riesgo suicida a menudo da cuenta de que se evocó una contratransferencia en el terapeuta que lo lleva a proyectar parte de sí mismo en el paciente, lo que hace emerger un proceso de complementariedad entre eventos de la vida de ambos, alejándose de la neutralidad terapéutica. En este sentido, tanto terapeuta como paciente podrían caer en un círculo vicioso de participación involuntaria que disminuirá la calidad de la relación (Muran, 2002). Esto último, podría repercutir en la colaboración paciente-terapeuta con respecto a las tareas y objetivos de la terapia, representando así un colapso en el proceso de negociación intersubjetiva (Eubanks, Muran & Safran, 2015). Así, se vislumbra la necesidad de que el terapeuta tome conciencia sobre sus actos involuntarios y profundice y explore el papel de la contratransferencia o lo que concierne a sus propios sentimientos, ya que quiebres en la relación podrían relacionarse con intentos suicidas por parte del paciente (Barzilay, *et al.*, 2018; Plakun, 2001; Dunster-Page, Haddock, Wainwright & Berry, 2017; Yaseen, Galyner, Cohen & Briggs, 2017).

### **3.3.2 Las emociones en la psicoterapia como espacio intersubjetivo y pacientes con riesgo suicida.**

Las emociones tienen una gran importancia para la psicoterapia, porque proporcionan a la persona un sentido inmediato de estar en el mundo, expresan la organización y desorganización de la vida personal y son centrales en la comprensión e interpretación de la propia experiencia y del comportamiento humano (Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Greenberg & Paivio, 2000; Mahoney, 2005). En términos amplios, las emociones:

Constituyen un sistema de acción organizado, significativo [...] Guían a las personas hacia la satisfacción de necesidades importantes y motivan una acción eficaz [...] son manifestaciones ricas en información de un sistema de procesamiento complejo que evalúa tanto lo que es significativo para nosotros como la posibilidad o no de alcanzar lo que es significativo (Greenberg, Rice & Elliot, 1993, p. 16).

Es decir, las emociones son un punto de acceso a la manera idiosincrática de dar sentido y significado a nuestras motivaciones, acciones y vivencias (Greenberg & Paivio, 2000).

La teoría del apego ha mostrado que la tendencia humana ontológica a generar relaciones afectivas significativas con otras personas, se configura de una manera particular en la infancia y permanece como patrones de interacción que organizan, dirigen y controlan comportamientos intersubjetivos, incluso hasta la adultez (Bowlby, 1977; West & Sheldon Keller, 1999). En este sentido, desde los primeros años de vida:

El niño está dotado de sentimientos básicos, así como de la capacidad básica para comunicarlos mediante mecanismos expresivos-motores, principalmente centrados en el sistema facial [...] la interdependencia y reciprocidad de los ritmos psicofisiológicos entre el niño y su cuidador parece ser intrínsecamente codependiente, y coexistir con la actividad del niño en el ordenamiento de la percepción del sí-mismo y del mundo desde el primer momento (Guidano, 1994, p. 32).

En consecuencia, la reciprocidad con los cuidadores genera tonalidades emocionales desde los primeros años de vida que, al ser actualizadas con situaciones recurrentes, se organizarán gradualmente en rasgos emocionales más estables (Arciero & Bondolfi, 2009). De allí que por ejemplo se haya propuesto el concepto de *esquema emocional*, en tanto unidad básica del funcionamiento psicológico que implica una compleja síntesis de afecto, cognición, motivación y acción, que proporciona a cada persona un sentido del sí mismo y del mundo, así como un significado personal (Greenberg & Paivio, 2000). No obstante, si bien los vínculos de reciprocidad temprana pueden generar disposiciones emocionales, no deben concebirse como totalmente determinantes de la experiencia emocional, porque experimentar una emoción también incluye el encuentro ininterrumpido de la persona con nuevas experiencias, con sus posibilidades de ser y la forma en que aparece el mundo y los demás (Bondolfi, Arciero & Mazzola, 2015). Por ello experimentar una emoción, tal como su raíz etimológica sugiere (*ex-movere: movimiento fuera de, movimiento más allá*), implicaría un moverse desde un determinado contexto, en vistas de algo que puede ser o no ser factible para cada persona (Arciero, Bondolfi & Mazzola, 2018).

Lo anteriormente descrito reflejaría que las emociones movilizan y están relacionadas con lo que la persona encuentra en el mundo, por lo tanto, también con la vinculación y la sincronización con otros, y cuando la persona es capaz de reconocer a otro más allá de sí

misma, surge la posibilidad de reconocer experiencias subjetivas propias, potencialmente compartibles, y también la posibilidad de atribuir valor y significado a las acciones del otro (Duarte, 2012). En este sentido, si se comprende la experiencia personal como inherentemente intersubjetiva, surge la posibilidad de reconocer empáticamente la vivencia emocional que otra persona tiene, a pesar de esta vivencia no pueda ser conocida directamente (Barua & Das, 2014). De modo que, la psicoterapia aparece como un medio de encuentro entre dos personas, en el cual se discuten los problemas significativos de la experiencia del paciente, con vistas a influenciar las fuentes de significado personal (Owen, 2015).

La posibilidad de compartir y sincronizar los estados subjetivos personales, a través de comunicaciones afectivas y simbólicas, implicará que en la situación psicoterapéutica haya una influencia mutua, recíproca e interaccional de cada participante sobre el otro y también sobre la relación establecida entre ambos (Duarte, 2012). En efecto, cada participante de la relación cambiará a partir de los cambios del otro (Beebe, Rustin, Sorter & Knoblauch, 2004), ya que el medio de cambio en psicoterapia, en donde se discuten los problemas significativos de la experiencia del paciente, es el contacto social y la influencia interpersonal (Owen, 2015). Por lo tanto, dada la cualidad intersubjetiva de la psicoterapia, no es posible evitar que, durante esta, el terapeuta experimente reacciones emocionales (Saravia, 2019).

En esta línea, la interacción emocional paciente-terapeuta permite comprender los esfuerzos del paciente por repetir sus patrones de interacción (incluso los potencialmente destructivos) en la relación terapéutica (Safran & Muran, 1996) y las reacciones emocionales de los terapeutas podrían ser consideradas aspectos reflectores de estos patrones intersubjetivos (Holmqvist, Hansjons-Gustafsson & Gustafsson, 2002). Por consiguiente, el contexto interpersonal en el que tiene lugar el reconocimiento de información relativa a la emoción sería fundamental (Safran & Segal, 1994; Duarte, 2012). Cabe destacar que cuando los pacientes se sienten escuchados, respetados y entendidos se favorece la confianza, la influencia mutua y la apertura al cambio a través de la conexión humana (Owen, 2015). No obstante, esta conexión intersubjetiva no estará exenta de otra consideración: la posibilidad de desintegración de la relación es generadora de ansiedad y esto podría llevar al individuo a negar su propia experiencia personal u omitir expresar ciertos aspectos de ella (Safran,



1990); entonces, la receptividad del terapeuta es central para que el paciente asuma el consiguiente riesgo interpersonal que asocia con la expresión de su experiencia y emociones (Greenberg & Paivio, 2000; Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Safran & Segal, 1994) y, también, es central la capacidad del terapeuta de reconocer sus propias reacciones emocionales y expresarlas al servicio del proceso terapéutico (Holmqvist, Hansjons-Gustafsson & Gustafsson, 2002, Saravia, 2019).

Sin embargo, como ya se ha señalado, al trabajar con pacientes en riesgo suicida los terapeutas experimentan sentimientos ambivalentes que dificultan la conducción del proceso terapéutico (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2013). Algunos terapeutas se sienten abrumados, angustiados y, en menor número, evitativos (Yaseen, *et al.*, 2013); otros experimentan sentimientos de tristeza, preocupación, ansiedad, estrés, inquietud y miedo (Türkes, Yilmaz & Soylu, 2017; Yaseen; Galynker, Cohen & Briggs, 2017). También pueden presentar una actitud ambivalente, de desinterés, evitación o inclusive relacionarse a través de conductas antiterapéuticas (Gómez, Núñez, Ibáñez y Gómez, 2012). Al mismo tiempo, se han realizado estudios que buscan evaluar aquellas respuestas emocionales de los terapeutas que son indicativas y prospectivas de pensamientos y comportamientos suicidas. De modo preliminar se ha hallado una contratransferencia “paradójica” específicamente asociada al suicidio, esto es, que la combinación conflictiva de ansiedad y esperanza se ha correlacionado positivamente con un desenlace suicida (Barzilay, *et al.*, 2018; Yaseen, *et al.*, 2013; Yaseen, Galynker, Cohen & Briggs, 2017). En este sentido, existe una potencial utilidad clínica de la autoevaluación de la respuesta emocional de terapeutas en el tratamiento de pacientes en riesgo suicida (Yaseen, *et al.*, 2013). Es preciso nuevamente señalar que conocer esta información no busca que los terapeutas supriman estas emociones “inadmisibles”, sino que desarrollen habilidades para interpretar sus reacciones emocionales y utilizarlas de forma terapéutica para ayudar al paciente (Saravia, 2019), en lugar de que se transformen en obstaculizadores de la terapia (Safran & Segal, 1994).

Por efecto, los antecedentes revisados en este apartado (y los del apartado anterior) sugieren que profundizar la vivencia del terapeuta al trabajar con pacientes suicidas proporcionaría una utilidad potencial en la evaluación del riesgo y en el tratamiento de estos pacientes.

### 3.4 PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVA

En el contexto de la psicología clínica existe una amplia variedad de modelos teóricos que revelan la adscripción del terapeuta a una determinada manera de relacionarse con la realidad y, por lo tanto, una forma específica de llevar el quehacer profesional cotidiano (Yáñez, 2005). En otras palabras, el marco de referencia del terapeuta afectará cómo va a describir el fenómeno de lo humano y el modo en que lo describa, va a afectar profundamente el cómo explicará, contabilizará o entenderá lo que afecta al paciente, en un sentido definitorio, por su descripción (Barua & Das, 2014). En este sentido, el enfoque constructivista-cognitivo es el que reviste mayor interés para la autora, por su particular modo de aproximación a la dinámica psicológica de la persona, que incluye la pretensión de ajustar la teoría, las técnicas y las intervenciones terapéuticas a la manera idiosincrática del paciente de dar sentido y significado a su experiencia (Yáñez, 2005; Vergara, 2011). Por lo tanto, por ser un enfoque que da prioridad a la apertura y al *conocimiento relacionado* (Mahoney, 2005), es decir, un espacio en el cual el terapeuta no asuma un conocimiento *a priori* del paciente y se enfoque en generar las condiciones necesarias para el intercambio y negociación de los significados interpersonales, de modo que el paciente desde su singularidad organice su experiencia y acción (Neimeyer, 2005). Asimismo, se releva el enfoque constructivista-cognitivo por sus consideraciones respecto al emergente que resulta de la relación diádica paciente-terapeuta, que permite concebir una psicoterapia en la cual el foco de trabajo incluye también al terapeuta y sus propios contenidos emocionales como parte del proceso (Safran & Segal, 1994; Mahoney, 2005; Rossi, 2014).

En términos generales, la metateoría constructivista-cognitiva proporciona nociones específicas sobre:

- El sujeto: quien es proactivo pues se genera a sí mismo en la relación entre sus estructuras de conocimiento o disposiciones previas y el ininterrumpido encuentro con la realidad y los demás (Guidano, 1994; Mahoney, 2005);

- La realidad: la cual no se corresponde con una realidad objetiva, sino que es construida individual y colectivamente a través del acto de interpretar, dar sentido y significar los acontecimientos (Neimeyer; 2005; Mahoney, 2005; Yáñez, 2005);

- El conocimiento: afirmaciones sobre el sí mismo, el mundo y los demás, que surgen a partir de la permanente interacción entre las estructuras previas de conocimiento y las

actualizaciones proporcionadas por las nuevas vivencias, que favorece la evolución y complejización del sujeto (Vergara, 2011);

- Y un modo de acceso a ese conocimiento: a través del lenguaje que articula y expresa la experiencia emocional y tácita del sujeto en una narración (Guidano, 1994). La historia narrada constituirá el todo organizado que simbólicamente reordenará las vivencias y será el medio a través del cual se podrá acceder a los contextos reales desde donde emergen esas explicaciones narrativas y a los significados a los que refieren (no siempre expresados directamente en la narración) (Arciero, Bondolfi & Mazzola, 2018).

De la aplicación de la metateoría en un ámbito paradigmático específico (psicoterapia) se ilumina/construye la teoría clínica “cuya finalidad es clarificar los mecanismos a través de los cuales operan determinadas intervenciones específicas” (Safran & Segal, 1994, p. 24), es decir, guía cuándo el terapeuta debe utilizar técnicas e intervenciones tecnificadas específicas en psicoterapia.

En la gestión de la psicoterapia, desde la respectiva teoría clínica constructivista-cognitiva, el paciente será el principal responsable del cambio. Al ser el permanente experto de sí mismo y de lo que está experimentando, tendrá la responsabilidad de involucrarse activamente con su propia experiencia y su propio desarrollo, manifestando a través de sus decisiones y acciones su posibilidad de influenciar *quién es* (Mahoney, 2005). En este sentido, se vislumbra un modelo de psicoterapia que busca relevar la capacidad de agencia del paciente desde su experiencia singular. De allí que, el terapeuta será un perturbador estratégicamente orientado que favorecerá el proceso de cambio, al acompañar comprensivamente al paciente respecto al sentido que tiene de sí y los significados que surgen en su propia experiencia (Yáñez, 2005). Es decir, el terapeuta no actuará directivamente pues no tiene certeza de cuál es la manera de funcionar con ese paciente en específico (Niemeyer, 2005) y confía en que el paciente decida respecto a sí mismo, pues acepta que este tiene acceso a aspectos de su mundo fenoménico, al cual el terapeuta no podrá acceder, y también que la persona que consulta es capaz de influenciar y transformar sus propias disposiciones (Safran & Segal, 1994; Yáñez, 2005). Por lo tanto, la exploración de la experiencia personal del paciente y las técnicas utilizadas solo cobrarán sentido en la naturaleza de la relación terapéutica que allí se despliegue (Neimeyer, 2005). En esta misma línea, Mahoney (2005,

p. 43) señaló “la relación personal es la esencia de la práctica”, dando cuenta de que el proceso psicoterapéutico requiere prestar atención a lo que ocurre en el vínculo humano co-creado entre la persona que busca ayuda y quien la ofrece.

Por lo anterior, el diálogo que surge al interior del espacio psicoterapéutico implicará “un proceso abierto y emergente en el que los participantes se enriquecen mutuamente (y a menudo se sorprenden) gracias a lo que comparten con el otro (y gracias a lo que aprenden sobre sí mismos en el proceso)” (Mahoney, 2005, p. 48). La mutua, recíproca e interaccional influencia entre paciente y terapeuta, hace emerger una realidad intersubjetiva en la que “tanto terapeuta como paciente dan mutuamente forma a la experiencia del y con el otro” (Duarte, 2012, p. 67); es más, la reciprocidad de los aspectos emocionales que emergen en el espacio de la psicoterapia favorecerá que el paciente experimente nuevas experiencias y pueda reconfigurar las anteriores de una manera diferente (Guidano & Liotti, 2006). De allí que, en la psicoterapia constructivista-cognitiva para desarrollar una comprensión flexible sobre el paciente, ambos participantes deberán sincronizar las formas de significar la experiencia en curso, como condición indispensable para generar el efecto esperado (cambio) en el paciente (Duarte, 2012; Yáñez, 2005). Así pues, el enfoque constructivista-cognitivo conceptualiza al proceso psicoterapéutico como un contexto interpersonal, en el que cada participante “debe ser considerado como parte del sistema interpersonal en el que está participando. No se puede considerar al paciente que sigue una terapia, independientemente del terapeuta” (Safran & Segal, 1994, p. 17). En este sentido, aquellos terapeutas capaces de abrirse lo suficiente a la interacción emocional que impregna la psicoterapia, desarrollan una mayor flexibilidad emocional y una elevada comodidad respecto a todo el espectro de emociones (Mahoney, 2005); mientras que, aquellos terapeutas que presentan inconvenientes para aceptar sentimientos y experiencias en ellos mismos, tendrán mayores dificultades para mostrarse empáticos con pacientes que exhiban estas experiencias en psicoterapia (Safran & Segal, 1994). Por lo tanto, el proceso de autoexploración del terapeuta es un aspecto fundamental en la creación de condiciones interpersonales que faciliten el cambio en psicoterapia.

Por otro lado, dado que el terapeuta entiende que los sistemas de significación personal son centrales en el cambio terapéutico, tendrá que acceder a la estructura profunda

de la subjetividad del individuo, es decir, a las condiciones que hacen emerger discrepancias entre la experiencia en curso y la manera idiosincrática del paciente de significarla (Yáñez, 2005). La condición de ser proactivo (Guidano, 1994; Mahoney, 2005), implica que el paciente movilice su subjetividad para la generación de una condición personal nueva que le permita afrontar sus dificultades cotidianas de una manera apropiada para sí mismo. Esto implicará la promoción de la reestructuración de los sistemas de conocimiento y de la identidad personal del paciente; la renovación de la actitud hacia sí mismo, los otros y el mundo; la ampliación del campo de experiencia subjetiva a través de procesos de resignificación de la experiencia personal y de vivencias emotivas propias del espacio terapéutico; la resignificación del pasado; y un nuevo orden de coherencia interno (Yáñez, 2005).

#### **3.4.1 Aproximación constructivista-cognitiva al comportamiento suicida**

La teoría clínica referente a los procesos de salud/enfermedad desde el enfoque constructivista-cognitivo, favorecen una aproximación comprensiva del fenómeno suicida a partir del sentido y significado personal. El primero refiere al núcleo organizativo de la identidad personal que le otorga unicidad y sentido de permanencia en el tiempo al sujeto, y el segundo, alude a la cualidad dinámica y evolutiva de la identidad, a través de formas de interpretar idiosincráticamente la experiencia (Vergara, 2011).

Desde el constructivismo-cognitivo la subjetividad es el emergente de la dinámica interpersonal, en tanto acto de autorreconocimiento y autoconcepto, articulado por la interdependencia entre las tonalidades emotivas preponderantes y las experiencias transformadoras vivenciadas por el individuo que, lo interpelan a la evolución y la adaptación (Yáñez, 2005). Guidano (1987; 1994) refiere que, en la infancia en la sincronización psicofisiológica entre el bebé y su cuidador existen escenas prototípicas recurrentes, cargadas de afecto, que configuran un patrón vincular sobre el cual se organiza el dominio emotivo y el sentido personal. Este último se constituye *en la unidad organizacional que dirige la construcción de “versiones” de mundo y de sí mismo* (Vergara, 2011. P-37), de modo que, la experiencia personal sería un acto de construcción autorreferencial. Es decir, en la relación sujeto-mundo se experimentará la asimilación de nuevas experiencias que se orientará a partir del sentido personal (Guidano 1987; 1994; Vergara, 2011).

La comprensión de la persona como un sistema evolutivo que mantiene su configuración interna para poder adaptarse al ambiente, conlleva que un proceso central del sentido personal sea el ordenamiento y reordenamiento de la experiencia personal para la mantención de su coherencia (Yáñez, 2005). Esto quiere decir que, la recurrente interacción con el medio genera la actualización del sentido personal a partir de nuevas experiencias que se van integrando a esta estructura de significación (Vergara, 2011). En la adolescencia, con el paso al pensamiento abstracto y al razonamiento hipotético deductivo, se produce el cierre operacional del dominio emotivo y se desarrolla la capacidad de asignar una dimensión temporal e histórica a las vivencias, articulándose una identidad personal de carácter narrativo secuencial (Guidano, 1987; 1994). En otras palabras, sobre el dominio emocional emergen explicaciones posibles que, se articulan en una narración de sí mismo orientada también por la mantención de la coherencia y la continuidad.

Guidano (1987; 1994) refiere la existencia de dos dominios o ámbitos de lo posible en la experiencia: uno tácito e inmediato “Yo” que demarca los límites de la experiencia emotiva y uno explícito a posteriori “Mí” que permite ordenar y reordenar la experiencia en términos semánticos. Asimismo, Yáñez (2005) señala que existe un determinismo estructural biológico, emocional y cognitivo que delimita aquello que se puede experimentar, ya que la mayor fuente de subjetividad proviene desde la propia estructura interna del individuo; es decir, existirían procesos centrales de organización y estructuras esquemáticas asociadas al mantenimiento y permanencia del sistema (mismidad). El autor además refiere que el sistema puede ser perturbado a través del encuentro discontinuo con el mundo (ipseidad), generando experiencias que presionan a la reorganización y cambio, de manera que se incorporen al sistema. De modo que, existiría un nivel de conciencia que posee un pre-conocimiento<sup>18</sup> que permitiría distinguir la experiencia inmediata en curso y le otorgará una presignificación, nivel que no necesariamente es reconocido por las estructuras más abstractas de la conciencia (Mahoney, 1988). Todas aquellas vivencias que excedan los límites experienciales serán perturbaciones que serán ordenadas y reordenadas para asegurar la continuidad, *en el sentido*

---

18 Existen diferentes referentes del modelo constructivista-cognitivo que desde aproximaciones diferentes pero confluentes proponen este nivel más profundo de conciencia, por ejemplo, Beck (esquemas cognitivos subyacentes), Kelly (constructos personales), Mahoney (estructura morfogénica nuclear), Safran (esquemas cognitivos interpersonales) y Greenberg (esquemas emotivos).

*de que conllevan un cierto isomorfismo categorial que presiona por la búsqueda de significación a nivel central, permitiéndole el reconocimiento y su incorporación dentro de los márgenes de la coherencia sistémica* (Yáñez, 2005, p. 19). Por lo tanto, si bien el sujeto está abierto a experimentar la novedad, en tanto diversidad experiencial de un medio cambiante que transforma la recurrencia (Vergara, 2011), algo clave es que la nueva información que el sujeto puede conocer, queda regulada por la mantención del sentido identitario que está dado por las estructuras centrales de significado del sujeto (Guidano, 1987; 1994; Yáñez, 2005). Esta regulación que busca la mantención de la coherencia descansa sobre el lenguaje, es decir, sobre la capacidad de significar y resignificar las experiencias (Arciero & Guidano, 2000). Es el lenguaje el que articula y expresa la experiencia emocional y tácita del sujeto en una narración (Guidano, 1994), por lo que el significado constituye una forma de interpretar y traducir la experiencia personal (Bruner, 1998). A este respecto, Vergara (2011) muestra cómo este proceso personal de significar la experiencia no es un “reflejo” de la realidad, sino que representa a las diversas versiones del mundo y de sí mismo que el individuo ha aprehendido culturalmente y también de sus experiencias interpersonales. La autora señala que estas versiones constituyen una referencia de significación, las cuales son creadas, reforzadas y modificadas en la dinámica interpersonal, pero que también incluyen la interpretación personal del sujeto, en tanto evidencia de su subjetividad. El significado no solo es un emergente de la dinámica intersubjetiva, sino que al generar una percepción del mundo y de sí mismo, organiza patrones recursivos de modulación emocional que son formas recurrentes de interpretar y reconocer al propio sí mismo, consistente, continuo en el tiempo y con capacidad de acción (Guidano, 1994). Por lo tanto, el significado personal se ubica en el marco explicativo de la experiencia, la cual es interpretada a partir de la vivencia emocional que delimita los márgenes de percepción del suceso, generando un sesgo perceptual y en la construcción de teorías para sí mismo, para los demás y el mundo (Vergara, 2011). El aumento de los niveles de complejidad del sistema, se garantizará a través de una narrativa que, con respecto del significado personal, sea lo suficientemente abstracta, flexible y generativa, de modo que se permita la asimilación e integración de las perturbaciones discrepantes sin desequilibrar al sistema (Vergara, 2011).

Ahora bien, la conceptualización de la persona en tanto sistema autoorganizado que conserva su continuidad, coherencia y consistencia a nivel experiencial y semántico (Guidano & Liotti, 2006), implica para la clínica un método que aspire a reconstruir cómo se construye el sentido y el significado personal. Particularmente, el sufrimiento tendrá que ver con una perturbación que amenaza el sentido de continuidad del individuo y la insuficiente flexibilidad de la persona para generar nuevos significados transformadores que permitan incorporar la discrepancia de manera coherente (Arciero & Guidano, 2000; Yáñez, 2005). La mantención de la imposibilidad de adaptarse al medio, implicará la emergencia de nuevas experiencias que no pueden incorporarse de manera coherente y que siguen amenazando la continuidad del sistema; la persona entonces se rigidizará apelando a los núcleos prototípicos de sentido y a las estrategias preconfiguradas que, al ser descontextualizadas de la perturbación actual, no permiten que el sistema evolucione en sus niveles de complejidad y flexibilidad (Guidano, 1994; Rodríguez, 2020; Yáñez, 2005).

Por lo tanto, desde esta nomenclatura el comportamiento suicida podría entenderse como una posible expresión del fracaso del sistema por mantener su coherencia sistémica, en donde se produce una distancia cada vez mayor entre la experiencia vivida y la identidad personal. La aparición de recurrentes perturbaciones significativas irresolubles generan estados de ansiedad y angustia en el sujeto que desarticulan la coherencia interna y, con ello, se vuelve aún más difícil encontrar nuevas formas de significación (López, 2013). El sentido personal se ve tan amenazado, probablemente por la perturbación más intensa vivenciada en su historia vital, que la persona podría llegar a experimentarse completamente a merced de los acontecimientos externos (Kelly, 1969). La persona no sería capaz de desprenderse de la experiencia discrepante y actuar desde lo simbólico para elaborar los acontecimientos y sus experiencias de manera más abstracta y así generar significados que le permitan lograr una mejor comprensión de su sintomatología (Vergara, 2011). La rigidización de los patrones recursivos de modulación emocional y la utilización de estrategias preconfiguradas descontextualizadas, llevarían al individuo a fracasar en la renovación del sentido personal y con ello se podría experimentar la pérdida del autorreconocimiento, del sentido de unicidad, del sentido de continuidad en el tiempo y de la capacidad de agencia (Guidano, 1994; Rodríguez, 2020; Yáñez, 2005). La significación asignada a ese evento de quiebre de la cotidianidad y de la certidumbre de la vida refiere a la particularidad de la persona, a su



historia singular y a los márgenes delimitados por su vivencia emocional (Vergara 2011; Yáñez, 2005) y, en este sentido, la posibilidad del suicidio también sería significada individualmente, probablemente a partir de anticipaciones futuras asociadas a la incapacidad de resolver las circunstancias presentes (López, 2013). Esto sería coherente con la propuesta de Joiner (2007) respecto de que una condición central para el deseo de suicidarse es el sentido de incapacidad para resolver las propias dificultades de la vida, y al considerar que la subjetividad es experimentada a partir del espacio intersubjetivo (Duarte, 2012) se podría activar también la sensación de ser una carga para los demás, que también es señalada por el autor como condición del deseo de autoeliminación.

La aplicación de la teoría constructivista-cognitivo al estudio de pacientes con riesgo de suicidio, no ha mostrado resultados concluyentes; sin embargo, la investigación realizada por López (2013, p. 169) visualizó que estos pacientes presentarían una tendencia a: 1) El concretismo de las categorías conceptuales explicativas en cuanto al concepto de suicidio, siendo *expresado en términos concretos, escuetos y con bajos indicios de una explicación en términos abstractos*. Las explicaciones que los pacientes tienen de su ideación suicida aluden a un sufrimiento presente y pasado, la no normalización de su estado psicológico, la sensación de que no hay otra opción y su visualización como descanso y escape a nivel personal. La percepción del yo se activa a través de las circunstancias y eventos concretos actuales, generando demandas que exceden las posibilidades de simbolizar, dentro de la coherencia sistémica, la experiencia a través del lenguaje y la abstracción. 2) La rigidez de las estructuras de procesamiento y conocimiento disponibles, que reduce a una respuesta única las posibilidades. Si bien en algunos casos se expresa el deseo pasivo de buscar alternativas, se expresa dificultad para dirigir la racionalidad y la emocionalidad hacia un foco distinto al contenido suicida. Por ende, se dificulta la integración del significado de la experiencia y no permite la progresión de las posibles explicaciones de los acontecimientos. 3) La exclusión de la conciencia de contenidos experienciales, emociones y pensamientos positivos, o su inclusión desde la carencia, *confundiendo el yo estable con el yo en curso en la situación actual*. 4) La reactividad que tiene que ver con una activación mínima del sistema central de significación, *cada interacción con el ambiente se torna no prevista ni anticipada*. Las demandas del entorno se vuelven desbordantes, manteniendo al sistema en un estado de funcionamiento mínimo a nivel motor, emocional y cognitivo o de falta de propositividad. 5)

La evitación o escape de la exposición de sus emociones y opinión por temor al rechazo social y la consecuente soledad o por la sensación de desinterés por los otros. El contacto social se vivencia como una perturbación extrema, sobre todo en situaciones de desencuentro de opiniones, lo que activa un mecanismo de control descentralizado manifestado a través del retiro de la situación demandante y el aislamiento. En general expresan una sensación de exposición asociada a las cualidades peor evaluadas por ellos mismos.

Si bien estos resultados deben ser considerados con moderación, resultan coherentes con una lectura del comportamiento suicida que se centre en los modos de darle significado a la experiencia en curso y las repercusiones que dicha significación tienen en la vivencia del sí mismo y en los niveles de autoorganización. De esta manera, la intervención terapéutica se orientaría por la recuperación de la capacidad de flexibilidad y generatividad del sistema, a través de la integración de aquellos modos de significar, emocionarse, actuar y relacionarse que están a la base del núcleo organizador de la identidad personal. Es decir, se fomentará el desarrollo de la autoconsciencia, en cuanto emergente de la dialéctica continua entre los procesos de conocimiento tácitos y los procesos de conocimiento explícitos que se llevan a cabo de un modo autoorganizado y referencial (Zagmutt & Silva, 1996); de modo que, se incorporen nuevas maneras de significar para favorecer la regulación emocional (Guidano & Arciero, 2000).

### **3.4.2 Experiencia personal del terapeuta en Psicoterapia Constructivista: Proceso de enganche y desenganche**

Desde el enfoque constructivista-cognitivo la consideración del terapeuta y sus propias experiencias en psicoterapia “pueden suministrar importantes claves respecto del estilo personal y cognitivo del paciente (...) información acerca de la relación terapéutica y sus cambios, claves en cuanto a la experiencia interna del paciente” (Safran & Segal, 1994, p. 21). Es decir, los pensamientos, las oscilaciones emocionales, las imágenes, fantasías y sensaciones físicas que experimenta el terapeuta, al vincularse directamente con el paciente en el espacio de la psicoterapia o al pensar en el trabajo con él fuera de la sesión, constituyen su experiencia personal (Gelso & Pérez-Rojas, 2017) y esta puede ser considerada como una fuente importante de información para la comprensión del paciente, de la relación terapéutica y del cambio en psicoterapia. En este sentido, Yáñez (2005) destaca que un terapeuta

estratégicamente orientado es capaz de utilizar su propia experiencia emocional en curso como un insumo que favorezca la creación de un contexto interpersonal seguro y el proceso de autoobservación del paciente.

Gelso y Pérez-Rojas (2017) sugieren que la experiencia personal del terapeuta impacta en las técnicas terapéuticas escogidas (y su modo de aplicación) y en la efectividad del terapeuta para generar las condiciones mínimas para el cambio en psicoterapia; por ello los autores relevan que la modulación de los propios sentimientos puede contribuir a un proceso efectivo en psicoterapia. En esta línea, se ha señalado que el terapeuta cuando no examina en profundidad sus propios sentimientos, perdería la posibilidad de comprender las fuentes desde donde emanan dichos sentimientos y estos podrían aparecer a través de acting-outs, generalmente indirectos (por ejemplo, a través de una actitud de desapego, seducción o agresividad), que eventualmente perjudicarían el proceso terapéutico (Gelso, Pérez-Rojas & Marmarosh, 2014; Gelso & Pérez-Rojas, 2017). Si bien existe un creciente interés en los factores afectivos-relacionales en el desarrollo de la psicoterapia, aún no existe suficiente evidencia para explicar el papel que juegan los sentimientos y reacciones del terapeuta dentro del sistema interpersonal paciente-terapeuta (Safran & Segal, 1994), aunque se han formulado algunas indicaciones técnicas para que estos sentimientos y reacciones puedan ser utilizados al servicio del proceso del paciente (Galdames, 2015; Gelso & Pérez-Rojas, 2017; Kiesler, 2001; Yáñez, 2005).

Asimismo, Kiesler (2001) sugirió que cuando el terapeuta es cuidadoso con sus propios sentimientos, pensamientos y reacciones, habría repercusiones directas en el proceso interpersonal en psicoterapia. Esto implica reconocer que el terapeuta al interactuar con el paciente y estar abierto al entendimiento del sufrimiento de este, experimenta sus propias experiencias con diversas intensidades y variedades (Safran & Segal, 1994; Galdames, 2015). El terapeuta puede sentir por el paciente “intimidad, atracción sexual, admiración y respeto, así como frustración, irritación, competitividad, ansiedad y depresión” (Kiesler, 2001, p. 1054), ya que la relación entre ambos, a pesar de tener características únicas, es concebida como similar a cualquier otra transacción humana (Galdames, 2015; Mahoney, 2005). En este sentido, es posible identificar implicancias intersubjetivas del proceso terapéutico y, por ende, la imposibilidad de la pretensión de neutralidad por parte del terapeuta. Dicho de otro modo, el terapeuta debe desarrollar la habilidad para desprenderse de los propios contenidos

personales en el contexto de la psicoterapia y así intentar contener toda clase de transferencias por parte del paciente, lo que favorecerá la intención, no siempre lograda, de que los contenidos abordados durante el tratamiento pertenezcan principalmente al mundo personal del paciente (Yáñez, 2005). Sin embargo, la pretensión no es la neutralidad del terapeuta, sino el reconocer y aceptar los propios sentimientos y las tendencias a la acción provocados por la interacción terapéutica (Greenberg & Paivio, 2000; Safran & Segal, 1994; Saravia, 2019).

En torno al terapeuta, se han distinguido dos tipos de experiencias que este podría vivenciar en psicoterapia, a partir de los que Kiesler (2001) llamó “desviaciones definibles de la línea de base”: Por una parte, el terapeuta podría experimentar reacciones defensivas e irracionales y sentimientos asociados a los propios conflictos no resueltos, y que podrían ser identificados en cuanto se alejan del comportamiento habitual del terapeuta con sus otros significativos, con su rol como terapeuta, con sus colegas y supervisores, con sus otros pacientes y con ese paciente en particular (Kiesler, 2001). Estas reacciones y sentimientos, relacionadas con las predisposiciones del terapeuta, podrían llevarlo a generar categorías explicativas inadecuadas respecto a la experiencia de la persona que busca ayuda, interfiriendo la referencia a la manera idiosincrática del paciente de interpretar sus propias vivencias e inclusive aumentando sus dificultades (Mahoney, 2005). En este sentido, para que la formulación de hipótesis no resulte apresurada (y equivocada), la condición previa es que el terapeuta tome conciencia de sus propios sentimientos y tendencias a la acción (Safran & Segal, 1994).

Por otro lado, el comportamiento inadaptado del paciente podría desencadenar sentimientos, actitudes y reacciones complementarias en el terapeuta que podrían ser generalizables a otras personas. Es decir, se podrían identificar, ya que aluden a experiencias y acciones vinculadas a reacciones típicas hacia el paciente, ya sean desde el terapeuta o desde otros significativos en la vida del paciente (Kiesler, 2001). En esta línea, Safran y Segal (1994) muestran que desde los aportes de la teoría interpersonal, se ha podido postular el concepto de Ciclo Cognitivo Interpersonal para referir la elaboración de esquemas interpersonales por parte de las personas, que tienen la función de predecir interacciones con figuras significativas que suscitan apego, es decir, un aspecto relevante del funcionamiento psicológico es la atribución de percepciones, expectativas o construcciones respecto a los

demás, que tienden a confirmarse por las consecuencias interpersonales del comportamiento expresado. En este sentido, habría una interpretación y construcción activa de la realidad y de la posibilidad de relacionarse y mantener la relación con otros, siendo las expectativas capaces de influir en el entorno y también en la gama de emociones y comportamientos que la persona puede experimentar y exhibir al relacionarse (Safran & Segal, 1994). Kiesler (2001) postuló dos procesos claves que deben ser realizados por el terapeuta para no reforzar los patrones intersubjetivos desadaptativos del paciente: Primero, la detención de la respuesta complementaria forzada que le suscita el comportamiento del paciente y, pasar a respuestas no complementarias. Segundo, a través de la “metacomunicación” y de la “divulgación de impacto” el terapeuta expresará al cliente los impactos emocionales centrales y repetitivos que él experimenta en su interacción con el paciente. Por lo tanto, estas experiencias del terapeuta son especialmente útiles para clarificar las dificultades interpersonales del paciente, pudiendo servir como retroalimentación que favorezca la transformación de la experiencia emocional del paciente (Galdames, 2015) y ser así facilitadora del cambio en psicoterapia.

Ahora bien, ambos tipos de experiencias del terapeuta, a saber, las resultantes de los conflictos personales no resueltos y de las respuestas complementarias suscitadas por la dinámica interpersonal disfuncional del paciente, requerirán del desarrollo de una disciplina interna por parte del terapeuta que le permita advertir sus propios sentimientos y reacciones personales en el espacio de la psicoterapia (Safran & Segal, 1994). El reconocimiento e identificación de lo anterior, favorecerá que el terapeuta se desenganche, es decir, se desconecte de las propias contribuciones desadaptativas y de los sentimientos de impacto (con la consecuente tendencia a la acción) que le suscita el paciente (Kiesler, 2001). Tal como lo señalan Safran y Segal (1994):

Así como los sentimientos no reconocidos inciden en las interacciones del paciente sin que este tenga conciencia de ello, los sentimientos no reconocidos del terapeuta influyen en la interacción terapéutica sin que él lo advierta [...] estar enganchado implica, por definición, que uno no advierte del todo sus propios sentimientos y tendencias a la acción y que por lo tanto participa inconscientemente en la interacción (p. 190).

En consecuencia, el terapeuta podría verse movilizado por las emociones que emergen de la manera en que se experimenta el comportamiento del paciente y, en este sentido, la intersubjetividad en psicoterapia tiene un carácter transaccional (Galdames, 2015;

Kiesler, 2001).

El proceso de desenganche se dará en tres fases: Primero, el terapeuta debe reconocer todo aquello que el paciente gatilla en él, siendo central la identificación de respuestas complementarias, de patrones recurrentes en las respuestas personales que le genera el paciente o sensaciones que experimenta en torno a lo que le sucede al paciente (Galdames, 2015; Safran y Segal, 1994). Esta primera fase permite plantear hipótesis sobre las respuestas que el paciente genera en otras personas y también favorece la observación de los marcadores interpersonales (actos y comunicaciones, generalmente a nivel perlocutivo, que despliega el paciente en psicoterapia y que suscitan sentimientos y tendencias a la acción en el terapeuta) y conductas no verbales que podrían reflejar los sentimientos del paciente (Safran y Segal, 1994; Yáñez, 2005). La segunda fase consiste en frenar la respuesta complementaria que refuerza el comportamiento interpersonal característico del paciente y realizar intervenciones no complementarias (Kiesler, 2001). Finalmente, la última fase alude a que el terapeuta exprese abiertamente al paciente los efectos que ha experimentado frente a determinados comportamientos del paciente, es decir, hable de la interacción entre ambos (Kiesler, 2001; Safran & Segal, 1994).

En consecuencia, los procesos de enganche y desenganche favorecen el proceso de descubrimiento terapéutico, ya que implican intervenciones cuyo propósito es generar la perturbación necesaria en el paciente, para que este incorpore aspectos del sí mismo a su sentido personal que antes se encontraban encapsulados y se promueva su posición de agentes activos en la vinculación con los demás (Galdames, 2015; Safran & Segal, 1994). Cabe señalar que esta propuesta teórica para abordar la experiencia personal del terapeuta podría disminuir la creencia ampliamente aceptada de que hay experiencias emocionales “inadmisibles” en el psicoterapeuta y que tienden a ser objeto de supresión, represión e inclusive repudio, porque se han considerado indeseables, incómodas, vergonzosas e incongruentes con la actitud benevolente esperada en psicoterapia (Gelso & Pérez-Rojas, 2017).

#### *3.4.2.1 Metacomunicación*

En la dinámica relacional paciente-terapeuta, surgen elementos transferenciales y contratransferenciales que pueden ser utilizados como recursos técnicos en la psicoterapia.

La emoción, como se vio anteriormente, se entiende como información respecto del sí mismo, de los otros y de la vinculación yo-tú, por lo que es considerada como una herramienta para comprender los procesos de vinculación en psicoterapia (Rossi, 2014). La metacomunicación es una técnica procedural que la psicoterapia constructivista-cognitiva utiliza para facilitar el cambio a través de una retroalimentación al paciente sobre sus reacciones emocionales y los comportamientos que podrían generar esas reacciones en otros (Yáñez, 2005). Safran & Segal (1994) señalan que para metacomunicar al paciente los sentimientos y reacciones que el terapeuta experimenta en la interacción con el paciente la regla fundamental es que el terapeuta tome suficiente distancia de sus propios sentimientos como para ser un observador participante. Esto quiere decir que el terapeuta sea capaz de asumir una posición de observador, con un punto de vista objetivo orientado hacia el paciente; y una posición de participante, con un punto de vista subjetivo, orientado hacia el paciente (Safran & Segal, 1994). Para realizar esta retroalimentación se debe proponer como una tentativa u hipótesis, con lenguaje proposicional y bajo el contexto de una alianza terapéutica sólida (Yáñez, 2005). En este sentido, la invitación es a seguir explorando con el paciente la interacción y el influjo interpersonal que el paciente es capaz de generar sin culparlo por ello (Rossi, 2014).

Safran & Segal (1994) señalan que existen cuatro clases de metacomunicación:

1. De despliegue: para que el paciente vislumbre los efectos de su propio comportamiento en los demás y vean lo que aportan en la interacción.
2. De exploración: la transmisión de los sentimientos del terapeuta tiene el objetivo de sondear la experiencia personal del paciente y ver si ambas coinciden.
3. De aclaración: el terapeuta identifica y señala la percepción subjetiva de los marcadores interpersonales de los pacientes para que tomen conciencia del papel que cumplen en la interacción.
4. De interpretación: el terapeuta utiliza el marcador interpersonal identificado como una coyuntura propicia para la exploración cognitiva/afectiva, es decir, el terapeuta informa al paciente respecto de la percepción que tiene del paciente para facilitar la exploración de la experiencia subjetiva.

La metacomunicación es una técnica que se utiliza en el aquí y ahora de la relación terapéutica, porque permite que los pacientes pongan a prueba sus creencias disfuncionales

sobre las relaciones en general, a partir de la interacción con el terapeuta; y favorece que el paciente descubra cómo contribuye a la interacción mientras esta tiene lugar (Rossi, 2014). Es una técnica que, a partir de la relación y la afectación mutua, favorece la negociación de la interpretación de lo que allí ocurre y la integración de contenidos perturbadores al sí mismo (Galdames, 2015; Yáñez, 2005). De modo que, la experiencia personal del terapeuta puede tener un uso tecnificado en psicoterapia, que permite una mayor aproximación al modo en que el paciente significa sus vivencias, favorece la actualización de los significados personales y permite integrar aspectos del mismo que antes se excluían. Es decir, la experiencia del terapeuta puede tener un uso diagnóstico y terapéutico.

En resumen, los antecedentes teóricos y empíricos revisados muestran que el suicidio es un fenómeno multicausal que puede ser comprendido desde diversas variables explicativas, las cuales revisten de utilidad clínica porque favorecen la anticipación del desarrollo de un estado suicidal grave y permiten el despliegue de acciones preventivas, siendo especialmente útiles las estrategias multisectoriales que incluyen, entre otros, a los agentes de salud. El tratamiento de estos pacientes a través de la psicoterapia ha resultado efectivo, sin embargo, la experiencia personal del terapeuta (sobre todo sus emociones) puede configurar un obstaculizador de los buenos resultados de la terapia. La inclusión del enfoque constructivista-cognitivo favorece la comprensión de la psicoterapia como un espacio intersubjetivo en que tanto la variable del terapeuta como la del paciente deben ser incluidas para la comprensión del paciente, de la relación terapéutica y del cambio en psicoterapia. Además, sugiere un abordaje del estado suicidal del paciente en primera persona, incluyendo el trabajo exclusivo con la persona del terapeuta, de modo que los contenidos personales de este no interfieran el entendimiento de la experiencia singular del paciente y puedan ser utilizados como un facilitador del cambio en psicoterapia.



## IV. MARCO METODOLÓGICO

### **Diseño de Investigación**

La presente investigación se realizó bajo un diseño metodológico cualitativo de alcance descriptivo relacional. Se llevó a cabo un análisis a través de la Teoría Fundamentada, con la finalidad de desarrollar una teoría que se desprenda de datos empíricos (Glaser & Strauss, 1967; Páramo, 2015), con aplicación en el área de la psicoterapia.

### **Diseño Muestral y Estrategia de Muestreo**

#### *Criterios de inclusión y exclusión de los participantes*

La muestra se compuso por psicólogos y psicólogas que se desempeñaban como psicoterapeutas en la ciudad de Santiago de Chile. En cuanto a los criterios de inclusión para este estudio, los participantes debían contar con: a) Experiencia de a los menos *tres años* en el área de la psicoterapia, b) Encontrarse activos como psicoterapeutas hace al menos *un año* atrás al momento de la investigación, c) Contar con formación de posgrado o postítulo de a lo menos *dos años* en el área clínica, d) Haber trabajado o estar a cargo del proceso de psicoterapia de al menos un paciente con riesgo suicida, f) Psicoterapeutas de ambos sexos. Referente a los criterios de exclusión, se consideraron: a) Psicoterapeutas que hayan enfrentado la muerte por suicidio de un paciente en un periodo menor a 1 año y 6 meses; b) Psicoterapeutas con formación de posgrado o postítulo menor a dos años en el área clínica; c) Psicoterapeutas que no deseen participar.

#### *Procedimiento de muestreo*

La presente investigación utilizó un procedimiento de muestreo del tipo intencionado, no probabilístico y de carácter homogéneo, salvo en enfoque teórico con el cual el participante se siente más identificado. En base a los criterios de inclusión antes señalados, se realizó una búsqueda en línea a través de portales web utilizados por psicoterapeutas y se elaboró una lista con candidatos que cumplieran el perfil requerido. Se propuso un arranque muestral de *diez* participantes, los cuales fueron entrevistados de a uno, ya que al tratarse de un análisis mediante la Teoría Fundamentada fue importante mantener la revisión constante y paralela de la información nueva que se iba recolectando, a fin de verificar si aparecían

nuevas unidades de análisis que debían integrarse al protocolo de entrevista si es que brindaban mayor información acerca del objeto de estudio. Se formalizó el contacto con los participantes por vía correo electrónico, haciendo envío del consentimiento informado y explicándoles de manera clara y concreta el objeto de la investigación y el carácter voluntario de su participación. El grado de saturación de información fue alcanzado en la octava entrevista, realizando las últimas dos con el fin de consolidar y confirmar los resultados obtenidos.

### *Consideraciones Éticas*

La presente investigación se conformó por psicoterapeutas que aceptaron participar de forma voluntaria, autorizando su participación a través de un consentimiento informado, cuyo formato fue previamente aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (Ver Anexo 1). Se garantizó la confidencialidad respecto a la información obtenida en este estudio, protegiendo la información personal de los participantes y se reemplazaron todos los nombres por códigos de identificación (por ejemplo, E1). Además, el acceso al material audio grabado fue de acceso exclusivo para la investigadora responsable, por lo que esta misma realizó la transcripción y el análisis de los datos. Una vez finalizada la investigación el material audio grabado fue destruido en su totalidad.

### *Caracterización de los participantes*

La muestra se compuso por diez psicoterapeutas, cinco mujeres y cinco hombres, con un rango de edad entre los 26 a los 58 años. Todos los psicoterapeutas atienden principalmente a población adulta y su rango de experiencia varía entre los 3 a los 24 años de ejercicio terapéutico. En cuanto a sus años de especialización en clínica, estos varían entre 3 y los 6 años, entre cursos, diplomados, postítulos y magíster. Por último, en cuanto a la escuela teórica con la que se identifican, tres se definen como Constructivistas-Cognitivos; uno como Constructivista-Cognitivo-Posracionalista; una como Cognitivo-Posracionalista; dos como Posracionalistas; dos como Posracionalistas Fenomenológicos-Hermenéuticos y uno como Psicoanalista.

### **Técnicas de Recolección de datos**

La información se recolectó a través de una entrevista semiestructurada, la cual fue desarrollada a partir de los aportes teóricos y empíricos encontrados respecto al fenómeno suicida, su tratamiento psicoterapéutico, el rol del terapeuta y la importancia de la autoexploración de sus experiencias emocionales en el contexto de la psicoterapia. Dicho protocolo contó con diversas preguntas abiertas concordantes con las preguntas directrices de la presente investigación, cuyo objetivo consistía en describir la experiencia emocional de psicoterapeutas expertos que se manifiesta frente al riesgo suicida de sus pacientes y cómo regulan estas emociones, identificando cuáles son las estrategias de regulación emocional utilizadas por los psicoterapeutas que podrían favorecer la conducción del proceso terapéutico. La entrevista se piloteó tres veces antes de su aplicación oficial, consultando a las psicoterapeutas voluntarias en relación al nivel de claridad de las preguntas y a su comprensión general de lo que se buscaba indagar con dicha entrevista. En base a su retroalimentación se reformularon algunas preguntas originales o se agregaron aclaraciones para que resultaran más comprensibles para los participantes. Asimismo, se eliminaron ítems que durante la aplicación de las entrevistas habían demostrado ser repetitivos. Por último, la entrevista incluyó una pregunta final que permitiera al entrevistado agregar cualquier comentario que no hubiese sido explorado durante la entrevista y que pudiese ser de utilidad para el objeto de esta investigación. El formato final de la entrevista semiestructurada se encuentra disponible en el Anexo 2, al final de este documento. Dichas entrevistas tuvieron una duración que varió entre los 55 y 100 minutos, realizándose posteriormente una transcripción detallada de su contenido para efectuar la organización análisis preliminar de dicha información. Este procedimiento se repitió cada dos entrevistas, hasta que se alcanzó un punto de saturación teórica, es decir, cuando dejaron de emerger nuevas unidades de análisis que ayudaran a desarrollar con mayor profundidad el objeto de estudio.

### **Plan de análisis de información**

El análisis de las entrevistas semiestructuradas se realizó de la siguiente manera:

#### *Codificación abierta*

Se realizó inicialmente una *codificación inicial* a través de códigos simples, activos y analíticos respecto a la experiencia emocional de terapeutas suscitada por la revelación del

riesgo de suicidio, las estrategias que utilizaron para regular estas experiencias y los efectos en el espacio terapéutico. Esta codificación fue provisoria, comparativa y basada en la información que brindaron los participantes, porque podía implicar la aparición de nuevas áreas que debiesen ser exploradas y, por lo tanto, integradas en el protocolo de entrevista. Luego se realizó un *análisis comparativo* para encontrar similitudes y diferencias intra-entrevista e inter-entrevistas. Finalmente se efectuó una *codificación enfocada*, en la cual se destacaron aquellos códigos más significativos y/o repetitivos de la codificación inicial para hacer un filtro de información. Se fusionaron aquellos códigos que fueran repetidos o muy específicos y se crearon categorías más generales que pudiesen agrupar a dichos códigos y representarlos. Al finalizar este proceso, se obtuvieron tres categorías centrales que serán desarrolladas en el siguiente apartado.

#### *Codificación axial*

Se relacionaron las categorías y subcategorías obtenidas en la codificación abierta, combinando un análisis inductivo y deductivo de sus propiedades y dimensiones para desarrollar una explicación más precisa y completa sobre los fenómenos, ya que cada categoría representa un “fenómeno” significativo para los entrevistados (Strauss & Corbin, 2002). Se plantearon relaciones entre las categorías centrales con sus subcategorías, en función de la trayectoria de ejercicio clínico del psicoterapeuta, logrando establecer en términos de hipótesis que ciertas condiciones combinadas tendrán asociadas consecuencias específicas al conducir el proceso terapéutico de un paciente con riesgo de suicidio.

## V. RESULTADOS

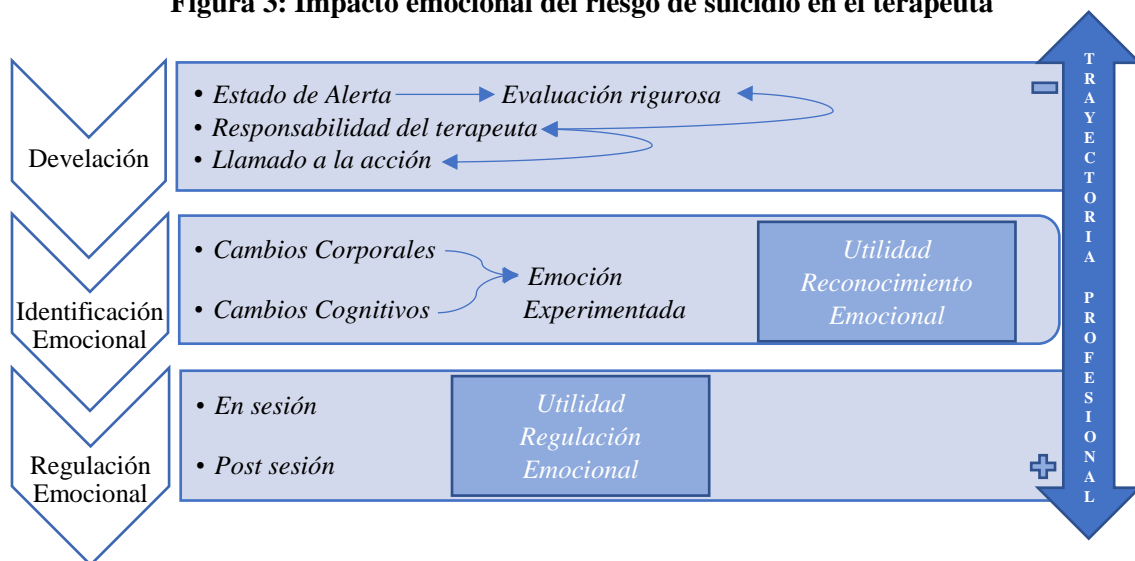
En este apartado se presentan los resultados obtenidos a lo largo de la investigación. Durante el análisis de categorías abiertas se obtuvieron las siguientes tres categorías centrales que se desarrollan a lo largo de esta sección: Impacto emocional del riesgo de suicidio en el terapeuta, configuración del espacio intersubjetivo y, por último, intervenciones terapéuticas.

Posteriormente, durante el análisis axial se relacionaron los componentes del impacto emocional del riesgo de suicidio en el terapeuta con las dimensiones de la configuración del espacio intersubjetivo, a fin de comprender cómo se integran ambos procesos en un fenómeno más amplio, al que se denominó “Intervención emocional sincrónica con pacientes en riesgo suicida”. Asimismo, se relacionaron aquellas intervenciones terapéuticas que se desprenden de dicha integración.

### 5.1 IMPACTO EMOCIONAL DEL RIESGO DE SUICIDIO EN EL TERAPEUTA

Dentro de la siguiente caracterización se contempla primero la definición del momento de develación del riesgo suicida, el que se construyó a partir de las diversas perspectivas de los psicoterapeutas. Así también, se abordan las implicancias emocionales de este momento en el terapeuta, con una delimitación precisa entre las señales de activación emocional, la identificación consciente de la emoción y las habilidades de regulación emocional (Ver figura 3).

**Figura 3: Impacto emocional del riesgo de suicidio en el terapeuta**



### 5.1.1 Develación del riesgo de suicidio

Esta categoría se relaciona con cómo caracterizan los psicoterapeutas de acuerdo a su experiencia personal la develación del riesgo de suicidio. A partir del análisis de sus diversas interpretaciones, es posible entender la develación del riesgo suicida como una experiencia de alta complejidad, que puede ser revelada espontáneamente por el paciente o intencionada por preguntas del terapeuta y, que constituye un momento inesperado o que es posible de anticipar según el grado de experiencia clínica del psicoterapeuta. Dentro de esta definición se desprenden tres subcategorías o componentes: 1) Estado de alerta, 2) Llamado a la acción, 3) Responsabilidad del terapeuta

#### 5.1.1.1 Estado de alerta frente al riesgo de suicidio

Todos los psicoterapeutas coinciden en que la develación del riesgo de suicidio activa un estado de alerta por la percepción de que la situación es amenazante al haber riesgo real de muerte y también porque deben realizar una evaluación paralela rigurosa de los recursos a utilizar en la intervención.

*Por eso la alerta, porque es como, tal vez como te dije anteriormente, no sea inminente el acto, pero si la muerte puede llegar. (E2)*

*Y claro po, estar en constante alerta, en una situación donde tienes que estar tan concentrada y que requiere un nivel de sutileza, de verdad, casi como zurcidor chino, porque todo lo que tú digas o el ritmo en que tú hablas o cómo tú miras, todo se pone en juego ¿cachai? (E6)*

Esto podría significar que la develación activa un estado de vigilancia mayor al trabajar con pacientes en riesgo de suicidio, porque el paciente al poseer riesgo de muerte requiere de una intervención más precisa y el psicoterapeuta debe realizar una evaluación paralela mucho más rigurosa de su actitud y de las acciones que tomará por el contexto de alta complejidad.

A este respecto, los psicoterapeutas consideran que al inicio de su ejercicio profesional la formación previa resulta insuficiente para la práctica clínica.

*He sido super como desde el trabajo, desde la propia experiencia ¿Cachai? Pero nunca lo he... en pregrado puf con suerte se habló de suicidio y en el postítulo tampoco se habló mucho. (E7)*

*En mi formación de pregrado recibí más formación en el tema de cómo explorarla y de cómo evaluarla digamos y de cómo hacer un diagnóstico también diferencial. En términos de intervención a nivel de especialidad, en pregrado algo mínimo digamos. En términos de especialidad tampoco algo que se aboque como a la conducta o a los pensamientos suicidas [...] es algo que uno más aprende como en el ejercicio, más que en términos teóricos. (E10)*

En este sentido, se podría señalar que la formación técnica-profesional destinada a la intervención de pacientes con riesgo de suicidio, podría estar abocada principalmente a la evaluación del riesgo y no instruiría lo suficiente respecto a diversas estrategias de intervención. De hecho, los psicoterapeutas refieren un aprendizaje predominantemente experiencial y autodidacta. La necesidad de realizar una intervención más precisa con estos pacientes podría verse perjudicada por el desconocimiento de acciones terapéuticas y esto conllevaría para psicoterapeutas nóveles la percepción de que su capacidad de agencia en este contexto es menor.

#### *5.1.1.2 Responsabilidad del terapeuta*

La develación del riesgo de suicidio abre cuestionamientos en los psicoterapeutas respecto del alcance de la responsabilidad profesional en estas circunstancias. Es un proceso de definición que se da tanto en el espacio de la psicoterapia como en momentos posteriores a la sesión y su cualidad también varía a partir de la experiencia clínica.

*Cuando era como chica, no sé, entre los 23 y los 27, estaba como esta idea de que había que hacer todo porque el paciente estuviera bien, a costa de mi salud mental, daba lo mismo. (E6)*

*El tema de la responsabilidad siempre me daba vuelta. Yo no... no me ha pasado que he perdido algún paciente producto de esto, pero sí con intentos serios y complicados, entonces la pregunta acerca de... si pude hacer más, si pude hacer algún esfuerzo distinto u otra estrategia [...] ¿Estaré haciendo lo mejor? ¿Cuánto podrá hacer esta persona por ella misma? (E8)*

A partir de los ejemplos expuestos, pareciera ser que los terapeutas nóveles experimentan la sensación de límites difusos respecto del alcance de su responsabilidad y en algunos casos podría haber una sobre responsabilización que repercutiría desfavorablemente en la salud del terapeuta y en el manejo del caso.

Por otro lado, poseer más experiencia favorece en los terapeutas el reconocimiento de los límites de su responsabilidad profesional y también de la intervención psicoterapéutica

en la situación de crisis. Esto los lleva a desplegar acciones que fomentan una corresponsabilidad ya sea con el paciente, con la red cercana de este o con otros profesionales de la salud.

*Hubo más amenazas reales de suicidio, pero la derivaba al hospital, con una derivación asistida, pedía una ambulancia, pero hubo como una renuncia, o sea renuncia en hasta dónde llega mi responsabilidad. (E1)*

*Si es un paciente con alta complejidad, tener una intervención sí o sí con alguien de la red, familiar o comunitaria de esa persona. Porque de algún cierto modo, ya es corresponsabilidad entre el tratante-paciente y ya sea la red de apoyo que tenga [...] pero alguien que pueda tener un apañamiento en caso de crisis. (E6)*

*Reconocerte a ti mismo con un límite y que el trabajo profesional también tiene límites y que hay que establecerlos claramente [...] de repente aflora de nuevo esta idea de que “yo soy el que estoy ayudando” y claro, queda la responsabilidad en ti, la atención en ti y no como debe ser, digamos que el paciente debe hacerse cargo. (E8)*

Entonces, la develación de riesgo de suicidio conllevaría un cuestionamiento paralelo respecto de las obligaciones profesionales y los límites tanto del psicoterapeuta como de la intervención clínica. El tiempo de experiencia profesional aparece como el factor que permite dilucidar estos límites (Ver figura 4), ya que los psicoterapeutas con mayor experiencia identifican que la intervención clínica con pacientes en riesgo de suicidio implica una responsabilidad compartida.

#### 5.1.1.3 Llamado a la acción

En concordancia con el componente anterior, todos los psicoterapeutas señalan que la develación del riesgo de suicidio, los interpela a tomar una acción de ayuda rápida para proteger la vida del paciente, lo cual implica desplegar distintos recursos en ese contexto.

*Me revelaban una ideación suicida e inmediatamente eh despertaba todas las alertas, hablaba con mi jefatura, eh llamaba pa' acá, llamaba pa' allá, eh... desplegaba todas las posibles intervenciones habidas y por haber para poder resguardar. (E1)*

*También la sensación de bueno “¿Cómo ayudar en este espacio?, ¿Qué puedo hacer yo? Entonces me exige mucha energía de pensamiento, de mucha racionalidad también. (E8)*

A este respecto, si bien los psicoterapeutas se sienten interpelados a hacer algo por el paciente, las acciones de ayuda no aparecen como previamente definidas, sino que



requerirían de un proceso de análisis, evaluación y selección que se inicia en el momento de la revelación.

En este sentido, todos los psicoterapeutas expresan que, dependiendo de su experiencia clínica las acciones a tomar se perciben con mayor o menor claridad.

*Como que se sentía cómodo hablando y en esa comodidad él hace esa revelación personal [...] me sentí como sin manual en este momento, sin saber qué hacer. (E2)*

*Ella ya había hecho el proceso, no de intentarlo, pero como de haber programado todo ¿cachai?, justo después de eso yo recibí a esta paciente [...] En ese sentido, claro, era complejo abordar eso desde cero porque yo me encontré con eso, así como de la nada digamos, porque yo no sabía quién era, no tenía muchos antecedentes. (E5)*

Lo anterior, reflejaría que cuando los psicoterapeutas viven su primera experiencia con una paciente en riesgo de suicidio, la revelación se da de manera espontánea y como algo inesperado. Esto implicó la sensación de estar en un terreno de alta incertidumbre principalmente por no saber con exactitud cómo proceder.

Por otro lado, la experiencia clínica proporciona certezas respecto de las acciones que pueden tomar en este contexto, lo que les permite preguntar directamente respecto al fenómeno suicida y formular un protocolo personal. Este último refiere al conjunto de estrategias que los psicoterapeutas aplican con sus pacientes en riesgo de suicidio y que se han establecido por costumbre y por haber sido eficaces con otros pacientes.

*Entonces yo ahora me siento capaz de eh ya, capta si/no, hay red de apoyo si/no, si no tiene red de apoyo ¿Qué hacemos? ¿Cachai?, eh... llamemos a una ambulancia [...] entonces uno va como al tiro descartando o aprobando las estrategias. (E3)*

*Yo diría que las personas que van a consultar con harto sufrimiento psicológico, siempre hay que pesquisar la sintomatología depresiva y eh las señales de ideación suicida. (E4)*

De esto se podría señalar que, las acciones e intervenciones del psicoterapeuta están fuertemente influenciadas por su experiencia clínica (Ver figura 4) y cuando esta es mayor, los psicoterapeutas cuentan con un plan estratégico para intervenir con pacientes en riesgo de suicidio y pueden explorar directamente el riesgo; mientras que, a menor experiencia los psicoterapeutas no sienten claridad respecto a cómo intervenir en este contexto.



Cambios cognitivos como señal emocional, 3) Emoción experimentada, y 4) Utilidad del reconocimiento emocional.

#### *5.1.2.1 Cambios corporales como señal emocional*

Todos los psicoterapeutas refieren que una vez se confirma el riesgo de suicidio del paciente, experimentan un conjunto de cambios automáticos en sus estados corporales que, se vivencian como señales difusas que aluden a un estado emocional particular y una manera de sentirse interpelados. Entre los principales cambios corporales identificados por los psicoterapeutas: la tensión o incomodidad corporal general es mencionada por seis de los entrevistados, cambios en el área torácica y/o en la región abdominal la refieren cuatro, la sensación de fatiga post sesión fue comentada por tres, y temblores, sudoración y/o problemas para dormir y/o gastrointestinales fueron señalados por al menos dos entrevistados. También se mencionaron manos y pies helados, tartamudeos, tensión en manos y brazos, contracturas, dolor de cabeza y respiración agitada.

*Una molestia corporal, cambio postura, así como “estoy incómoda” jajaja, me acomodo y ya. Y no, no, es una sensación así muy pequeña, como que aparece y se va. No alcanza a interferir, es simplemente una señal. (E4)*

*Un caso de una paciente que fue muy estresante que yo me terminé enfermado, me enfermé de la guata del estrés que me provocó [...] me dio gastritis, o sea, fue como una respuesta física. No fue algo que yo intencioné, o sea no es como ¡Oh, comí mucho!, se me inflamó el colon nomas. (E6)*

A este respecto, las señales emocionales al trabajar con un paciente en riesgo de suicidio tendrían distintos niveles de intensidad. Se pueden presentar desde una pequeña activación que no interfiere en el proceso de terapia, hasta síntomas físicos agudos producto de altos niveles de estrés y ansiedad.

Cabe destacar que las señales de activación emocional son distintas según cambian los pacientes, pero también son diferentes en relación al tiempo de experiencia clínica del terapeuta (Ver figura 5).

*Yo igual lo separo en eso. Anda como más depresivo melancólico y por otro lado los pacientes que los tomái más impulsivos que no quieren terminar con la vida propiamente tal, sino como con la emoción del momento. (E6)*

*En el inicio era claramente la sensación de tensión corporal ¿cachai? donde no te cabe un alfiler, cachai que tení hasta los glúteos apretados en el asiento, con sudoración, con ganas de salir de ahí ¿cachai? No sé po, de llamar al profesor y decirle “no puedo” [...] y las sensaciones en ese momento era super súper distinto, ¿Cachai cuando uno está en una situación crítica y tiene solo resolver? [...] era no sé, una cuestión como super racional y estratégica eh... donde ahí en verdad yo no tenía ni una cabida. (E7)*

Pareciera ser que existe una amplia gama de activaciones sensoriales interoceptivas inmediatas que se generan en los psicoterapeutas con relación al riesgo de suicidio del paciente. La corporalidad actuaría como clave, permitiendo a los psicoterapeutas reconocer cómo el paciente y su riesgo de muerte los está emocionando y/o interpelando. Estas activaciones sensoriales presentan dinamismo, pues varían en intensidad según el paciente y a partir de la experiencia clínica del psicoterapeuta (Ver figura 5).

#### *5.1.2.2 Cambios cognitivos como señal emocional*

En concordancia con el componente anterior, todos los psicoterapeutas refieren que la confirmación del riesgo de suicidio del paciente, se acompaña de cambios cognitivos que se reflejan principalmente a nivel de los pensamientos, la atención y la concentración, los cuales varían en función de la experiencia clínica del terapeuta. Se desprenden dos subcategorías de lo anterior: 1) Cambios cognitivos en psicoterapeutas nóveles, y 2) Cambios cognitivos en psicoterapeutas expertos.

*5.1.2.2.1 Cambios cognitivos en psicoterapeutas nóveles.* A nivel del pensamiento, la mayoría de los psicoterapeutas al referirse a su época de menor experiencia, señalan que presentaron pensamientos automáticos dubitativos respecto a la intervención profesional, con preguntas como *¿Qué hago?, ¿Cómo abordarlo?, ¿De dónde me agarro?, ¿Cómo lo controlo?*, etcétera. También tuvieron pensamientos en torno a las repercusiones y sanciones que podrían desprenderse de las acciones tomadas y omitidas, incluso algunos relacionados con la responsabilidad de salvar la vida del paciente.

*Estaba mucho más concentrado en si lo que estaba haciendo era adecuado o no adecuado, si la estaba embarrando o no lo estaba embarrando y pensando en las repercusiones futuras que podría tener [...] Como me revelaron esto yo tengo que hacer algo y si no hago algo la persona se va a morir, era una inminencia absoluta. Creo que eso, eso se ha ido disminuyendo con el tiempo. (E1)*

*Me acuerdo que me asusté, me asusté harto, onda ¿Qué hago? [...] entre pensamientos y entre que me daba vueltas y tenía una cosa de guata, así como de instinto, ¿Quizás algo te faltó?, ¿Quizás pudiste haberlo hecho mejor ¿Cachai? (E3)*

A partir de los ejemplos señalados, los pensamientos aparecen paralelamente a la narrativa del paciente y/o posterior a la sesión. Pareciera ser que cuando se da en el espacio de psicoterapia, los terapeutas con menos experiencia podrían volcar su atención y concentración principalmente sobre estas dudas e incertidumbre, lo que repercutiría negativamente en su capacidad de atender el relato del paciente y su malestar, así también en el manejo del caso. Es decir, por la focalización de los recursos atencionales y de concentración en la angustia del terapeuta, las acciones para manejar el caso podrían estar más orientadas a la contención del estado emocional del psicoterapeuta y no necesariamente estar ajustadas a las necesidades emocionales reales del paciente.

Además, en momentos posteriores a la sesión, los psicoterapeutas con menor grado de experiencia clínica podrían presentar pensamientos dubitativos respecto de su capacidad de agencia en este contexto y de la eficacia de las acciones tomadas. Esto reflejaría que los psicoterapeutas con menos experiencia ingresarían en un estado permanente de alerta y de estrés que podría condicionar una actitud ansiosa o defensiva frente al paciente, con repercusiones en el vínculo terapéutico y la conducción del proceso. Asimismo, un estado permanente de estrés podría tener consecuencias en la salud física y mental del psicoterapeuta.

*5.1.2.2.2 Cambios cognitivos en psicoterapeutas expertos.* Con mayor experiencia clínica los psicoterapeutas se ven menos invadidos por pensamientos automáticos. No obstante, podrían aparecer algunos pensamientos e imágenes respecto a los límites de la contención y otros asociados a sensaciones de fastidio que afectan su atención y concentración.

*La intervención técnica de decir "okey, estás atravesando por una fase, hay apoyo, hay una forma institucional y farmacológica de poder ayudarte, eh... de poder ayudarte a contenerte en esta crisis" y deconstruyendo el sentido de la ideación suicida, o sea en el fondo "tú te estás tratando de suicidar, porque no eres capaz de tolerar esto, por eso se te estrecharon los caminos de posibilidad, si tú te abres a esto, la ideación suicida no se transforma como la posibilidad más posible dentro de tus posibles". (E1)*

*En un momento es una sensación que hace que me distraiga [...] como que me dan ganas no de pegarles, pero de agarrarlos en vez de escucharlos y como “yapo reacciona, reacciona”, como ese tipo de imágenes me dan ganas de hacer ¿ya?, y eso es lo que te digo, trato de controlarme. (E4)*

*Mi primera idea era como “Venga, venga que yo la puedo acoger y quédese y veamos cómo”. Yo diría que esta, así como innegablemente la primera, eh... la primera reacción, así como muy humana y después como poniéndome en el lugar, así como “bueno yo soy el psicólogo acá, entonces, paremos esta cuestión o como, tratemos de evitarla”. (E8)*

A este respecto, se puede señalar que la disminución de los pensamientos automáticos con mayor experiencia clínica, permite que la reflexión del psicoterapeuta se pueda orientar voluntariamente a comprender el sentido de la ideación suicida y a tomar acciones conocidas para intervenir clínicamente el fenómeno. Sin embargo, si aparecen estos pensamientos continuarían repercutiendo negativamente en la capacidad del terapeuta respecto a atender la experiencia en curso del paciente porque focalizan recursos en la auto modulación.

Además, se destaca otro fenómeno cognitivo que tiene relación con la atención y la concentración, ya que terapeutas con mayor experiencia refieren una suerte de hiper focalización en el paciente y su malestar, y también en las estrategias a utilizar. Es decir, se focalizarían en la labor terapéutica y menos en el miedo a un peor desenlace.

*Hay otra cosa, como que me concentro más, como que... que siento que no sé si es visión de túnel o no, pero es como desaparece el mundo y me concentro en ver las opciones, es como un algoritmo no sé, al principio es como ya, “hice estoy, hice esto, hice esto, falta esto, probemos esto” y todo el rato va ligándolo. (E3)*

*Siento que, como literalmente, así como los caballos de carrera como que les pusieran [...] una solapa, claro, como que, es como que todo el resto, como que todo el fondo desapareciera y en el fondo me encuentro yo con el paciente en un acto de máxima concentración. (E6)*

Este fenómeno cognitivo probablemente tenga también repercusiones en la capacidad de escucha del terapeuta. Si bien favorece la concentración, al estar puesta en el resguardo del riesgo podría eventualmente disminuir la atención respecto del relato del paciente. Ahora bien, si la resolución del problema se vincula con la narrativa que el paciente está desplegando en sesión, este estado de mayor concentración permitiría que se escojan aquellas estrategias que se adecuen más a la particularidad del paciente.

De todo lo anterior, se podría señalar que los cambios cognitivos aparecerían con menos posibilidades de dominio en psicoterapeutas más inexpertos e implican repercusiones directas en la capacidad de escucha del terapeuta y en sus habilidades para reflexionar respecto al caso. Por otro lado, la experiencia repercutiría positivamente en la moderación de los pensamientos automáticos y en la capacidad de focalizar la atención hacia el paciente, a los aspectos comprensivos del caso y a las intervenciones correspondientes. No obstante, los pensamientos automáticos y los momentos de distracción igualmente están presentes en el espacio terapéutico a pesar de poseer más experiencia clínica. Por último, el fenómeno de hiper focalización en psicoterapeutas expertos podría tener diferentes repercusiones en la intervención terapéutica.

#### *5.1.2.3 Emoción experimentada*

Todos los psicoterapeutas identifican estados emocionales predominantes al trabajar con pacientes en riesgo de suicidio que varían con el tiempo de experiencia clínica. En sesión el miedo y la ansiedad anticipatoria fueron experimentados por nueve entrevistados, la preocupación por seis, la angustia y/o la sensación de estar sobrepasado por cinco, y la pena y la rabia por cuatro. Post sesión o a lo largo del proceso de terapia, todos los terapeutas logran sentir tranquilidad. Se desglosan dos subcategorías de lo anterior: 1) Emoción experimentada en terapeutas nóveles, 2) Emoción experimentada en terapeutas expertos.

*5.1.2.3.1 Emoción experimentada en terapeutas nóveles.* En un contexto de alta incertidumbre, configurado por la mezcla del riesgo real de muerte del paciente y la falta o menor experiencia clínica en los psicoterapeutas, aparecen dudas recurrentes respecto a la intervención, al rol profesional, los alcances de la responsabilidad personal y/o las repercusiones de las acciones tomadas.

*Terminaba super estresada, así como: haciendo seguimientos, haciendo sobre cupos, ocupando mis horas de almuerzo, ocupando horas que no tengo en el día. (E6)*

*Era un mundo muy complejo, muy angustiante, sí. Eh... que me hacía sentir una sensación de caos y poco control de la situación ¿Cachai? Que era como super puesto en la sensación de no saber qué hacer, como cuánto me muevo, cuánto no me muevo, cómo abordo el tema, abordo el tema, no lo abordo. (E7)*

*Las primeras veces era mucha la angustia, era mucha la ansiedad, a uno le daba miedo, uno quedaba con la duda digamos, porque no había qué hacer, no sabíais qué hacer digamos en la experiencia o cómo hacerlo bien. (E10)*

De los ejemplos se vislumbra que los estados emocionales predominantes en estas circunstancias son el miedo, la ansiedad anticipatoria, la preocupación, la angustia y/o la sensación de sentirse sobrepasado.

Además, el miedo, la angustia y la preocupación se asocian también al riesgo de muerte del paciente y se experimentan en momentos posteriores a la sesión.

*Mi experiencia emocional fue bastante angustiante después, fue como pensemos, qué le pudo pasar, qué no le pudo haber pasado, eh fue bien complejo. (E2)*

*Como que mi temor siempre tenía que ver con el tema de la vida, como que ella atentara contra su vida ¿Cachai? mi temor estaba puesto en ese lugar. (E5)*

Por otro lado, la tranquilidad de los psicoterapeutas noveles está asociada a espacios de supervisión en que se recibe orientación respecto a algunas de sus inquietudes.

*En un principio cuando uno está más perdido, cuando uno está más temeroso, no sabe si lo está haciendo bien o lo está haciendo mal, es super útil [...] recibir esta voz como experta que me diga "mira Rodrigo sabes que, que el si uno vive o muere no está en manos del psicólogo", fue totalmente liberador, en el fondo no exigirse. (E1)*

*Fui a hablar con mi supervisora de práctica [...] me da tranquilidad, cierra la puerta y conversamos y hay yo le conté "mira, me dijo estoy y esto, no sé qué hacer" [...] llamé con mi supervisora y me dijo, así como "ya listo, no hay nada más que hacer" y ahí ya dejé de pensar. (E3)*

Por lo tanto, las emociones experimentadas por terapeutas noveles al trabajar con riesgo de suicidio son en general del tipo displacenteras. La orientación a través de instancias de supervisión se vuelve clave para transitar a estados de tranquilidad, ya que son instancias que orientan respecto del abordaje del caso, los alcances de la responsabilidad profesional y los límites de la intervención.

*5.1.2.3.2 Emoción experimentada en terapeutas expertos.* El contexto de incertidumbre se ve atenuado con la mayor experiencia clínica, pues los psicoterapeutas se sienten más seguros con respecto al cómo intervenir y también tienen más claridad de los límites de la responsabilidad profesional y de la intervención clínica.



*Ver que es parte de sus opciones y que es su libertad de acción, aunque sea difícil, también te deja dejarlo, no sé cómo decirlo, es como... no te atrapa en lo que él hizo y también tus intentos no son de convencerlo de lo contrario. (E7)*

*Cuando estaba recién partiendo y yo creo que ahí era como la angustia misma, mal, pero ya después, uno prende ya como el ritmo, que empezai a cómo poder manejar el tema y en el caso que, por ejemplo, donde yo trabajo el paciente no es solo mío, sino que es como de un equipo. Entonces por supuesto como que te sientes más acompañada frente a ese paciente o a esa situación en particular. (E9)*

De este modo, los ejemplos muestran que para los psicoterapeutas el desplegar estrategias basadas en la corresponsabilidad y en los límites del terapeuta, disminuye su angustia y favorece la tranquilidad. Además, la claridad respecto de los límites del terapeuta consideraría según lo descrito, el lugar que tiene la decisión del paciente.

No obstante, psicoterapeutas expertos siguen preocupados por la integridad del paciente y por las repercusiones asociadas al posible suicidio consumando.

*Como de este grupo que te digo que me da más pena, es todo un poco en esa situación decidir o no respetar al otro, qué hací, qué hací con lo legal, qué así con todas esas cosas que también están y también entender que es un gesto de cariño dejarlo ir ¿cachai?, y que sea libre de hacer lo que quiera ser, no es que estoy hablando de mandarlo a suicidarse ¿cachai? Pero na' po, si él quiere ponerle termino a su vida, es su opción, es súper valido y en su pellejo quizás lo haría ¿cachai? Es como entender eso. (E7)*

*Me preocupa y me generó una emoción de... podría ser empatía, pero me conmisero de esa persona, como que veo el sufrimiento que está puesto entre nosotros digamos, entonces como él me lo entrega o ella me lo entrega, yo me siento muy compelido a estar en ese sitio con él, con ella, con quien sea. (E8)*

Esto refleja que el sufrimiento del paciente activa sentimientos de empatía y pena en psicoterapeutas expertos. Pareciera ser que el simpatizar con la experiencia dolorosa del paciente los dispone a comprender, validar y contener aquello expresado por el paciente. Cabe señalar la importancia de distinguir la “empatía” de la “identificación”, siendo la segunda obstaculizadora del proceso terapéutico si es que el terapeuta adquiere como propios

los sentimientos expresados por el paciente y no logra mantener la identidad de ambos como separada.

Por último, los psicoterapeutas con mayor experiencia refirieron sensaciones de sobrecarga y/o desgaste.

*Igual me da lata tener que estar como destinando un montón de recursos personales ¿Cachai? por un paciente con riesgo suicida, cuando podría no haberlo visto. (E6)*

*Más tiempo y coordinas un poco más atenciones, entonces efectivamente hay un, es más pega para ti, es más, hay que estar más pendiente [...] me pasó que, “Ya, no te preocupí, lo empiezo a llamar yo por teléfono para que no esté tan cargado contigo”, porque efectivamente te agotaban algunos casos. (E9)*

*Hay pacientes que siempre tienen eh... digamos muy a la mano esto del concepto de muerte o de auto eliminarse o auto agredirse, como lo que tienen más a la mano y eso me genera un poco de rabia y eso es diferente a otras ideaciones que yo considero que son más solemne o más reales digamos, obviamente también sabiendo que siempre hay un riesgo detrás. (E10)*

De lo anterior se podría señalar que tomar más acciones con pacientes en riesgo de suicidio cansaría a los psicoterapeutas y los podría llevar a sentir inclusive fastidio al atender estos casos. Además, si el psicoterapeuta percibe que la ideación tiene un uso instrumental, podría experimentar rabia respecto al paciente. Ambas experiencias emocionales resultan importantes porque configurarían una vinculación particular paciente-terapeuta, y si no son abordadas por el psicoterapeuta podrían manifestarse a través de una actitud de desagrado.

Ahora bien, tanto los psicoterapeutas noveles como los expertos señalan que la emoción se identifica con mayor claridad en momentos posteriores a la sesión.

*No me auto exijo a resolverlo en el momento, no, no, no, es un criterio de eficiencia eh súper duro, o sea es súper duro estar como “oye me pasó algo, tengo que resolverlo en el momento”, porque no, no, no, tení que tomarte tu tiempo. (E2)*

*Eso lo pienso después, entonces eso es lo que, en el fondo es que... lo que me pasa. ¿Por qué soy así?, ¿Por qué me molesta esa conducta así? Entonces, ¿Qué es lo que yo tiendo hacer frente a eso? (E4)*

*En el momento a momento que estoy con el paciente, es súper difícil decodificarlo como claramente, eh... claramente uno va sintiendo cosas, va identificando, pero va cambiando en función de cómo, de cuando uno va explorando también en el contenido del paciente y después, posterior a ver el paciente, recién yo creo que ahí uno puede bajar y puedo ordenar la sensación. (E10)*

De modo que, la emoción experimentada no permanece estática, sino que se transforma a partir de lo que va desplegándose en el espacio terapéutico y de la trayectoria profesional del psicoterapeuta (Ver figura 5). Su identificación consciente requiere de un análisis retrospectivo de las activaciones automáticamente procesadas en el espacio de psicoterapia a través de un proceso simbólico narrativo, e incluye la consideración de elementos de autoconocimiento para mejorar su dilucidación. Es un proceso de autoanálisis que debe desarrollarse sin presión y que no necesariamente se completa en solo una instancia.

**Figura 5: Tabla comparativa de Psicoterapeutas Noveles y Expertos**

DIMENSIÓN	Psicoterapeuta Novel	Psicoterapeuta Experto
Develación	Hiper alerta	Alerta
Responsabilidad profesional	Sobre responsabilización	Corresponsabilidad
Llamado a la acción	Salvar la vida del paciente	Resguardar la vida y comprender la singularidad del paciente
Cambios corporales	Alta intensidad de cambios corporales	Baja intensidad de cambios corporales
Cambios cognitivos	<p><i>En sesión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamientos automáticos dubitativos, de sobre responsabilización y asociados a las consecuencias y sanciones posibles por las decisiones e intervenciones desplegadas.</li> <li>- Atención y concentración focalizadas en los pensamientos automáticos y la angustia del terapeuta.</li> </ul> <p><i>Post sesión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamientos dubitativos de las acciones tomadas y sus posibles efectos.</li> </ul>	<p><i>En sesión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de los pensamientos automáticos. Algunos asociados a los límites de la contención o a sensaciones de fastidio.</li> <li>- Atención y concentración: hiper focalización en el paciente y su malestar. También en las acciones de intervención ya conocidas. A veces el foco está en la propia modulación.</li> </ul> <p><i>Post sesión:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos pensamientos dubitativos de las acciones tomadas y sus posibles efectos.</li> </ul>

Estados emocionales predominantes	Miedo, ansiedad anticipatoria, preocupación, angustia, inseguridad y/o la sensación de estar sobrepasado.  Tranquilidad gracias a espacios de supervisión	Mayor seguridad por intervención conocida, tranquilidad por límites claros, preocupación y sentimientos de empatía y pena por el paciente. También cansancio, fastidio, rabia o desagrado.
-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 5.1.2.4 Utilidad del reconocimiento emocional

Todos los psicoterapeutas refieren que es fundamental que el terapeuta identifique la emoción que experimenta al trabajar con pacientes, en especial si tienen riesgo de suicidio. Señalan que con estos pacientes se vuelve una tarea más compleja, pero que tiene utilidad en tres sentidos: 1) Diferenciar la experiencia emocional del psicoterapeuta y del paciente, 2) Anticipar los propios estados emocionales, 3) Sostener el rol profesional.

##### 5.1.2.4.1 Diferenciar la experiencia emocional del psicoterapeuta y del paciente.

Diferenciar la propia experiencia emocional de la del paciente es según la mayoría de los psicoterapeutas clave para poder dar un uso terapéutico a la emoción del terapeuta.

*Eso me hace distinguir caleta cuál es este tipo de pacientes que tengo al frente ¿cachai?, como incorporando un poco lo que estábamos conversando, porque si empiezo a sentir eso como “mierda”, empiezo a cachar que es un paciente mucho más melancólico porque hay mucho más dolor. Cuando tengo sensaciones como de “puta que paja” ¿cachai?, como de agobio, si podría poner caras las pondría, así como de “puta la wea”, y es como “oh ya que se pase luego la hora”. Igual cuando es así cacho que es más desde la posibilidad de descontrol, de desesperación del paciente. (E7)*

*En el fondo te obliga a estar siempre pendiente de ti, porque hay que estar bien para poder atender mejor. En estos casos donde hay inminente riesgo de suicidio, lo que uno tiene que estar es muy abierto a decir si uno es capaz de seguir ese proceso, porque muchas veces, bueno a veces porque uno piensa que todo lo puede y hay algunas veces que hay que decir “bueno yo con este paciente llego hasta acá, lo tengo que derivar, tengo que pedir ayuda”. (E8)*

De lo anterior se desprende que este proceso de diferenciación emocional orienta el levantamiento de hipótesis con respecto al paciente y favorece la comprensión de su experiencia emocional. También permite activar redes de apoyo y/o derivación para que los pacientes puedan recibir un tratamiento adecuado.

Cabe destacar que el reconocimiento emocional, según la mayoría de los psicoterapeutas, requiere de autoconocimiento y esta es una habilidad que debe ser entrenada.

*Todos somos humanos, nos resuenan las cosas, reaccionamos como humanos, pero también podemos entrenar ciertas partes [...] cuando hago el análisis de mí, entonces ahí veo “qué me pasa a mí con eso, cuáles son mis núcleos”. (E4)*

*Es como el sentir que viene en pocos segundos, logro distinguir que es lo que estoy sintiendo ¿cachai? Eh... logro distinguir qué miedo está puesto en juego, lo logro hacer. Tampoco me es... un proceso que no me viene dado, es producto de todos los años que me he hecho psicoterapia. (E7)*

Entonces, se podría señalar que la diferenciación de los estados emocionales propios y los del paciente, requiere de habilidades específicas que permitan al psicoterapeuta dilucidar de qué manera las temáticas psicoafectivas relatadas por el paciente lo podrían afectar, ya que identifican que esto tendrá repercusiones directas en el proceso terapéutico y en el espacio intersubjetivo.

*5.1.2.4.2 Anticipar los propios estados emocionales.* La mayoría de los psicoterapeutas refiere que identificar las emociones experimentadas con el paciente con riesgo de suicidio, les permite incorporar el estado emocional como una experiencia posible en el espacio terapéutico.

*El punto es que tu angustia y tus miedos sean a servicio del paciente, no que suba el umbral en donde te exija a ti regulararte, haciendo lo que uno hace sin darte cuenta. (E2)*

*Nos permite un poco trabajar más tranquilos, si sabemos ya que estos casos nos pueden provocar cierta ansiedad o cierta angustia la podemos manejar de mejor manera o un poco yo creo que ya sabemos lo que tenemos que hacer. (E9)*

Los ejemplos reflejan que poder anticipar los estados emocionales, permite aceptar dicha activación como parte de la experiencia clínica de trabajar con un paciente en riesgo de suicidio. Esto favorece la modulación de los estados emocionales del terapeuta y, por lo tanto, permite evitar los acting-out que podrían repercutir en la intervención terapéutica.

*5.1.2.4.3 Sostener el rol profesional.* Todos los psicoterapeutas señalan la importancia de sostener un rol técnico y profesional frente al paciente con riesgo de suicidio que incluye un trabajo con la persona del terapeuta.

*La relevancia es eh... poder mantenerse en una actitud técnicamente orientada. O sea, nunca hay que olvidar que nuestra posición frente un paciente es técnica, es profesional. Entonces poder determinar qué es lo que... ¿De qué manera me está interpelando?, ¿Cómo me está afectando?, permite garantizar el sostener esa actitud técnica y no sucumbir a la activación límbica de que nuestro cerebro esté funcionando netamente en base a emociones, tenemos que usar nuestra emocionalidad a favor de un abordaje racional corticalmente hablando. (E1)*

*Yo no sabía antes de paralizarme, yo no sabía que me iba a paralizar eh... y fue un impedimento eh para el trabajo, para el bienestar del paciente y después para el cómo yo me sentí como terapeuta. (E3)*

A este respecto, se puede señalar que los psicoterapeutas reconocen que el identificar su emocionalidad e inclusive anticiparla repercutirá directamente en la vivencia del rol. Poder sostener el rol profesional podría repercutir en que las acciones se orienten a las necesidades afectivas reales del paciente; mientras que, no poder sostenerlo podría impactar negativamente la intervención técnica del terapeuta y desencadenar un estado emocional negativo en el terapeuta.

### **5.1.3 Regulación emocional**

Esta categoría alude a las estrategias que los psicoterapeutas utilizan para modular sus emociones en el espacio de psicoterapia (Ver figura 6). La autorregulación según los psicoterapeutas tiene que ver con identificar las señales de activación emocional y no actuar impulsivamente la disposición a la acción en ese momento. El objetivo es que sus propias emociones no intervengan de manera iatrogénica en el proceso de terapia, sino que tengan un uso clínico favorable para el paciente y para la mantención del rol profesional del psicoterapeuta y del vínculo con el paciente. Se subdivide este componente en: 1) Regulación emocional en sesión, 2) Regulación emocional entre sesiones; 3) Utilidad de la regulación emocional.

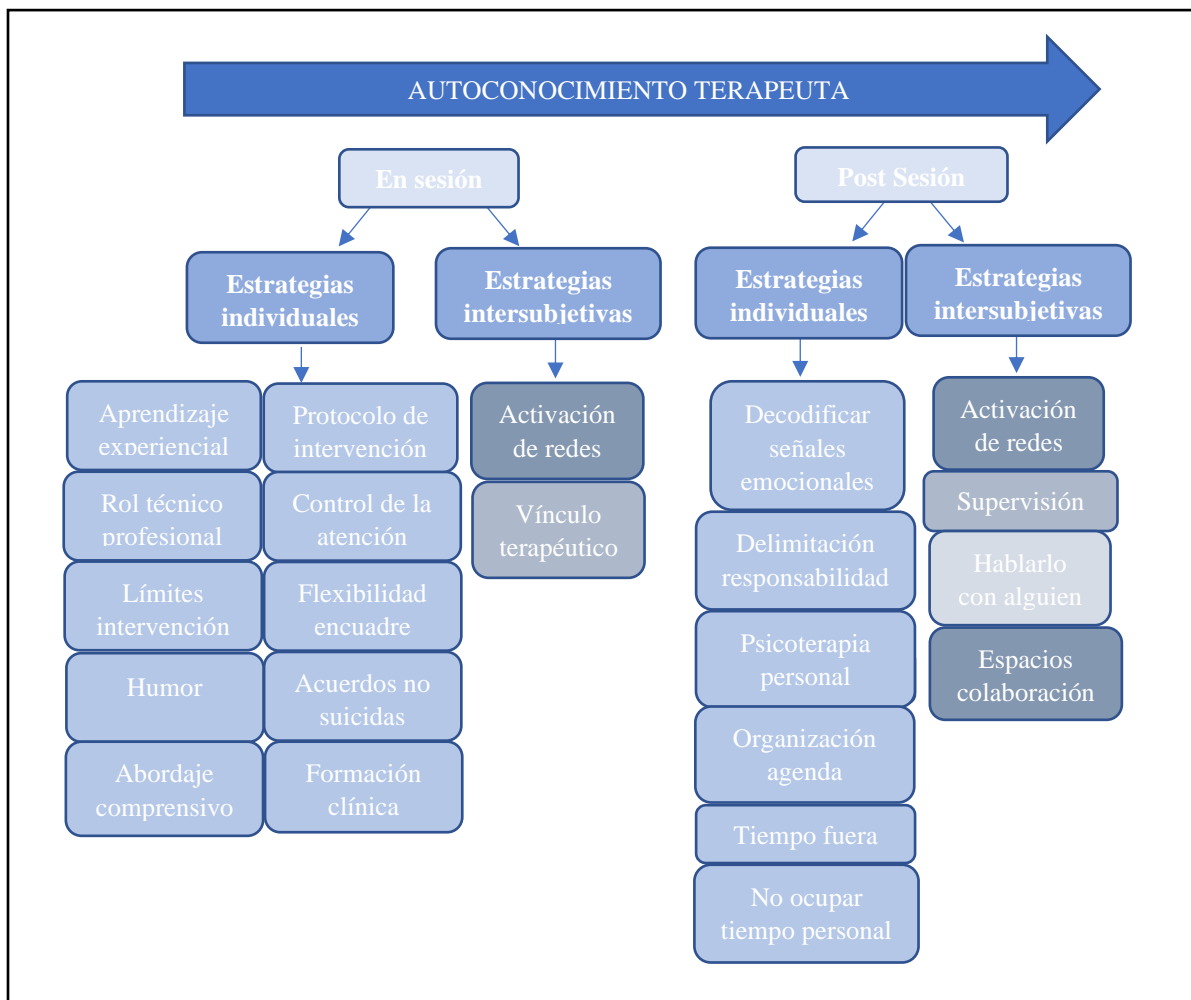
#### *5.1.3.1 Regulación emocional en sesión*

Todos los psicoterapeutas aluden al aprendizaje experiencial como uno de los elementos que favorecen la modulación de las propias emociones en psicoterapia con pacientes en riesgo de suicidio.

*Con la experiencia, sí la experiencia se va acumulando, sí [...] el primer paciente suicida asusta, el segundo también, el tercero también, el décimo cuarto también, pero mucho menos que el primero... y como te digo la tranquilidad te permite ver cosas que están ahí, pero si uno está asustado no las ve. (E1)*

*Mis primeros pacientes, todos eran graves, entonces estaba como, así como asustada, angustiada y todo, entonces yo creo que eso igual me preparó. (E9)*

**Figura 6: Regulación emocional del psicoterapeuta**



Además, la mayoría de los psicoterapeutas señalan que el respaldo en el rol técnico-profesional y la consciencia del alcance de la responsabilidad profesional y de los límites de la intervención también favorece su propia contención emocional.

*Nosotros somos agentes de cambio y damos las condiciones del cambio, por eso es muy importante ese punto y esa comprensión de ser alguien que da las condiciones, también a la vez te permite operar mejor en el sentido de que yo no soy responsable de ese cambio, yo soy solamente responsable de operar técnicamente para que eso ocurra, pero, pero del cambio per se no soy responsable, es la persona. (E2)*

Incluso, algunos señalan que el poseer un plan de intervención que esté presente a nivel mental o tener claridad de los protocolos institucionales también favorece la modulación emocional.

*Ajustarse a los protocolos institucionales, si es menor de edad, llamar a los padres, si es mayor de edad ofrecerle la circunstancia, ofrecerle seguimiento, etcétera, en el fondo mantener, como te digo, mantener, tratar de mantener la calma uno ajustándose a lo estructural. (E1)*

*Me pongo a pensar más en el paciente que en un miedo. ¿Usé todas las alternativas? Como que te estoy mirando y atrás tuyo veo todas las opciones que tengo, es super visual, como un mapa conceptual que tengo, entonces ahí las voy usando ¿Cachai? (E3)*

Por otra parte, la mayoría de los psicoterapeutas aluden al manejo de los recursos atencionales como otro elemento central de la propia modulación emocional.

*No había mucho espacio como para mirar eso y ahí yo creo que funcionaba como más disociativamente que ahora ¿cachai?, como eso que yo te digo, de enfocarme igual que los caballos como en el objetivo de “ese paciente tiene que salir de riesgo ahora”. (E6)*

*Pensaría como desfocalización del malestar ¿cachai?, como desprender mi proceso atencional, focalizarlo en la paciente, como para que no me fuese invadido todo con el susto [...] esa posibilidad de engancharme y desengancharme, como tratar los procesos atencionales propiamente tal ¿cachai?, como de agarrar la atención voluntaria, ponerla en otro punto, que se desenganche, eso permite que la emoción siga, pero tú no te veas invadida con ella, que te siga permitiendo trabajar. (E7)*

En este caso los psicoterapeutas señalan la necesidad de estar atentos a las señales de activación emocional, para luego analizarlas. Esto se logra a través de la desfocalización del malestar y la refocalización tanto en el paciente como en acciones que permitan resolver la situación de crisis.

También los psicoterapeutas en su mayoría hablan que otra estrategia para regular su emocionalidad en psicoterapia con pacientes en riesgo de suicidio tiene que ver con la



activación de redes del paciente y también de redes profesionales para un abordaje conjunto del caso.

*Llevé adelante esa acción que es en ponerme en contacto con la red y decirle explícitamente a ella “Sabes que yo te recibo en estas condiciones. Eh... me parece super relevante que yo tenga un contacto de alguien de cercano a ti, para en caso que yo detecte nuevamente que esto pueda volver a ocurrir, dar cuenta de eso a un familiar”.* (E5)

*Si es que es necesario digamos hospitalizar o activar otra red, porque uno también debe reconocer que frente a esas temáticas uno no puede tampoco trabajar solo, que habrá que activar a alguien.* (E10)

Por último, algunos psicoterapeutas refieren que el desarrollo de un vínculo terapéutico sólido con el paciente en riesgo de suicidio, favorece la modulación de las emociones del paciente como las propias.

*Dejaba de lado un poquito como esa frustración, así como lo que le estaba pasando y trabajando en tratar de trabajar el vínculo para conectarlo a él como a la terapia o a recibir el apoyo [...] entonces eso me daba como cierta seguridad de que iba a volver y eso implicaba que iba a estar bien.* (E9)

Otras estrategias de modulación emocional mencionadas en este contexto: utilización del humor para evitar el desborde emocional, flexibilización del encuadre particularmente en relación al tiempo de atención y a la frecuencia de las atenciones, la comprensión del sentido personal que tiene para el paciente la ideación suicida, los acuerdos no suicidas y la formación clínica.

Cabe destacar que casi todos refieren que los procesos autorregulatorios mejoran si los psicoterapeutas poseen herramientas de autoconocimiento para la lectura personal.

*Tienes que estar en otro nivel en el cual estás contigo mismo, es como si lo que dijo esta persona te resuena o no te resuena ¿Qué te está pasando? ¿Cachai? Entonces por eso uno lo entrena, o sea se entrena, lo trabajas en el fondo. Primero tienes que conocerte a ti mismo, tienes que saber cuáles son las cosas que te resuenan, porque si no, no funciona.* (E4)

Este apartado resulta destacable respecto del proceso psicoterapéutico con pacientes en riesgo de suicidio, porque los psicoterapeutas despliegan una diversidad de estrategias para amortiguar las emociones experimentadas en sesión, lo cual podría significar que existe un consenso respecto a la necesidad de abordar de manera oportuna la propia emocionalidad.

No obstante, según lo descrito anteriormente los psicoterapeutas cuando están en etapas iniciales de la atención clínica, no tienen claridad respecto de lo que pueden llegar a experimentar al atender a un paciente con riesgo de suicidio, lo que podría representar un obstáculo para desplegar voluntariamente todas estas estrategias.

#### 5.1.3.2 Regulación emocional entre sesiones

Todos los psicoterapeutas están a favor de realizar un trabajo específico con la persona del terapeuta posterior a las sesiones con el paciente en riesgo de suicidio.

*La estrategia para decodificar este impacto emocional es entender de donde viene la angustia también [...] busco el estímulo, busco datos de ver por así decir el quiebre de escena, el punto el punto de quiebre. O fue la actitud o fue la mirada que puso, o entender que tal vez en esos momentos, me está dando un doble mensaje y me estoy sintiendo manipulado. Entonces eso es como llegar a ese punto se puede o no dar en la sesión, pero si no tómate el tiempo que sea necesario. (E2)*

*Siento que es muy difícil poder ordenar lo que me pasa frente a un paciente con riesgo suicida, digamos en el setting terapéutico con él y creo que eso es un ejercicio que uno tiene que hacer cuando el paciente se va, empezar a hacer ese trabajo de poder decodificar, como para poder bajar el estado de expectación o de angustia que compartiste con el paciente. (E10)*

Los ejemplos reflejan que, para la mayoría de los psicoterapeutas el trabajo personal implica un proceso de decodificación de las sensaciones experimentadas, en que a través de su verbalización y/o racionalización, se logra identificar el estímulo que origina ese sentir particular y también se puede dar un orden a dichas sensaciones, favoreciendo la modulación emocional. Realizar este proceso frente al paciente resulta difícil, por lo que en general es posterior a la sesión y tiene la cualidad de ser voluntario.

Ahora bien, casi todos los psicoterapeutas señalan que la estrategia que más ayuda al proceso de modulación emocional entre sesiones es compartir la propia experiencia con alguien. Refieren que predominantemente lo que buscan es un espacio de escucha, de validación, de no juicio, de contención y confianza, que opere como soporte anímico para evitar la sobrecarga.

*Ya hablarlo con otra persona a mí me ayuda a pensar mejor, entonces más que pensar, es como descomprimirme, como que me siento un poco más abrumada como te digo, con esta presión como que me tiritita un poco la pera, el hablarlo con alguien*

*me permite descomprimir eso y de repente se me ocurren ideas, como que se amplía la creatividad. (E3)*

*Tengo que decírselo a alguien, tengo que poder compartirlo ¿Cachai?, como “puta me pasó esto, estoy súper angustiada con esta cuestión... no sé qué y bla bla bla” y buscar como las personas que te lo puedan recibir, sin que te leccionen, sin que te digan que erí que mal, no, no. Gente que te pueda escuchar nomás. (E7)*

Cabe destacar que una psicoterapeuta refiere la necesidad de hacer una selección consciente de la persona a quién se le compartirá el relato, tomando en consideración que el riesgo de suicidio genera un impacto social que no es benévolo.

*Yo me he dado cuenta también, que tenía una necesidad de verbalizar esos relatos ¿cachai? porque son dignos de película de terror. Pero también he tenido que ser super cuidadosa con quién, porque no puedo llegar donde mi marido y decirle “oye, me tocó ver esto” porque él tampoco quiere escuchar esas cosas porque a nadie le hacen bien. (E6)*

En concordancia con lo anterior, la mayoría de los psicoterapeutas señala que tienden a compartir la experiencia emocional con colegas, pues representa también una fuente de orientación para abordar de mejor manera el caso y ayuda a tener mayor claridad respecto del rol profesional y de los límites de la responsabilidad personal.

*En algún momento teníamos muchas más reuniones clínicas [...] entonces por ahí también me nutría de otras opiniones, eh... y eso también aminoraba estas sensaciones de pensamientos recurrentes y también, sobre todo yo diría que algo de angustia respecto de ¿Cuál era mi rol? y ¿Cuál era mi responsabilidad? en cada uno de esos casos. (E8)*

*Pacientes que te daban como ciertos detalles o algunas cosas, sí, ahí como que ya era mucho más y eh... por supuesto que también, en esos momentos, como que me asustaba, me preocupaba y conversaba del caso con algún colega como para algún tipo de como sugerencia, a lo mejor intentando bajar mi angustia, mi ansiedad o para tener un poco como más de claridad en cómo abordar, por ejemplo, el caso. (E9)*

En este mismo sentido, algunos psicoterapeutas en un ejercicio reflexivo individual se abocan al reconocimiento de los propios límites porque también les ayuda a disminuir la tensión emocional.

*Yo di lo mejor de mí, pero tampoco puedo hacerme responsable por aquello que no puedo haberle dado, no puedo esperar darle una respuesta de un terapeuta de veinte años de experiencia si tengo un año, no puedo. Entonces con la tranquilidad de que di lo mejor de mí, me ajusté a los protocolos, le ofrecí una derivación asistida y nada*

*po, lo llamaré la próxima semana o el día subsiguiente para saber cómo está y le informaré a un familiar como en ese momento lo hice. (E1)*

Por otra parte, la mayoría de los psicoterapeutas regula las emociones experimentadas frente al paciente con riesgo de suicidio a través de la generación de espacios de colaboración con otros profesionales de la red de trabajo.

*Un equipo interdisciplinario y uno también, se siente más respaldado porque puede pedir apoyo, puede haber una llamada rápida de la secretaria con él, con un hospital psiquiátrico. (E2)*

*Cuando hay amenaza suicida que no tiene tanta cabida en el otro, en general lo que hago es asegurarme [...] Y ahí nada es como llamar al psiquiatra, que el psiquiatra lo llame, que vea, que le dé un antidepresivo, que él se haga cargo de eso. (E7)*

Asimismo, la mitad de los psicoterapeutas refieren que contar con una psicoterapia personal también favorece la modulación de las emociones porque al ser un espacio seguro, se puede hablar con mayor libertad respecto a lo experimentado y también favorece el autoconocimiento que es un elemento central para amortiguar la propia emocionalidad.

*Yo planteo la psicoterapia con pacientes que veo de alta complejidad [...] el tema es que tú podas como descansar en otro y contarle todo lo que se te ocurre, como decir “puta el paciente cacho”, “puta por qué tengo mala cue...”, como de hablar de modo como más... no sé cómo de decir como eh... abierto con alguien, sin sentir como el prejuicio de los colegas. (E6)*

*Ya me había asumido la carga de todo esto, ya lo estaba viviendo y me sentía mal, mal, mal, mal [...] como yo ya había hecho procesos conmigo, ya había tomado terapia también y todo, como que de repente también sentí la necesidad de tomarlo y eso me dio pie de que con los meses yo volviera a retomar terapia y también entre otras cosas ver esto. (E8)*

Además, solo dos psicoterapeutas aludieron a actividades recreacionales como estrategia de regulación emocional, en tanto les permite desfocalizar la atención del malestar.

*Tengo mis espacios distintos de como de hacer otras cosas, eh que no sean la psicología, no es que me vaya a hacer hobby, yo no hago hobby jajaja salgo a andar en bicicleta, cuando estoy muy agobiada salgo a caminar, cuando pienso salgo a caminar y voy camino, me compro un helado y me devuelvo... eso ayuda, momentos para despejar la mente. (E4)*

Los psicoterapeutas también señalaron otras estrategias que contribuyen a modular la propia emocionalidad en este contexto: aumentar el contacto con el paciente; distribuir la agenda jerarquizando los casos según nivel de complejidad y dejando separados los casos

graves; tomarse “tiempo fuera” entre atenciones, cancelando la siguiente si es necesario; realizar anotaciones en ficha, tipo “alertas” para ser abordadas la próxima sesión; estudiar más para no intervenir desde la intuición; reflexionar respecto al abordaje del caso entre sesiones; y no ocupar tiempo personal (contactar al paciente en horarios de trabajo).

Cabe señalar que, casi todos los terapeutas refieren que evitar pensar o tratar de olvidar la experiencia emocional es perjudicial para la modulación emocional, así también la mayoría descarta el retraerse y no compartirlo con alguien más.

*Si no tengo a un otro o no hay espacios de supervisión o con quién contarle esto que digamos viviste en ese instante, es súper difícil como hacerlo solo, creo que es súper angustiante [...] Lo que no volvería a hacer sería no hablarlo, sí eso no lo volvería hacer, como dejármelo para mí, que se transforme en una experiencia solo mía y no en una experiencia compartida. Lo otro que no haría sería como no intentar pensar en eso, como que antes, por ejemplo, cuando era un terapeuta más novel o no tenía tanta experiencia, como que intentaba eh... intentaba olvidarme, me presionaba como a olvidarlo, como un “ya pasó”. (E10)*

Esta observación se vuelve clave respecto del trabajo con la persona del terapeuta entre sesiones al trabajar con pacientes en riesgo de suicidio, porque en general las estrategias que más favorecen la modulación emocional de los psicoterapeutas, implican la constitución de un espacio intersubjetivo. Pareciera ser que existen algunas estrategias individuales que ayudan a la propia regulación; sin embargo, el alivio emocional se vincula mucho más a la posibilidad de contar con otro en quien apoyarse.

Para terminar, se destaca que las instancias de supervisión favorecen un abordaje comprensivo del caso, pero en general no se incluye la experiencia personal del terapeuta.

*Me fue útil en términos de intervención y en términos de comprensión, pero en términos de la persona del terapeuta muy poco tiempo, muy poco tiempo digamos. Pero yo creo que en términos digamos de qué hacer, cómo hacerlo eh... sí son satisfactorias, te deja más armado para una próxima vez. Pero en términos personales, yo creo que no se aborda lo suficiente o queda en algo muy superficial, muy general. (E10)*

Por lo tanto, los psicoterapeutas podrían no contar con espacios guiados por personas con más experiencia para el trabajo comprensivo de su propia experiencia en psicoterapia. Esto podría repercutir de manera desfavorable en el espacio intersubjetivo con el paciente en riesgo de suicidio, porque se podría estar dando por sentado que el psicoterapeuta cuenta con

herramientas personales para la autoexploración, comprensión y regulación de su experiencia emocional en psicoterapia.

### 5.1.3.3 Utilidad de la regulación emocional.

Respecto a la importancia de la modulación emocional del psicoterapeuta, al igual que en el apartado del reconocimiento emocional, algunos mencionan que suaviza la tendencia a la acción que suscita la emoción experimentada y otros refieren que repercute de manera favorable en la construcción del vínculo terapéutico.

*Pero si te pasa una experiencia así de fuerte con un paciente, tienes que tomártelo po, si no puedes caer en riesgo de acting y los acting pueden ser los clásicos del tipo ponerte más excesivamente duro con el paciente. (E2)*

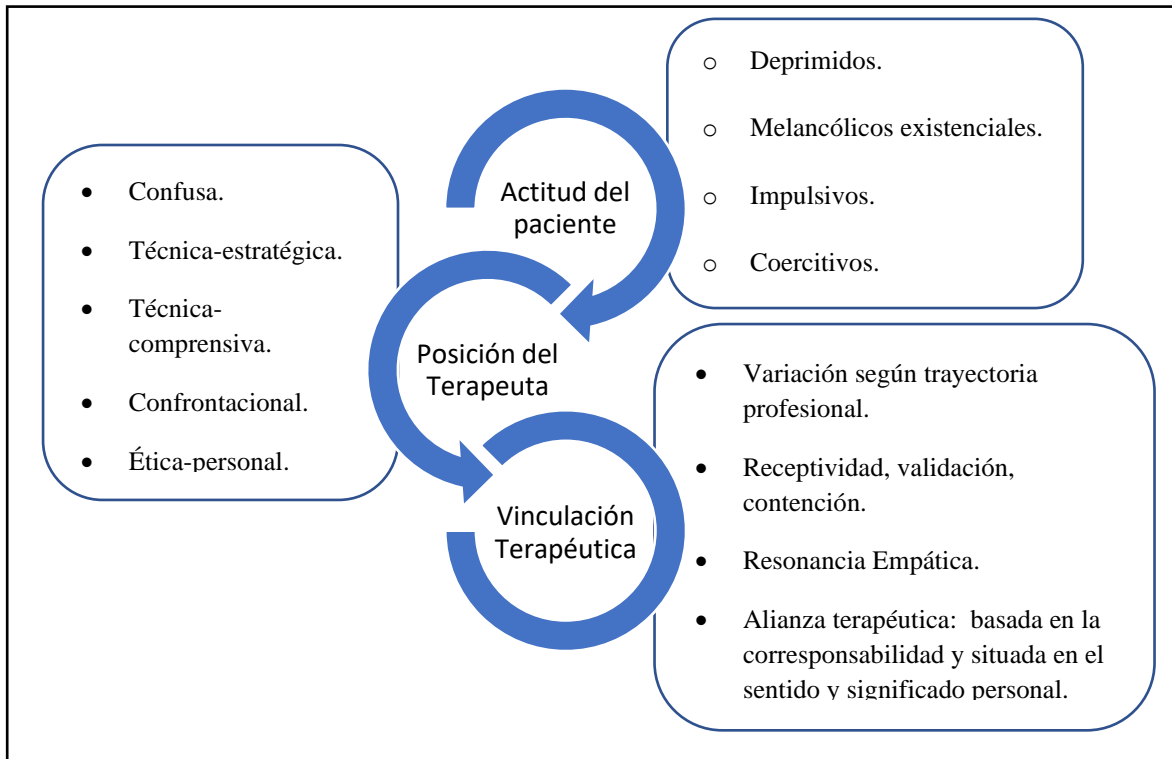
*Usándolo también para resonar ¿cachai?, como “oh lo encuentro súper doloroso y me duele, me duele y puedo sentirlo” ¿cachai?, como... y en el hablarlo, claro, como ya hay una pequeña regulación como de los niveles de intensidad, no es que lo hable y me pongo a hablar ¿cachai? y puedo decirle “se me llega a quebrar la voz”. (E7)*

De acuerdo con lo anterior, la regulación emocional de los psicoterapeutas tiene repercusiones directas en el espacio intersubjetivo de la psicoterapia, ya que los acting-outs pueden generar fricciones en la relación con el paciente, mientras que la modulación de la propia emoción puede favorecer el desarrollo de una relación confirmatoria de la emocionalidad que experimentan tanto el paciente como el terapeuta.

## 5.2 CONFIGURACIÓN DEL ESPACIO INTERSUBJETIVO

En relación a los aspectos relacionales de la psicoterapia con pacientes en riesgo de suicidio, se encontró en base a lo reportado por los psicoterapeutas que existen tres componentes principales que configuran el espacio intersubjetivo (Ver figura 7): la actitud que el psicoterapeuta percibe del paciente, la posición que el psicoterapeuta adopta frente al paciente y la vinculación terapéutica. Estas áreas se encuentran entrelazadas entre sí, con lo que se observará que tienden a superponerse unas con otras.

**Figura 7: Configuración del Espacio Intersubjetivo**



### 5.2.1 Actitud percibida del paciente.

Todos los psicoterapeutas aluden a que existen diferentes tipos de pacientes con riesgo de suicidio, si bien reconocen la particularidad de cada persona, señalan que a nivel explicativo podrían agruparse. De sus interpretaciones se derivan cuatro grupos: los más deprimidos, los melancólico-existenciales, los impulsivos y los coercitivos.

En cuanto a los más deprimidos, algunos psicoterapeutas refieren señales físicas en el paciente que les indican un grado de sufrimiento mayor.

*Muchas de esas personas van a consultar porque están cansadas, no saben qué les pasa, están un poco agobiadas, es como un agobio que es bastante incierto, no tienes de donde afirmarte y que aparece como que permanentemente en su vida todo no funciona, son de muy alta exigencia, pero están como cansadas. (E4)*

*Como si estuvieran con el cuerpo muy muy cansado ¿Cachai?, no solo deprimidos, no, no el retardo psicomotor de la depresión, sino que te hablan eh... con el cuerpo muy abatido ¿Cachai?, eh... ni siquiera te hablan mucho y cachai en la mirada más dolor de lo que te pueden describir. (E7)*

A partir de los ejemplos, se podría señalar que pacientes con una corporalidad más cansada o abatida, se perciben como pacientes con un sufrimiento significativo, que no siempre se puede explicar con facilidad. Este contexto podría resultar de mayor exigencia para los psicoterapeutas, porque incluiría distintas áreas de afección en la persona y requeriría habilidades para la deconstrucción de la experiencia personal.

Los pacientes melancólicos-existenciales son aquellos que, para algunos psicoterapeutas, el sufrimiento emerge a partir de las incertezas respecto del sentido de la vida.

*Si me dicen ¿cuál es el sentido de la vida? y mi respuesta en general es “en verdad no es tal, el sentido de la vida es una dirección, si te querí poner a filosofar, démosle, que entretenido, pero en verdad el sentido de la vida, como que es... estar acá po, o sea, estamos conversando, no estamos hablando de algo más complejo, no se constituye como de un sentido de misión de la vida” [...] yo diría que son los que más me dan miedo. Es un paciente que no encuentra donde anclarse como dónde tener un cable a tierra. (E6)*

*Y cuando aparece el tema del sentido, tení que decirles que “No po, no hay sentido, si la vida no tiene un sentido en si misma ¿cachai? Es como “puta, bienvenido a un dolor que te acompaña, finalmente es tú decisión si querí aprender a convivir con él”. (E7)*

A partir de los testimonios, los pacientes que preguntan por el sentido también podrían ser de alta exigencia porque se reconoce un dolor que no es fácil de anclar a la vida fáctica. Las respuestas en general para estos casos, apuntan a que el paciente acepte y aprenda a vivir con esa incerteza.

Por otra parte, los pacientes impulsivos son definidos por la mayoría de los terapeutas como aquellos que buscan tramitar alguna emoción o situación, pero que no tienen el objetivo de morir.

*Los pacientes que los tomái más impulsivos que no quieren terminar con la vida propiamente tal, sino como con la emoción del momento [...] entonces con ellos se trabaja formas de lidiar con esa angustia, que no sean ni autolesiones, ni como suicidio. (E3)*

*El riesgo siempre es real, porque en un acto impulsivo o en una crisis ansiosa o de angustia, el paciente sí lo puede hacer digamos, aunque sea para llamar la atención, si nadie lo pilla, después llega a tener riesgo de muerte igual. (E10)*



De este modo, se alude a pacientes que tienen un alto riesgo de fallecer por suicidio a pesar de que no sea necesariamente su objetivo. Las respuestas de los psicoterapeutas en estos casos tienen que ver con que el paciente aprenda a tolerar esos estados emocionales de manera no destructiva.

Por último, los pacientes coercitivos son aquellos que tienen fines instrumentales ya que buscan generar algún efecto en el entorno.

*Utilizan esa declaración como de una, de tal manera de poder configurar para ellos favorablemente o a su voluntad configurar una determinada eh... espacio intersubjetivo. No quiero decir manipular, pero lo que podríamos llamar como manipular el espacio intersubjetivo, entonces abordarlo de esta manera es también devolverle la responsabilidad. (E1)*

*Cuando ya hay una “coerción pura” en la amenaza, es como “si quiere cortarse, se va a cortar para que la familia venga y ese minuto, no es el minuto” aunque tú le puedas hablar... No sé habrá que analizarlo después. Entonces ahí me aseguro un poquito como en lo legal super frío. (E7)*

A este respecto, los pacientes con riesgo de suicidio con fines instrumentales y/o coercitivos son abordados por los psicoterapeutas a través de una intervención que aborde el efecto que persiguen en los demás. No es algo que necesariamente se pueda hacer en el momento, por lo que implicaría un riesgo que puede ser manejado con apoyo en el médico psiquiatra.

Por lo tanto, la percepción que los psicoterapeutas tienen respecto del paciente también constituye un factor que estructura la relación y la intervención clínica a desplegar en el espacio psicoterapéutico. Todos los pacientes se consideran en riesgo real, pero la actitud del terapeuta varía desde empatizar con el paciente hasta ser más distante y operativo.

### **5.2.2 Posición del psicoterapeuta frente al paciente en riesgo de suicidio**

De acuerdo con los psicoterapeutas la postura que adoptan cambia según el paciente, pero también se transforma en el mismo espacio terapéutico, pudiendo ocupar más de una postura en la misma sesión. Además, varía con los años de ejercicio clínico. Se identificaron cinco principales: 1) Posición confusa; 2) Posición técnica-estratégica; 3) Posición técnica-comprensiva; 4) Posición confrontacional; 5) Posición ética-personal.

### 5.2.1.1 Posición confusa.

Según lo señalado anteriormente, nueve de los psicoterapeutas en su etapa inicial no tenían claridad respecto de su propia posición en el espacio terapéutico. En general se menciona una abstención de la postura profesional y una focalización de los propios recursos en la resolución inmediata de la urgencia, pero sin saber con exactitud qué hacer. Se destaca principalmente la ansiedad anticipatoria como un móvil que los lleva a acelerar el timing de la psicoterapia y a dudar respecto de sí mismos.

*Entonces eran sesiones super cansadoras, eh... bastante como confusas para mí [...] ¿En qué punto te pones?, en un punto más asistencialista, más eh... O en otro punto, más lejano, ¿Dónde tengo que estar? ¿Cachai? Como... ¿Dónde estoy que pueda facilitar el proceso que está viviendo el otro? (E7)*

*Mi primera época de atención estaba más centrada en “apurémonos para que esto no ocurra” ¿ya? Digamos que rápido, rápido, rápido, rápido. (E8)*

Cabe destacar que la alta incertidumbre podía generar en esta posición confusa una sobre responsabilización del psicoterapeuta dado que la auto exigencia tiene que ver con “salvar” al paciente.

*A costa de mi salud mental, daba lo mismo, pero que el paciente estuviera bien. Y a eso yo lo he ido desestimando con los años. (E6)*

*Por el tipo de acciones que tomaba la persona, por también el tipo de contacto que empezó a tomar conmigo, entonces era un susto permanente que me iba a llamar a cualquier hora, va a estar haciendo esto, o está planificando hacerlo, o me van a anunciar que va a hacer tal cosa [...] entonces lo que me empezó a pasar a mí era estar constantemente pendiente de que eso podía ser posible. (E8)*

Esto conlleva que el terapeuta se sienta el principal responsable de lo que pasa con el paciente en la psicoterapia, lo que llevó a algunos a estar excesivamente disponibles en momentos de crisis, con repercusiones negativas en su propia salud y tranquilidad emocional.

Además, la confusión respecto a la posición profesional conlleva experiencias que repercuten en el espacio intersubjetivo, en tanto podría reflejar una actitud temerosa y/o dubitativa por parte del psicoterapeuta.

*Lo peor que le puede pasar al paciente y que te lo dicen en general “es que el psicólogo se angustia”, si ellos están diciendo lo que sienten y el psicólogo se angustia, los pacientes no vuelven ¿cachai? porque “con suerte puedo con mi vida, no voy a cargar con la tuya” ¿cachai? Y tiene toda la lógica, la gente se asusta con*

*el suicidio, los profesionales ¿cachai?, a los terapeutas les cuesta hablar de la muerte, no es sencillo. (E7)*

De esta manera, una posición confusa por parte del psicoterapeuta podría tener repercusiones negativas en la intervención clínica de un paciente con riesgo de suicidio, porque la intervención tiende a ser más intuitiva y está sometida a cuestionamientos y dudas recurrentes que los lleva a ser más temerosos y a abstenerse de intervenir. Además, la sobre exigencia de ser responsable de salvar al paciente, los lleva tomar acciones que repercuten negativamente en la propia salud mental.

#### *5.2.1.2 Posición técnica-estratégica.*

La mayoría de los psicoterapeutas señalan que a medida fueron adquiriendo más experiencia con pacientes en riesgo de suicidio, desarrollaron claridad respecto a la evaluación del riesgo y las medidas técnicas de protección que debían tomar para resguardar la vida de sus pacientes. Lo anterior los moviliza respecto de un objetivo específico y también los llevó a ser más flexibles con el encuadre psicoterapéutico y a coordinar redes de derivación y también del entorno cercano del paciente.

*Estás en una situación de estrés con un objetivo super puntual que, de algún cierto modo, es que esa paciente deje de estar en riesgo. No es que deje de tener la ideación suicida en ese momento, sino que llegue un familiar a buscarla para llevársela a la urgencia. (E6)*

*Ya no vas a esperar los siete días, sino que te voy a ver en un par de días antes, también como para evaluar esto mismo, como para que lo podamos terminar de conversar o lo podamos ir abriendo más [...] Yo creo que cambian un poco las reglas del juego y uno como terapeuta también tiene que ser flexible para eso. (E10)*

Otro elemento que destacan los psicoterapeutas respecto de esta postura es la autorregulación, de modo que la propia emocionalidad no impida tomar las acciones técnicas de protección. También se alude a que si no es posible autorregularse se debe realizar la derivación a otro profesional.

*Yo creo que es súper importante, cuando uno estudia esto y después trabaja, tu tení que abrir el tema y no te puede dar miedo, o sea te puede dar miedo, pero no paralizarte. (E3)*

*Yo creo que, si tú no tienes la capacidad de identificar lo que te pasa y saber qué hacer con eso, no deberías trabajar con pacientes graves. La gente que no la tiene,*

*tiene que derivar ¿Cachai? eh... porque si no lo que termina pasando es que terminai actuando tus angustias, tus preocupaciones o tu propia eficiencia. (E7)*

Por último, cuando los psicoterapeutas están en una postura más técnica-estratégica, si bien todos presentan algunos elementos que aluden al desarrollo del vínculo y la alianza, estos se tienden a articular en torno al riesgo de muerte y pocos psicoterapeutas refirieron directamente que incluyen el desarrollo del vínculo y la alianza terapéutica como parte de esta posición.

*Dije “ya no me voy a centrar en esto, sino que contención y vínculo”, así como que ese era mi objetivo principal en mis primeras sesiones. De todas maneras, lo enviaba al médico, el tratamiento farmacológico y me comunicaba con algún familiar, así como para que estuviera pendiente de él. (E9)*

Por lo tanto, desde una posición técnica-estratégica, los psicoterapeutas ya tienen certezas respecto de medidas que pueden utilizar para el foco puntual que es resguardar del riesgo de muerte. Pareciera que la intervención tiende a ser más directiva, en tanto los psicoterapeutas destacan acciones que forman parte de su estrategia para abordar el riesgo de suicidio, que tiende a repetirse con los distintos pacientes. Es destacable que la mayoría de los psicoterapeutas no alude explícitamente en su relato a elementos relacionales cuando hablan de esta posición, lo que podría significar que los psicoterapeutas al priorizar el riesgo de suicidio como foco de trabajo, quizá subestimen lo relacional, porque están mucho más atentos a tomar acciones específicas para detener el riesgo inmediato.

### *5.2.1.3 Posición técnica-comprensiva*

La mayoría de los psicoterapeutas señalan que la ideación suicida representa una puerta de entrada a otro malestar o a un sufrimiento que está detrás. Esto implica que, una vez tienen más experiencia y hay claridad respecto de la intervención y de los límites de la responsabilidad profesional, sus esfuerzos también se vuelquen en situar la ideación suicida y/o intentos en la experiencia personal del paciente y comprender su sentido.

*Buscar el sentido de la ideación suicida, no necesariamente caer en palabras bonitas, si se puede. Obviamente llegan pacientes muy embotados, muy deprimidos, muy angustiados en que hay que decirle "okey, te voy a ayudar, vamos al médico porque hay que inyectarte un neuroléptico". Evidentemente no siempre se puede entrar a deconstruir la experiencia y devolverle la responsabilidad, eso hay que hacerlo con*

*criterio, pero si se puede hacerlo, eh si se puede hacerlo o tratar de devolverle el sentido de responsabilidad al paciente. (E1)*

Lo anterior refleja que, no se abandona el objetivo puntual de resguardar la vida, sino que se abre la posibilidad de descentrar la atención del riesgo y abrir elementos históricos, contextuales y/o situacionales de la vida que el paciente ha estado llevando, para también fomentar la corresponsabilidad respecto del proceso de mejoría.

Por otro lado, los psicoterapeutas cuando están en esta posición relevan la importancia de tener una actitud validadora y contenedora con el paciente y su malestar, explicitándose mucho más la importancia del vínculo terapéutico.

*El hecho que ella se haya dado el tiempo de explicarme efectivamente cómo llegó a ese lugar, eh... que hubieron una serie de variables que ella entendió de cierta manera, eh de poder comprender ese proceso, yo creo que para ella también fue super importante, como en la validación de eso. (E5)*

*Las personas terminan pensando en eso porque no ven más alternativa po y yo creo que eso es super importante como aguacharlo, contenerlo, protegerlo, validarlo, “yo entiendo y me imagino que es estresante”. (E6)*

Cabe destacar, que los psicoterapeutas con más experiencia refieren en su mayoría que no intentan convencer a los pacientes que no se quiten la vida, pues consideran que no debe ser el foco de la intervención.

*Hay un tema de alcance de poder, la vida del otro siempre va a ser del otro, jamás del psicólogo. El psicólogo puede entregarle las herramientas o la, puede hacer la intervención, la mejor intervención que puede hacer en el momento [...] Lo que nunca me ha servido ha sido como tratar de convencerlo que no se mate, de hecho, lo que yo hago por ejemplo es nunca, nunca entro a discutir si es útil o no suicidarse. (E1)*

*Pa' mí siempre es una opción de las personas ¿Cachai?, para mí nunca la intervención es que no se suicide ¿Cachai?, sino para mí el tema es que logre verlo, ver es sufrimiento y tome la decisión con la libertad del observarla ¿Cachai? como si va a decidir matarse, okey en su libertad ¿Cachai? Pero no abrumado por no poder verlo, en el fondo eso es una decisión definitiva para un problema transitorio. (E7)*

En este sentido, se puede observar que la posición comprensiva abre espacio para la validación del deseo de morir y una actitud de aceptación de la decisión del paciente; no obstante, se promueven alternativas frente a problemas que pueden ser transitorios. En otras palabras, los psicoterapeutas conectan la lectura comprensiva con la apertura de posibilidades hacia el futuro, tratando de descentrar al paciente del malestar y motivarlo al cambio.

*Se puede hacer algo, como diríamos en esta de esta lógica de la motivación al cambio, es como ya la temporalidad po, digamos como miro al futuro y como estoy preparado para el futuro, el futuro se me viene encima o yo voy hacia el futuro, cuál es la posición ahí. (E2)*

*Ahí lo que yo suelo utilizar como recurso es preguntar “¿Cómo le gustaría que fueran las cosas?”. Una frase, que les ayuda mucho y que los descentra, porque al entrar, ponte tú, empiezas a entrar en las temáticas, muchas veces empiezan a girar y a girar en las temáticas y empiezan incluso a amplificarse en la mirada catastrófica, el peor de los escenarios, lo negativo, se empiezan a justificar, justificar. Entonces lo que yo hago es comenzar a descentrarlo un poco, para que también tenga la posibilidad de ver otras perspectivas, no solo la misma de antes. (E4)*

De esta manera, la posición técnica-comprensiva si bien no subestima el riesgo de muerte y considera acciones de protección para el paciente, incluye el análisis de la situación particular del paciente y de ese modo busca entender cuál es el sentido que para la persona tiene el deseo de morir. Esta posición da especial importancia a los elementos relacionales ya que la comprensión se une a la validación y la contención del dolor. La búsqueda de alternativas también se vuelve central en esta posición, ya que las posibilidades se buscan en cuanto a la contextualización histórica y situacional del sufrimiento.

#### *5.2.1.4 Posición confrontacional*

Algunos psicoterapeutas señalaron que en contextos en que el paciente presenta reincidencias o la ideación suicida es percibida con fines instrumentales o coercitivos, la actitud del psicoterapeuta podría ser más confrontacional y desafiante. Se reconoce como una posición más arriesgada que requiere de una evaluación previa que considera al paciente y el timing de la psicoterapia.

*Cuando ya es el mismo paciente que ya está en el primer intento, en el segundo intento, ya es como... perdón que lo diga así, y ya con los años empezó a aplicar eso, así como “Ya, ¿De nuevo?” [...] pero curiosamente tiende a resultar más eso que, “enserio, cómo, cuándo, dónde”, como de darle una hiper gravedad de mi parte. Ahora no es con todos y tengo que saber con quién. (E6)*

*Cuando tengo tiempo digamos y es una develación de una ideación suicida en una lógica más histérica o más instrumental o más controlante, yo creo que uno puede confrontar, siempre y cuando, va a depender mucho del timing de cuando se revela este contenido, yo creo que eso también te marca todo. (E10)*

La posición confrontacional en general se asocia a la rabia y podría ser dirigida hacia el paciente o hacia su red. Se pueden identificar repercusiones en el vínculo y en el psicoterapeuta.

*Ya había sido derivada una vez por el mismo riesgo y la familia no la llevó y ahí, María, en vez de asustarme, no con la chica con quien tenía la promesa, pero con la mamá sí me enojé mucho y si la amenacé en términos que, si no la llevaba era una negligencia parental y eso si es un delito ¿Cachai? Y ahí se rompió el vínculo. (E3)*

*Me acuerdo de una estrategia mía un poquito más confrontacional ¿Cachai? Más como de confrontarlo con la idea [...] Tuve la sensación de que había empujado al paciente a una posibilidad suicida ¿cachai?, sentí como que lo empujé, de hecho, estuve casi que con diarrea hasta la sesión siguiente, así como, me dolía la guata pensar todos los días como que me iban a avisar que se había matado. (E7)*

*Cuando me pongo más confrontacional he visto que el paciente se cierra o evita seguir hablando, desplegando su contenido, pero ahí uno tiene que seguir digamos indagando, no puede hacer vista gorda. (E10)*

Por lo tanto, la posición confrontacional podría tener repercusiones favorables y/o perjudiciales para el proceso psicoterapéutico. Su utilización al estar vinculada con la rabia, requiere del despliegue de procesos de autorregulación emocional por parte del psicoterapeuta y también de la evaluación consciente de otros elementos como el timing y el paciente.

#### 5.2.1.5 Posición ética-personal

La develación del riesgo de suicidio confronta a los psicoterapeutas con sus propias concepciones respecto de la vida, la muerte y el suicidio, pues la mayoría considera que este dilema ético también forma parte de la intervención que se desplegará en el espacio terapéutico. Cabe destacar que este componente tiene la característica de ser un proceso reflexivo que se da mayoritariamente posterior a la sesión de develación.

*Nosotros como un psicólogo podemos intervenir lo que es la psicopatología, pero él te está exigiendo qué es lo que le puede uno decir.... ¿Qué le puedo decir a la persona que tenga frente sobre la vida? y ahí es una exigencia bien potente. Yo creo que ahí se distinguen los terapeutas que son más viejos con experiencia clínica, pero también como más viejo como persona. (E2)*

*Es una opción válida. Solo permite que el otro logre tomarla haciéndose cargo ¿Cachai? Y en todas las facultades de su libertad. Es como saber que está ahí y que hasta ahí llega, que no puedes hacer que el otro no lo haga. (E7)*

*También se muestra que hay psiquiatras, que hay médicos, que hay psicólogos que validan el tema de la opción de auto eliminarse en la experiencia, entonces creo que uno frente al paciente, ese dilema tiene que tenerlo resuelto y si es contradictorio, ver qué posición va a tomar en términos personales viendo esa posibilidad y qué otra posición va a tomar en términos profesionales. (E10)*

Se podría señalar entonces que la postura ética respecto de la vida, la muerte y el suicidio, forma parte de las interrogantes que emergen al trabajar con pacientes en riesgo de suicidio. Los psicoterapeutas no expresan un consenso ideológico respecto de este punto; no obstante, es un componente que consideran en su mayoría como parte de las experiencias que deben ser resueltas para trabajar con estos pacientes.

### **5.2.3 Vinculación terapéutica con pacientes en riesgo de suicidio**

Todos los psicoterapeutas aluden de manera más o menos directa al vínculo como un elemento central del trabajo con pacientes en riesgo de suicidio. Según lo anteriormente descrito, es posible observar que los aspectos vinculares son subvalorados en etapas iniciales del ejercicio clínico, no necesariamente porque los psicoterapeutas no hayan recibido formación respecto a su relevancia, sino porque sus recursos cognitivos y emocionales están más volcados en el riesgo de suicidio, en las acciones técnicas para proteger la vida del paciente y la modulación de la propia respuesta emocional.

*Mi primer caso fue un paciente con riesgo suicida. Era... estaba haciendo mi práctica profesional, eh... claro te explican un poco y todo, qué hay que hacer, qué se debe hacer, no sé qué, pero al momento de hacerlo es otra cosa. Me acuerdo que me asusté, me asusté harto, onda ¿Qué hago? (E3)*

Se vislumbra a partir del ejemplo, que la propia experiencia emocional se superpone respecto de otros elementos del espacio intersubjetivo, siendo la interacción en curso un elemento que no logra integrarse fácilmente cuando el foco atencional está puesto en las acciones de resguardo de la vida del paciente.

A este respecto, todos los psicoterapeutas señalan que la adquisición de una mayor experiencia clínica, transforma su posicionamiento en este espacio y también el modo de intervenir. De hecho, todos refieren que la contención de la angustia del paciente y la validación del sufrimiento detrás se vuelven centrales en la intervención.



*Escuchaba lo que estaba diciendo el chico, eh viéndolo cómo él estaba, su actitud, eh... y tratando de contenerlo, que es como eso lo que haces cuando hay mucha angustia, una angustia muy desbordada tratando de contenerlo. (E4)*

*En lo inmediato, en la situación misma, validar lo que está ocurriendo, no juzgar, ofrecer ese espacio de contención, privilegiar el vínculo y básicamente... un poco bueno, no caer en una especie de tecnicismo como de “ya, vamos hacer esto, esto y esto”, sino que la intervención tenga de alguna manera un sentido para el paciente, que le sea propio. (E5)*

Lo anterior muestra que la contención y la validación de lo traído por el paciente al espacio terapéutico, abre un ámbito de intervención diferente al técnico que está orientado al resguardo de la vida. Es decir, permite una focalización en la persona para que la intervención se ajuste a las características singulares del paciente y también a sus necesidades emocionales reales. En este sentido se produce una vinculación receptiva con el paciente, en que la escucha activa de su relato es crucial.

*Lo que me pasa a mí es eh... entre comillas “se me incrementa la necesidad de escuchar”, muy fuertemente porque digo “bueno, hay que ir al detalle más mínimo, hay que estar muy despierto, muy abierto a lo que él me diga y cómo construye su relato acerca de...” (E8)*

Esto permite que los psicoterapeutas generen una conexión emocional íntima con el paciente, pudiendo inclusive resonar empáticamente en función del dolor que este pone en el espacio intersubjetivo.

*Donde dejai de estar tú, tu desesperación, tu angustia, tus rollos ¿cachai?, como de “¡oh, tengo que salvar al paciente!” [...] se vuelve mucho más fina la conexión, la sintonía emocional con el otro, al punto que, si yo lo miro desde afuera, te diría que incluso cambio mi tono de voz ¿cachai?, cambia mi corporalidad, realmente se provoca una conexión. (E7)*

A este respecto, se podría suponer que la resonancia empática con el paciente en riesgo de suicidio, no solo favorece el atender las necesidades emocionales del paciente, sino que descentra al psicoterapeuta de sus propias angustias y ansiedades, lo cual se manifiesta incluso a nivel de su corporalidad.

Sobre este último punto, la mitad de los psicoterapeutas refieren que el vínculo se trabaja a través del manejo consciente y voluntario de las conductas no verbales de contención, destacándose: la modulación del tono de voz y de la expresión facial y la

inclinación hacia adelante del cuerpo. La finalidad es provocar una mayor proximidad con el paciente y demostrar también la actitud cercana, interesada y conmovida del terapeuta.

*Lo hago con conductas no verbales de contención, el tono de voz más bajo, la postura corporal, la mirada, ciertas respuestas, “sí, dime más”. ¿Te fijas? Todo lo que tiene que ver con la empatía y con ciertas conductas que... que están asociados a que “yo estoy contigo, pero no te voy a abrazar en esos momentos porque lo que tú necesitas no es un abrazo, tú necesitas hablar, que te escuchen, no que te callen”. (E4)*

*Siempre siento como que tengo que... lo primero que hago es modular mi voz, el uso de la voz ha sido una tremenda herramienta yo creo, porque eso me ayuda a calmarme a mí y a calmar al paciente también. (E6)*

De este modo, la corporalidad también aparece como un elemento central de la vinculación terapéutica, pues permite al terapeuta generar una conexión emocional con las necesidades emocionales reales del paciente, pero también favorece la modulación del estado anímico del paciente y del psicoterapeuta. Cabe señalar que la corporalidad está íntimamente relacionada con la emoción que el psicoterapeuta esté experimentando en relación al paciente.

*Cuando mayor es el riesgo he notado que me inclino hacia el paciente, como... me dan ganas de estar más próximo a él, como en una lógica también de contención me imagino. Y con el paciente digamos, que aparece esto como recurso histórico o muy instrumental, eh... por ejemplo, me inclino hacia atrás y como que la mirada no es tan, quizás no es tan compasiva, digamos, es como más de... hasta podría decir confrontacional. (E10)*

Del ejemplo se visualizaría que la emoción del psicoterapeuta tendrá expresión a nivel de su corporalidad y repercutirá directamente en cómo el terapeuta se vinculará con el paciente ya sea desde la validación y contención o desde la apatía y el desdén. Por lo tanto, el uso consciente y voluntario de la corporalidad también sería un elemento central en la vinculación y la psicoterapia con pacientes en riesgo de suicidio. Cabe destacar que las posturas corporales estarían directamente relacionadas con la valoración realizada de la subjetividad del paciente y pueden contribuir o menoscabar la relación de proximidad y empatía con el paciente. Las principales implicancias de esto se podrían relacionar con la expresión del paciente ya que un terapeuta que percibe como receptivo puede favorecer la comunicación de las temáticas ideo-afectivas significativas del paciente, mientras que un terapeuta percibido como no receptivo podría producir un alejamiento y un cese o modificación de la narrativa del paciente.

Por otro lado, algunos terapeutas hacen alusión a la necesidad de configurar un espacio seguro para que el paciente pueda manifestar su malestar y busque alternativas. En este sentido, mencionan que el mismo psicoterapeuta debe aparecer como un otro seguro y confiable.

*Puede resultar más significativo la creación de un fortalecimiento, de un vínculo. Darle un espacio en el cual darle una voz de esperanza, un espacio en el que él pueda manifestar su malestar y buscar alguna alternativa a esto [...] Si el paciente te ve tranquilo, relajado, no sé si relajado, pero tranquilo, obviamente atento a lo que le está pasando, pero tranquilo, decirle "sabes que esto tiene solución, vamos a actuar así así asá, aquí hay un plan de trabajo, confía en mí, lo vamos a lograr en un corto plazo", evidentemente es mucho mejor a que el paciente vea a un terapeuta como asustado, histérico, de no saber qué hacer. (E1)*

Por lo tanto, la autorregulación también aparece como un elemento clave para el desarrollo del vínculo terapéutico con pacientes en riesgo de suicidio. En un contexto en el que el paciente requiere ser contenido por sus altos niveles de angustia y también necesita ver alternativas frente a su malestar, el psicoterapeuta no puede actuar su propia angustia ni su ansiedad o miedo en el espacio terapéutico. Entonces, para aparecer como otro seguro el psicoterapeuta requiere habilidades para desplegar procesos autorregulatorios, lo que favorecerá el despliegue del paciente en un espacio de seguridad, validación y contención.

Otro elemento que algunos psicoterapeutas mencionaron, es la comunicación de la propia emocionalidad como un recurso que tiene repercusiones a nivel de la vinculación.

*No lo hago como una amiga que se pone a llorar contigo, no es desde ahí, es como usándolo también para resonar ¿cachai?, como "oh lo encuentro súper doloroso y me duele, me duele y puedo sentirlo" [...] Cuando tú te conectas, lo que cambia es que de verdad se alivian, o sea, les da mucha pena, pero es un dolor, una pena que... no es un dolor con peso ¿cachai?, no esa sensación de que estás solo cargando esto y nadie me ve, entonces les da pena y lloran, pero tengo con quién hablar de esto, no sé, es como que empiezan a desistir ¿cachai? como por otro. (E7)*

Según lo expresado en el ejemplo, si el psicoterapeuta comunica su propia emocionalidad, estando en sintonía con lo que el paciente ha expresado en sesión, es posible generar una vinculación que tienen repercusiones favorables en el paciente, en tanto este lograría percibir una suerte de respaldo social que se personifica en el psicoterapeuta. Pareciera que este nivel de conexión es mucho más exigente porque la persona del psicoterapeuta debe ponerse totalmente en juego en sesión, no perdiendo el foco de que ese

espacio está al servicio del paciente. En este sentido, la develación de la propia emocionalidad tiene fines terapéuticos ante que autorregulatorios.

También algunos psicoterapeutas aludieron al establecimiento de compromisos intersubjetivos de disponibilidad y compromisos no suicidas como elementos que contribuyen al fortalecimiento del vínculo y al desarrollo de una alianza de no agresión.

*Con la acción, con los tonos, la acción, la firmeza en la voz, como hacerle una promesa implícita y a veces explícita, de que como que puede venir para acá, como de que aquí voy a estar. (E3)*

*Ya ese documento yo como que le pongo harto teatro, como “este es un compromiso, es un compromiso ético entre tu y yo, no tiene validez legal, como en el marco de lo legal, yo lo voy a guardar en mi carpeta”, y ahí ven “Oh, tení caleta de compromisos”, “sí, bueno para que tú veas... es un compromiso contigo y también con las demás personas”, como un poco como de ornamentar ese compromiso. (E6)*

Este último punto da cuenta de que el desarrollo de un vínculo terapéutico con un paciente en riesgo de suicidio implica el establecimiento de un compromiso paciente-terapeuta que conlleva el despliegue de recursos no solo profesionales, sino que también personales, como por ejemplo la capacidad de teatralizar mencionado en uno de los testimonios. En este sentido, es menester destacar que vincularse con un paciente en riesgo de suicidio es una acción de alta complejidad y tal como se mencionó antes, requiere que el psicoterapeuta se ponga completamente en juego.

Cabe mencionar que no siempre la vinculación con el paciente en riesgo de suicidio es en relación a su sufrimiento y la validación y contención. En algunos casos algunos psicoterapeutas refieren desdén y apatía frente a estos pacientes.

*Como que me dan ganas de cachetearlos a veces, así como “regúlate mierda” ¿Cachai? [...] no la voy a actuar ¿cachai? Ahí me pongo un rato, lo escucho, hablo, eh... empiezo a ver como las situaciones como los distintos puntos críticos, cuánto me puedo meter para que se le baje esta desesperación, cuánto no, empiezo como a tazarlo más ¿cachai? Eh... eso. Si me quedo enganchada después, en momentos que me enojo, no me quedo enganchada, me quedo cansada. (E7)*

Por ende, también es posible que los psicoterapeutas experimenten emociones consideradas “negativas” hacia sus pacientes, particularmente con la aparición de imágenes en que se expresarían acciones que probablemente generarían un quiebre en el vínculo y la alianza terapéutica. De allí que, este ejemplo refleje nuevamente que la vinculación con

pacientes en riesgo de suicidio requiere de habilidades autorregulatorias. Desde lo señalado también se puede observar que el vínculo en este caso se basa mucho más en disminuir la angustia del paciente y podría generar un desgaste energético en el psicoterapeuta.

Otra condición importante para la vinculación terapéutica es la capacidad del psicoterapeuta de generar una buena alianza terapéutica con el paciente. A partir de las interpretaciones que estos realizaron, el principio fundamental que orienta este proceso constructivo es el de corresponsabilidad.

*Trato de hacerlo dialogado, en el fondo a propósito de devolver la responsabilidad, lo pregunto, o sea siempre digo eh... o lo propongo al menos “Yo creo que tú estás muy mal, que la idea de muerte está muy presente, la situación en tu familia no hay posibilidad de recibir contención, eh... no es bueno que tus pases un día más sin intervención farmacológica, yo creo que te deberías ir al hospital, ¿Estás de acuerdo con eso?” pero siempre le devuelvo la responsabilidad al paciente. (E1)*

*Generó una alianza, se comprometió con el proceso, pensaba entre sesión y sesión, llegaba como ¿Qué has pensado? No, me quedé pensando, me quedé viendo y me quedé con esto, participaba activamente en su proceso. (E4)*

*Trabajar en función de la relación terapéutica con el paciente y en la alianza de que es importante que esto él se lo debeve a otra persona que no sea el terapeuta, pero que eso no pase por mí digamos, que pase por él, que él sea lúcido de la importancia y la gravedad que esto tiene como también medida proteccional. (E10)*

Según lo anterior, la alianza terapéutica desde la corresponsabilidad es un proceso activo en que tanto paciente como terapeuta dialogan para acordar acciones terapéuticas específicas. El psicoterapeuta no asume el papel de ser completamente responsable de todo lo que ocurra en el proceso, sino que se sitúa como un agente que muestra posibles acciones que pueden favorecer el proceso del paciente. Desde este lugar, se promueve un ejercicio reflexivo en el paciente y también de apropiación de ser un agente activo en el ejercicio de la mejoría.

*Que la persona se quede con una reflexión. Entonces el cierre y encuadre final que hago, es siempre decir “ya hoy día hablamos de esto, dijimos esto, dijimos esto otro, pregunta, comentario”, la persona me devuelve algo o no y yo digo “bueno, entonces, el acuerdo es tomar este aspecto para trabajarlo de esta forma ¿Estamos de acuerdo? ¿No estamos de acuerdo?” [...] deja en concreto lo que ocurre en la sesión y lo vínculo con el proceso, y segundo que la persona es consciente, así como “ah esto no lo tenía, ahora lo tengo”. (E8)*

A partir del ejemplo anterior, es posible señalar que la alianza basada en la corresponsabilidad puede ser promovida sesión a sesión a través de un proceso explícito e intencionado de negociación respecto de las responsabilidades. Cabe destacar que la devolución de lo ocurrido en la sesión al ser relacionado con un proceso más amplio, promueve que la persona genere conciencia de sus avances y/o retrocesos.

Asimismo, la alianza terapéutica en el tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio, no solo se restringe al paciente, sino que todos los psicoterapeutas involucran a las redes.

*Yo creo que ahí hay una corresponsabilidad entre la paciente, los tratantes y la familia [...] mi pega llega hasta cierto punto, por eso te digo como un tema del obrero, o sea, yo no soy como una persona omnipotente que va a salvar a nadie ¿cachai?, sería super narciso de mi parte plantearlo así. (E6)*

*Trabajo mucho el tema de que tengan algún familiar como pendiente o cercano como de tipo como que tome cierta responsabilidad, un poco, porque uno lo ve un poco o sea como una hora a la semana, no es nada. Entonces hay alguien que va a estar mucho más preocupado del paciente durante toda la semana. (E9)*

A este respecto, el trabajo con pacientes con riesgo de suicidio promueve que la alianza no se piense solo a nivel individual, sino que requiere de una coordinación con otras personas sean profesionales o del entorno del paciente. Pero para esto, es clave que el psicoterapeuta tenga presente sus límites profesionales y también los de la intervención, de modo que promueva una red de protección amplia para el paciente.

Por otro lado, el tercer elemento más mencionado por los psicoterapeutas es el desarrollo de una comprensión empática del sufrimiento del paciente en riesgo de suicidio, para formular objetivos que se ajusten al sentido que el suicidio y/o la muerte tiene para el paciente y también a las necesidades emocionales reales que plantea en ese espacio.

*Dije mira esta forma que estás llevando en tu vida te está generando esta situación, esto, esto, esto. Esto se puede trabajar en terapia y claramente eso igual apoya a que la persona vaya a tener un cierto más control de la situación. Entonces, esa idea de muerte sale a la luz, aparentemente en esta noción de descanso y que ella lo está buscando porque está totalmente exigida cuando sale a la calle. (E2)*

*Como hacer un recorrido hacia atrás, para comprender cómo había llegado a ese punto, entender cómo ella había significado ese proceso, para ver si en esa significación de ese proceso había algo que, a lo mejor, ella estaba significando desde algún lugar que facilitara por ejemplo la ideación suicida [...] Rearticular una*

*manera de significar hacia adelante que la dejara un poco como en el sentido, más como de pensar en terminar con su vida. (E5)*

De este modo, la alianza con un paciente con riesgo de suicidio implica explorar en profundidad con qué está relacionado el riesgo. Una lectura comprensiva y empática del terapeuta promueve una focalización de la atención y concentración en la deconstrucción del sentido y de los significados que se ponen en juego en los momentos en que aparece la posibilidad de muerte para el paciente. Es decir, se promueve un entendimiento basado en la reconstrucción histórica de la vida del paciente, con los significados que se despliegan desde la perspectiva de este y su particular modo de interpretar y afrontar sus circunstancias específicas, lo cual podría estar a la base de su malestar subjetivo y favorecería la aparición de la ideación suicida. De este modo, la alianza se construye desde trabajar ese proceso de significación de la experiencia personal que ha llevado al paciente a estrechar sus posibilidades para la vida. La alianza situada en el sentido, pareciera favorecer la sensación de mayor control en el paciente respecto de la ideación suicida, ya que dependería mucho más de transformar fácticamente el en vistas de qué se está teniendo la vida actual.

Por último, una psicoterapeuta hizo alusión a una ruptura total de la alianza bajo ciertas condiciones específicas.

*Cada cierto tiempo que ella entraba en crisis y no solamente estaba el tema del riesgo suicida, sino que amenazaba también con suicidarse ahí [...] yo estaba atendiendo y me tocaba la puerta como a golpetazos [...] ocho intentos suicidas, en la cual había terminado tres-cuatro veces en la UCI, que se ahorcaba, que se tiraba en las escaleras, que se fracturaba, o sea... y que básicamente yo, sin ninguna herramienta y súper chica, te estoy hablando entre 23 y 24 años, tratando de manejar una situación de estrés de altísima complejidad y aprendiendo ahí po [...] los papás me dijeron “esperemos que ella se mate luego”, así como cero apañe. (E6)*

Según lo relatado, el trabajo con pacientes con riesgo de suicidio puede ser altamente desgastante cuando el caso tiene una severidad grave. No solo por las reincidencias de los intentos de suicidio, sino porque los pacientes pueden inclusive transgredir límites que sostienen una vinculación respetuosa. Por otro lado, no contar con apoyo de la red es una circunstancia que podría dejar al psicoterapeuta cargando con la mayor parte de la responsabilidad de proteger la vida del paciente, lo que a veces tienen que afrontar psicoterapeutas que no tienen la suficiente experiencia clínica para abordar el caso. En este

relato la persona del terapeuta tuvo respuestas fisiológicas por alta carga de estrés que llegaron a constituir una enfermedad y que implicaron la derivación del caso.

### 5.3 INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS CON PACIENTES EN RIESGO DE SUICIDIO

En relación a la intervención psicoterapéutica de pacientes con riesgo de suicidio, se encontró en base a los reportes de los psicoterapeutas que existen dos maneras principales de abordar el fenómeno: una intervención técnica y una intervención técnica-comprensiva (Ver figura 8). Respecto de los alcances de la intervención, se describirán en los dos grupos afectados, a saber, los pacientes que presentan riesgo de suicidio y aquellos que no.

**Figura 8: Intervenciones terapéuticas con pacientes en riesgo de suicidio**

<i>Intervención técnica</i>		
	<b>Intervención Directiva</b>	<b>Intervención Evitativa</b>
<b>Menor trayectoria del terapeuta</b>  <i>Intervenciones improvisadas e intuitivas.</i>	Principio de Urgencia	Desestimar el riesgo
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo más individual del terapeuta.</li> <li>- Evaluación Riesgo de suicidio.</li> <li>- Derivación a médico, psiquiatra o servicio de urgencias.</li> <li>- Informar a un familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar o posponer la profundización del riesgo de suicidio.</li> <li>- Rupturas en el vínculo terapéutico, p. ej: abandono del tratamiento.</li> </ul>
<b>Mayor trayectoria del terapeuta</b>  <i>Protocolo mental que ordena un formato de trabajo.</i>	<b>Intervención Estratégica</b>	
	Se anticipa la posibilidad de riesgo de suicidio	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se pregunta directamente sobre el fenómeno suicidal.</li> <li>- Medidas técnicas de seguimiento del riesgo de suicidio (evaluación de proceso).</li> <li>- Valoración de co-ayudantes farmacológicos (se fomenta adherencia).</li> <li>- Flexibilización del encuadre y del timing de la terapia.</li> <li>- Intervención en equipo y con la activación de la red del paciente.</li> <li>- Descentrar del malestar y conectar con razones para vivir.</li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mostrar impacto social del suicidio.</li> <li>- Desarrollo del vínculo terapéutico (validar y contener).</li> <li>- Consideraciones institucionales: responsabilidad institucional y protocolos.</li> </ul>
<b>Intervención comprensiva</b>	
<b>Mayor trayectoria del terapeuta</b>	<b>Intervención sobre el Sentido y Significado Personal</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluye estrategias de protección de la intervención estratégica.</li> <li>- Consideración de elementos situacionales y bibliográficos.</li> <li>- Articulación del proceso terapéutico.</li> <li>- Vínculo y alianza terapéutica sobre la base de elementos comprensivos.</li> <li>- Apertura de posibilidades.</li> <li>- Evaluar idoneidad de la red del paciente.</li> <li>- Considera un posible abordaje familiar.</li> </ul>

### 5.3.1 Intervención técnica con el paciente en riesgo

En términos amplios, los psicoterapeutas expresan cambios en sus intervenciones terapéuticas considerando la experiencia clínica que poseen respecto al trabajo con pacientes con riesgo de suicidio. Al inicio los psicoterapeutas desarrollaron intervenciones más basadas en el principio de urgencia o en desestimar el riesgo.

*Al principio tenía muy difuso esta separación como como psicopatológica de ideas en muerte, ideas suicidas, ideación, planeación y todos los temas de letalidad, entonces a mí me dijo que se quería matar nomas. (E3)*

*En lo que he fracasado es el apurarme mucho y querer resolverlo al tiro. Al principio me apuraba y decía “haga esto”, así muy directiva. (E4)*

*Al principio siempre trataba de quitarle un poquito el peso, entonces decía “ya, me está diciendo algo, lo voy a tomar como una de las cosas más que me está diciendo y la voy a trabajar para ver qué profundidad tiene esto”. (E8)*

De lo anterior se puede señalar que las intervenciones al inicio del ejercicio profesional tienden a ser más intuitivas, improvisadas y pueden ser del tipo directivas o evitativas. La sensación de urgencia moviliza acciones técnicas focalizadas en el objetivo de resguardar rápidamente la vida del paciente; pero al no existir suficiente claridad respecto del fenómeno suicida, la evaluación del riesgo tampoco puede realizarse desde la reflexividad

suficiente que favorezca acciones ajustadas a la particularidad del paciente y a sus necesidades afectivas reales. En este contexto las acciones incluyeron: evaluación del riesgo de suicidio; realizar una derivación asistida a médico general, psiquiatra u hospitalización; informar a un familiar.

*Toda la atención puesta en "chuta ¿qué hago ahora?", hago esta pregunta, hago esta otra, llamo o no lo llamo, le pido el teléfono del familiar, si actúo así se puede llegar a ir, si actúo así puede ser bueno o malo, será necesario hospitalizarlo, hago o solicito la derivación de la ambulancia. (E1)*

Además de lo anterior, el ejemplo ilustra que la alta incertidumbre del momento se manifestó a través de dudas generalizadas, respecto a las acciones que debían tomarse y las repercusiones negativas que podrían tener en el vínculo con el paciente. En este sentido, algunos mencionaron que la sobre responsabilización sentida en relación al posible suicidio del paciente, propia de los primeros años de ejercicio clínico, puede desencadenar un trabajo más individual en el psicoterapeuta.

*En un principio era como el no abordarlo con algún equipo o con algún colega, en el fondo yo creo que el hacerlo como sola por supuesto que es fuerte po. Yo creo que eso no, no, es más complejo para uno porque asumes la responsabilidad. (E9)*

De modo que, se podría estarse produciendo una suerte de circularidad entre dos polos que se amplifican mutuamente, es decir, a medida que el abordaje es más solitario, más responsabilidad se siente y mientras más responsabilidad profesional se percibe, más individual es el abordaje.

Por otro lado, las acciones evitativas pueden acompañarse de rupturas en el vínculo terapéutico.

*Yo te invito a que no hagas nada que atente contra tu vida y dejémoslo para la próxima sesión y le damos una sesión, eh... un abordaje a esto que es un tema bien importante. El paciente se enojó, levantó se levantó molesto y se fue po y no volvió más. (E3)*

De esto se puede concluir que, en un contexto de falta de claridad respecto a la intervención con pacientes en riesgo de suicidio, los psicoterapeutas también pueden evitar o posponer la profundización del fenómeno una vez que es develado en el espacio psicoterapéutico, lo cual puede tener repercusiones negativas ya que el paciente inclusive podría abandonar el tratamiento.

Ahora bien, con mayor experiencia los psicoterapeutas prevén la aparición del riesgo de suicidio y esto los lleva a preguntar directamente para abrir la temática ante indicadores.

*Cuando tenía como algún indicio más allá de la primera evaluación, que obviamente preguntai mil veces, pero cuando iba pasando el proceso y como que cachaba algunas cosas que me daban indicadores que podía la opción de estar de este tema, o del paciente, eh... preguntaba directamente. (E7)*

A este respecto, se puede señalar que las preguntas directas no se restringen a la primera sesión, sino que se realizan también durante el proceso. Lo anterior podría implicar que, con mayor experiencia los psicoterapeutas desplegarían de medidas técnicas de seguimiento del riesgo de suicidio con el paciente en sesión.

Por otra parte, las medidas técnicas de protección de la vida del paciente se mantienen porque al aumentar la experiencia se sigue percibiendo un riesgo real de muerte y, desde allí, los psicoterapeutas valoran más el tratamiento farmacológico como un co-ayudante de la psicoterapia y aumentan el tiempo de atención o la frecuencia de las sesiones.

*No tiene que sentir nunca esta arrogancia que con la psicoterapia basta y no es necesario. Sino que uno a veces tiene que trabajar con ese co-ayudante, tiene que confiar en las competencias que tienen los médicos psiquiatras, médicas y médicos psiquiatras en el manejo farmacológico. (E4)*

*Tener super claro de qué se tratan los medicamentos. Yo creo que el psicólogo tiene un rol psicoeducativo en término de la adherencia a los fármacos. (E6)*

*Nunca he podido terminar una sesión ahí, por ejemplo. Tengo que dar más tiempo o quedar o quedarme más tiempo con este paciente. (E10)*

De lo anterior se observa que los psicoterapeutas con más experiencia logran reconocer los límites de la intervención con pacientes en riesgo suicida a través de la psicoterapia y advierten que la sintomatología requiere ser también abordada con otras medidas. Esto probablemente sea uno de los principales móviles para que los psicoterapeutas con mayor experiencia planteen intervenciones en equipo para trabajar con este tipo de pacientes. Además, también se menciona que este tipo de pacientes demanda de una mayor flexibilidad respecto del encuadre y del timing porque su tratamiento requiere que el paciente asista regularmente y los tiempos de intervención son más prolongados. Por último, los psicoterapeutas tendrán un rol psicoeducativo que refuerce la adherencia a otros tratamientos.

Respecto a otros elementos técnicos destacados por los psicoterapeutas, se menciona la necesidad de descentrar al paciente del malestar para poder considerar otras perspectivas, entre ellas estimar el impacto social de concretar el suicidio.

*En el fondo estimar un poco como el impacto que tiene el acto suicida en el entorno de la familia, sobre al ámbito comunitario, qué se yo [...] Y cuando yo digo, “ya y vos cachai que tenía un hijo”, sí, puede ser un poco adoctrinante, pero acá de lo que estamos hablando es de salvar un poco el riesgo ¿Cachai?, y ahí sí, yo instrumentalizo lo moral. Pero es una táctica, no es ni un fin de la terapia. (E6)*

A partir del ejemplo, se puede visualizar que la consideración de las repercusiones sociales del suicidio operaría como un disuasor de la decisión de quitarse la vida, en tanto ligaría a la persona en riesgo con razones para vivir. Se destacaría que no se busca convencer del no suicidio, sino que a través de considerar otras alternativas la persona voluntariamente se comprometa con las acciones de protección de su vida en el momento de crisis. No obstante, también se podría señalar que la intervención psicoterapéutica requiere de un abordaje más profundo, tal como se verá en el próximo apartado.

También, se describió anteriormente que las acciones técnicas implican el trabajo en equipo y con la red del paciente, de modo que la responsabilidad sea compartida. En este sentido algunos terapeutas mencionaron que también la responsabilidad recae en el marco institucional.

*¿Cuáles son las repercusiones institucionales si el paciente se hace daño?, ¿me irán a echar?, no sé, ¿me irán a retar?, ¿cuáles son los protocolos?, los protocolos no siempre están muy claros, eh hasta donde y hasta donde no llegar con el paciente, es como un terreno muy comprometedor, muy grave por supuesto está en riesgo la vida de la persona y muy difuso también. (E1)*

*Es super importante que, en todos los casos de altísima complejidad, no de alta complejidad, de altísima complejidad sean vistos o la responsabilidad se emplace en el elemento institucional. (E6)*

A este respecto, se vislumbra que una intervención técnica tendrá consideraciones institucionales, primero en relación a los protocolos institucionales que orienten las prácticas de los psicoterapeutas y, por otro lado, respecto de depositar la responsabilidad en la institución, que podría significar una medida de autocuidado del psicoterapeuta. La falta de claridad respecto de los protocolos institucionales podría influir en el despliegue de acciones técnicas más intuitivas, no obstante, si fuesen demasiados rígidos podrían dificultar el

despliegue de acciones ajustadas a la particularidad del paciente. Cabe destacar que algunos psicoterapeutas organizan estas estrategias en un protocolo mental que ordena un formato de trabajo.

Otro aspecto propio de la intervención técnica es el desarrollo del vínculo terapéutico. Sus principales características ya fueron descritas anteriormente, pero cabe señalar que es un vínculo que se sustenta principalmente en la contención y validación del dolor del paciente.

### **5.3.2 Intervención técnica-comprensiva**

Todos los psicoterapeutas refieren que la intervención con pacientes en riesgo de suicidio debe incluir medidas técnicas de protección, tal como se describieron en el punto anterior. La incorporación de elementos comprensivos, implica la consideración de elementos situacionales e historiográficos que sitúen el riesgo de suicidio en la experiencia particular del paciente.

*Hay algo que hay que observar, hay algo que el paciente está significando de cierta manera que hace que, respecto a ese punto en particular, tenga ese sentimiento, tenga ese sentir o tenga ese pensamiento. (E5)*

*Trato de trabajar que él levante también alertas sobre esto, que comprenda que esto puede ser un episodio y que si no es un episodio, que lo ha acompañado largo tiempo, ver qué profundidad eso tiene, ver cómo se trabaja y qué sé yo. (E8)*

Los ejemplos ilustran que a medida se explora la cualidad de las circunstancias del paciente, se definen estrategias que no solo contienen la crisis actual, sino que orientarán el proceso psicoterapéutico. Los elementos comprensivos anclarían la sintomatología al modo de significar los eventos que han sido vivenciados por el paciente a lo largo de su historia personal. Lo anterior permitiría distinguir si el fenómeno suicida aparece ligado a un evento en particular o tiene una cronicidad histórica y desde allí, se tendrá una consideración diferente de las acciones que se tomarán con el paciente. Este proceso de reflexividad con el paciente, incluye necesariamente la construcción del vínculo y la alianza terapéutica. Ambos elementos ya fueron descritos anteriormente, pero cabe destacar que su desarrollo se sustenta sobre la base de elementos comprensivos que permiten un entendimiento más amplio del sufrimiento del paciente y desde allí se despliega la contención, validación y objetivos de la psicoterapia. Ampliar el foco de análisis, favorecería la visualización de posibilidades

respecto a aquello que origina las ganas de morir, orientando una intervención ajustada a las particularidades historiográficas del paciente.

Por otro lado, la incorporación de elementos comprensivos también se aplica a la red de apoyo del paciente.

*Es el contexto familiar, es el contexto más cercano el que está generando de alguna manera las dificultades que hacen que la persona esté con esta ideación suicida, son como potencial factor de riesgo. (E4)*

*La familia super desgastada con la historia de la paciente que tenía depresión psicótica, maníacas, depresivas. Digamos, la familia ya... la tenían media desahuciada en su mente. (E7)*

A este respecto, una visión comprensiva entiende que se debe realizar una evaluación de la idoneidad de la red, en este caso familiar, para apoyar al paciente en riesgo. Considerar al entorno como un potencial factor de riesgo o también el desgaste emocional que pueden tener los familiares, llevaría a considerar la necesidad de un abordaje incluso familiar en estos casos.

Por último, la lectura comprensiva incluye la comprensión del espacio psicoterapéutico intersubjetivo y desde aquí se incluye el trabajo comprensivo con la persona del terapeuta. Tal como ya se describió antes, incluye la identificación y aceptación de la propia emocionalidad, las estrategias de autorregulación y la apertura a recibir apoyo.

### **5.3.3 Efectos en otros pacientes**

Todos los psicoterapeutas reconocen que trabajar con pacientes en riesgo de suicidio tiene repercusiones en su trabajo con otros pacientes, las que pueden ser positivas o desfavorables.

En relación a los efectos positivos casi todos los psicoterapeutas advierten que favorece su mirada clínica porque saben que el riesgo de suicidio puede volver a aparecer.

*Uno como terapeuta también se acerca a todo lo que son los fenómenos humanos de la vida, entonces te da otros ojos, como que es un plus para tu mirada clínica. Entonces si influye, en ese sentido me fluye a mí, digo de forma positiva. (E3)*

*Como no me había tocado verlo, claro, era como, entre comillas “solo existía en el papel”. Entonces, claro, lo volvió real y eso también hace que yo lo incorpore en como una variable mucho más dentro del repertorio. (E5)*

A este respecto se puede señalar que los psicoterapeutas se sienten más preparados para afrontar nuevos casos con riesgo de suicidio, porque incorporan esta variable como otra más a explorar con nuevos pacientes.

En este sentido algunos mencionan que permite simpatizar más fácilmente con el sufrimiento del otro y que por lo mismo pesquistan directamente el riesgo.

*Las personas que van a consultar, que están en un estado de sufrimiento, siempre hay que pesquisarles, no hay que dejarlos de lado, siempre, porque el estado de sufrimiento, el agobio, puede hacer que una persona desee dormir para siempre, morirse, es como un descanso. (E4)*

*Me ha servido en términos como eh... de ver la fragilidad, de poder ver la fragilidad del otro. Entonces siento que cada vez que tengo, como ya he tenido más pacientes con esa temática y yo también me he enfrentado más a esa experiencia, digamos soy mucho más rápido y mucho más eficiente en lo que tengo que hacer o cómo evaluarlo. (E10)*

De lo anterior se puede señalar que trabajar con un paciente en riesgo de suicidio proporciona un aprendizaje experiencial que agiliza tanto la evaluación del riesgo como el despliegue de acciones terapéuticas con otros pacientes.

Asimismo, permite anticipar la aparición del riesgo de suicidio cuando aparecen condiciones de posibilidad similares.

*Como que de repente ciertas condiciones de algunos pacientes, uno notaba que esto también repercute de la misma forma en otros casos, pero eh... como que tú también haces como que puedes abordarlo de una manera similar también o te anticipas para que eso no pueda suceder. (E9)*

Es decir, los psicoterapeutas identifican variables comunes en pacientes con riesgo de suicidio y cuando un paciente nuevo presenta similitudes, pueden desplegar intervenciones que permitan contener la posible aparición del riesgo de suicidio.

Por otro lado, la disposición anímica de algunos psicoterapeutas mejora cuando se enfrentan a casos que no tienen riesgo de suicidio.

*Un paciente sin riesgo suicida es un alivio, es como “¡Oh, que maravilloso!”, así como “¡Oh, que bacán!” ¿cachai?, así como “que cosa más rica” [...] Me hace*

*trabajar mucho mejor hoy día con pacientes menos... o que no tienen riesgo suicida o que son más existenciales ¿Cachai?, porque me es liviano el trabajo ¿Cachai? y como me es liviano, eh... avanzo super rápido, tengo una disposición menos de cansancio ¿Cachai?, como más... ahora voy a hacer algo más piola ¿Cachai? con menos carga. (E7)*

De modo que, se puede señalar que la mejor disposición del psicoterapeuta con pacientes sin riesgo de suicidio estaría directamente vinculada a la percepción de que el trabajo es más sencillo y menos desgastante.

También, se mencionaron que puede mejorar la intervención de otros pacientes que no tienen riesgo de suicidio.

*Recuerdo el efecto contrario, el tema es que me ha generado una hiperventilación ¿cachai? Como el efecto contrario de como del descanso del estrés, así como que irme hacia abajo, de repente me sobre activo ¿Cachai? Es como... y me pongo así rápida, rápida, rápida, rápida, y el paciente como “Oh, que bacán, no sé qué”, pero eso es porque entre en un ritmo de pensar muy muy rápido. (E6)*

*Como los pacientes con ideación suicida tienen mayor complejidad en general en su relato y todo, me hace estudiar más, me obliga digamos, entonces eh... trato de que eso también sea permanente con el resto de los pacientes. (E8)*

Por lo tanto, es posible pensar que la mayor activación cognitiva que genera el trabajo con pacientes con riesgo de suicidio puede mantener al terapeuta en sobre activación al atender al paciente siguiente, lo que podría repercutir favorablemente en la exploración de la experiencia de ese paciente, e inclusive en la búsqueda de soluciones. Del mismo modo, al ser un trabajo más demandante, implica que los terapeutas tengan que estudiar más para el abordaje de pacientes con riesgo de suicidio, lo que intentaría mantenerse con otros pacientes, subiendo el estándar de la atención clínica.

*Pacientes que tengo un super buen vinculo, la sesión la hago menos intensa ¿cachai?, la hago mucho por más encimita para poder manejarla, eh... pacientes que no se puede y ya ahí hago como un sobreesfuerzo. (E7)*

*Son sesiones o momentos en que yo cacho que tengo menos, mi cabeza está menos disponible, me cuesta mucho más que esté disponible ¿cachai? eh...y en algunas situaciones tengo que hacer mucho esfuerzo, entonces me canso muchísimo. (E7)*

Ahora bien, respecto a las repercusiones negativas, los psicoterapeutas señalan impactos a nivel del acceso para otros pacientes porque se producen atrasos en las siguientes atenciones y/o la suspensión de la sesión.



*Me acuerdo que me pasé en la hora de atención como 15 minutos, la otra paciente estaba esperando afuera [...] hice pasar a la paciente siguiente y los 10 minutos posterior a hacerla pasar, tampoco... no, no, no enganché nada, no, me costó mucho concentrarme con esa paciente y me acuerdo que tuve que decirle, disculpa tuve un paciente muy difícil anterior, dame un segundo, partamos de nuevo y tuvimos que partir de nuevo. (E1)*

*He sentido que el resto de mis atenciones, las tengo que suspender, las tengo que coordinar con extra tiempo de atención clínica. O sea, implica un desgaste que me ocupa tiempo como personal. (E6)*

De lo anterior se podría señalar que trabajar con un paciente en riesgo de suicidio implicaría que los pacientes posteriores tengan una atención cuya calidad en términos cuantitativos y cualitativos podría verse disminuida. En términos cuantitativos porque el tiempo de atención podría ser menor e inclusive la frecuencia podría verse alterada por una cancelación. Por su parte, la calidad de la atención también se vería afectada porque el terapeuta podría experimentar cansancio mental, podría estar menos disponible en la escucha y también vería disminuida su capacidad para sintonizarse con la experiencia de este otro paciente.

*En una época que veía hartos pacientes, muchos pacientes ¿Cachai? porque estaba más álgida allá en la clínica y en el neuro. Entonces cuando me llegaban pacientes existenciales o menos graves o sin riesgo suicidas, era como... “No entiendo por qué vienen”, los minimizaba mucho. (E7)*

A partir del ejemplo, se podría señalar que otro posible efecto negativo del trabajo con pacientes en riesgo de suicidio tendría que ver con una minimización del sufrimiento de otros pacientes cuando no se perciben como “graves”. Esto podría repercutir de manera perjudicial en términos de una lectura preventiva porque no recibir una atención de calidad podría llevar a estos pacientes a aumentar la severidad de sus síntomas.

Por último, un testimonio da cuenta de la alta complejidad que pueden llegar a presentar pacientes con riesgo de suicidio, que también afecta el desarrollo de la atención en curso con otra paciente.

*No poder atender al resto de los pacientes de forma tranquila, una persona que pega golpetazos en la puerta, que los familiares no querían ir a buscar y que amenazaba con tirarse al panorámico [...] Yo atendía ponte tú, a la señora Francisca y le tenía que decir “Espéreme 5 minutos porque voy a ver una situación”. Entonces hablar*

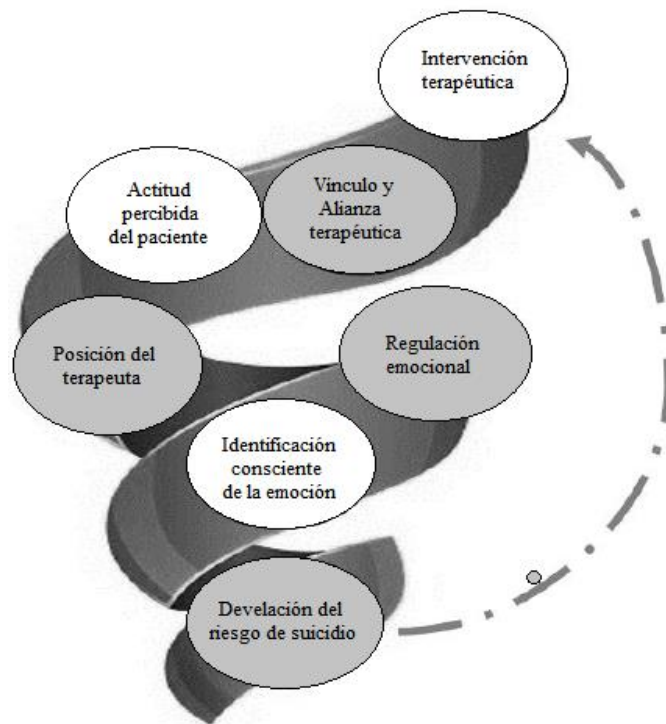
*con esta señora y le decía “espéreme un poquitito, quédate sentada, acá hay una revista y, apañándome la secretaria porque mi jefatura ningún apañe. (E6)*

## **INTERVENCIÓN EMOCIONAL SINCRÓNICA CON PACIENTES EN RIESGO DE SUICIDIO**

En el siguiente apartado se presenta un modelo comprensivo que establece conexiones entre el impacto emocional del psicoterapeuta al trabajar con pacientes en riesgo de suicidio y la configuración del espacio intersubjetivo, con el objetivo de adquirir un mayor entendimiento de cómo ambos se presentan simultáneamente dentro de un fenómeno más amplio que será denominado dentro del espacio psicoterapéutico como *intervención emocional sincrónica con pacientes en riesgo de suicidio* (Figura 9). Asimismo, se describe cómo dicho fenómeno repercute en las intervenciones clínicas con estos pacientes, a partir de los reportado por los psicoterapeutas participantes de este estudio.

En la siguiente figura se visualiza cómo ambos procesos- de impacto emocional del riesgo de suicidio y de configuración del espacio intersubjetivo, se presentan temporalmente de forma dinámica y casi simultánea. Al inicio de la intervención emocional sincrónica con pacientes en riesgo de suicidio se encuentra el primer componente del impacto emocional, la *develación* que activa un estado de alerta que moviliza a la acción de resguardar la vida del paciente. Paralelamente a este estado de alerta se produce la identificación consciente de la emoción a través de la percepción de señales de activación corporal y cambios cognitivos que son regulados a través del manejo voluntario de recursos atencionales, los límites definidos de la responsabilidad profesional y de los alcances de la intervención y el análisis comprensivo-compartido de estas señales en momentos posteriores a la sesión. Lo anterior, implica un posicionamiento del terapeuta en el espacio intersubjetivo que está también relacionado con la actitud percibida del paciente. Según lo anteriormente revisado, este proceso es diferente para terapeutas nóveles y expertos, por lo que la construcción del vínculo y de la alianza terapéutica está estrechamente relacionada a todos los procesos anteriores y al tiempo de experiencia clínica del psicoterapeuta. A este respecto, existiría un punto de referencia emocional que orientará cada uno de los procesos vinculares y de definición de responsabilidades en el espacio terapéutico, configurando así la intervención terapéutica en curso.

**Figura 9: Intervención emocional sincrónica con pacientes con riesgo de suicidio**



En general cuando los psicoterapeutas inician su ejercicio clínico con pacientes en riesgo de suicidio, se produce la develación espontánea con el consiguiente estado de alerta y el llamado a la acción de intervenir clínicamente para proteger la vida del paciente. La sensación de no contar con la suficiente preparación teórica-práctica para abordar este fenómeno los lleva a vivenciar la situación como inesperada y con alta incertidumbre por no saber cómo agenciar la intervención, experimentando además que el evitar un desenlace fatal es total responsabilidad profesional. Se produce paralelamente un estado emocional de miedo, angustia, preocupación y de ansiedad anticipatoria que se identifica conscientemente a través de señales corporales intensas y cambios cognitivos en que los pensamientos dubitativos referente al quehacer y las repercusiones de las acciones en el paciente, a nivel personal e institucional, concentran los recursos atencionales y de concentración del psicoterapeuta. En otras palabras, los psicoterapeutas despliegan estrategias para la auto modulación y, en este sentido, sus recursos cognitivos pueden no prestar la atención necesaria a la narrativa del paciente y a su actitud, porque pueden estar volcados sobre sí mismos. El posicionamiento del psicoterapeuta se vuelve confuso y en este estado, la percepción

predominante con respecto al paciente es que está en riesgo real. Los aspectos relacionales, comprensivos y de establecimiento de objetivos se construyen sobre este objetivo puntual y la responsabilidad para el cuidado del paciente podría a veces incluir a la red familiar y otros profesionales. Es decir, la alianza con el paciente se configura a partir de un objetivo que se vuelve prioritario, principalmente por el estado emocional del terapeuta y, no necesariamente por las necesidades afectivas reales del paciente. De modo que, la intervención suele ser más directiva y centrada en acciones técnicas específicas de resguardo, como la vigilancia del paciente por una unidad de urgencia o por el entorno cercano de este y el acceso a tratamiento farmacológico. Al mismo tiempo la intervención suele ser intuitiva e improvisada por la sensación de no contar con la suficiente preparación previa respecto del fenómeno suicida. Cabe destacar que algunos terapeutas señalaron que los pacientes no volvieron luego de realizar este tipo de intervención, abandono que aumentó aún más la vivencia emocional de angustia en los psicoterapeutas. Por lo tanto, cuando la intervención se centra principalmente en evitar un desenlace peor, se pueden producir efectos iatrogénicos en el paciente expresados a través del abandono del tratamiento. Además, se puede producir un estado de estrés mayor en el terapeuta con posibles repercusiones en su salud.

Todo lo anteriormente descrito, lleva a que los psicoterapeutas luego de la sesión, presenten rumiaciones respecto del caso, las acciones tomadas, sus consecuencias y el alcance de la responsabilidad profesional reflejando un estado generalizado de inseguridad. Algunos terapeutas en esta etapa inicial, no compartieron esta vivencia con otras personas y/o colegas con mayor experiencia, realizando un trabajo mucho más individual con la persona del terapeuta, lo que en general implicó que la vivencia emocional del terapeuta se prolongase más tiempo. Por otro lado, cuando estos estados emocionales se manejan favorablemente, se destaca la utilización de espacios de supervisión, que los oriente técnica y comprensivamente respecto del caso y de los límites de la responsabilidad profesional y de la intervención. Asimismo, el destinar tiempo para decodificar lo experimentado en sesión, principalmente a través de la narración de la experiencia a un tercero (generalmente colega), modula la emocionalidad del terapeuta. Esto se vuelve relevante porque según lo señalado anteriormente el trabajo con la propia emocionalidad orienta el levantamiento de hipótesis con el paciente, favorece la comprensión de la vivencia emocional del paciente, anticipa la

activación emocional del terapeuta, permite evitar los acting outs, fortalece el vínculo terapéutico y ayuda a sostener el rol profesional, siendo todos elementos que repercutirían favorablemente en la psicoterapia del paciente con riesgo de suicidio.

Ahora bien, lo anterior activa en general la necesidad de estudio autodidacta para afrontar los casos y a medida se adquiere mayor experiencia, los psicoterapeutas empiezan a elaborar un plan estratégico para la intervención. Se posicionan entonces desde un lugar técnico-estratégico en el que se cuenta con estrategias específicas para resguardar la vida. En este sentido, se destaca la develación espontánea o inducida a través de preguntas directas sobre el riesgo de suicidio (si el paciente presenta indicadores), la activación de redes a nivel familiar, comunitario y sanitario, el trabajo en equipo, el fomento de la corresponsabilidad del proceso de mejoría y la validación del sufrimiento del paciente. Desde este lugar, la alianza implica el desarrollo de una red de protección en que el paciente sea considerado un precursor activo de su mejoría. Si bien existe preocupación y voluntad de ayuda por el paciente, la sensación de mayor control de la situación mejora la capacidad de escucha y se mencionaron más elementos vinculares en la intervención con estos pacientes. Paralelamente, las señales de activación emocional son menos intensas y en general no alcanzan a interrumpir en la sesión, pudiendo ser analizadas de manera voluntaria en un momento posterior. La disminución de pensamientos automáticos dubitativos, permite manejar la atención y la concentración con mayor voluntad, por lo que los estados emocionales del psicoterapeuta se controlan a través de estrategias de desfocalización de las señales de activación emocional y refocalización en el paciente y en su narrativa. Posterior a la sesión los psicoterapeutas modulan su emocionalidad activando sus propias redes para recibir apoyo y compartir su propia experiencia, lo que favorece la identificación consciente de la emoción y encuentran su posible uso clínico. Sin embargo, los espacios de supervisión no necesariamente se utilizan para expresar el sentir del psicoterapeuta, porque el foco de la supervisión estaría puesto en el abordaje del caso.

La mayor formación clínica, el estudio autodidacta y el aprendizaje experiencial tanto del manejo del caso como de la propia modulación emocional, favorece que los psicoterapeutas cambien el foco de la alerta y del llamado a la acción. Si bien reconocen la necesidad de que persistan acciones de resguardo de la vida del paciente, la mayor capacidad

de atender el relato del paciente los lleva a focalizar los recursos de la intervención en la develación de elementos comprensivos del caso, tanto históricos como situacionales. La contextualización del fenómeno permite la emergencia de un fenómeno relacional que en esta investigación fue llamado resonancia empática con el paciente en riesgo de suicidio, que permite que los psicoterapeutas se aproximen íntimamente a la experiencia emocional real del paciente, activando emociones complementarias en los terapeutas. La regulación emocional en sesión también se realiza a través del uso voluntario de los recursos atencionales y de concentración, pero también se incluye la metacomunicación de la emocionalidad del psicoterapeuta como una intervención que favorece la vinculación y/o el análisis crítico de la actitud del paciente. Además, la modulación emocional se sustenta en la claridad de los límites de la intervención y de la responsabilidad profesional. Post sesión un terapeuta experto comprende la necesidad de trabajar en su propia persona por lo que sin presión se da el espacio para trabajarlo a través de estrategias individuales que ha ido aprehendiendo experiencialmente y también a través de la búsqueda de apoyo en sus redes profesionales cercanas. Por lo tanto, es un proceso de intervención en que la activación emocional del terapeuta se complementa con elementos comprensivos, lo que favorece el levantamiento de hipótesis comprensivas respecto del caso y permite la construcción de un vínculo y una alianza terapéutica que se orientan por el sentido y significado de la ideación suicida.

## VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación considera a la psicoterapia de pacientes en riesgo de suicidio, como un espacio intersubjetivo que se configura de acuerdo a las características idiosincráticas del consultante y también a partir de las habilidades de identificación y modulación emocional de los psicoterapeutas. Asimismo, en este estudio se estableció que la afectividad del psicoterapeuta opera como uno de los marcos de referencia que orientará la atención psicoterapéutica que se proporciona a estos pacientes. Por esto se planteó como principal objetivo “comprender las repercusiones de la capacidad de reconocimiento y regulación emocional de psicoterapeutas, en la psicoterapia con pacientes con riesgo suicida, para favorecer la conducción del proceso terapéutico”. El análisis de los datos permitió desarrollar un modelo comprensivo que relacionó la experiencia emocional de los psicoterapeutas con la configuración del espacio intersubjetivo y las estrategias de intervención psicoterapéuticas en un fenómeno al que se denominó *intervención emocional sincrónica con pacientes en riesgo de suicidio*, el cual fue descrito en la sección anterior.

En el presente apartado se discuten los cuatro objetivos específicos que configuran dicho objetivo general y se contrastan con los resultados obtenidos. Además, se revisarán algunos aportes empíricos y teóricos relacionados con la conducción del proceso terapéutico de pacientes con riesgo de suicidio en el ámbito de la psicoterapia, para constatar las implicancias prácticas de los hallazgos de esta investigación. Por último, se discutirán las limitaciones de este estudio y se proponen futuras líneas de trabajo.

El primer objetivo específico pretendió indagar desde la perspectiva de psicoterapeutas expertos cómo reconocen la experiencia emocional que les suscita el riesgo suicida de sus pacientes. Por ello se exploró la vivencia subjetiva del psicoterapeuta en el espacio de la psicoterapia y en el espacio entre sesiones, así como la importancia que le atribuyen a la identificación de la propia experiencia emocional al trabajar con pacientes en riesgo de suicidio.

### **Cambios en el tono afectivo habitual: Alerta.**

Un primer hallazgo fue que la develación del riesgo de suicidio activa un estado de alerta en los psicoterapeutas que se acompaña de un cuestionamiento respecto de la responsabilidad profesional y de un llamado a la acción rigurosa. Esto ocurre dentro de un

fenómeno más amplio de identificación emocional en psicoterapia que es un proceso complejo que engloba aspectos corporales, emocionales, cognitivos y relacionales, reconocibles a través de un análisis retrospectivo de tipo simbólico que otorga significado a la experiencia emocional.

Tal como señala la literatura, el reconocimiento emocional no se restringe a identificar emociones en uno mismo y en el otro (Saravia, 2019), sino que implica señales de activación que se procesan a través de los núcleos centrales de significación que no son necesariamente reconocidas por estructuras más abstractas de conciencia (Mahoney, 1988; Guidano, 1994). Las recurrencias experienciales se organizan en rasgos emotivos estables (Arciero & Bondolfi, 2009) que proporcionan al sujeto un sentido del sí mismo y del mundo y un significado personal (Greenberg & Paivio, 2000) y la forma en que el sujeto organiza el mundo y se relaciona con este, configura una tonalidad emotiva básica que se utiliza como marco de referencia para experimentar los cambios ambientales (Yáñez, 2005). A este respecto, la develación del riesgo de suicidio constituiría un cambio en el entorno terapéutico por la alta complejidad percibida ante el riesgo de muerte, lo cual se acompaña de cambios en el tono afectivo habitual del psicoterapeuta. Particularmente con pacientes en riesgo de suicidio, los psicoterapeutas experimentan una amplia gama de activaciones sensoriales interoceptivas inmediatas y cambios cognitivos (a nivel de los pensamientos, la atención y la concentración) que tienden a aparecer paralelamente al relato del paciente y que repercuten en su capacidad de escucha y de reflexión respecto del caso y de las estrategias clínicas desplegadas.

Lo anterior es coherente con otras investigaciones que han mostrado cómo las emociones del psicoterapeuta pueden dificultar el proceso de terapia con pacientes en riesgo de suicidio (Gómez, Núñez, Ibáñez & Gómez, 2012; Türkes, Yilmaz & Soylu, 2017; Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2013; Yaseen, *et al.*, 2013; Yaseen; Galynker, Cohen & Briggs, 2017); emociones que inclusive pueden anticipar y pronosticar comportamientos suicidas futuros en los pacientes (Barzilay, *et al.*, 2018; Yaseen, *et al.*, 2013; Yaseen, Galynker, Cohen & Briggs, 2017). Por lo tanto, el proceso de identificación emocional del psicoterapeuta al atender a pacientes con riesgo de suicidio tendrá implicancias en los resultados del tratamiento. De allí que el terapeuta tendrá que mantener una atención bifocal tanto hacia el relato del paciente como a lo que él mismo experimenta, para poder situarse en el espacio



terapéutico como observador participante (Safran & Segal, 1996; Saravia, 2019; Yáñez, 2005).

### **Identificación consciente de la emocionalidad experimentada**

La identificación consciente de la emoción experimentada en sesión se produce, según los resultados obtenidos, a través de un análisis y decodificación retrospectivo de las señales de activación corporales, cognitivas y emotivas que fueron automáticamente procesadas. Durante este proceso la facultad de narrar nuestras experiencias se vuelve central, ya que es la narratividad aquella que permite reconfigurar la inmediatez experiencial en una historia o trama coherente a través de la cual nos reconocemos (Ricoeur, 1986; 1990; 2000; 2006). Esto quiere decir que, la narrativa es la manera interpretativa de dar cuenta de cómo uno se siente y permite la construcción y la articulación de la propia singularidad como persona, dando forma a su propio “quién” (Arciero & Bondolfi, 2009; Arciero, 2012). Los psicoterapeutas refirieron que, al trabajar con pacientes con riesgo de suicidio, surge la necesidad de un proceso de autoanálisis que debe realizarse durante y luego de la sesión. Este autoanálisis implica un proceso simbólico narrativo que permite darle un orden (coherencia) a la propia emocionalidad y también al sentido de las acciones y actitudes que se desplegaron en el espacio terapéutico. La comprensión de la narratividad en tanto todo inteligible que expresa la dimensión temporal de la vida y permite el reconocimiento (Ricoeur 1986; 1990; 2000; 2006) se relaciona con los resultados obtenidos, ya que los psicoterapeutas señalan que el propio reconocimiento emocional se ve favorecido por la presencia de elementos de autoconocimiento previos. De modo que la identificación emocional también incluye elementos históricos que clarifican la posición emotiva del terapeuta respecto del paciente. Asimismo, los resultados mostraron que los psicoterapeutas requieren de habilidades que le permitan dilucidar la manera en que las temáticas psicoafectivas relatadas por el paciente lo afectan.

La literatura revisada en esta investigación refleja que las emociones están relacionadas con la vinculación y sincronización con los demás (Bondolfi, Arciero & Mazzola, 2015), de allí que también permitan atribuir valor y significado a las acciones del otro (Duarte, 2012). Por lo tanto, el reconocimiento de la posición emotiva del terapeuta permite que este se apropie de aquellos factores que le pertenecen a su propia historia y tome

la responsabilidad profesional de separar esos elementos de la comprensión de la experiencia del paciente. Cabe destacar que este proceso puede requerir más de una instancia, por lo que los psicoterapeutas no se presionan a resolverlo en solo un momento.

### **Experiencia clínica y posición del terapeuta en el reconocimiento emocional**

Otro hallazgo respecto al reconocimiento emocional tuvo que ver con la experiencia clínica de los psicoterapeutas. Particularmente los resultados mostraron que, al inicio de su experiencia clínica la tonalidad emotiva habitual tiende a cambiar con niveles más altos de intensidad, lo que en general se asocia con una posición omnipotente, insegura/ansiosa u ambivalente del psicoterapeuta. Lo anterior, se acompaña de la deficitaria formación académica que los psicoterapeutas expresan respecto al fenómeno suicida, que los lleva a percibir que en sus primeros años de ejercicio clínico su capacidad de agencia en este contexto es menor y que su responsabilidad profesional es “salvar” la vida del paciente.

La experiencia descrita en el párrafo anterior genera altos niveles de miedo, ansiedad anticipatoria, preocupación, angustia y/o la sensación de sentirse sobrepasado. No obstante, estas emociones pueden aparecer a pesar de tener una cantidad mayor de experiencia clínica y un rol profesional más definido. De este modo, un desafío central para el terapeuta es lidiar con estas emociones y tener la capacidad de brindar la ayuda al paciente apoyándose en los recursos técnicos y experienciales que posea.

Los datos empíricos muestran que la posición omnipotente o excesivamente insegura y ansiosa es común entre terapeutas noveles (Herrera & Araya, 2018) y la literatura refiere que la posición omnipotente del terapeuta con respecto del cuidado del otro puede estar asociada con frenar la angustia que produce la percepción de ser incapaz de dar respuesta a las demandas del otro, por tanto, es una posición que menoscaba el reconocimiento de sí (Ávila, 2016); mientras que la inseguridad se relaciona con expectativas muy altas respecto del propio desempeño y una formación insuficiente (Herrera & Araya; Saravia, 2019).

En consecuencia, la posición que el psicoterapeuta adopta frente al paciente con riesgo de suicidio repercutirá en su experiencia emocional y también en su capacidad para reconocerse a sí mismo. Además, afectará las acciones desplegadas en psicoterapia porque podrían estar focalizadas en contener la propia angustia y no en la comprensión de la

particularidad del paciente ni en fomentar que este desarrolle de su propio sentido de agencia en el proceso de mejoría.

### **Identidad profesional acuñada a partir de la experiencia clínica**

La bibliografía revisada muestra que las identidades se construyen y negocian en los espacios intersubjetivos y en los diferentes contextos (Duarte, 2012; Holland y Leander, 2004; Vergara, 2011; Yáñez, 2005) lo cual se corresponde con los resultados de este estudio. Es decir, los psicoterapeutas a medida que aumentan su experiencia clínica van transformando su identidad profesional principalmente en función del reconocimiento de sus propias limitaciones como interventores, también de los límites de las estrategias de intervención y asumiendo la corresponsabilidad para el cambio terapéutico. Esto es coherente con la teoría clínica revisada en esta investigación que afirma que una condición central para el cambio terapéutico es que el paciente sea el principal agente de su propio cambio (Yáñez, 2005), ya que se lo reconoce como un agente activo, anticipatorio y pro alimentador de sus realidades personales (Mahoney, 1991). Esto implica que con mayor experiencia la sobre responsabilización vivida por el psicoterapeuta vaya disminuyendo y con ello las señales de activación emocional sean menos invasivas, percibiéndose como más manejables. De modo que la experiencia clínica tendrá efectos en la experiencia emocional que los psicoterapeutas experimentan frente a la develación del riesgo de suicidio principalmente en torno a su intensidad, su modulación y la responsabilidad profesional adjudicada.

Cabe destacar que la revisión sistemática realizada por Winter, Bradshaw, Bunn y Wellsted (2013) respecto a la literatura sobre asesoramiento y psicoterapia para la prevención del suicidio, señala que las principales dificultades en el tratamiento del paciente suicida son los sentimientos de ambivalencia de los terapeutas y consejeros respecto a su rol profesional; sentimientos que pueden llegar a anular la percepción de competencia profesional del terapeuta y que parecieran disminuir solo a través de la experiencia, lo que es coherente con los resultados de esta investigación. Al mismo tiempo, la mayor experiencia clínica repercutirá a nivel de la intervención porque fomenta que el terapeuta configure un espacio intersubjetivo que distribuya las responsabilidades para el cambio, siendo este un elemento central del desarrollo de la alianza terapéutica (Bordin, 1976; Szmulewicz, 2013; Oliveira &

Benetti, 2015) y uno de los aspectos que es reconocido por los pacientes en riesgo de suicidio como facilitador del éxito de la terapia (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2014).

### **Resonancia empática, vinculación terapéutica y profundización del caso**

El reconocimiento emocional no solo permite diferenciar la propia emocionalidad de la del paciente, sino que esta información favorece el levantamiento de hipótesis respecto del funcionamiento del paciente. Esto ha sido señalado como una de las principales funciones del reconocimiento consciente de la emoción por supervisores (Sarabia, 2019) y ha sido también planteado como un requisito para el desarrollo de un vínculo que se base en la sincronización empática con el paciente (Duarte, 2011; Mahoney, 2005; Owen, 2015; Safran & Segal, 1994). En esta investigación los psicoterapeutas que pueden reconocer con mayor facilidad su experiencia emocional, refirieron que les es posible resonar empáticamente con la experiencia emocional que el paciente en riesgo suicida expresó en terapia, lo que les permitía desplegar recursos cognitivos orientados a la comprensión del sentido y significado personal del suicidio para el paciente y también darle un uso terapéutico a su propia emocionalidad. La focalización en el sentido y el significado personal, fomenta una comprensión de la particularidad de la persona, el análisis de su historia singular y el entendimiento de los márgenes delimitados por su vivencia emocional (Vergara 2011; Yáñez, 2005); factores que son señalados en los resultados de esta investigación como necesarios de incluir en la intervención con un paciente con riesgo de suicidio.

Por otro lado, el uso de la emocionalidad del terapeuta ha sido señalado por la literatura como contribuyente al éxito en psicoterapia, ya que la experiencia personal del terapeuta impacta en las técnicas terapéuticas escogidas (y su modo de aplicación) y en la efectividad del terapeuta para generar las condiciones mínimas para el cambio en psicoterapia (Gelso, Pérez-Rojas & Marmarosh, 2014; Gelso & Pérez-Rojas, 2017). Por consiguiente, el reconocimiento emocional del terapeuta en psicoterapia con pacientes en riesgo de suicidio permite el despliegue de estrategias comprensivas que favorezcan el reconocimiento y la validación de la experiencia afectiva y significativa real del paciente.

### **Rol profesional en presencia de la emocionalidad experimentada**

En concordancia con lo anterior, otra valoración que los psicoterapeutas señalaron con respecto al reconocimiento emocional tuvo que ver con sostener el rol profesional a pesar

de los procesos emocionales experimentados. Yáñez (2005) señala que los terapeutas deben desarrollar la habilidad de desentenderse de los propios contenidos personales en el espacio terapéutico, para poder contener sin reaccionar complementariamente a las transferencias que el paciente despliegue en este contexto y así poder ubicarse en el marco de referencia del otro. En relación con esto se ha visto que los terapeutas pueden experimentar rechazo respecto de las transferencias de pacientes con riesgo de suicidio, lo cual los podría llevar a caer en procesos de complementariedad entre la vida de ambos (Plakun, 2001). Esto se corresponde con lo que los psicoterapeutas de este estudio expresaron, ya que la imposibilidad de sostener el rol profesional pudo repercutir en actitudes de abstención e inclusive en el despliegue de acciones de intervención que tenían que ver más con su propia vivencia emocional (asociada al resguardo de la vida), sin que se introdujeran aspectos comprensivos que vincularan las acciones de protección con el sentido y el significado personal del suicidio para el paciente. Dando cuenta que el involucramiento cuando es del tipo involuntario tendrá efectos en los resultados del tratamiento (Safran & Segal, 1994; Muran, 2002).

Lo anterior es coherente con aportes teóricos que señalan que los terapeutas de pacientes en riesgo de suicidio deben dar atención y examinar las cogniciones distorsionadas que subyacen a las reacciones emocionales y conductuales que experimentaran frente a las reacciones suicidas del paciente, de modo que no intervengan negativamente en el espacio terapéutico (Ellis, Schwartz & Rufino, 2018). Por tal motivo, el reconocimiento emocional del terapeuta favorece que este pueda orientarse estratégica y voluntariamente en el espacio de terapia, repercutiendo en su capacidad de escucha e intervención. El terapeuta a medida reconoce su propia experiencia puede desplegar habilidades de desenganche de la misma (Kiesler, 2001), lo que favorece el proceso de negociación y de emergencia de consensualidades entre las transferencias de experiencias y contenidos de ambos participantes (Duarte, 2012; Yáñez, 2005), siendo esto necesario para que se establezcan acuerdos acerca de las metas y las tareas de la terapia (Bordin, 1976; Szmulewicz, 2013; Oliveira & Benetti, 2015).

### **Anticipación de los estados emocionales del terapeuta**

Otra estimación positiva que los psicoterapeutas atribuyeron al reconocimiento

emocional fue que les permite la anticipación de sus estados emocionales en el contexto terapéutico con pacientes en riesgo de suicidio, lo cual favorece su modulación y evita la aparición de acting-out. Los terapeutas al interactuar con el paciente y estar abiertos al entendimiento de su sufrimiento, tienen experiencias personales diversas y con distintas intensidades; por lo mismo, deben ser cuidadosos con sus propios sentimientos, pensamientos y reacciones, porque tendrán repercusiones directas en el proceso interpersonal en psicoterapia (Kiesler, 2001). Asimismo, un terapeuta que no examina en profundidad su propia emotividad, pierde la posibilidad de comprender las fuentes que la provocan y podrían aparecer en acting-outs indirectos como una actitud de desapego, seducción o agresividad (Gelso & Pérez-Rojas, 2017). Esta investigación mostró que al trabajar con pacientes en riesgo de suicidio los psicoterapeutas deben realizar una evaluación mucho más rigurosa de su actitud y de las acciones que tomarán dado el contexto de alta complejidad, por eso cabe reiterar que la experiencia emocional del psicoterapeuta se ha relacionado con resultados negativos en el tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio (Barzilay, *et al.*, 2018; Yaseen, *et al.*, 2013; Yaseen, Galynker, Cohen & Briggs, 2017). Resultados negativos que en esta investigación se vincularon con la actitud del terapeuta de sobre involucramiento y/o sobre protección, de abstención y/o evitación o de agotamiento y/o desgaste emocional.

Por lo tanto, la posibilidad de anticipar estados emocionales que podrían activarse con la develación del riesgo de suicidio del paciente, favorecerá el proceso de desenganche del terapeuta. Un terapeuta que posea habilidades para identificar las fuentes de su emocionalidad, podrá adelantarse a la consecuente tendencia a la acción y participar conscientemente en la interacción (Kiesler, 2001; Safran & Segal, 1994). Así también permitirá el despliegue de comportamientos de autocuidado por parte del terapeuta, ya que en el ejercicio de la psicoterapia el terapeuta se relaciona recurrentemente con contenidos emocionales complejos de dolor y sufrimiento, además de conductas psicopatológicas que pueden producir un desgaste personal que se expresará en dificultades emocionales, cognitivas y comportamentales con repercusiones interpersonales a nivel profesional y personal (Yáñez, 2005). Por lo tanto, el autocuidado será central en el trabajo con pacientes con riesgo de suicidio ya que está directamente relacionado con competencias del terapeuta para identificar y aceptar sus estados emocionales, incluyendo aquellos que le resulten displacenteros.

Se concluye entonces que la identificación de la emoción del psicoterapeuta es uno de los procesos que debe ser incluidos en la comprensión de la psicoterapia con pacientes en riesgo de suicidio y que no incorporar el reconocimiento emocional del terapeuta en el tratamiento de estos pacientes, implicaría consecuencias potencialmente iatrogénicas para los usuarios. El reconocimiento emocional es un proceso complejo que demanda una dedicación exclusiva de análisis posterior de las señales de activación emocional que es del tipo simbólico. Así, los psicoterapeutas de pacientes en riesgo de suicidio deberían desarrollar habilidades para que su narrativa refleje la experiencia inmediata y puedan, por tanto, entenderse en sus emociones y acciones y modular la tendencia a la acción que les suscita su estado emocional.

La incorporación de elementos históricos personales facilitará el reconocimiento de la posición del terapeuta frente al paciente y el entendimiento de la experiencia significativa real del paciente. No obstante, la experiencia clínica también favorecerá el proceso de identificación emocional del psicoterapeuta, principalmente por el hecho de permitir la anticipación de posibles estados emocionales en este contexto y por proporcionar mayor claridad respecto del rol profesional y el alcance de la intervención. Por consiguiente, se satisface la pretensión del objetivo trazado. Cabe destacar que, la emoción del psicoterapeuta está íntimamente vinculada al proceso de análisis, evaluación y selección de estrategias terapéuticas a desplegar con pacientes con riesgo de suicidio, y de no ser conscientes de las fuentes que originan su emocionalidad los psicoterapeutas podrían caer en acciones sanitarias excesivas o insuficientes que perjudiquen al paciente, en vez de contribuir a su mejoría, tal como lo reflejó esta investigación.

El segundo objetivo pretendió distinguir experiencias emocionales en los psicoterapeutas y su tendencia a la acción en función del nivel de severidad del riesgo suicida de su paciente. Para ello se exploraron las distintas experiencias emocionales que les suscitaron diferentes pacientes, las acciones que se deseaban realizar y las acciones que efectivamente se tomaron en función de la severidad percibida del riesgo suicida.

### **Formación autodidacta y experiencia clínica, aportes a la competencia técnica**

Un primer hallazgo con respecto a este objetivo fue que la experiencia clínica y la formación autodidacta fueron las principales fuentes que favorecieron que los

psicoterapeutas adquieran destrezas para distinguir niveles de severidad del riesgo de suicidio en sus pacientes. Esto es concordante con la revisión sistemática realizada por Winter, Bradshaw, Bunn y Wellsted (2014) que mostró que los terapeutas percibían que su formación ha sido insuficiente o no ha proporcionado los recursos adecuados para el tratamiento de estos pacientes. En esta línea, la presente investigación dio cuenta de que al inicio del ejercicio clínico la falta de claridad para realizar distinciones de los niveles de severidad, llevó a los psicoterapeutas noveles a experimentar el riesgo suicida de sus pacientes como muerte inminente. La sobre responsabilización los dispuso a tomar acciones que se orientaron casi exclusivamente a la protección de la vida del paciente, subvalorando los aspectos vinculares y comprensivos del caso. Esto último resulta contrario a aquellas investigaciones que han reconocido preliminarmente que en el tratamiento de pacientes suicidas un aspecto que podría conducir a mejores resultados es la construcción de una fuerte alianza terapéutica (Hendin, Haas, Maltzberger, Koestner, & Szanto, 2006; Plakun, 2001; Schechter, Goldblatt & Maltzberger, 2013; Dunster-Page, Haddock, Wainwright & Berry, 2017; Firestone, 2018). Por consiguiente, la tendencia a la acción que se activa en terapeutas noveles frente a la develación del riesgo de suicidio es la de proteger la vida del paciente que, al excluir variables relacionales y comprensivas para el establecimiento de acuerdos y responsabilidades para el cambio, podría constituir un comportamiento contra terapéutico con posibilidad de terminación prematura o abandono del tratamiento, según los resultados de este estudio. Es más, se ha considerado que intervenciones orientadas a la sobre protección del paciente podrían dar cuenta de una posible reacción defensiva del terapeuta cuando, por ejemplo, este no pesquisó la presencia de factores de riesgo suicidas en el paciente (Ellis, Schwartz & Rufino, 2018). De este modo, la capacidad para realizar distinciones de niveles de severidad del riesgo suicida del paciente tendría repercusiones directas en las acciones de intervención y, en consecuencia, en los resultados del tratamiento.

La hiper focalización de las acciones en el resguardo de la vida podría ser coincidente con datos empíricos que señalan que los terapeutas noveles tienden a expresar rigidez y falta de espontaneidad al vincularse con el paciente e incluso una tendencia a “apurarse” al momento de intervenir (Herrera & Araya, 2018). Por otra parte, la autopercepción del psicoterapeuta de ser el responsable de “salvar” la vida del paciente es una creencia errónea que coarta las habilidades del paciente para vehicular soluciones ante sus problemáticas



(Williams, Judge, Hill & Hoffman, 1997; Saravia, 2019), cuando asumir la responsabilidad del cambio y el comprometerse con la terapia es reconocido por los pacientes en riesgo de suicidio como central en su tratamiento (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2014). De allí que es posible concluir que esta tendencia a la acción está estrechamente relacionada con la posición de responsabilidad que el terapeuta adopte frente al paciente, lo que según los resultados de esta investigación tampoco se incluye dentro de los programas de entrenamiento para terapeutas. En este sentido, es posible considerar que las cinco posiciones del terapeuta frente al paciente en riesgo suicida identificadas en esta investigación, a saber, confusa, técnica-estratégica, técnica-comprensiva, confrontacional y ética-personal, podrían ser consideradas un aporte teórico-empírico para la prevención del suicidio orientada a la formación de terapeutas.

### **Uso terapéutico de la emocionalidad del terapeuta en la evaluación e intervención**

Según los resultados obtenidos los terapeutas con mayor experiencia si bien incluyen estrategias de protección de la vida, ya no orientan la intervención exclusivamente a evitar un desenlace peor. Adquieren destrezas para pesquisar la severidad del riesgo suicida al incluir la evaluación factores de riesgo y desarrollan estrategias específicas de intervención que han aprendido a partir de la experiencia clínica, del trabajo colaborativo con otros profesionales y de la formación autodidacta. No obstante, sus estados emocionales siguen acompañándose de tendencias a la acción que deben modular en el espacio terapéutico. Al respecto, aquellos psicoterapeutas que perciben un profundo sufrimiento asociado al deseo suicida del paciente pueden experimentar sentimientos de pena y de dolor que, se acompañan de la tendencia a contener físicamente al paciente (con imágenes en las que lo abrazan o tocan) o incluso ganas de llorar en ese momento. Sin embargo, las acciones que efectivamente desplegaron los psicoterapeutas entrevistados en general se asocian con estrategias de metacomunicación de exploración, que ayudan a sondear la coincidencia entre lo experimentado por terapeuta y el paciente (Safran & Segal, 1994), dando cuenta de un uso terapéutico de la propia emocionalidad cuando existe mayor conocimiento y experiencia en el tratamiento de pacientes suicidas.

Por otro lado, los antecedentes teóricos revisados en esta investigación, la metacomunicación es una técnica a utilizar en el aquí y ahora de la relación terapéutica que

permite que los pacientes pongan a prueba sus creencias disfuncionales sobre las relaciones en general, a partir de la interacción con el terapeuta; lo cual favorece a su vez que el paciente descubra cómo contribuye a la interacción mientras esta tiene lugar (Rossi, 2014). En este caso, se puede señalar que la comunicación de los estados emocionales del terapeuta cuando se orientan al servicio del proceso del paciente podría contribuir a aumentar la comprensión de las necesidades afectivas reales del paciente y de sus patrones subyacentes de significación, así como la validación de su experiencia personal. Además, el uso voluntario de este tipo de emocionalidad fue reconocido por los terapeutas de esta investigación como favorecedora del desarrollo de una alianza terapéutica colaborativa y empática, siendo estas características esenciales de la alianza con pacientes en riesgo de suicidio (Dunster-Page, Haddock, Wainwright & Berry, 2017). Por esta razón, es posible señalar que tener mayor claridad respecto de la distinción de los niveles de severidad del riesgo de suicidio del paciente y de las estrategias de intervención asociadas permite que los terapeutas no experimenten estados emocionales displacenteros tan intensos e incorporen elementos intersubjetivos en la intervención clínica que favorecen el tratamiento de estos pacientes.

Sin embargo, la ambivalencia del psicoterapeuta puede presentarse a pesar de tener más años de experiencia, lo que se refleja en los estados de rabia y sobrecarga que vivenciaron psicoterapeutas expertos, con tendencias a la acción de cachetear, zamarrear o dejar de atender al paciente. Si bien los terapeutas de este estudio lograron controlar esta disposición hostil hacia el paciente a través de la desfocalización atencional del propio estado emocional y la refocalización en el paciente, cabe destacar que se ha señalado que los estados emocionales “negativos” de los psicoterapeutas en el tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio se relacionan con comportamientos contra terapéuticos (Ellis, Schwartz & Rufino, 2018; Gómez, Núñez, Ibáñez y Gómez, 2012) y que los efectos de la variable del terapeuta pueden ser mayores cuando los pacientes presentan estados de angustia psicológica más graves (Barkham, Lutz, Lambert y Saxon, 2017). Por lo tanto, la distinción de diferentes niveles de severidad no asegura que los terapeutas no experimenten estados emocionales que podrían generar vicisitudes en la relación, quiebres en la alianza terapéutica y efectos negativos en los resultados del tratamiento. De allí que sea menester destacar que, al trabajar con pacientes en riesgo de suicidio se debe prestar atención a los procesos de ruptura y reparación de la alianza terapéutica (Firestone, 2018; Russell & Newman, 2011; Schechter,

Goldblatt y Maltzberger, 2013), porque los terapeutas deben ser capaces de desatender sus propios contenidos personales para brindar la ayuda que el paciente requiere.

En consecuencia, se pueden distinguir estados emocionales más intensos y menos manejables cuando el psicoterapeuta percibe que el riesgo de suicidio conlleva un resultado fatal inminente. Esto ocurre cuando los psicoterapeutas no cuentan con herramientas conceptuales y de formación suficientes para evaluar factores de riesgo y distinguir niveles de severidad en sus pacientes con riesgo de suicidio. También se presenta en el contexto del inicio del ejercicio profesional, activando acciones de protección que no siempre relevan los factores relacionales y comprensivos que favorecen intervenciones ajustadas a la idiosincrasia del paciente. Si bien se reconoce que no siempre es posible intervenir en un nivel comprensivo al inicio del tratamiento, es necesario vincular las acciones terapéuticas con las necesidades reales del paciente, siendo centrales para este proceso el estado emocional del terapeuta y la posición que este adopta frente al consultante. Entonces, se podría señalar que la capacitación orientada a distinguir niveles de severidad del riesgo suicidio puede ser un elemento que permita soslayar comportamientos contra terapéuticos como desplegar acciones de protección sin conectarlas con la subjetividad del paciente, las cuales podrían reflejar un acting-out o un intento desesperado del terapeuta novel por regular su propia angustia.

Si bien la experiencia clínica y la formación autodidacta contribuyen a tener una mayor claridad respecto a la suicidalidad y distintas estrategias de intervención (lo que modula la vivencia emocional del terapeuta), igualmente los psicoterapeutas deben desplegar acciones orientadas a contener la tendencia a la acción que les suscitan sus estados emocionales, reflejando que la formación de terapeutas en el tratamiento de paciente con riesgo de suicidio debe también incluir el trabajo específico con la persona del terapeuta y proporcionar herramientas para que no se produzca una participación involuntaria e inconsciente por parte de este. Dicho esto, es posible señalar que se cumplió la pretensión de distinguir las experiencias emocionales y la tendencia a la acción que experimentaron los psicoterapeutas en función del nivel de severidad del riesgo suicida del paciente.

El tercer objetivo pretendió describir las estrategias que los psicoterapeutas utilizan para regular la experiencia emocional que les suscita el riesgo de suicidio de sus pacientes.

Para ello se indagó en sus acciones de modulación con el objetivo de identificar las estrategias que favorecen su regulación emocional y aquellas que no.

### **Identificación de señales emocionales, experiencia previa y regulación emocional**

Uno de los primeros hallazgos en este punto fue que la regulación emocional se produce en relación con el proceso de identificación de las señales de activación emocional. Sarabia (2019) plantea que el proceso regulatorio de la emoción del terapeuta opera como un proceso integrado, recursivo y paralelo al reconocimiento emocional, el cual se orientaría en dos vías: amortiguar la reacción emocional del terapeuta para evitar daños irreparables en la alianza terapéutica y resaltar un aspecto intersubjetivo que pueda servir de insumo para el progreso de la terapia. Esto se refleja en los resultados de esta investigación porque los psicoterapeutas perciben que la regulación emocional implica el reconocimiento y la aceptación de la propia vivencia emocional. Desde el momento que se activan señales emocionales comienza el despliegue de acciones orientadas a abstener la tendencia a la acción para evitar repercusiones iatrogénicas en la terapia y favorecer la construcción del vínculo terapéutico. Los antecedentes teóricos revisados muestran que las emociones movilizan a tomar acción a propósito de lo que se encuentra en el mundo (Arciero, Bondolfi & Mazzola, 2018; Greenberg & Paivio, 2000) y están estrechamente relacionadas con la vinculación y sincronización con los demás (Arciero & Bondolfi, 2009; Bondolfi, Arciero & Mazzola, 2015; Bowlby, 1977; Guidano, 1994). De modo que la experiencia emocional frente a pacientes con riesgo de suicidio varía a partir de lo que va desplegándose en el espacio terapéutico y según la relación paciente-terapeuta.

En este marco, las experiencias de trabajo previas con pacientes suicidas es uno de los factores que se relacionaron con el reconocimiento y la modulación emocional en el espacio de la psicoterapia. Greenberg (2015) señala que las vivencias viscerales se convierten en marcadores que aluden a una experiencia específica y se almacenan en la memoria, configurando esquemas emocionales que ayudan a las personas a anticipar resultados futuros e influir en la toma de decisiones. Los esquemas emocionales no necesariamente son conscientes, pero si se acompañan de un proceso de construcción de significado simbólico, se puede tomar conciencia de uno mismo, generar un sentido del yo y formar explicaciones narrativas de uno mismo, el otro y el mundo (Greenberg, 2015). Por consiguiente, la

experiencia previa iría configurando un esquema emocional en el psicoterapeuta (asociado a la experiencia de tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio) que favorece la anticipación de lo que posiblemente se experimentará en sesión. Entonces, se podría señalar que la autoconciencia del psicoterapeuta es el emergente del “aprendizaje por acumulación” y constituye la condición que posibilitaría que el terapeuta tome resguardos para no actuar sus disposiciones a la acción.

Lo anterior es coherente con lo señalado por Yáñez (2005) ya que el terapeuta tiene que tener una participación consciente y técnicamente orientada a desplegar acciones que favorezcan el cambio en el paciente. Cabe destacar que las acciones terapéuticas también se van acumulando y configuran un plan de intervención que opera a nivel de las representaciones mentales en el terapeuta (el cual puede incluir las indicaciones de los protocolos institucionales para la prevención clínica del suicidio). Este plan de intervención modula la experiencia emocional del terapeuta al proporcionar la sensación de que utilizando los recursos que efectivamente han evitado un peor desenlace con pacientes suicidas previos, se incrementará la probabilidad de éxito de la intervención. Por lo tanto, el aprendizaje experiencial también regula emocionalmente al terapeuta porque este puede percibirse en una posición de mayor control de la situación al contar con estrategias claras para intervenir la sintomatología suicida.

### **Configuración de un espacio intersubjetivo de ayuda y corresponsabilidad**

Otro hallazgo respecto de la regulación emocional del terapeuta es la configuración de un espacio intersubjetivo de apoyo. Ya se señaló anteriormente que la identificación consciente de la emoción se produce en momentos posteriores a la sesión, cuando a partir de un proceso reflexivo del tipo simbólico se logra decodificar y dar un orden a las sensaciones automáticamente procesadas. En esta investigación los psicoterapeutas identifican que este proceso de autoanálisis si es realizado de manera individual no produce necesariamente un estado de tranquilidad, a diferencia del efecto generado al compartir la vivencia emocional con otro, a saber, alivio emocional y apoyo percibido. El apoyo social ofrece una asistencia real o un sentimiento de implicación emocional que incrementa la sensación de bienestar físico y psicológico, pues ayuda a las personas a sobrellevar situaciones estresantes y vivir saludablemente (Durá & Garcés, 1991; Jiménez, Jara, Miranda, 2012; Shumaker & Brownell,

2010). Asimismo, está vinculado con la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quienes pueden proveerle ayuda en momentos de necesidad, por lo tanto, está constituido por aquellas personas que se perciben como disponibles para situaciones problemáticas, proporcionando seguridad al individuo dentro y fuera de situaciones estresantes (Vega & González, 2009). Esto concuerda con los resultados de este estudio, ya que los psicoterapeutas regulan su emocionalidad tanto en sesión como en momentos posteriores a partir de la certeza de poder contar con otros con quienes compartir el trabajo terapéutico o con quienes hablar de su experiencia vivida con el paciente en riesgo de suicidio. Por el contrario, no compartir la experiencia emocional vivida con el paciente en riesgo de suicidio estaría asociado a estados de angustia y ambivalencia más persistentes en el tiempo.

La generación de espacios de colaboración con otros profesionales de la salud o el abordaje del caso en equipo permite que la responsabilidad del tratamiento sea compartida y que la toma de decisiones pueda basarse en consensos que integren distintos puntos de vista. Entonces, una condición que favorecería la modulación de las emociones del terapeuta (y también el tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio) sería la corresponsabilidad, principio que implicará el establecimiento de derechos y obligaciones entre al menos dos sujetos, por ende, se materializa a través de la participación (Anzola, 2012). Esto contribuye a disminuir la angustia del terapeuta porque según los resultados obtenidos, este estado emocional está directamente relacionado con la sobre responsabilización por evitar que el paciente atente en contra de su vida. Asimismo, compartir la responsabilidad de las decisiones de tratamiento, como las internaciones, las interconsultas psiquiátricas u otras amortigua el desgaste en los profesionales tratantes (Werner, 2010). Cabe destacar que el trabajo en equipo también incluye la participación de la familia u otras personas cercanas al paciente, ya que se considera que su participación es clave para poder realizar un seguimiento del estado de salud del paciente y para la contención y acompañamiento de este en instancias de crisis. Además, en este estudio la participación del entorno es un contribuyente para la modulación emocional del terapeuta.

La participación de la familia ha sido señalada como clave para el tratamiento de pacientes en riesgo de suicidio porque pueden llevar al paciente a servicios de urgencia en momentos de crisis (Bryan & Rudd, 2006; Gómez, 2012) y son una importante fuente de información para que el equipo clínico pesquise factores de riesgo y de protección que han

de ser incluidos en el diseño del plan de tratamiento (Taylor, Morales, Zuloaga, Echávarri & Barros, 2012). De modo que contar con espacios de diálogo y negociación para la toma de decisiones favorecerá que la participación del psicoterapeuta en el tratamiento del paciente suicida tenga niveles más elaborados de reflexividad al utilizar distintas fuentes de información y colaboración. Asimismo, es una estrategia que permite que sus tonalidades emotivas no gobiernen las acciones desplegadas en terapia y también operará como un espacio de autocuidado para el psicoterapeuta.

Además, los psicoterapeutas modulan su emocionalidad en espacios entre sesiones, compartiendo lo vivido con otras personas, en especial otros colegas, pues estos representan también una referencia que orienta respecto del abordaje del caso y ayudan a clarificar los propios estados emocionales y los límites de la responsabilidad profesional. Se ha señalado que la sobrecarga del profesional tratante puede estar asociada a la creencia irracional de que todo tiene que ser solucionado por el terapeuta, tomando responsabilidad de tareas que no le competen (Werner, 2010). De allí que los espacios de diálogo con otros terapeutas respecto de la responsabilidad que se está asumiendo en el tratamiento del paciente suicida sea clave para modular las emociones que puedan llevar al sobre involucramiento.

Es menester señalar que los psicoterapeutas no necesariamente cuentan con habilidades para identificar por sí mismos sus necesidades emocionales, ya que la exploración del mundo interno del terapeuta tiende a no ser entrenada en las etapas de formación, pareciera ser porque las instituciones académicas esperan que esta habilidad sea trabajada de manera individual por el estudiante o a través de una psicoterapia (Foladori, 2009). Asimismo, tampoco se entrenaría durante el periodo del ejercicio profesional, ya que terapeutas con al menos cinco años de ejercicio clínico continuo tienden a tener claridad respecto de los aspectos técnicos de su trabajo, no así respecto a los atributos y procesos personales para realizarlo o mejorar su desempeño (Yáñez-Galecio, 2005). Por lo anterior, es posible señalar que los psicoterapeutas de este estudio realizaron un trabajo más individual con la persona del terapeuta al inicio de su ejercicio profesional, no obteniendo necesariamente los resultados esperados, a saber, la disminución de su angustia, probablemente por no ser capaces de identificar su necesidad emocional de apoyo para la interpretación de sus propias emociones y dilucidar los conflictos de rol profesional. En este caso, los espacios de diálogo con colegas en los que se sientan escuchados, validados, no

enjuiciados, contenidos y en confianza, operan como soporte anímico para el terapeuta y reestablecen estados de calma al favorecer la identificación emocional y su regulación.

La capacidad de escucha conlleva el mensaje implícito del reconocimiento (Taylor, 2006), ya que a través del diálogo el terapeuta busca entenderse. Por consiguiente, la intersubjetividad resulta constitutiva de la identidad personal y favorece el proceso en el cual el terapeuta reordena su experiencia inmediata en un todo inteligible en el que se reconoce. Por lo tanto, el acceso y apertura a espacios de diálogo será una estrategia crucial para el abordaje de la experiencia emocional del psicoterapeuta frente a pacientes con riesgo de suicidio. De allí, que acceder a una psicoterapia individual también haya sido una de las estrategias de regulación emocional de los terapeutas de esta investigación, en tanto es una instancia de diálogo que favorece el autoconocimiento y, por lo tanto, la identificación de los elementos personales que pueden aparecer a partir de los aspectos subjetivos que el paciente trae al espacio terapéutico.

### **Encuadre técnico que orienta las acciones terapéuticas**

Por otro lado, la psicoterapia al representar un espacio técnico que implica que los terapeutas deban ajustarse a ciertas reglas que regulan la relación con el paciente y esto incluye la habilidad para desatender y modular los propios contenidos personales en el contexto de la psicoterapia (Yáñez, 2005). Es decir, los psicoterapeutas tienen un rol profesional que condiciona y orienta sus acciones y, en consecuencia, contribuye a la regulación emocional. Esto es coherente con los resultados obtenidos, porque tener claridad del rol y ajustarse a este, ayuda a que los psicoterapeutas regulen su emocionalidad en psicoterapia.

Cabe señalar, que la clarificación del rol requiere de un proceso reflexivo más refinado porque los resultados muestran que para que el rol profesional opere como un factor de modulación emocional, el terapeuta necesita saber con mayor precisión el alcance de la responsabilidad profesional y de los límites de la intervención. A este respecto, un hallazgo relacionado con este proceso de clarificación son las instancias de supervisión ya que los psicoterapeutas reconocen que los supervisores orientan respecto del abordaje del caso, los alcances de la responsabilidad profesional y los límites de la intervención. Sin embargo, también se señaló que son instancias que guían más sobre aspectos técnicos y comprensivos



para el abordaje del caso y no necesariamente incluyen un trabajo específico con la persona del terapeuta, lo que es coherente con hallazgos de otras investigaciones en los cuales terapeutas han expresado la percepción de apoyo insuficiente en las instancias de supervisión cuando se está en el contexto de un paciente suicida (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2014). Entonces, se concluye que el rol profesional opera como un factor que contribuye a la modulación emocional del terapeuta, pero su construcción y clarificación debe ser guiada por instancias de supervisión que incluyan el análisis de la experiencia personal del psicoterapeuta.

### **Desenfoco y enfoque atencional**

Otra estrategia utilizada por los terapeutas para regular la propia emocionalidad tiene que ver con el manejo voluntario de los recursos atencionales, ya que a través de la desfocalización del malestar y la refocalización tanto en el paciente como en acciones que permitan resolver la situación de crisis, logran manejar lo que experimentan en sesión. A este respecto, Pillay (2017) advierte que el funcionamiento óptimo del cerebro involucra el desenfoque atencional, ya que el enfoque excesivo agota los circuitos de enfoque, contribuyendo a la pérdida del autocontrol y al aumento de la impulsividad; por el contrario, el desenfoque activa el circuito cerebral llamado “red de modo predeterminado” (DMN por sus siglas en inglés) que permite actualizar la información cerebral, ayuda a desarrollar una mayor conciencia de sí mismo, favorece imaginar soluciones creativas, mejora la toma de decisiones y ayuda a sintonizar el pensamiento de otras personas. De modo que si el terapeuta desfocaliza su atención del malestar experimentado en sesión para retomarlo en momentos posteriores a la misma, se podría ver favorecido el proceso de dilucidación de su experiencia personal.

Lo anterior es coherente con los antecedentes teóricos que refieren al proceso de enganche y desenganche en terapia, pues hay un reconocimiento de que en la interacción terapéutica habrá un impacto emocional que activará una tendencia a la acción en el terapeuta que debe ser manejada (Kiesler, 2001; Safran & Segal, 1994). Esto ocurre porque el terapeuta tendrá que ser capaz de distinguir cuándo puede responder en sesión de manera consecuente con su propia emocionalidad y cuando debe abstenerse, lo cual estará delimitado por la exigencia técnica de operar en relación con el efecto de cambio que pueda producir una

intervención psicoterapéutica en el paciente (Yáñez, 2005). Por lo tanto, la habilidad del terapeuta de manejar voluntariamente sus procesos atencionales contribuye al proceso de desenganche emocional y, por lo tanto, a la modulación emocional de sí mismo. Así también, favorece el autorreconocimiento en momentos posteriores, la toma de decisiones y la sincronización con los estados mentales del paciente. En suma, la focalización voluntaria de la atención permite que el psicoterapeuta opere como un observador participante dentro del espacio terapéutico, porque a partir de esta acción está definiendo conscientemente su nivel de participación y el lugar que ocupará en el contexto intersubjetivo.

### **Gestión del tiempo**

También los psicoterapeutas utilizan la gestión del tiempo como otra estrategia de regulación emocional. La buena gestión del tiempo es una habilidad clave para el éxito y la eficiencia profesional; mientras que su mala gestión además de desfavorecer el logro de objetivos puede transformarse en algo patológico (Bustínduy, 2015). En este estudio la gestión del tiempo con pacientes en riesgo de suicidio incluye distintos aspectos. En primer lugar, la percepción de que el riesgo de suicidio es una situación de alta complejidad conlleva que los psicoterapeutas estimen la necesidad de aumentar el contacto con el paciente a través de un mayor tiempo de atención o un número mayor de sesiones para generar un alivio de la sintomatología suicida. Existe evidencia de que en la psicoterapia se requieren intervenciones específicas dirigidas a gestionar el riesgo presente y evitar recurrencias en el futuro (Sudak & Rajalakshmi, 2018), por lo que un mayor número de atenciones podría contribuir a este objetivo específico. Esto es coherente con la gestión adecuada del tiempo de trabajo en el que se hace necesario tener objetivos claros y jerarquizar las decisiones y acciones según prioridades (Bustínduy, 2015). La frecuencia de las sesiones es clave para que la dinámica psicoterapéutica se inserte en la experiencia vital cotidiana del paciente y para realizar monitoreos de los progresos o retrocesos del curso de la terapia, teniendo en consideración que el paciente debe contar con espacios adecuados para procesar los efectos de la terapia y ponerlos en práctica en su vida (Yáñez, 2005). De allí que el aumento de sesiones puede contribuir a que el terapeuta tenga una mayor sensación de control respecto del proceso del paciente, pero debe tener en consideración que este número se ajuste también a los ritmos de cambio del paciente y no inhiba la capacidad de agencia del paciente. Es decir, es un elemento

que requiere ser evaluado en función del caso particular.

Por otra parte, la gestión del tiempo para la regulación emocional incluyó en este estudio la necesidad de tomarse “tiempo fuera” entre atenciones, cancelando la siguiente si es necesario y no ocupar tiempo personal al intencionar que el contacto con el paciente sea en horarios de trabajo. Particularmente el riesgo de suicidio es una situación inesperada para terapeutas nóveles y en consideración de que una amenaza impredecible puede provocar intensas respuestas emocionales (Wheelock, *et al.*, 2014) se vuelve necesario el despliegue de estrategias que permitan al terapeuta no estar expuesto prolongadamente a estresores emocionales e interpersonales. En este sentido, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) muestran que las demandas emocionales en trabajos de ayuda pueden generar agotamiento en el profesional y sentimientos de reticencia al involucramiento y a mantenerse responsivo a las necesidades de las personas que accedan al servicio. Esto resultaría perjudicial para el tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio según los resultados de esta investigación, ya que los psicoterapeutas que no ajustaron sus intervenciones a las necesidades del paciente (por estar emocionalmente conmocionados) experimentaron la renuencia del paciente a profundizar su experiencia o términos prematuros del tratamiento. De modo que el tomarse tiempo para sí mismo podría evitar la despersonalización del terapeuta, sería una acción de autocuidado y favorece un abordaje terapéutico que respete la emocionalidad real del paciente. Es menester señalar que es errónea la creencia de que los terapeutas deben estar siempre disponibles, pues deben ser capaces de auto monitorear sus límites personales (Sarabia, 2019; Swales & Heard, 2007). Por consiguiente, la gestión de tiempos de descanso y no contacto con el paciente es crucial para regular el estado emocional del terapeuta y evitar la sobrecarga laboral que tendrá repercusiones negativas en la salud del terapeuta y también en el tratamiento.

### **Humor, alertas, supervisión y formación**

Otras estrategias de regulación emocional a nivel individual que fueron halladas en esta investigación fueron la utilización del humor para evitar el desborde emocional; jerarquizar los casos según nivel de complejidad y distribuir la agenda distanciando los casos graves; reflexionar respecto del abordaje del caso entre sesiones y realizar anotaciones en la ficha clínica a modo de “alertas” para ser abordadas la próxima sesión; desarrollar un

entendimiento comprensivo del caso; y estudiar de forma autodidacta respecto del fenómeno suicida o aumentar la formación clínica para no intervenir desde la intuición.

Por último, esta investigación identifica la evitación del estado emocional evocado por el riesgo de suicidio del paciente, como la estrategia que no ayudó a los psicoterapeutas a regular su emocionalidad. Existe evidencia de que el estrés emocional se modera a través de estrategias de afrontamiento (Desa, Yusooff, Ibrahim, Kadir & Ab Rahman, 2014; Nasser, 2015); mientras que, la evitación inflexible de pensamientos y sentimientos puede vincularse a dificultades emocionales, que incluso pueden llegar a constituir un malestar clínicamente significativo (Fernández, Rodríguez, Álvarez, Sánchez & González, 2016). Las estrategias de afrontamiento refieren a los recursos cognitivos y comportamentales con los que es posible hacer frente a situaciones amenazantes (Cárdenas, Montoya & Aguirre, 2019) y dado que la develación de riesgo de suicidio activa un estado de alerta en los psicoterapeutas, el cual se acompaña de vivencias emocionales “negativas”, se vuelve clave la adquisición de habilidades de afrontamiento para la modulación de su propia emocionalidad. La estrategia evitativa conllevó que los psicoterapeutas reticentes a afrontar su propia emocionalidad permanecieron mucho más tiempo en estados emocionales displacenteros.

Como conclusión en cuanto al tercer objetivo, trabajar con un paciente en riesgo de suicidio incluye la necesidad de abordar de manera oportuna la propia emocionalidad. Las estrategias para modular los estados emocionales del terapeuta pueden ser del tipo individual; sin embargo, las que más favorecen el alivio emocional y evitan la sobre carga implican la constitución de un espacio intersubjetivo de colaboración, corresponsabilidad y apoyo. Lamentablemente las instancias de formación académica y de supervisión no abordan en profundidad el trabajo con la persona del terapeuta, por lo que psicoterapeutas nóveles no siempre acceden a estas instancias compartidas porque no las identifican como parte del proceso personal que mejora su desempeño en el tratamiento del paciente en riesgo de suicidio. Asimismo, los terapeutas al no contar con formación respecto a las experiencias emocionales que podrían llegar a experimentar en sus etapas iniciales de ejercicio clínico (e inclusive durante las etapas de mayor experiencia) podrían no saber cómo trabajar con estos estados emotivos y, en este marco, la formación insuficiente constituiría un obstáculo para desplegar voluntariamente las estrategias de regulación emocional aquí señaladas. Por lo tanto, ameritaría incluir en los programas de entrenamiento de los terapeutas a cargo del

tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio, herramientas y competencias para la regulación emocional ya que las emociones “negativas” son frecuentes al trabajar con pacientes suicidas. Dicho lo anterior, se satisface la pretensión del tercer objetivo ya que se describieron las estrategias que ayudan a regular la emoción del terapeuta frente al riesgo de suicidio de su paciente.

El cuarto objetivo pretendió relacionar las estrategias de regulación emocional de los psicoterapeutas con la conducción de la psicoterapia de paciente en riesgo suicida. Para ello se exploró el impacto de la modulación emocional en el proceso terapéutico y en la vinculación con el paciente.

### **Plan de intervención**

El primer hallazgo con respecto a este punto es que la configuración de un plan de intervención que opere a nivel mental favorece que el terapeuta pueda desarrollar competencias profesionales para el tratamiento de pacientes con riesgo de suicidio. Foladori (2009) ha investigado que, al iniciar el trabajo clínico, la persona del terapeuta frecuentemente vivencia temor a dañar al paciente y también a quedar expuesto ante una situación percibida como amenazante. Por su parte, Saravia (2019) refiere que la ausencia de un marco de referencia experiencial aumenta la sensación de vulnerabilidad del terapeuta que se está iniciando en el ejercicio clínico. En esta línea, un paciente con riesgo de suicidio aumenta la sensación de amenaza tanto dentro como fuera del espacio terapéutico y la falta de experiencia al acompañarse de una formación insuficiente respecto del diseño de un plan de tratamiento para este tipo de pacientes, aumenta la sensación de vulnerabilidad del terapeuta. Por lo mismo, la ausencia de un repertorio de estrategias para abordar la sintomatología suicida implicó en esta investigación el despliegue de acciones intuitivas e improvisadas que subvaloraron los aspectos vinculares y comprensivos del caso, con resultados iatrogénicos (algunos consultantes no regresaron a terapia).

Por el contrario, la presencia de un plan de intervención provee al terapeuta de seguridad técnica, favoreciendo la disminución de su angustia y ambivalencia. Esto permitió una intervención más orientada al desarrollo del vínculo y alianza terapéutica, a la co-construcción del motivo de consulta a partir del análisis del trasfondo histórico de la experiencia suicida del paciente, y a fomentar su capacidad de agencia, aspecto valorado

positivamente por los pacientes en riesgo de suicidio (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2014). Además, incluyó la indagación directa del fenómeno suicida, así como de los factores de riesgo y de protección, beneficiando el diagnóstico y el diseño de un plan de intervención más específico a la particularidad de las circunstancias del paciente.

### **Espacio intersubjetivo de apoyo y colaboración**

Por otra parte, la configuración de un espacio intersubjetivo de apoyo y colaboración para el tratamiento del paciente permite que las acciones y decisiones sean resultado de un proceso reflexivo que considere diversas fuentes de información. Esto evita los errores de rol y los enganches terapéuticos que llevan al terapeuta a posicionarse desde un lugar confuso, omnipotente, ansioso o inseguro y, por el contrario, favorece que puedan situarse desde un lugar técnico-estratégico o técnico-comprensivo y se abran al trabajo en equipo. Werner (2010) muestra que la toma de decisiones compartidas previene riesgos como la aparición del desgaste laboral, así también la necesidad de que los profesionales de la salud mental cuenten con espacios de diálogo y contención de sus vivencias laborales, especialmente aquellas asociadas a las experiencias traumáticas de sus pacientes. Lo anterior se corresponde con lo señalado por Foladori (2009) quien en sus estudios visualizó que los grupos favorecen un aprendizaje colectivo, mejoran las habilidades interpersonales de escucha del otro y de sí mismo y ayudan a analizar temores comunes y a encontrar soluciones y estrategias de afrontamiento que protegen la salud mental de sus miembros.

De modo que, la configuración de un espacio intersubjetivo de corresponsabilidad favorece que los psicoterapeutas puedan monitorear sus propias acciones en el espacio terapéutico, contrastándolas con las acciones sugeridas por otros miembros del equipo y también que no asuman toda la responsabilidad de los resultados del tratamiento. Además, permite el autocuidado de los terapeutas en un contexto intersubjetivo altamente demandante y estresante, pues el terapeuta puede encontrarse a sí mismo en el diálogo con el otro y tomar acciones intencionadas que contribuyan a la protección de su salud. Esto sería clave en el tratamiento de pacientes en riesgo de suicidio porque incide directamente en la capacidad del terapeuta para acceder al dominio comprensivo de la experiencia del paciente. Esto se refleja en lo referido por Yáñez (2005), ya que un terapeuta desgastado podría perfectamente diluirse experiencialmente con sus pacientes, contaminando los contenidos experienciales de este

último; lo cual implicaría mayores dificultades para producir los efectos de cambio que el paciente necesita. Por lo mismo, la corresponsabilidad promueve un entendimiento de las necesidades afectivas reales del paciente y acciones que se ajusten a su singularidad.

Tal como se señaló, los espacios reflexivos compartidos respecto de la propia experiencia del terapeuta, favorecen que este pueda interpretar de mejor manera lo que está sintiendo en relación con su paciente, así como clarificar y ajustarse a su rol. Los terapeutas noveles, aunque hayan iniciado su ejercicio profesional continúan hasta cierto punto viviendo su rol como ajeno (Saravia, 2019), a pesar de que se ha indicado que para ejercer el rol profesional es menester recibir una formación con competencias profesionales claramente definidas (Yáñez, 2005). En este sentido, Yáñez-Galecio (2005) ha referido la necesidad de identificar claramente aquellas habilidades y actitudes que deben ser desarrolladas en el proceso de formación y que repercutirán en el desempeño profesional. La falta de claridad respecto a este punto llevó a los terapeutas noveles a tener acting-outs en el espacio de terapia, ya que se reconoció que las acciones de resguardo estaban principalmente vehiculizadas desde su sobre responsabilización y estados emocionales evocados por el riesgo suicida del paciente. A diferencia de esto, los terapeutas con experiencia concurren a estos espacios compartidos para analizar su rol profesional y sus alcances en el tratamiento del paciente suicida, delimitando las responsabilidades y promoviendo que el paciente sea el agente principal de su mejoría. Esto concuerda con otros estudios que muestran que los terapeutas expertos realizan una observación y monitoreo constante de sus propios límites personales, protegiendo así su propia salud (Jennings & Skovholt, 1999; Swales & Heard, 2007). Por lo tanto, compartir la experiencia emocional del terapeuta con otros favorecerá que el tratamiento del paciente en riesgo suicida esté orientado por fines terapéuticos y que se reconozca el lugar activo del paciente en relación a su propio proceso, porque el consultante es la principal fuente de acceso a su propia subjetividad y es quien vehiculizará sus transformaciones a partir de sus decisiones y acciones (Mahoney, 2005; Safran & Segal, 1994).

No obstante, se reconoce que los programas de formación no estarían proporcionando la orientación suficiente para la delimitación del rol y las responsabilidades profesionales al trabajar con un paciente con riesgo de suicidio, lo cual perjudica la regulación de los estados emocionales ambivalentes de los terapeutas y permite la aparición de acting outs en el espacio

de terapia o el despliegue de intervenciones con potenciales efectos iatrogénicos para los pacientes. Así también, la ausencia de un rol definido obstaculiza el autocuidado personal del terapeuta, promoviendo posibles estados de desgaste emocional producto de la tendencia a sobre involucrarse en el tratamiento de un paciente con riesgo vital. Por consiguiente, el compartir estados emocionales con otros o no hacerlo tendrá repercusiones directas en la vinculación terapeuta-paciente y en las técnicas utilizadas, porque el terapeuta al desgastarse emocionalmente podría creer que carece de las competencias suficientes para proporcionar un servicio efectivo (Saravia, 2019), cayendo eventualmente en comportamientos de abstención o evitación, que podrían incidir en un mayor ausentismo del paciente o el abandono del tratamiento.

### **Manejo voluntario de los recursos atencionales**

El manejo voluntario de los recursos atencionales es una capacidad que ayuda al terapeuta a operar técnicamente para producir los efectos de cambio en el paciente. Se ha señalado que la experiencia personal del terapeuta impacta en las técnicas terapéuticas escogidas, en cómo serán aplicadas y en su efectividad para generar las condiciones mínimas para el cambio en psicoterapia (Gelso & Pérez-Rojas, 2017), de allí que esta estrategia tendrá repercusiones en el tratamiento y en la configuración del espacio intersubjetivo. En cuanto al abordaje técnico, aquellos terapeutas que no logran hacer un uso voluntario de la focalización atencional experimentan una capacidad menor para manejar los cambios viscerales y cognitivos automáticos que experimentan frente a la develación del riesgo de suicidio del paciente y su tendencia a la acción. Esto les ocurre en general a terapeutas nóveles (aunque en menor medida también a aquellos con más experiencia) y se acompaña de una hiper focalización en la propia experiencia emocional con repercusiones directas en su capacidad para desplegar estrategias terapéuticas asociadas a las necesidades afectivas reales del paciente. Es decir, su capacidad de escucha se ve disminuida al estar más concentrados en evitar el propio desborde emocional y prestan menor atención al relato del paciente. Por lo tanto, utilizan intervenciones más directivas y estratégicas orientadas casi exclusivamente al resguardo de la vida, subvalorando los aspectos relacionales, lo que reflejaría una adherencia rígida del psicoterapeuta a lo que anticipa que ocurrirá en la terapia. Esto es coherente con lo expuesto por Saravia (2019), ya que un psicoterapeuta que se centra más en sus marcos



referenciales (especialmente los teóricos) pierde de vista la experiencia intersubjetiva en curso, que representa el insumo que más ayuda a comprender cuáles intervenciones serán más adecuadas en ese contexto relacional específico.

En contraste con lo anterior, las habilidades del psicoterapeuta para manejar su atención, a pesar de experimentar una activación emocional que varía en intensidad según los años de trayectoria profesional y que genera distracción, favorecen que este pueda reenfocarse en el relato del paciente y se puedan profundizar los contenidos que este manifieste. Lo anterior permite que haya una co-construcción del motivo de consulta que no se restrinja a la sintomatología suicida, sino que contemple la experiencia singular del paciente. Esto se corresponde con la comprensión que en este estudio tiene de la cura terapéutica y de la posición estratégicamente orientada del terapeuta, ya que se ha planteado que el ejercicio de mejoría requiere de una actitud de indagación y búsqueda del origen del sufrimiento del paciente tal como aparece en sus circunstancias personales, históricas y temporales, de modo que la persona pueda tomar una posición respecto a sus condiciones existenciales (Arciero, 2009; Arciero, Bondolfi & Mazzola, 2018; Rodríguez, 2020; Yáñez, 2005). Por lo tanto, es una habilidad que favorece una comprensión profunda respecto del dolor que el paciente expresa en terapia, lo cual podría tener resultados favorables para un paciente suicida, particularmente porque estos consultantes experimentan un rechazo a la significatividad de la vida, ya que desarrollan un estado de deconstrucción cognitiva que no les permite explorar nuevos significados, contextos, interpretaciones, soluciones o posibilidades (Baumeister, 1990).

### **Gestión del tiempo y encuadre terapéutico flexible**

Respecto a la gestión adecuada del tiempo, sus principales efectos en el tratamiento tienen relación con la mayor flexibilidad del encuadre terapéutico dada la alta complejidad del caso y también con la disponibilidad del terapeuta. En esta investigación se evidenció que estos pacientes consideran la posibilidad de auto aniquilación al encontrarse con la conclusión de que sus problemas son irresolubles (Sudak, 2018), lo cual pudo estar antecedido por un estado de renuencia a tomar acciones activas y significativas en la vida (Baumeister, 1990). Esto es coherente con el planteamiento de que el suicidio no sería necesariamente un movimiento hacia la muerte sino una solución que permite escapar,

cuando el resto de opciones fracasan en la superación del dolor (Baumeister, 1990; Morales, Echávarri, Barros, Zuloaga & Taylor, 2016; Pompili, 2018). La desesperación y angustia que puede expresar un paciente en estas condiciones conlleva la necesidad de aumentar los espacios de contención. En este sentido, los psicoterapeutas de pacientes en riesgo de suicidio aumentan el tiempo de atención y la frecuencia de las sesiones, precisamente para poder monitorear mejor los estados emocionales que van experimentando estos pacientes y acompañarlos en la apertura de posibilidades de vida; siendo esto coherente con los resultados obtenidos por Calati y Courtet (2016), ya que el número de sesiones semanales se asoció con una reducción significativa del riesgo de intento de suicidio.

Sin embargo, es necesario que el terapeuta sea cuidadoso con la sobre responsabilización respecto de la recuperación del paciente, ya que la necesidad de cuidarlo excesivamente o de ser totalmente responsable de él estaría expresando un estado afectivo de enganche (Safran & Segal, 1996). A esto se suma lo señalado por Bennett-Levy y Thwaites (2007), en cuanto a la percepción errónea del terapeuta por tener que estar siempre disponible al sentirse totalmente responsable de los progresos del paciente, que no solo menoscaba la capacidad del paciente para accionar soluciones a sus problemáticas (Williams, Judge, Hill & Hoffman, 1997; Saravia, 2019), sino que puede activar estados de irritación, sentimientos de fracaso y burnout en los terapeutas (Bennett-Levy & Thwaites, 2007), reflejando efectos perjudiciales para el tratamiento y para la salud del terapeuta. De allí que se reconozca que estar excesivamente disponible por sobre responsabilización, constituiría una acción contra terapéutica porque esto es contrario a la valoración positiva de los pacientes suicidas respecto a asumir la responsabilidad del cambio y el comprometerse con su proceso terapéutico (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2014) y los resultados que indican que la percepción de la relación terapéutica más colaborativa se asocia con una probabilidad menor de ideación suicida (Ilgen, *et al.*, 2009).

Cabe destacar que la gestión inadecuada del tiempo tiene una relación recursiva con la sobrecarga laboral, ya que esta última provoca que a su vez no se gestione adecuadamente el tiempo, generando en el profesional la sensación de incapacidad para resolver los problemas y desconectarse del entorno laboral, produciéndose en el sujeto un estado constante y elevado de activación psicofisiológico (Domínguez, Prieto, Barraca. 2017). Winter, Bradshaw, Bunn y Wellsted (2013) han señalado que una de las principales

dificultades en el tratamiento de pacientes suicidas tuvo que ver con sentimientos que anulan su sensación de competencia personal, lo que también se advirtió en esta investigación, ya que los psicoterapeutas noveles expresaron una percepción de agencia reducida en este contexto, pero también la obligatoriedad de hacerse cargo del paciente, pasando a llevar incluso sus límites personales. Además, la vinculación con estos pacientes también implica el despliegue de recursos corporales y comunicacionales para demostrar una actitud de mayor proximidad y receptividad, que también aumenta el “costo energético” de la intervención.

Por lo anterior, cobran sentido los antecedentes proporcionados por la revisión de artículos realizada por Cárdenas, Montoya y Aguirre (2019), quienes muestran que la sobrecarga de trabajo es la principal fuente de estrés percibido y que esta condición genera agotamiento y afecta la memoria, el aprendizaje, el procesamiento de información y el control inhibitorio, repercutiendo negativamente en el cumplimiento de tareas, la concentración y la toma de decisiones. Por consiguiente, los efectos perjudiciales de la sobre carga repercutirán en: 1) La salud del terapeuta; 2) Las capacidades cognitivas para escuchar y analizar en profundidad la narración del paciente y acceder así a aquellos aspectos de su experiencia que están a la base del malestar; 3) La capacidad para inhibir o controlar sus reacciones impulsivas en psicoterapia, aumentando el riesgo de acting outs y de rupturas en la alianza terapéutica. De allí que la adecuada gestión del tiempo también implicará dedicación a espacios de trabajo colaborativos por todas las implicancias positivas que tendrán en la salud del terapeuta y en la conducción del tratamiento, tal como se señaló anteriormente.

### **Intersubjetividad en el espacio terapéutico**

Respecto a la vinculación con el paciente, en etapas iniciales en donde no se logra desplegar fácilmente estrategias autorregulatorias, tampoco se logra integrar totalmente el elemento intersubjetivo de la terapia, porque el foco atencional está puesto en las acciones para resguardar la vida. Esto implica el desarrollo de una alianza terapéutica más estratégica y directiva (focalizada en el objetivo específico de resguardar la vida) que excluye la intersubjetividad como el elemento central del tratamiento de pacientes con riesgo suicida, cuando las investigaciones han evidenciado que en el tratamiento de estos pacientes se debe priorizar el establecimiento de la alianza terapéutica, ya que esto pareciera ser más importante que las habilidades técnicas y las calificaciones profesionales de los terapeutas (Dunster-

Page, Haddock, Wainwright & Berry, 2017; Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2013). En esta línea, existen investigaciones que muestran que los resultados del tratamiento de pacientes en general (Wampold, Baldwin, Holtforth & Imel, 2017) y con pacientes suicidas en particular (Hendin, Haas, Maltzberger, Koestner, & Szanto, 2006; Plakun, 2001; Schechter, Goldblatt & Maltzberger, 2013; Dunster-Page, Haddock, Wainwright & Berry, 2017; Firestone, 2018) se ven beneficiados por el desarrollo de la alianza terapéutica, ya que esta se relaciona con la disminución de la sintomatología depresiva, de la ideación y de los intentos suicidas repetidos (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert & Michel, 2016; Ilgen, *et al.*, 2009). Por lo tanto, las habilidades del terapeuta para regular sus estados emocionales serán centrales para la vinculación con el paciente en riesgo suicida y la construcción de una alianza terapéutica sólida, lo que concuerda con resultados de otras investigaciones que indican que la variable y las características del terapeuta son las que más inciden en el desarrollo de la alianza (Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds & Wampold, 2012).

La regulación emocional efectiva permitió que los psicoterapeutas focalizaran la intervención en la contención de la angustia del paciente y la validación del sufrimiento detrás de la sintomatología suicida. A este respecto, la regulación emocional permite que los terapeutas dejen de centrarse en la tarea de evitar un peor resultado y trabajen en las características emocionales e históricas singulares del paciente, desarrollando la escucha activa del relato de este, una vinculación más receptiva, la co-construcción del motivo de consulta y una alianza colaborativa con responsabilidades compartidas. En otras palabras, la vinculación con el paciente en riesgo de suicidio se puede transformar en una conexión emocional íntima que permite atender con empatía sus necesidades, lo que es relevante si se considera que son pacientes que han tenido escasas experiencias de validación y aceptabilidad en su vida y que la divulgación de sus experiencias se ve perjudicada ante terapeutas vistos como críticos y poco receptivos (Winter, Bradshaw, Bunn & Wellsted, 2014). Además, la regulación emocional del terapeuta favorece que los terapeutas construyan una alianza basándose en el principio de corresponsabilidad. El diálogo continuo y explícito respecto de las responsabilidades compartidas favorece el ejercicio reflexivo en el paciente y su visualización como un agente activo en el ejercicio de la mejoría, lo que es favorable si se considera que una condición necesaria para intentar suicidarse es la percepción de ser una carga (Joiner, 2007) y que la alianza colaborativa disminuye la ideación suicida (Ilgen, *et al.*,

2009).

Se concluye entonces que las estrategias de regulación emocional del terapeuta tendrán implicancias directas en las intervenciones que desplegará frente al paciente en riesgo de suicidio, porque podrían o no estar ajustadas a las necesidades afectivas reales del paciente. Es decir, son habilidades que repercuten directamente en los niveles de reflexividad de la terapia, porque permiten que los terapeutas consideren los puntos de vista de otros interventores y la manera personal que el paciente tiene de dar sentido y significado a su vida, lo que afectará el proceso diagnóstico y de diseño de un plan de intervención. Además, estas estrategias repercutirán en la percepción del rol profesional y en la delimitación de responsabilidades, lo que afectará el rol protagónico del paciente en su proceso de mejoría y también la salud del terapeuta, ya que un terapeuta excesivamente disponible puede desgastarse emocionalmente y experimentar sobrecarga, burnout o acting outs en el espacio terapéutico. Asimismo, la capacidad de modular los propios estados emocionales afectará la construcción de la alianza terapéutica, desde una más directiva a otra más colaborativa. Al haber relacionado las estrategias de regulación emocional con la conducción del proceso terapéutico, se da por satisfecha la pretensión del cuarto objetivo de esta investigación.

Ahora bien, todos los antecedentes revisados dan cuenta de que las principales implicancias clínicas de esta investigación tienen que ver con la necesidad de que los psicoterapeutas reciban una formación específica respecto del tratamiento de pacientes en riesgo suicida. Se visualizó la necesidad de enfatizar la identificación de factores de riesgo y de protección, de modo que exista claridad respecto de los niveles de severidad y de las acciones clínicas específicas que acompañan a cada uno de estos niveles. Así también la inclusión de actividades que favorezcan el desarrollo de habilidades para la identificación y la regulación de los estados emocionales que pueden experimentar al trabajar con estos pacientes, de modo que sus respuestas emocionales no se expresen a través de acting outs que puedan generar efectos iatrogénicos en los pacientes y puedan contribuir a la configuración de una alianza terapéutica colaborativa.

A este respecto, otra implicancia relevante tiene que ver con que el tratamiento de estos pacientes requiere de la colaboración de otros profesionales y personas del entorno familiar para la toma de decisiones y para la contención de estos pacientes, dada su mayor

vulnerabilidad a experimentar estados de crisis. Es decir, el trabajo en equipo se visualiza como parte de la intervención necesaria con pacientes en riesgo de suicidio y como un factor protector de la salud de los profesionales tratantes. En esta línea, se reconoce que en el entrenamiento de terapeutas se debe instruir respecto de la capacidad del autocuidado, particularmente al trabajar con pacientes con riesgo de suicidio, porque al tener que aumentar la carga de trabajo para brindar un servicio de calidad a estos pacientes, los terapeutas están más expuestos a experimentar un desgaste emocional que si llega a volverse crónico podría tener repercusiones negativas en su salud.

Por último, se visualiza como otra implicancia relevante, que los espacios de supervisión son instancias requeridas para el tratamiento de estos pacientes, no solo porque ayudan a evitar los errores de rol y orientan respecto del abordaje del paciente, sino porque también son espacios que pueden contribuir significativamente al trabajo con la persona del terapeuta y a la identificación, comprensión y modulación de sus reacciones emocionales, para que no obstaculicen el proceso del paciente. En esta línea, se considera la necesidad de incorporar un trabajo práctico con la persona del terapeuta, a través del role playing, análisis de sesiones grabadas, supervisión por sala espejo u otros métodos, para que los terapeutas puedan ir obteniendo una retroalimentación que favorezca el esclarecimiento de su rol profesional y el desarrollo de habilidades para la propia modulación emocional.

Se han establecido las implicancias psicoterapéuticas del reconocimiento y de la regulación emocional desde la perspectiva subjetiva de los psicoterapeutas, por lo tanto, se da por cumplida la pretensión del objetivo general de esta investigación. Se espera que los factores revisados ayuden a los psicoterapeutas que inician su trabajo práctico y aquellos que están en ejercicio, independientemente de sus orientaciones teóricas particulares, a contar con herramientas que les permitan pesquisar cambios en su tono afectivo habitual, de modo que estos sean capaces de lidiar con sus estados emocionales, discriminar los contenidos propios de los del paciente y brindar la ayuda que los consultantes necesitan a pesar de la emotividad experimentada por el psicoterapeuta. Además, se pretende que ayuden a clarificar la posición del terapeuta y la identidad profesional en el espacio intersubjetivo con pacientes en riesgo de suicidio, con vistas a configurar espacios de colaboración que distribuyan las responsabilidades para el cambio y profundicen los elementos comprensivos del caso. También se espera que los elementos revisados fomenten la adquisición de habilidades de

afrontamiento que favorezcan la modulación emocional del terapeuta, ya que se puede dar un uso terapéutico a la propia emocionalidad a nivel de la evaluación y tratamiento. Por último, los factores revisados constituyen un insumo que podría permitir que se eviten la aparición de acting outs en el espacio terapéutico con sus potenciales efectos iatrogénicos.

Dentro de las limitaciones de este estudio, la presente investigación se basó únicamente en los testimonios de los psicoterapeutas y no consideró el punto de vista de los pacientes para la comprensión del proceso terapéutico, de allí que los resultados tengan que ser vistos con cautela, sobre todo las implicancias en la configuración del espacio intersubjetivo. En este sentido, se sugiere que para futuras investigaciones se compare la vivencia del terapeuta con la del paciente en riesgo de suicidio, para una visión más amplia respecto de la variable interpersonal en el tratamiento de estos pacientes y para la obtención de un resultado que integre las contribuciones tanto del paciente como del terapeuta en el proceso terapéutico. Además, el número de participantes no fue lo suficientemente extenso para constituir una muestra homogénea y representativa, por lo que los resultados no pueden extrapolarse a toda la población de psicoterapeutas. Por lo mismo, se sugiere seguir realizando investigaciones que permitan dilucidar los efectos de las respuestas emocionales de los psicoterapeutas en los resultados del tratamiento de pacientes suicidas, considerando también el desarrollo de métodos de evaluación cuantitativos de autoinforme, que favorezcan la generalización de los resultados. No obstante, cabe destacar que este es el primer estudio en Chile que releva la experiencia de los psicoterapeutas frente a pacientes con riesgo suicidio y que los participantes aceptaron participar de manera voluntaria y sin alguna compensación de por medio que haya podido afectar sus respuestas.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Améry, J. (2005). *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. PreTextos: España.
2. Anzola, (2012). La corresponsabilidad como principio constitucional en Venezuela. *Cuest. Const.*, 26. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-91932012000100001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-91932012000100001)
3. Arciero, G. y Guidano, V. (2000) Experience, explanation, and the quest for coherence. En Neimeyer, R. & Raskin, J. (Eds), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 91-118). American Psychological Association: EEUU.
4. Arciero, G. y Bondolfi, G. (2009). *Selfhood, Identity and Personality Styles*. Ed. Wiley-Blackwell: EEUU.
5. Arciero, G., Bondolfi, G. y Mazzola, V. (2018). *The foundations of phenomenological psychotherapy*. Springer: Suiza.
6. Ávila, A. (2016). El impasse, entre la omnipotencia y la esperanza. *Temas de psicoanálisis*, (11), 1-12. Recuperado de: <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2016/02/03/el-impasse-entre-la-omnipotencia-y-la-esperanza/>
7. Baader, T., Urra, E., Millán, R. y Yáñez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(3), 303-309. doi: 10.1016/S0716-8640(11)70430-8
8. Barkham, M., Lutz, W., Lambert, MJ. y Saxon, D. (2017). Therapist Effects, Effective Therapists, and the Law of Variability. En Castonguay, L. & Hill, C. (Ed.) *How and why are some therapists better than others? Understanding therapists effects* (pp. 13-36). American Psychological Association: EEUU. <http://dx.doi.org/10.1037/0000034-002>
9. Barrionuevo, C., Brito, R. y Wolfenson, A. (2011). El suicidio: reflexiones ético históricas. *Rev GPU*, 7(1), 111-120. Recuperado de [http://revistagpu.cl/2011/GPU\\_marzo\\_2011\\_PDF/ETI\\_el\\_suicidio.pdf](http://revistagpu.cl/2011/GPU_marzo_2011_PDF/ETI_el_suicidio.pdf)



10. Barros, J., Morales, S., Echávarri, O., García, A., Ortega, J., Asahi, T., ... Núñez, C. (2017). Suicide detection in Chile: proposing a predictive model for suicide risk in a clinical sample of patients with mood disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 39(1), 1–11. doi: 10.1590/1516-4446-2015-1877
11. Barua, A. & Das, M. (2014). Phenomenology, psychotherapy and the quest for intersubjectivity. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 14(2), 1-11. doi: 10.2989/IPJP.2014.14.2.5.1244
12. Barzilay, S., Yaseen, ZS., Hawes, M., Gorman, B., Altman, R., Foster, A., ... Galynker, I. (2018). Emotional responses to suicidal patients: factor structure, construct, and predictive validity of the therapist response questionnaire suicide form. *Front Psychiatry*, 9(104). doi: 10.3389/fpsy.2018.00104.
13. Baumeister, R. (1990). Suicide as Escape from Self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. doi: 10.1037/0033-295x.97.1.90
14. Berríos, G. (2008). La Autoagresión. En: *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. FCE: México.
15. Blanchard, M. y Farber, B. (2020). “It is never okay to talk about suicide”: Patients’ reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(1), 124-136. doi: 10.1080/10503307.2018.1543977
16. Beebe, B., Sortin, D., Rustin, J. y Knoblauch, S. (2004). Una comparación entre Meltzoff, Trevarthen y Stern. [Versión electrónica] *Rev Int de Psicoanálisis Aperturas*, 17. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000291>
17. Bennett-Levy, J. & Thwaites, R. (2007) Self and self-reflection in the therapeutic relationship. A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. En Gilbert, P. & Leahy, R. (Eds) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 255-281). Routledge: EEUU.

18. Bondolfi, G., Mazzola, V. y Arciero, G. (2015). In between ordinary sadness and clinical depression. *Emotion Review*, 7(3). doi: 10.1177/1754073915575405
19. Bordin E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* 16(3), 252–260. Recuperado de: [https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas\\_utilizador/user11/63.\\_the\\_generalizability\\_of\\_the\\_psychoanalytic\\_concept\\_of\\_the\\_working\\_alliance.pdf](https://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/63._the_generalizability_of_the_psychoanalytic_concept_of_the_working_alliance.pdf)
20. Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 201–210. doi: 10.1192/bjp.130.3.201
21. Bruner, J. (1998). Realidad Mental y Mundos posibles. Gedisea: España.
22. Bryan, C. y Rudd, M. (2006). Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol*, 62, 185-200. doi: 10.1002/jclp.20222
23. Bustamante, F. y Florenzano, R. (2013). Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(2), 126-136. doi: 10.4067/S0034-98872010000300008
24. Bustínduy, I. (2015). *La gestión del tiempo*. Universitat Oberta de Catalunya: España.
25. Calati, R. y Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicidal attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research*, 79, 8-20. Recuperado de: <https://www-clinicalkey-es.uchile.idm.oclc.org/#!/content/journal/1-s2.0-S0022395616300668>
26. Cárdenas, L., Montoya, D. y Aguirre, D. (2019). Funciones frontales, condiciones laborales y estrés laboral: ¿mediación, moderación o efecto? *Psicología desde el Caribe*, 36(2), 149-176. doi: 10.14482/psdc.36.2.155.9
27. Chacón, H. (2010). *Estudio el terapeuta como Perturbador Estratégicamente Orientado: Desde el enfoque Constructivista-Cognitivo*. Tesis para optar al grado de Magíster,

- Universidad de Chile. Recuperado de:  
<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/113310>
28. Chávez, A. y Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-370. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252010000400008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008)
29. Constantino, M., Boswell, J., Coyne, A., Kraus, D. y Castonguay, L. (2017) Who Works for whom and why? Integrating therapist effects análisis into psychotherapy outcome and process research. En Castonguay, L. & Hill, C. (Ed.) How and why are some therapists better than others? Understanding therapists effects (pp. 13-36). American Psychological Association: EEUU. doi: 10.1037/0000034-004
30. Cuijpers, P., de Beurs, D., Van Spijker, B., Berking, M., Andersson, G. y Kerkhof, Ad J.F.M. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 183-190. doi: 10.1016/j.jad.2012.06.025
31. Cruz, M. (2017). De la biopolítica a la psicopolítica en el pensamiento social de Byung-Chul Han. *Athenea Digital*, 17(1), 187-203. doi: 10.5565/rev/athenea.1782
32. Del Re, A.C., Flückiger, C., Horvath, A., Symonds, D. y Wampold, B. (2012). Therapist effects in the therapeutic Alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642-649. doi: 10.1016/j.cpr.2012.07.002
33. Desa, A., Yusoooff, F., Ibrahim, N., Kadir, N. y Ab Rahman, R. (2014). A study of the relationship and influence of personality on job stress among academic administrators at a university. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 355-359. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.711
34. Domínguez, I.; Prieto, V. y Barraca, J. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *Clínica y salud*, 28(3). doi: 10.1016/j.clysa.2017.05.003

35. Duarte, J. (2012). *Aportes desde la intersubjetividad y la identidad narrativa para la psicoterapia constructivista cognitiva*. Tesis para optar al grado de magíster en psicología mención clínica adulto, Universidad de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116343>
36. Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L. y Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic Alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 223, 165-174. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.040
37. Durá, E., y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271. doi: 10.1080/02134748.1991.10821649
38. Durkheim, É. (2004). *El suicidio*. Losada: Argentina.
39. Durkheim, É. (2011). *Las reglas del método sociológico*. España: Coyoacan.
40. Echávarri, O., Maino, MP., Fischman, R., Morales, S. y Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Temas de la Agenda Pública*, 79. Recuperado de: <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/N%C2%B0-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>
41. Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, MP., Fischman, R., ... Moya, C. (2015). ¿Por qué no me suicidaría? Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida. *Psyche*, 24(1), 1-11. doi: 10.7764/psyche.24.1.667
42. Echávarri, O., Morales, S., Barros, J., Armijo, I., Larraza, D., Longo, A., ... Tomacic, A. (2018). Validación de la Escala Razones Para Vivir en Consultantes a Salud Mental de la Región Metropolitana de Chile. *Psyche*, 27(2), 1-17. doi: 10.7764/psyche.27.1.1153
43. Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. (2), 117-126. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>

44. Eubanks, C., Muran, J. y Safran, J. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*. Brief Psychotherapy Research Program Mount Sinai-Beth Israel Medical Center. doi: 10.13140/2.1.1666.8488
45. Ellis, T., Schwartz, J. y Rufino, K. (2018). Negative reaction of therapists working with suicidal patients: a CBT / Mindfulness perspective on B Countertransference. *J Cogn Ther*, 11, 80-99. doi: 10.1007/s41811-018-0005-1
46. Fernández, S., Rodríguez, C., Álvarez, M., Sánchez, C., González J. (2016). Estado emocional y evitación experiencial en supervivientes de cáncer. *Psicooncología*, 13, p. 32. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2016.v13.n1.52192
47. Firestone, L. (2018). Dissociation and therapeutic alliance. En Pompili, M. (Ed.), *Phenomenology of suicide: Unlocking the suicidal mind* (pp. 167–186). Springer International Publishing: Suiza. 10.1007/978-3-319-47976-7\_10
48. Foladori, H. (2009) Temores iniciales de los estudiantes de psicología ante el inicio de la práctica de la psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 27(2), pp. 161-168. doi: 10.4067/S0718-48082009000200002
49. Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad*. Cap.1: La Voluntad del saber. Siglo XXI Editores: Argentina.
50. Galdames, M. (2015). *El proceso de enganche y desenganche del terapeuta en el curso de la psicoterapia: Hacia el descubrimiento terapéutico*. Tesis para optar al grado de magíster en Psicología clínica de adultos, Universidad de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142196>
51. Gelso, C., Pérez-Rojas, A. & Marmarosh, C. (2014). Love and sexuality in the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 70(2), 123-134. Doi: 10.1002/jclp.22064
52. Gelso, C. y Pérez-Rojas, A. (2017) Inner experience and the good therapist. En: Castonguay, L.y Hill, C. (Ed.) *How and why are some therapists better than others?*

- Understanding therapists effects* (pp. 101-116). American Psychological Association: EEUU.
53. Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Aldine Press: EEUU.
54. Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Rev. Med. Clin. Condes*, 23(5), 607-615. Recuperado de: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/11\\_Dr--Alejandro-Gomez-C.-4.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/5%20sept/11_Dr--Alejandro-Gomez-C.-4.pdf)
55. Gómez, A., Núñez, C., Ibáñez, C. y Gómez, E. (2012). Efectos de la capacitación en prevención del riesgo suicida. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*, 58(3), 149-156. ISSN 0001-6896.
56. Greenberg, L. y Paivio, S. (2000) *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Ed. Paidós Ibérica: España.
57. Greenberg, L; Rice, L. y Elliott, R. (1996). *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Ed. Paidós: España.
58. Greenberg, L. (2015) *Emotion-Focused Therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association: EEUU.
59. Guidano, V. (1987). *Complexity of the self*. Ed. Guilford Press: EEUU.
60. Guidano, V. (1994). *El sí-mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Paidós: España.
61. Guidano, V. y Liotti, G. (2006). *Procesos cognitivos y desórdenes emocionales: enfoque estructural de la psicoterapia*. Cuatrocientos: Chile.
62. Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, I., Megert, M. y Michel, K. (2016), A novel brief therapy for patients who attempt suicide: a 24-months follow-up randomized controlled study of the attempted suicide short intervention program (ASSIP). *PLoS Medicine*, 13(3). doi: 10.1371/journal.pmed.1001968

63. Hendin, H., Haas, A., Maltzberger, J., Koestner, B. y Szanto, K. (2006). Problems in Psychotherapy with suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 67-72. doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.67
64. Herrera, P. y Araya, C. (2018). Errores y dificultades comunes de terapeutas novatos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(1), 5-13. doi: 10.24205/03276716.2017.1042
65. Hofstra, E., Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., Jong, S. y Feltz-Cornelis, C. (2019). Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, en prensa: prueba corregida. Recuperado de: <https://www-clinicalkey-es.uchile.idm.oclc.org/#!/content/journal/1-s2.0-S0163834318305097>
66. Holland, D. y Leander, K. (2004). Ethnographic Studies of Positioning and Subjectivity: An Introduction. *Ethos*, 32(2), 127-139. doi: 10.1525/eth.2004.32.2.127
67. Holmqvist, R., Hansjons-Gustafsson, U. y Gustafsson, J. (2002). Patients' relationship episodes and therapists' feelings. *Psychology and Psychotherapy*, 75(4), 393-409. doi: 10.1348/147608302321151907
68. Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 16-19. doi:10.1093 / acprof: oso / 9780199737208.003.0002
69. Ilgen, M., Czyz, E., Welsh, D., Zeber, J., Bauer, M. & Kilbourne, A. (2009). A collaborative therapeutic relationship and risk of suicidal ideation in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 115(1-2), 246-251. doi: 10.1016/j.jad.2008.07.019
70. Jennings, L. & Skovholt, T. (1999) The Cognitive, Emotional, and Relational Characteristics of Master Therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 3-11. doi: 10.1037/0022-0167.46.1.3

71. Jiménez, A., Jara, M., Miranda, E. (2012). Burnout, apoyo social y satisfacción laboral en docentes. *Psicol. Esc. Educ.*, 16(1). doi: 10.1590/S1413-85572012000100013
72. Joiner, T. (2007). *Why People Die By Suicide*. Harvard University Press: EEUU.
73. Kelly, G. (1969). *Psicología de los constructos personales*. Paidós Ibérica: Argentina.
74. Kiesler, D. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Psychotherapy in Practice*, 57 (8), 1053-1063. doi: 10.1002/jclp.1073
75. Krause, M., Altimir, C. & Horvath, A. (2011). Deconstructing the Therapeutic Alliance: Reflections on the Underlying Dimensions of the Concept. *Clinical and Health*, 22(3), 267-283. doi; 10.5093/cl2011v22n3a7
76. Lantéri-Laura, G. y del Pistoia, L. (1970). Structural análisis of suicidal behaviour, *Social Research*, 37(3), 324-347. Recuperado desde <https://www.jstor.org/stable/40970020>
77. Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G. y Durán, M. (2012). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes: Guía para los sectores Educación y Salud*. Universidad de la República, CSIC: Uruguay. Recuperado de: [http://suicidiopreencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Prevenci%C3%B3n-conducta-suicida-en-adolescentes.-Gu%C3%ADa-para-los-sectores-Educaci%C3%B3n-y-Salud.Art\\_.2.2012.pdf](http://suicidiopreencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Prevenci%C3%B3n-conducta-suicida-en-adolescentes.-Gu%C3%ADa-para-los-sectores-Educaci%C3%B3n-y-Salud.Art_.2.2012.pdf)
78. Lobos, F. (2016). *Factores de riesgo del suicidio en Chile: un análisis a nivel comunal*. Tesis para optar al grado de Magíster en Políticas Públicas, Universidad de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142720>
79. López, T. (2013). *Exploración de las dimensiones operativas en pacientes con ideación suicida*. Tesis para optar al grado de magíster en psicología clínica de adultos. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/159466/Exploraci%C3%B3n%20>



de%20las%20dimensiones%20operativas%20enmpacientes%20con%20ideaci%C3%B3n%20suicida.pdf?sequence=1&isAllowed=y

80. Luoma, J., Martín, C. y Pearson, J. (2002). Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.909
81. Mahoney, M. y Freeman, A. (1988). *Cognición y psicoterapia*. Ed. Paidós: España.
82. Mahoney, M. (1991). *Human change processes. The scientific foundations of psychotherapy*. Basicbooks: EEUU.
83. Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia Constructivista: Una guía práctica*. Ed. Paidós: España.
84. Maino, MP., Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., García, A., Moya, C., ... Tomicic, A. (2019). Suicide risk configuration system in a clustered clinical sample: A generalized linear model obtained through the LASSO technique. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 41(2), 112–121. doi: 10.1590/1516-4446-2017-0028
85. Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
86. Ministerio de Salud (MINSAL). (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación*. Publicaciones MINSAL: Chile. Recuperado de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa\\_Nacional\\_Prevention.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevention.pdf)
87. Ministerio de Salud (MINSAL). (2014). *Evaluación del sistema de salud mental en Chile, Segundo Informe. Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM/ WHO AIMS)*. Publicaciones MINSAL: Chile. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_chile.pdf](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf)

88. Ministerio de Salud (MINSAL). (2019). *Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos*. Publicaciones MINSAL: Chile. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCIÓN-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>
89. Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Zuloaga, F. y Taylor, T. (2016). Percepción del propio riesgo suicida: estudio cualitativo con pacientes hospitalizados por intento o ideación suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3(25), 245-258. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281948416004>
90. Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Moya, C., Varela, C., Armijo, I., Fischman, R., Murillo, C., Maino, MP., Núñez, C. y Peñaloza, F. (2016). Bonding and suicide risk. In Ril (Ed), *Psicoanálisis y psicoterapia relacional* (1st ed., pp.61-72). Santiago, Chile. Capítulo chileno internacional association for relational psychoanalysis psychotherapy. Recuperado de: <http://www.buscalibre.cl/libro-psicoanalisis-y-psicoterapia-relacional-en-chile/9789560103444/p/47598304>
91. Morales, S., Echávarri, O., Barros, J. y Maino, MP. (2017). Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. *Psyche*, 26(1), 1-14. doi: 10.7764/psyche.26.1.939
92. Muehlenkamp, J. y Thoen, S. (2019). Short- and Long-Term Impact of a Undergraduate Suicidology Course. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(6) doi: 10.1111/sltb.12552
93. Muran, C. (2002) A relational approach to understanding change: plurality and contextualism in a psychotherapy research program. *Psychotherapy research*, 12(2), 113-138. doi: 10.1080/713664276
94. Nahuelpan, E., Varas, J., Mosso, MA., Jiménez, A. y Varas, J. (2018). *El suicidio en Chile: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales. Periodo 2000-2010. Actualización datos periodo 2011-2017*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Chile. Recuperado de:

[http://www.sml.gob.cl/dctos/genero/INVESTIGACION\\_SUICIDIO%20EN%20CHILE%202000-2010\\_\\_ACTUALIZACION\\_version%20final%20.pdf](http://www.sml.gob.cl/dctos/genero/INVESTIGACION_SUICIDIO%20EN%20CHILE%202000-2010__ACTUALIZACION_version%20final%20.pdf)

95. Nasser, F. (2015). Teacher Stress and Coping: The Role of Personal and Job Characteristics. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 185, 374-380. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.03.415
96. Navia, C. y Arias, E. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante / Therapist and Client Attachment and its Relationship with Therapeutic Alliance. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894. ISSN: 1657-9267
97. Neimeyer, R. (2005). Constructivist psychotherapies: characteristics, foundations and future directions. En: Neimeyer, R. & Mahoney, M. (2005). *Constructivism in Psychotherapy*. Ed. American Psychological Association: EEUU.
98. Neira, H. (2018). Suicidio y misiones suicidas: revisitando a Durkheim. *Cinta moebio*, 62, 140-154. doi: 10.4067/S0717-554X2018000200140
99. Obafunwa, J. y Busuttil, A. (1994). A review of completed suicides in the Lothian and Borders Region of Scotland (1987–1991). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(2), 100-106. doi: 10.1007/BF00805630
100. Oliveira, N. y Benetti, S. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), pp.125-138. ISSN: 0100-8692
101. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014a). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. WHO: Estados Unidos. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf%20?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20?sequence=1)

102. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>
103. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Infografía Suicidio: hechos y datos*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1)
104. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. OPS: EEUU. Recuperado de: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
105. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53628>
106. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2014). *OECD Factbook 2014: Economic, Environmental and Social Statistics*. OECD Publishing. doi: 10.1787/factbook-2014-en
107. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. doi: 10.1787/health\_glance\_eur-2018-en
108. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing: Francia. doi: 10.1787/19991312
109. Owen, I. (2015). *Phenomenology in action in psychotherapy: On pure psychology and its applications in psychotherapy and mental health care*. Springer International Publishing: Suiza.
110. Páramo, D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 11(39), 1-7. Recuperado de:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-62762015000200001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762015000200001)

111. Pillay, S. (12 de mayo de 2017). Your brain can only take so much focus. *Harvard Business Review*. Recuperado de: [https://hbr.org/2017/05/your-brain-can-only-take-so-much-focus?utm\\_campaign=hbr&utm\\_source=facebook&utm\\_medium=social](https://hbr.org/2017/05/your-brain-can-only-take-so-much-focus?utm_campaign=hbr&utm_source=facebook&utm_medium=social)
112. Plakun, E. (2001). Making the Alliance and Taking the Transference in Work With Suicidal Patients. *J psychother Pract Res*, 10(4), 269-276. PMID: 11696654
113. Pompili, M. (2018). Reflections of a Committed Suicidologist. En Pompili, M. (Ed.), *Phenomenology of Suicide* (pp-13-30). Springer International Publishing: Suiza. Doi: 10.1007/978-3-319-47976-7\_2
114. Ricoeur, P. (1986) *Del texto a la acción*. Fondo de Cultura Económica: México.
115. Ricoeur, P. (1990) *Sí mismo como otro*. Siglo veintiuno: España
116. Ricoeur, P. (2000) Narratividad, Fenomenología y Hermenéutica. *Anàlisi*, 25, 189-207.
117. Rodríguez, D. (2020). *Psicoterapia como una experiencia hermenéutica: abordaje experiencial de la apropiación de sí*. Tesis para optar al grado de magíster en psicología clínica de adultos. Universidad de Chile, Santiago, Chile.
118. Romero, M. y Gonnet, J. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista mexicana de sociología*, 75(4), 589-616. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0188-25032013000400003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0188-25032013000400003&lng=es&nrm=iso)
119. Rossi, J. (2014). *Hacia un modelo de indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones clínicas en psicoterapia constructivista cognitiva*. Tesis para optar al grado de magíster en psicología clínica de adultos. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130989/rossi%20mery.pdf;sequence=1>

120. Russell, J. & Newman, C. (2011). After the Attempt: maintainin the therapeutic Alliance following a patient's suicide attempt. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 35(4), 413-424. doi: 10.1521/suli.2005.35.4.413
121. Salgado, M. (2016). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 13(1). Recuperado desde <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4835/483551471008/html/index.html>
122. Safran, J. (1990) Towards a refinement of Cognitive therapy in light of Interpersonal theory: I. Theory. *Clinical Psychology Review*, 10, 87-105. doi: 10.1016/0272-7358(90)90108-M
123. Safran, J. y Segal, Z. (1994). *El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva*. Ed. Paidós: España.
124. Safran, J. y Muran, J. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447-458. doi: 10.1037//0022-006x.64.3.447
125. Safran, J. y Muran, J. (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Ed. Desclée de Brouwer: España.
126. Saravia, K. (2019). Diseño de un programa para estimular el reconocimiento y la regulación emocional de los estudiantes de psicología durante su práctica clínica. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/175839>
127. Sareen, J., Isaak, C., Katz, L., Bolton, J., Enns, M. y Stein, M. (2014). Promising Strategies for Advancement in Knowledge of Suicide Risk Factors and Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3), 257-263. doi: 10.1016/j.amepre.2014.05.041

128. Schechter M, Goldblatt M, Maltzberger JT (2013). The Therapeutic Alliance and Suicide: When words are not enough. *British Journal of Psychotherapy*, 29(3), 315–328. doi: 10.1111/bjp.12039
129. Sepúlveda, MA. (2016). *Propuesta de protocolo para la evaluación del riesgo suicida en la Clínica de Atención Psicológica (CAPs) de la Universidad de Chile*. Tesis/Actividad Formativa Equivalente para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos. Universidad de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/159195>
130. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) (2019). *Defunciones y Mortalidad observada por Lesiones Autoinflingidas Intencionalmente, SSMSO*. Periodo: 2007-2018. Recuperado de: [http://estadistica.ssmso.cl/downloads/informe\\_de\\_suicidio/suicidios-2007-2018.pdf](http://estadistica.ssmso.cl/downloads/informe_de_suicidio/suicidios-2007-2018.pdf)
131. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (10 de octubre de 2019). Ante altos índices de suicidio, SENAMA y MINSAL impulsan mesa de salud mental que entregará propuesta para abordar esta temática. Recuperado de: <http://www.senama.gob.cl/noticias/ante-altos-indices-de-suicidio-senama-y-minsal-impulsan-mesa-de-salud-mental-que-entregara-propuesta>
132. Shneidman, E. (1959). The logic of suicide. En: Shneidman, E. y Farberow, N. (Eds.). *Clues to suicide*. McGraw-Hill: EEUU.
133. Shneidman E. (1985). *Definición de suicidio*. John Wiley: EEUU
134. Shneidman E. (1996). Final thoughts and reflections. The suicidal mind. *Oxford University Press*, 157-166
135. Shneidman, E. (2004). *Autopsy of suicidal mind*. Oxford University: EEUU.
136. Shumaker, S., & Brownell, A. (2010). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36. doi: 10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x

137. Strauss, A.L. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada* (1. ed.). Ed. Universidad de Antioquia: Colombia.
138. Sudak, D. y Rajalakshmi, A. (2018). Reducing Suicide Risk The Role of Psychotherapy: Most clinicians are not aware that suicide risk should be addressed specifically and separately from the primary psychiatric diagnosis. (SPECIAL REPORT: SUICIDE AND SELF-HARM: PART 1). *The Psychiatric times*, 35(12), p. 12. ISSN: 0893-2905
139. Swales, M. y Heard, H. (2007) The therapy relationship in dialectical behaviour therapy. En Gilbert, P. y Leahy, R. (Eds) *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 185-204). Routledge: EEUU.
140. Szasz, T. (2002). Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide [Kindle version]. Recuperado de Amazon.com
141. Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69. doi: 10.4067/S0717-92272013000100008
142. Taylor, C. (2006). *Fuentes del yo: la construcción de la identidad moderna*. Paidós Ibérica: España.
143. Taylor, T; Morales, S; Zuloaga, F; Echávarri, O. y Barros, J. (2012). Lo que nos dicen los padres: perspectiva de los padres de pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(3), 271-280. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281929021008>
144. Tizón, J. (2016). Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación?. *FMC-Formación médica continuada en atención primaria*, 23(2), 61-76. doi: 10.1016/j.fmc.2015.05.010
145. Tomicic, A., Gálvez, C., Quiroz, C., Martínez, C., Fontbona, J., Rodríguez, J. ... Lagazzi, I. (2016). Suicidio en poblaciones: lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática



- de una década de investigación (2004-2014). *Rev Med Chile*, 144, 723-733. doi: 10.4067/S0034-98872016000600006
146. Torres, L. (2014). Tratamiento moral y condiciones de encierro en la casa de orates: Los límites del proceso de medicalización en Santiago, 1852-1891. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 18(1), 85-108. Recuperado de: <http://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/historiasocial/article/view/2024/1893>
147. Türkes, S., Yilmaz M. y Soyly, P. (2017). Feelings, thoughts and experiences of nurses working in a mental health about individuals with suicidal behaviors and suicide attempts. *Collegian*, 25, 441-446. doi: 10.1016/j.colegn.2017.11.002
148. Vega, O. y González. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm. Glob.*, 16. Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412009000200021](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200021)
149. Vergara, P. (2011). *El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115294>
150. Wampold, B., Baldwin, S., Holtforth, M. y Imel, Z. (2017). What characterizes effective therapists? En Castonguay, L. y Hill, C. (Ed.) *How and why are some therapists better than others? Understanding therapists effects* (pp. 37-53). American Psychological Association: EEUU. doi: 10.1037/0000034-003
151. Wheelock, M., Sreenivasan, K., Wood, K., Ver Hoef, L., Deshpande, G. y Knight, D. (2014). Threat-related learning relies on distinct dorsal prefrontal cortex network connectivity. *Neuroimage*, 102, 904-912. doi: 10.1016/j.neuroimage.2014.08.005
152. Werner, D. (2010). *Percepción del Burnout y Autocuidado en psicólogos clínicos infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile*. Memoria para optar al título de psicóloga. Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de: [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner\\_d/pdfAmont/cs-werner\\_d.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner_d/pdfAmont/cs-werner_d.pdf)
153. West, M. y Sheldon-Keller, A. (1999). El apego adulto. *Promolibro*: España.

154. Williams, E., Judge, A., Hill, C. y Hoffman, M. (1997) Experiences of novice therapists in prepracticum: trainees', clients', and supervisors' perceptions of therapists' personal reactions and management strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 44(4), 390-399. doi: 10.1037/0022-0167.44.4.390
155. Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F. y Wellsted. (2013). A systematic review of the literatura on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(3), 164-183. doi: 10.1080/14733145.2012.761717
156. Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F. y Wellsted, D. (2014). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 2. Qualitative studies. *Counselling & psychotherape research*. doi: 10.1080/14733145.2012.737004
157. Yaseen, Z., Briggs, J., Kopeykina, I., Orchard, K., Silberlicht, J., Bhingradia, H. y Galynker, I. (2013). Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients - a comparative study. *BMC Psychiatry*, 13(230). doi: 10.1186/1471-244X-13-230
158. Yaseen, Z., Galynker, I., Cohen, L. y Briggs, J. (2017). Clinicians' conflicting emotional responses to high suicide-risk patients- Association with short-term suicide behaviors: A prospective pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 69-78. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.03.013
159. Yáñez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: Bases Conceptuales para una Psicoterapia Breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/105993>
160. Yáñez-Galecio, J. (2005) Competencias profesionales del psicólogo clínico: Un análisis preliminar. *Terapia Psicológica*, 23(2), pp. 85-93. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523209>

161. Yildiz, E. (2018). Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 650-659. doi: 10.1016/j.apnu.2018.03.003
162. Zagmutt, A. y Silva, J. (1996). Conciencia y Autoconciencia: Un Enfoque Constructivista. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 37(1). Recuperado de: <https://studylib.es/doc/6048088/-conciencia-y-autoconciencia--un-enfoque-constructivista->

## VIII. ANEXOS

### ANEXO 1: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

"EXPERIENCIA EMOCIONAL DE PSICOTERAPEUTAS FRENTE AL RIESGO SUICIDA DE SUS PACIENTES: IMPLICANCIAS PARA LA PSICOTERAPIA"

#### I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación "Experiencia emocional de psicoterapeutas frente al riesgo suicida de sus pacientes: implicancias para la psicoterapia", la cual será aplicada en la región metropolitana. Su objetivo es: Determinar las repercusiones de la capacidad de reconocimiento y regulación emocional de psicoterapeutas, en la psicoterapia con pacientes con riesgo suicida, para favorecer la conducción del proceso terapéutico. Usted ha sido seleccionado(a) porque posee experiencia como psicoterapeuta de a lo menos 3 años; por estar activo(a) en el ejercicio de la psicoterapia hace al menos un año atrás; por contar con formación de posgrado o postítulo de a lo menos 2 años en el área clínica; y haber trabajado o estar en la actualidad a cargo del proceso de psicoterapia de al menos un paciente con riesgo suicida.

La investigadora responsable de este estudio es la Psicóloga Tanya Vera González, estudiante de Magíster en Psicología Clínica de Adultos, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Este proyecto es supervisado por el Dr. Alejandro Gómez Chamorro.

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 ser entrevistado(a) bajo el modelo de la entrevista semiestructurada, la cual implicará preguntas planeadas agrupadas por categorías con base en los objetivos del estudio y la literatura previamente revisada, que pueden ajustarse a cada participante. La entrevista durará alrededor de 60 minutos, con la posibilidad de que usted sea citado(a) a una segunda entrevista, en caso de ser necesaria la profundización de algún contenido relevante para la investigación. Se abordarán temas referentes a: la

formación técnica y experiencia profesional que posee respecto al fenómeno suicida, su experiencia emocional al trabajar con un paciente en riesgo suicida y aspectos referentes a la conducción de la psicoterapia.

La(s) entrevista(s) se realizará(n) en el lugar, día y hora que usted estime conveniente. Debido a la actual contingencia sanitaria, se tomarán todos los resguardos sanitarios indicados por la Seremi de Salud (utilización de mascarilla, facilitar alcohol gel, mantener mas de 1 metro y medio de distancia, mantener el lugar ventilado y desinfectado).

Para facilitar el análisis, la(s) entrevista(s) será(n) grabada(s), teniendo usted la libertad para interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla si así lo desea.

**Riesgos:** La entrevista implica un riesgo mínimo, sin embargo, no se descarta la posibilidad de aparición de contenido personal sensible. En este caso, y si el entrevistado se siente sobrepasado(a), se detendrá la entrevista y será contenido(a) por la entrevistadora de manera inmediata. Además, se enfatiza que, si usted lo desea, cuenta con total y absoluta libertad de finalizar la entrevista sin necesidad de justificación o excusa alguna.

**Beneficios:** Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para contribuir en la conducción de la psicoterapia con pacientes en riesgo suicida.

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

**Confidencialidad:** Se mantendrá la confidencialidad con respecto a cualquier información obtenida en este estudio. Por ello, en las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre y apellidos serán reemplazados con códigos de identificación (por ejemplo, E1) y no aparecerán asociados a ninguna opinión particular. Las entrevistas audio grabadas serán de utilización exclusiva de la investigadora responsable, siendo registradas y almacenadas en el computador personal de esta, el que se encontrará en todo momento protegido por clave de acceso de seguridad y todo el contenido en su interior encriptado para su absoluta

protección. Por otro lado, las transcripciones serán realizadas por la investigadora responsable, utilizando códigos de identificación según se mencionó anteriormente (se reemplazarán también todos los nombres que mencione). Para su análisis el material transcrito podría ser compartido en vivo con el profesor guía de esta investigación para contrastar visiones y favorecer la evaluación de la información con mayor amplitud, diversidad, imparcialidad y objetividad. Al terminar la contrastación de visiones, el profesor guía no se quedarán con una copia del material transcrito.

Por último, una vez finalizada la investigación, las entrevistas audio grabadas serán destruidas en su totalidad y la base de datos transcritos se mantendrá encriptada en el ordenador personal de la investigadora responsable por un periodo máximo de 5 años. Transcurrido este tiempo, todo el material será eliminado.

**Conocimiento de los resultados:** Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, una vez finalizada esta y aprobada por la universidad, se le enviará por vía correo electrónico un documento que resuma de manera comprensible y accesible a todo público los resultados generales de este estudio.

**Datos de contacto:** Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar cada vez que requiera, a la Investigadora Responsable de este estudio:

Tanya Vera González

Teléfono: +56985713005

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

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

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

Prof. Dr. Uwe Kramp Denegri

Presidente

Comité de Ética de la Investigación

Facultad de Ciencias Sociales

Universidad de Chile

Teléfonos: (56-2) 2978 9726

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Edificio A, Oficina 20. Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago.

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

## II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ....., acepto participar en el estudio "Experiencia emocional de psicoterapeutas frente al riesgo suicida de sus pacientes: implicancias para la psicoterapia", 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 Investigadora Responsable

Ps. Tanya Vera González

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

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

**Este documento consta de 4 páginas y se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.**

## ANEXO 2: GUIÓN DE ENTREVISTA

Título de la investigación: "Experiencia emocional de psicoterapeutas frente al riesgo suicida de sus pacientes: implicancias para la psicoterapia"

Investigadora responsable: Ps. Tanya Vera González.

Instrucciones para el/la entrevistado/a:

El objetivo general de esta investigación es "Comprender las repercusiones de la capacidad de reconocimiento y regulación emocional de psicoterapeutas, en la psicoterapia con pacientes con riesgo suicida, para favorecer la conducción del proceso terapéutico ". Por ello el objetivo de esta entrevista es poder conocer desde la propia experiencia del/a psicoterapeuta experto/a el impacto emocional que ha tenido el riesgo suicida de su paciente o sus pacientes, poniendo especial énfasis en cómo reconoció y manejó estas emociones y cómo pudieron repercutir en la conducción de la psicoterapia. En este sentido, al finalizar la entrevista se espera obtener material que sirva como insumo para dar un uso diagnóstico y/o terapéutico a la experiencia emocional del/a psicoterapeuta en la psicoterapia con pacientes en riesgo suicida.

Se recomienda al entrevistador tomar estas preguntas como una guía que debería aplicarse en orden, omitiendo aquellas preguntas que fueran respondidas de forma espontáneas por el/la entrevistado/a. Para profundizar las respuestas del/a entrevistado/a se sugiere hacerlo solicitando ejemplos que ilustren lo señalado o que relaten un caso específico en el que le haya pasado lo que menciona.

También se debe señalar al/a entrevistado/a que la duración de la entrevista es de aproximadamente 60 minutos, la que será aplicada en una sesión o dos (esta última solo en caso de que las preguntas no sean aplicadas en su totalidad). Recordar que la entrevista será grabada para favorecer su transcripción, en la que serán reemplazados el nombre del/a entrevistado/a y otros nombres que mencione, por códigos de identificación, por ejemplo, E1. También, se debe señalar al/a entrevistado que está en total libertad de detener la entrevista y/o grabación cuando así lo sienta necesario, sin tener consecuencia alguna por



hacerlo. Por último, recordar que, una vez finalizada la investigación, se le enviará (vía correo electrónico) un documento resumen de los principales resultados de la investigación.

Pregunta introductoria: Tómese su tiempo y piense ¿Cómo ha sido su experiencia en relación al riesgo suicida de un paciente?

#### EXPERIENCIA EMOCIONAL PERSONAL

- ¿Qué recuerda usted haber sentido cuando supo que su paciente tenía riesgo suicida?
- ¿Logró reconocer algunas sensaciones corporales particulares? ¿Cuáles?
- ¿Cómo se dio cuenta de lo que estaba sintiendo?
- Cuando se dio cuenta de lo que sentía, ¿Fue en el espacio de psicoterapia o fuera de ella?
- ¿Qué es lo que pensó que tenía que hacer?
- ¿Qué es lo que finalmente hizo?

#### ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA REGULAR LA VIVENCIA EMOCIONAL

- ¿Cómo manejó lo que estaba sintiendo en el espacio de la psicoterapia? ¿Y fuera de ella?
- ¿Identifica usted alguna estrategia que facilitara el manejo de lo que usted sintió?
- Por el contrario, ¿Identifica alguna estrategia que no favoreciera el manejo de lo que usted estaba sintiendo?

#### EFEECTO EN EL PACIENTE Y EN LA PSICOTERAPIA

- ¿Cómo estima que sus actitudes repercutieron en el paciente?
- Respecto a las acciones que tomó, ¿Cómo observó que repercutieron en el paciente?
- ¿Cuáles cree usted fueron las repercusiones de ese modo de estar con el paciente para el proceso terapéutico?
- Si no pudo manejar lo que estaba sintiendo, ¿Cómo cree que repercutió en la conducción del proceso psicoterapéutico?

## FORMACIÓN TÉCNICA RESPECTO AL FENÓMENO SUICIDA

- ¿Cuáles fueron las señales que a usted le hicieron pensar que su paciente podía estar en riesgo suicida?
- ¿Qué ocurrió después de que confirmara el riesgo suicida de su paciente?
- En función de la respuesta anterior, evaluar si aplicar esta pregunta: ¿Consideró que el riesgo suicida del paciente correspondía a un riesgo real, inminente o a un llamado de atención? Por favor explique.
- ¿Recibió usted formación dedicada o específica al manejo del riesgo suicida a través de actividades lectivas como clases, seminarios, cursos?
- Si usted recibió apoyo en el tratamiento del paciente a través de supervisión clínica ¿Podría especificar de qué manera le aportó (fue útil, contraproducente, indiferente)?

## CONCLUSIONES GENERALES RESPECTO A COMO CONDUCIR EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

- ¿Ha influido en su trabajo con otros pacientes, el haber tenido que conducir el proceso psicoterapéutico de un paciente en riesgo suicida?
- ¿Cuáles serían sus recomendaciones para el manejo adecuado de un paciente en riesgo suicida?
- Finalmente, según lo que usted conoce o ha oído mencionar, ¿Cuál es la importancia que usted atribuye a que el terapeuta identifique lo que le ocurre al trabajar con un paciente en riesgo suicida?