



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

DIFICULTADES Y COMPETENCIAS DE LOS PSICOTERAPEUTAS EN LA
ATENCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES POTENCIALMENTE SUICIDAS

Estudiante Leiva Ibacache Michel Elizabeth

Profesor Guía Rojas Andrade Rodrigo

Tesis para optar al grado de Licenciada en Psicología

Tesis para optar al título de psicóloga

Santiago, 2020

Resumen: El concepto de la persona del terapeuta es un importante estudio en relación al estudio del psicoterapeuta. El suicidio, como fenómeno está lleno de estigmas, tabúes y mitos. Si juntamos estas dos dimensiones, el estudio del psicoterapeuta y el suicidio, podremos comenzar con cuestionamientos que ayuden a visibilizar las dificultades y las competencias que existen y se desarrollan en el ejercicio clínico en la prevención y el tratamiento del suicidio. Esta monografía da a conocer las diversas competencias laborales y personales que desarrollan los psicoterapeutas mediante la atención de pacientes potencialmente suicidas, poniendo énfasis en las dificultades personales y laborales que vivencian.

Palabras claves: Psicoterapeutas, Suicidio, Competencias, Dificultades.

Abstract: The study of the psychotherapist in general is recent. The concept of the person of the therapist is one of the most important studies in relation to this. Suicide, as a phenomenon is full of stigmas, taboos and myths. If we combine these two dimensions, the study of psychotherapist and suicide, we can start with questions that help to make visible the difficulties and competencies that exist and are developed in the clinical exercise in the prevention and treatment of suicide. This monograph reveals the various work and personal skills developed by psychotherapists through the attention of potentially suicidal patients, emphasizing the personal and work difficulties they experience.

Key Words: Psychotherapists, Suicide, Competencies, Difficulties.

Introducción

El suicidio, según la Organización Mundial de la Salud, es una de las segundas causas de muerte entre personas jóvenes. A nivel global, las cifras indican que una persona se suicida cada 40 segundos actualmente (OMS, 2019). En Chile, según el instituto de políticas públicas en salud la tasa de mortalidad asociada a esta causa ha ido en aumento en los últimos 10 años (IPSUSS, 2019).

En días de agitación social y despertar de la ciudadanía Chilena ante las diferentes injusticias y desigualdades sociales que existen en nuestro país, una de las demandas que se posiciona con fuerza es la salud mental. En una investigación se indica que

En Chile una de cada tres personas sufre problemas de salud mental en algún momento de su vida. Santiago encabeza las capitales con mayor número de trastornos ansiosos y depresivos en el mundo, lo cual se ha traducido en un aumento explosivo en el consumo de antidepresivos (Jiménez y Radiszcz, 2012).

Actualmente el gobierno de Chile presento en septiembre del 2019 una guía práctica para la prevención del suicidio dirigida solo a estudiantes de la educación superior por ser la población con más riesgo a cometer el acto. Esta guía está compuesta por un gran listado de medidas preventivas, entre las cuales se describen los síntomas de alarma para pedir ayuda, señales a las que hay que estar alerta, signos preponderantes, métodos y conductas asociadas. La guía también cuenta con

orientación de acerca de dónde encontrar apoyo, consejos para asistir a una primera consulta de salud mental y de qué manera hacer frente a una crisis (MINSAL, 2019).

Así mismo en cuanto a prevención del suicidio, Salinas (2019) indica que lo que se está exigiendo en el actual estallido social en base a esto, es la mejora de la tardanza y lo costoso que supone obtener una hora con algún psiquiatra, la escasez de oferta en salud mental, el bajo presupuesto que está asignado en nuestro país para salud mental, la gran disparidad entre Santiago y las demás regiones así como también el no reconocimiento de derechos humanos de personas con trastornos mentales y discapacidad.

Con esta preocupante realidad nacional se espera que los psicoterapeutas que tratan a personas potencialmente suicidas, puedan ser uno de los principales actores en la prevención del suicidio. En base a las competencias que los psicoterapeutas deben poseer en relación a la terapia con estos pacientes, cabe destacar que el programa de prevención del suicidio nacional, pone énfasis en que el psicoterapeuta debe poseer habilidades y una actitud abierta ante el proceso de esta terapia, destacando un entrenamiento en detección de factores precipitantes de un suicidio así como también poder generar un rol basado en la comprensión y la contención del paciente (MINSAL, 2013). Sin embargo, existen algunos estudios que exponen que el terapeuta experimenta dificultades que lo inhabilitan en ocasiones a generar esta actitud. Reeves & Mintz (2001) realizan una investigación en donde dan cuenta de que los psicoterapeutas atraviesan por variadas emociones en la terapia con pacientes con ideación suicida, tales como ansiedad, miedo, impotencia y pánico.

Objetivo

El presente trabajo de investigación se presenta como una monografía la cual según Fragnière & Zadunaisky (1996) tiene la importancia de realizar un aporte al conocimiento acerca de una parte de una realidad social, en este caso el objetivo que guía esta investigación es conocer las diversas competencias laborales y personales que desarrollan los psicoterapeutas mediante la atención de pacientes potencialmente suicidas, poniendo énfasis en la comprensión de las dificultades personales y laborales que vivencian, para así como objetivo específico poder visibilizar estos procesos por medio de la reflexión de las experiencias de los entrevistados y así poder conocer como estos dos ámbitos se configuran entre sí.

El interés por conocer las dificultades de los psicoterapeutas nace a partir de lo poco se sabe acerca del lugar del psicoterapeuta en este fenómeno tabú que es el suicidio para nuestra sociedad, ya que al investigar acerca de esto, lo primero que encontramos son números y cifras, estadísticas, que si bien son alarmantes, no nos aproximan a lo que enfrentan los terapeutas en el abordaje de este fenómeno. Según Morfin & Ibarra (2015) “el suicidio, más que ser una estadística, una serie de causas o un listado de formas utilizadas para quitarse la vida, es un correlato entre la vida y la muerte; es un misterio y es un tabú”. Este texto nos habla de que el suicidio al ser un tema tabú, encierra variadas interrogantes como por ejemplo, ¿Qué experimentan los terapeutas al tratar con pacientes potencialmente suicidas? Según Szmulewicz (2013) el terapeuta ya no puede ser visto como un profesional neutral sino que “posicionándose como otro legítimo capaz de comprender, contener y ayudar al paciente a realizar la travesía que implica este encuentro” (Szmulewicz, 2013).

Marco Teórico

Fenómeno suicida

Como se mencionaba antes, el suicidio es un fenómeno alarmante para nuestra sociedad actual, los datos y cifras encontradas al investigar acerca de este son impresionantes, en muchas partes del mundo es un problema que está más presente de lo que se sabe y uno se imagina. Es un fenómeno crítico ya que es amenazante y sucede con mucha frecuencia, sin embargo es algo de lo que no se habla, que es silenciado, que carga con mitos, con estigmas, como por ejemplo no hablar del tema porque instala la idea en la persona afectada (MINSAL, 2019). Según Brown (2015) el concepto de tabú se utiliza como un término indirecto en relación a cosas peligrosas, prohibidas u ofensivas. Así mismo un eufemismo “permite que la gente disfrace la realidad y evita las consecuencias negativas, a la vez que se considera una legítima manera de comunicarse” (Brown, 2015). El suicidio se presenta como si la comunicación y la reflexión de este fenómeno, fuera contraproducente en materia de prevención.

En cuanto al suicidio, Ferllini (2020) explica que a mediados del siglo XX la muerte pasó a ser un tabú y en este sentido el suicidio viene a recordar la certeza de que todos la experimentaremos, también comenta que:

De ahí deriva, probablemente, que pocos elementos sean más temidos y evitados por los profesionales de salud que el manejo del paciente suicida, pues solo unos cuantos han recibido entrenamiento formal en su manejo,

aunado a la creencia popular de que hablar del suicidio “siembra la idea en la mente” (Ferllini, 2015).

Levín (2014) habla acerca de la falta de una teoría del suicidio, que si bien el comienzo de la conducta suicida puede tener su origen en irregularidades genéticas, determinantes sociológicos, explicaciones psicopatológicas, influencias de los medios de comunicación o condiciones psiquiátricas, existe una deuda de teoría que permita abordar el fenómeno en conjunto.

El lugar del psicoterapeuta

Según una investigación nacional (Negrete, 2016) el estudio del psicoterapeuta es reciente en Chile. Esto debido a que la mayor parte de los enfoques teóricos de la psicología en general consideran que el psicoterapeuta debe tener un rol “neutro” y de “observador” dentro del proceso de terapia, dando más importancia al rol y habilidades que este debe poseer, en vez de la experiencia subjetiva de este.

Según Szmulewicz (2013) el concepto de la “persona del terapeuta”, viene a realzar la importancia que tiene la subjetividad del psicoterapeuta en el vínculo terapéutico, el cual debe poner todo su esfuerzo para poder construir este espacio

Los discursos profesionales han estado centrados sólo en las consecuencias que tiene la psicoterapia en la vida de los pacientes y en la construcción de realidades terapéuticas. No obstante, esta actividad se realiza en medio de discursos que también constituyen la vida y la construcción de mundo del terapeuta. El hacer terapia impacta sobre la vida y el quehacer del terapeuta al

ser incluido de una manera tan íntima en el mundo interno de los pacientes Szmulewicz (como se citó en White, 2002).

Así mismo Szmulewicz (2013) menciona que es importante que el paciente pueda expresar lo que le resulta doloroso con su psicoterapeuta y a su vez este debe ser capaz de ser empático para poder realizar una comprensión que le dé sentido a las percepciones del paciente así como también compasiva con su sufrimiento.

Otro concepto es el “Self” del terapeuta, el cual hace referencia al estilo personal de cada psicoterapeuta. Este estilo personal estaría definido por sus “sus ideas, creencias, situación vital, experiencia de vida, relaciones interpersonales en general, posición socioeconómica, ámbito social, estilo afectivo, religión, procesos emotivos y cognitivos, su propia historia, visión del mundo, flexibilidad, etc.”(Chazenbalk et al., 2003).

Dificultades

En cuanto a una terapia con un paciente suicida, según DeANGELIS (2001), la actitud de los psicoterapeutas en la terapia permanece bajo silencio, ya que en sí, el suicidio, es un tema rodeado de vergüenza y misterio.

Un estudio hermenéutico-fenomenológico de Rossouw, Smythe, & Greener (2011) realizado en Nueva Zelanda, indica que los terapeutas podrían atravesar, al igual que el paciente, por crisis profesionales y personales, durante la terapia con un paciente suicida, en tanto que “el fenómeno suicida no es solo sobre la persona que se

quita la vida” ya que también el terapeuta entraría en este fenómeno, el cual atravesaría por un excesivo sentido de responsabilidad , en tanto a su deseo de ser un profesional responsable y solidario para tratar con el suicida, lo cual entra en conflicto con lo que dice la “fe científica”, que indica poder vencer la voluntad e idealismo que posee un paciente suicida al encontrarle sentido a la muerte por suicidio (Rossouw *et al.*, 2011). En cuanto a lo de la fe científica, Levín (2014) menciona que en el contexto sociocultural actual en el que nos vemos inmersos, el suicidio queda transformado en un insulto para medicina tecnocientífica, la cual está obsesionada en luchar contra la muerte.

Según Jacobson, Ting, Sanders y Harrington (2004), los terapeutas que entran en contacto con pacientes suicidas a lo largo de su vida pueden experimentar altos niveles de estrés, que pueden afectar su calidad y capacidad en la práctica clínica. En el Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), se encuentra el trastorno de adaptación, el cual se caracteriza por un desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor de estrés identificable, en este caso el excesivo agotamiento, podría provocar un malestar intenso así como también un deterioro en lo social y laboral (APA, 2014).

Según la conclusión de un estudio del Comité Asesor de Asistencia de Colegas de la Asociación Psicológica Americana, los psicoterapeutas que trabajan con pacientes suicidas, corren alto riesgo debido al excesivo agotamiento, ansiedad o depresión que pueden experimentar (Kleespies *et al.*, 2011). En la misma línea, los trastornos depresivos se caracterizan por la presencia de un ánimo triste, vacío e irritable, con presencia de cambios somáticos y cognitivos. Así también los trastornos

de ansiedad tienen a la base de compartir las características entre el miedo y la ansiedad, ya sea hacia una amenaza real, inminente o imaginaria, en donde se pueden producir alteraciones de la conducta (APA, 2014).

Por ejemplo, la asociación americana del suicidio (ASS, 2019), explica que existe la preocupación constante en el terapeuta de que su paciente consuma sus ideas suicidas, lo cual generaría un estado de angustia. Levín estima* que muchos profesionales de salud, específicamente en psiquiatría, pasan por la experiencia del suicidio consumado de un paciente y que además de eso siempre están presente las tentativas del acto, lo cual provoca el peso de una preocupación constante.

Según Omicrono (2015) aun cuando el terapeuta tenga experiencia y se sienta preparado para realizar una buena terapia de prevención, si el paciente decide acabar con su vida, ello representa una realidad difícil de aceptar. Así mismo una revista australiana de psicología da cuenta que el psicoterapeuta cargaría con un estigma de vergüenza y culpa a raíz del posible suicidio de un paciente (Hawgood, 2015).

Rossouw *et al.* (2011) destacan que en la terapia con pacientes suicidas pueden surgir cuestionamientos acerca del sentido la vida y de la muerte en el terapeuta, lo cual podría generar duda acerca de su propia existencia al hacerse preguntas acerca del significado de su propia vida, mortalidad y finitud, lo cual también evocaría sentimientos de angustia y ansiedad. En este escenario existencial, la angustia es un “estado generalizado de excitación vivenciado ante una amenaza o peligro” (Längle, 2005) en donde al ser humano se le hace patente la posibilidad de no

ser, de la aniquilación de su existencia ante un mundo abismal que presenta la certeza de la posibilidad de la muerte.

Competencias

Si bien hemos repasado literatura acerca de las dificultades que enfrentan y experimentan los psicoterapeutas en el que hacer clínico con pacientes potencialmente suicidas, en muchas partes de estas indagaciones se repite el concepto de habilidades y competencias, ¿Pero realmente son lo mismo? Un estudio destaca a “la competencia como la capacidad de movilizar adecuadamente el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia” (Bisquerra y Pérez, 2007, p 63.) Este estudio también indica que la relevancia del estudio de las competencias esta puesto en dos focos, en primer lugar está el desarrollo técnico-profesional lo cual apuntaría hacia el conocimiento y procedimientos que pueden adquirir los trabajadores para mejorar su desempeño en el ámbito profesional y por otro lado están las competencias de desarrollo socio-personal las cuales están relacionadas con competencias de índole personal e interpersonal, tales como la motivación, autoconfianza, autocrítica, empatía, altruismo, etc.

En la teoría del “Self” del terapeuta se menciona que el psicoterapeuta es un elemento importante para un resultado exitoso de una terapia, por ello nombra que un exagerado control y dogmatismo por parte de este, podrían ser un obstáculo en su flexibilidad lo cual ocasionaría un resultado insuficiente. Así también menciona que “es relevante que el terapeuta cuente con una formación creativa, incluyendo la

observación de sí mismo y de sus propias experiencias internas” (Chazenbalk et al., 2003).

Así mismo, acerca de la prevención del suicidio, la organización mundial de la salud (OMS, 2006), propone un catálogo de orientaciones y recursos para las personas que se dedican a la prevención y tratamiento de personas potencialmente suicidas. Este catálogo hace énfasis en que el psicoterapeuta puede verse afectado por sentirse poco preparado para trabajar con pacientes potencialmente suicidas, poniendo énfasis en que deben desarrollar capacidades para de orientación para tratar con estas poblaciones

La información, capacitación y experiencia en la intervención en crisis suicidas aumenta la competencia del consejero. La capacitación debe aumentar la capacidad de tolerar con tranquilidad los sentimientos fuertes de los demás, reducir la defensividad y pasividad del consejero y superar los problemas de dolores no resueltos. Además, la toma de conciencia de los factores de riesgo y el entendimiento de las situaciones de riesgo son actividades fundamentales del consejero (OMS, 2006, p.11)”

La asociación americana de suicidología (APA, 2019) propone un programa de formación de 24 competencias que deben desarrollar los psicoterapeutas en la terapia de prevención del suicidio, las cuales tienen a la base los siguientes 7 constructos:

1. Actitud y enfoque para trabajar con pacientes suicidas

2. Entender el suicidio
3. Recopilación de información para evaluación
4. Formulación de riesgos
5. Desarrollar un plan de tratamiento y servicio
6. Administración de la atención
7. Documentación
8. Comprender el ámbito y problemas legales relacionados con el suicidio

Una red de suicidólogos Iberoamericanos de la asociación psiquiátrica mundial propone que “El terapeuta debe tener un mimetismo camaleónico para poder acomodarse a las múltiples posibilidades en las que se puede presentar una crisis suicida” (Pérez. s.f)

Metodología

Diseño de Investigación

El tipo de investigación que se realizó es de tipo cualitativa según Strauss, Corbin y Zimmerman (2002) las cuales pueden ser indagaciones acerca de la vida de gente, sus comportamientos y vida emocional.

Tiene un enfoque de tipo fenomenológico el cual pone la relevancia en respetar plenamente

la relación que hace la persona de sus propias vivencias, ya que, al tratarse de algo estrictamente personal, no habría ninguna razón externa para pensar que ella no vivió, no sintió o no percibió las cosas como dice que lo hizo (Martínez, 1996)

Se exploraron las experiencias de los psicoterapeutas en intervenciones que implicaron el abordaje de pacientes con ideación suicida de forma descriptiva, es decir, “las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable” (Sánchez, 2012).

Sujetos

Se seleccionaron a 3 psicólogos que se desempeñan en el área clínica de atención a pacientes con una experiencia de al menos 1 año de trabajo en el área.

Se constituyó por psicólogos supervisores y pasantes en la Unidad de Psicología de la Facultad de Medicina en la Universidad de Chile, lugar de atención gratuita a los estudiantes de dicha facultad. La edad de estos sujetos es de entre 24 y 32 años.

Técnicas e Instrumentos

Los datos se recogieron por medio de entrevistas semi-estructuradas, las cuales, según Izcara (2014), se caracterizan por una exploración de las experiencias y perspectivas que tiene el entrevistado, en este caso acerca de la terapia con pacientes que presentan ideación suicida.

El tipo de entrevistas tuvo preguntas estructuradas con alternación de preguntas espontáneas, en las que se indaga acerca de las competencias laborales y personales que han desarrollado los psicólogos seleccionados, luego de la atención psicológica a pacientes potencialmente suicidas.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 45 min.

Para el registro de la información se usó una grabadora de voz y posteriormente la entrevista fue transcrita.

Objetivo General del protocolo de entrevistas

Describir competencias en psicología clínica necesarias para el abordaje de paciente con conducta suicida según la experiencia profesional de clínicos que trabajan en esta área.

Describir habilidades psicoterapéuticas en el abordaje de pacientes con conducta suicida según la experiencia profesional de clínicos que trabajan en esta área.

Objetivos específicos del protocolo de entrevistas

Conocer las competencias laborales y personales que desarrollan los psicólogos mediante la atención clínica a pacientes suicidas.

Identificar y describir las competencias laborales y personales que desarrollan los psicólogos mediante la atención clínica a pacientes suicidas.

Conocer y describir la experiencia profesional de psicólogos clínicos que trabajan con pacientes suicidas.

Identificar y describir aprendizajes laborales y personales que desarrollan los psicólogos mediante la atención clínica a pacientes suicidas.

Identificar y describir dificultades laborales y personales que desarrollan los psicólogos mediante la atención clínica a pacientes suicidas.

Análisis

El análisis que se realizó para esta investigación fue un análisis temático, el cual consiste en un método para “identificar, analizar y reportar” temas que están dentro de textos, organizándolos y agrupándolos en unidades de sentido.

Resultados

A continuación se mostraran los resultados, los cuales se organizaran por medio de las temáticas que sonaron con más fuerza en el relato de los entrevistados y luego se mostraran los relatos textuales de cada participante que se corresponden con estas unidades de sentido.

Se pudo observar que los tres participantes de la investigación coinciden en diversas temáticas en relación a la experiencia de atención clínica a este tipo de pacientes, las cuales pueden ser divididas en dos tópicos en general, las dificultades y las habilidades.

En cuanto a las dificultades podemos encontrar principalmente la formación, la experimentación de sintomatología en el psicoterapeuta, dificultades en el desempeño laboral y la activación de cuestionamientos e incertidumbres existenciales.

Los participantes coinciden en que la formación de pregrado de psicología no los preparo lo suficiente para la atención de este tipo de pacientes, destacando la falta de herramientas que estos poseían sobre todo al principio del ejercicio clínico, para el primer encuentro con un paciente con estas características.

Psicólogo 1: *"...pensando en la formación en la carrera de psicología es muy poco lo que me entregaron de herramientas pero después en el post título era parte de las temáticas..."*

Psicólogo 2: "...Específicamente para atención de pacientes suicidas no, porque los ramos clínicos siempre se enfocaron en la atención a cualquier tipo de paciente sin ningún tipo de característica especial..."

Psicología 3: "...yo creo que a nosotros se nos avisa que existe esta posibilidad y quizás te enseñan el manejo pero muy a grandes rasgos, yo lo que aprendí de suicido lo aprendí acá con experiencia, con que me pasara (...) pero siento que hasta que no te pase no sabe bien cómo manejarlo..."

Así mismo se repite en los participantes que este ejercicio laboral contiene muchas dificultades para el psicoterapeuta desde el desarrollo de sintomatología de malestar propio hasta inseguridades relacionadas con un óptimo desempeño en el ejercicio laboral, generando sintomatología desde trastornos del sueño como insomnio de conciliación hasta sintomatología de la línea ansiosa como preocupación excesiva y miedo intenso a que el paciente se suicide.

Psicólogo 1: "...creo que es una situación muy demandante cuando a uno le plantean la idea o la expectativa del suicidio y es muy fácil perder el control..."

Psicólogo 2: "...porque siento que antes igual era un poco más ansioso con este tipo de paciente como que me iba mucho con la sombra a la casa, ¿el paciente estará bien? ¿Lo habré hecho bien? ¿Habré ayudado en la sintomatología? como poniéndome mucho la presión a mi más que y no la presión en el paciente...."

Psicóloga 3: "...es mucha la propia ansiedad, manejar la ansiedad siento que darte cuenta de lo que te está pasando a ti y trabajar con eso en particular (...) Es duro, es

bien duro, pero yo creo que llega un momento en que, o sea siempre te asustas pero ya no es un miedo propio sino que es miedo por el otro...

En cuanto al desempeño laboral, los participantes coincidieron en que es difícil poder trabajar desde un solo enfoque en la psicología. Si bien el psicólogo clínico tiende a tener una o dos líneas de trabajo que los guían en su ejercicio profesional, los pasantes comentan que en este tipo de terapia se debe realizar un trabajo de abordaje dinámico y flexible con el paciente. Comentan que se han sentido desorientados e inseguros en su quehacer clínico así como también en cuanto al plan de trabajo con este tipo de pacientes.

Psicólogo 1: *"...y no saber qué hacer, ser capaz de trabajar bajo esas condiciones y seguir pensando..."*

Psicólogo 2: *"...Uno hace plan a b c d y sigue ahí la ideación, y uno se empieza a frustrar mucho porque como te puedo ayudar a ti específicamente. Me ha pasado mucho que me frustró y no sé cómo seguir adelante entonces creo que ese es el principal factor en mi forma de hacer terapia..."*

Psicóloga 3: *"...Me pasó mucho al principio que me ponía muy nerviosa y de hecho no podía dormir porque yo me preguntaba ya, ¿Hice lo correcto? ¿Hice lo suficiente? ¿Que no hice? ¿Qué puedo hacer ahora? ¿Qué viene ahora?..."*

En general existe la idea de que la terapia responde a una necesidad de cambio en el paciente para que este pueda mejorar su condición actual, sin embargo los pasantes coinciden que mediante este ejercicio, si bien se busca, en primer lugar,

que el paciente no cometa el acto suicida, que también se pueda comprender porque para él es una opción, como se mueve y se configura la subjetividad del paciente. Muchas veces, esto plantea una dificultad en el sentido de que el psicoterapeuta también comienza a validar y comprender el fenómeno y con esto se activan cuestionamientos que revelan inseguridades propias.

Psicólogo 1: *"...Que no es un tema tan ajeno a lo humano, es algo con lo que uno convive con más frecuencia de lo que uno quisiera, pero que es parte de la experiencia humana (...) creo que al menos en la adolescencia es una fantasía bastante común al menos pensar sobre la propia muerte, que haría mi familia si yo no estuviera..."*

Psicólogo 2: *"...que la muerte no es tabú quizás si hace 100 años si era tabú ya que no se hablaba en la mesa pero hoy en día eso ya no es así si no que lo primero es hacer que la muerte sea visible entonces cuando la muerte ya es visible hará hablar de cómo son las formas de morir y una de esas formas de morir cuando la persona se genera el suicidio..."*

Psicóloga 3: *"...Al final te preguntas ¿Quién soy yo? ¿Con qué derecho yo puedo cambiarle la forma de ver la vida de esta persona? O sea esta en todo su derecho de pensar que le vida no vale nada y que venimos todos a sufrir y que hay que aguantar por lo menos por último que el esfuerzo valga la pena..."*

En cuanto al otro tópico de importancia de esta investigación se pudo dar cuenta de que si bien todos los participantes coincidieron en las dificultades de este ejercicio laboral, todas también coincidieron en que en esta experiencia se aprenden

distintas habilidades, como por ejemplo la adquisición de un modelo terapéutico en específico, un perfil para trabajar con pacientes potencialmente suicidas que debe tener a la base la tolerancia a la frustración que se repite con fuerza en los tres relatos, lo cual va relacionado con el manejo de la propia ansiedad, de los miedos, de las falsas expectativas y la habilidad para poder mantener la calma en una situación de riesgo para el paciente y la disponibilidad.

Psicólogo 1: "...Hay que estar disponible de alguna manera un poco 24/7, que en casos más frecuente vas a abrir un canal de comunicación puedan tener el numero personal tuyo o alguna manera de contactarte y uno estar disponible."

Psicólogo 2: "...Habilidades siento que tienen que ser personas que tengan muy buen tacto con las personas que no sean robóticos que logran cercanía que tengan un habilidades blandas más blandas de afrontar una persona de no ser como un robot que esta con cierto esquema como ya hay que hacer esto, esto y esto sino que abordar al paciente como el paciente quiera abordarlo, adaptarse al paciente no que el paciente se adapte a uno o a la teoría, si no que la teoría y nosotros nos adaptemos en pos al paciente, eso ayuda a superar las dificultades que atravesamos..."

Psicóloga 3: "...La tolerancia a la frustración mucha la propia ansiedad manejar la ansiedad siento que darte cuenta de lo que te está pasando a ti y trabajar con eso en particular yo claro al principio estaba muy dudosa de lo que yo hacía (...) en general aprendí la paciencia, no el de poner paños fríos pero si el hecho de no asustarte, de calmarse uno mismo"

Otras de las habilidades aprendidas y en las cuales coinciden los participantes es la capacidad para poder generar vínculo con el paciente. Según los pasantes, el vínculo lo mencionan como la capacidad para establecer una cercanía con el paciente, lo cual se caracteriza por diferentes situaciones como la flexibilidad de estar casi siempre disponible en caso de emergencia, demostrar preocupación, adaptarse al paciente, generar confianza.

Psicólogo 1: *"...Creo que tiene que ser una persona capaz de contener que se pueda salir del rol clásico de psicólogo que no se involucra, porque en casos de pacientes suicidas hay que involucrarse más..."*

Psicólogo 2: *"...otra habilidad es trabajar mucho desde el vínculo desde el paciente de que hay una persona que se preocupa por el que quizás que no soy la persona que va a estar toda su vida pero si en ese momento en que más malestar o síntoma hay, hablando desde la psicología, hay una preocupación de alguien que está ahí que se preocupa de él o de ella, que valla todo las semanas a sesiones generar una terapia a largo plazo en lo ideal..."*

Psicóloga 3: *"...Sí, yo creo que la relación física, relacional del tú a tú, la alianza, del como poder hacer que el otro confié en ti porque eso no te lo enseñan, porque te dicen que para esto hay que tener un buen vinculo una buena alianza pero ¿cómo lo haces?, y eso ya depende de cada uno, como tú te lleves, como tú te entregas al otro y como el otro se entrega a ti esta forma de relacionarse y como lo dije antes eso es guau, pucha que ayuda, y siento que claro uno lo va a aprendiendo con la experiencia..."*

Otra de las temáticas que se repiten en relación a las habilidades del psicoterapeuta es la capacidad de poder memorizar protocolos de acción, las derivaciones y pasos a seguir en estos casos, así como también poder articular redes de apoyo y protección como lo son los familiares. Los participantes comentan que una de las dificultades más relevantes es movilizar a un sistema familiar que estaba quieto, con un integrante que considera la posibilidad de dejar de vivir, en donde en la mayoría de los casos no hay una comunicación efectiva en base a lo emocional entre los miembros del sistema familiar.

Psicólogo 1: *"...También tener la habilidad de evaluar redes interpersonales, si tiene o no apoyo, que podemos hacer con las personas que lo rodean. Creo que también hay que saber articular redes no solo con la familia sino que con el psiquiatra, tener la fortaleza y el carácter de decir sabes que, yo no puedo trabajar contigo si tu no estas medicado si tu familia no se involucra y perderle el miedo a eso..."*

Psicólogo 2: *"...Primero que hay que hacer es llamar a un familiar a alguien que pueda estar con él, entonces saber todo este tipo de cosas antes de enfrentarse a un paciente suicida son fundamentales porque si uno esta solo se va a complicar más en cambio si uno puede armar una pequeña red en quince min con el paciente puede ser una buena forma de abordarlo..."*

Psicóloga 3: *"...al principio no tenía idea de donde derivar, que hacer, que poner en las interconsultas, como hacer una buena interconsulta, ahora ya manejo eso pero si al principio fue súper "cuatico" porque desde la Isapre, la Fonasa, o desde donde vengán, a donde pueden ir cuáles son sus opciones, pero si ha sido un aprendizaje. Se deben*

conocer muy bien los protocolos, hacia donde dirigirse si la persona es Fonasa es isapre cual son los hospitales más cerca, a donde derivo, a quien llamo..."

Cuadro resumen resultados

<p>Dificultades que surgen en el que hacer clínico del psicoterapeuta</p>	<p>Habilidades que se desarrollan en el que hacer clínico del psicoterapeuta</p>
<p>Formación de Pregrado deficiente en el tema</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abordaje ➤ Tema suicidio ➤ Herramientas 	<p>Adquisición de un modelo psicoterapéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tolerancia a la frustración ➤ Manejo de ansiedad ➤ Expectativas realistas
<p>Experimentación de sintomatología ansiosa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Miedo ➤ Frustración ➤ Insomnio 	<p>Vinculo como alianza con el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cercanía ➤ Confianza ➤ Flexibilidad
<p>Entorpecimiento de un óptimo desempeño laboral</p>	<p>Activación eficiente de redes de apoyo y protocolos</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Línea de trabajo ➤ Encuadre 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Movilización ➤ Articulación
<p>Desarrollo de cuestionamientos existenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tema tabú ➤ Postura ➤ Validación 	

Conclusiones

A raíz de la investigación realizada se puede observar en primer lugar que si bien son variadas las dificultades que atraviesan los psicoterapeutas, como se puede observar en los datos encontrados y en articulación con la investigación, el sentido de responsabilidad, altos niveles de estrés, angustia, ansiedad, estigmas de vergüenza, etc. Los participantes de la investigación concluyen que las dificultades se van superando en medida que se comienza a ver un compromiso por parte del paciente cuando hay una buena alianza con este. Según Szmulewicz (2013) menciona que en la

persona del terapeuta se habla de la co-construcción del vínculo, en donde este debe tener a la base los conceptos de mutualidad y reciprocidad, en donde “el paciente quien debe sentirse comprendido, respetado, valorado, contenido y ayudado y es el terapeuta quien debe hacer los esfuerzos personales y técnicos para que esto ocurra” Szmulewicz (como se citó en Safrán & Muran, 2005).

El lugar del psicoterapeuta en este tema está puesto en el ejercicio de visibilizar y reflexionar acerca de las dificultades que enfrentan y experimentan para luego poder desarrollar las competencias necesarias para el abordaje de estos casos, es decir que este rol “neutro” y de “observador” que considera la psicología en general, en estos casos solo entorpecería la labor del clínico, tal como lo pone de manifiesto la persona del terapeuta de Szmulewicz (2013), se debe tener una postura que realce el vínculo, la alianza y la relación con el paciente, de forma compasiva pero también basado en la cercanía, la flexibilidad y la confianza.

Los participantes concluyen con los estudios de las competencias, en que las habilidades adquiridas en el que hacer del psicólogo clínico en situaciones de crisis y riesgo para la integridad física de un paciente, también presentan un espacio de crisis para los psicoterapeutas en donde estos encuentran el mejor camino para movilizar apropiadamente los conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes para realizar el que hacer clínico con nivel de calidad y eficacia óptimo para el paciente potencialmente suicida, la crisis implica la inevitable opción de transformación, “la situación de crisis, al romper el flujo continuo de la existencia, fuerza un replanteamiento vital, obligando, a veces, a la construcción de un nuevo sentido” (González de Rivera y Revuelta, 2001).

También es importante destacar que con este tipo de terapia los participantes coinciden en que se activa un proceso de autoconocimiento y cuestionamiento en el psicoterapeuta acerca de sus propios límites y capacidades

Para que el terapeuta pueda brindar a sus pacientes un espacio transicional óptimo, en donde se desarrolle una relación que permita la recuperación del juego y del crecimiento, también él debe contar con un espacio de contención y soporte necesario para dar cuenta de sus propias fragilidades, puntos ciegos y fallas en el reconocimiento del otro. El crecimiento personal del terapeuta y el desarrollo de la consciencia sobre sí mismo se erigen como pilares básicos para su evolución profesional, constituyendo variables relevantes para investir una adecuada alianza Szmulewicz (como se citó en Safran & Muran, 2005).

Además, los tres participantes concluyen con que se debe realizar un trabajo personal en entender el fenómeno del suicidio en tanto comprensión del fenómeno, preguntándose por el por qué un paciente considera esta opción como una resolución o vía de escape a sus problemas personales, es decir cuál es el alivio que podría encontrar en este acto para poder visibilizar aquello que lo aqueja, conversarlo, trabajarlo y convertirlo.

Limitaciones

Fueron variadas las limitaciones que rodearon esta investigación, principalmente el estudio de la experiencia subjetiva del psicoterapeuta, que aparte de ser reciente, se encuentra apartada del foco de atención en la prevención del suicidio.

Las herramientas que entrega la educación de pregrado son deficientes, no hay horas académicas en las mallas curriculares de psicología para la prevención del suicidio o para la construcción del perfil que debe poseer un estudiante para el abordaje profesional de esta problemática.

El suicidio es visto por nuestra sociedad como un eufemismo y tabú, lo cual tiene un efecto de promover el silencio de la reflexión del fenómeno, Levín (2014) explica que la mayor deuda en la falta de teoría con relación al fenómeno suicida es la falta de filosofía en torno al suicidio, el acto de filosofar sobre la especialidad de atención a pacientes suicidas, reflexionar sobre el ser del psicoterapeuta, sobre la profesión y sus dificultades, abiertamente con otras disciplinas que acompañan el proceso del abordaje del fenómeno, así como también la reflexión en conjunto con los pacientes y los semejantes.

Propuestas

En cuanto a las propuestas para futuras investigaciones en relación a las temáticas trabajadas, creo que es importante poder ampliar la investigación de la experiencia subjetiva del psicoterapeuta tanto en los procesos terapéuticos en general así como también donde hay pacientes con ideación suicida.

Es necesario que se incluya en las mallas académicas de carreras de pregrado la temática y fenómeno del suicidio, el cómo abordarlo, como trabajar con este tipo de paciente, que se debe saber del problema público, cuáles son sus limitaciones, etc. Así como también poder observar y conocer más casos de experiencias reales en donde haya temáticas de suicidio.

Es importante que se puedan realizar futuras investigaciones basadas en una deconstrucción de este tema, de forma abierta y desprejuiciada, en donde se tomen en cuenta los relatos de las personas que han validado esta opción como escape de la realidad que los aqueja y a su vez tomar en cuenta las experiencias de las personas que trabajan en la prevención ya sea del ámbito de la psicología como también de la red sanitaria que se encarga de las investigación y emisión de datos.

Referencias

American Association of suicidology. (2019). *Recognizing & Responding to Suicide Risk: Essential Skills for Clinicians*. Washington, DC, EU. Recuperado de <https://suicidology.org/training-accreditation/rrsr-clinicians/faq/>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. Madrid, España: Editorial Arlington.

Bisquerra, A., y Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 62-63. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-2007numero10-823/Documento.pdf>

Brown, B. (2015, diciembre). Tabú y eufemismos. *Revista de la Universidad de Costa Rica*. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/ucr/article/view/22395/22554>

Chazenbalk, L., Mammi, K., Nachman, C., Parera, M., Reizes, M., & Arcuschin, O. (2003). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. *Psicod debate. Psicología, Cultura y Sociedad*, (3), 107-116. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5645414.pdf>

DeANGELIS, T. (2001). *Surviving a patient's suicide*. American Psychological Association. Washington, DC, EU. Recuperado de: <https://www.apa.org/monitor/nov01/suicide>

Ferlini, M. (2020, enero) Abordaje del paciente suicida: un tabú en la Atención Primaria. Revista ciencias de la salud. Recuperado de <https://unibe.ac.cr/revistamedicina/articulos/volumen-I-numIII-2020/abordaje-de-paciente-suicida/abordaje-de-paciente-suicida.pdf>

Fragnière, J. P., & Zadunaisky, D. (1996). *Así se escribe una monografía*. FCE. Recuperado de http://blogs.fad.unam.mx/academicos/cuauhtemoc_garcia/wp-content/uploads/2019/08/As%C3%AD-se-escribe-una-monograf%C3%ADaFragniere.pdf

González de Rivera y Revuelta, José Luis. (2001). Psicoterapia de la crisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79), 35-53. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004&lng=es&tlng=es.

Hawgood, J. (2015). *Working with suicidal clients: Impacts on psychologists and the need for self-care*. Australia: Australian Psychological Society. Recuperado de: <https://www.psychology.org.au/inpsych/2015/february/hawgood>

Izcarra, S. (Ed.) (2014). *Manual de investigación cualitativa*. Ciudad de México, México: Fontamara Recuperado de [http://www.grupocieg.org/archivos/Izcarra%20\(2014\)%20Manual%20de%20Investigaci%C3%B3n%20Cualitativa.pdf](http://www.grupocieg.org/archivos/Izcarra%20(2014)%20Manual%20de%20Investigaci%C3%B3n%20Cualitativa.pdf)

Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S. y Harrington, D. (2004, noviembre). Prevalence of and reactions to fatal and non-fatal client suicidal behaviour: A national study of mental health social workers. *OMEGA-Journal Of Death and Dying*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2190/HPKQ-T700-EPQL-58JQ>

Jiménez, A. y Radiszcz, E. (2012) *Salud mental en Chile: la otra cara del malestar social*. Santiago, Chile.: Centro de investigación periodística CIPER. Recuperado de <https://ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/>

Kleespies, P., Van Orden, K., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L., Galper, D., Hillbrand, M. y Yufit, R. (2011). Psychologist suicide: Incidence, impact, and

suggestions for prevention, intervention, and postvention. *US National Library of Medicine*, 42(3), 244–251. doi: 10.1037/a0022805

Längle, A. (2005). La búsqueda de sostén. Análisis existencial de la angustia. *Terapia psicológica*, 23(2), 57-64. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78523206.pdf>

Levín, S. (2014). Suicidio, palabra maldita (muerte, palabra prohibida). *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 25, 225-230. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex115.pdf#page=66>

Martínez, M. (13 de octubre de 2015). Método fenomenológico en investigación cualitativa [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://investigacionpsigestaltintegral.blogspot.com/2015/10/el-metodo-fenomenologico-en.html>

Ministerio de salud. (2013). Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su implementación. Recuperado de https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Preencion.pdf

Ministerio de salud. (2019). Guía práctica en salud mental y prevención de suicidio para estudiantes de educación superior. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica-en-Salud-Mental-y-Prevenci%C3%B3n-de-Suicidio-para-estudiantes-de-educaci%C3%B3n-superior.pdf

Morfín, T. y Ibarra, A. (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar*. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=oughCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=abordaje+suicidio&ots=vbr2HbnOLJ&sig=XT9ESER1OTVWa0gDkq9civo2pTg#v=onepage&q=abordaje%20suicidio&f=false>

Rossouw, G., Smythe, E. y Greener, P. (2011). Therapists' Experience of Working with Suicidal Clients. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 11 (1), 1-12. doi:10.2989/IPJP.2011.11.1.4.1103

Omicrono. (26 de enero de 2015). Los efectos del suicidio de un paciente para un profesional de la salud mental. *El español*. Recuperado de <https://omicrono.elespanol.com/2015/01/los-efectos-del-suicidio-de-un-paciente-para-un-profesional-de-la-salud-mental/>

Reeves, A. y Mintz, R. (2001). Counsellors' experiences of working with suicidal clients: An exploratory study. *Counseling & Psychotherapy research*, 1(3), 102-176. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1080/14733140112331385030>

Salinas, F. (2019). Chile y su salud mental en crisis. Santiago, Chile: Radio la clave. <https://radiolaclave.cl/reportajes/chile-y-su-salud-mental-en-crisis/>

Sánchez, F. (2012). *Métodos de investigación cualitativa*. Recuperado de <https://www.bubok.es/libros/217025/METODOS-DE-INVESTIGACION-CUALITATIVA>

Strauss, A., Corbin, J. y Zimmerman, E. (2002). *Bases de la investigación cualitativa*. Recuperado de <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>

Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(1), 61-69. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000100008

Pérez, S. (s.f.). *Las crisis suicida*. Wpanet.org. Recuperado de http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/la-crisis-suicida.pdf

Organización Mundial de la Salud (2006) *Prevención del suicidio recursos para consejeros* (7). Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf

Organización mundial de la salud (2019). *Datos y cifras sobre el suicidio: infografía*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/