



**UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas  
psicoanalíticos**

**TESIS**

Para optar el título profesional de: Psicólogo

**AUTOR**

Ximena Unzueta Callirgos (0000-0001-7360-0179)

**ASESOR**

Olinda Isabel Serrano del Portal de Dreifuss (0000-0001-6235-3627)

**Lima, 08 de Marzo de 2018**

# Tabla de contenidos

Introducción.....	4
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO.....	4
CAPÍTULO 2. MÉtodo.....	15
Participantes.....	16
Instrumentos y técnicas de recolección de la información .....	17
Ficha de Datos.....	17
Redes Semánticas Naturales .....	18
Entrevista a profundidad .....	19
Procedimiento .....	21
capítulo 3. Resultados .....	24
Redes Semánticas Naturales .....	24
Eje I: El Paciente.....	26
Pulsión de muerte.....	26
Violencia (Pulsión agresiva).....	27
Dificultad de representación (Actuación).....	28
Dolor mental .....	28
Desesperación .....	29
Estado mortífero.....	30
Eje II: El Terapeuta y su contratransferencia.....	31
Sentido del deber.....	31
Experiencia de situaciones límites.....	31
Enfrentar la posibilidad de muerte.....	32
Pena y soledad.....	34
Angustia y temor.....	34
Impotencia.....	35
Rabia .....	36

Culpa.....	37
Esperanza.....	37
Eje III: El Tratamiento.....	38
Fenómeno multicausal.....	38
Intervención multidisciplinaria.....	39
Recursos.....	40
Familia como un obstáculo.....	40
Mayor demanda de los pacientes.....	41
Tarea del terapeuta.....	42
capítulo 4. Discusión.....	44
Conclusiones.....	52
Referencias.....	54
Anexos.....	63

## Resumen

El objetivo es explorar los significados construidos en torno al suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos de un centro de formación en Lima. Desde el paradigma cualitativo se utilizó un diseño fenomenológico en dos etapas: para la primera, los participantes son 54 psicoterapeutas psicoanalíticos; y para la segunda, de la primera etapa se seleccionaron 8 participantes que tuvieran contacto con pacientes con ideaciones y/o intentos suicidas. Los instrumentos utilizados fueron, para la primera etapa una ficha de datos y las redes semánticas naturales, y para la segunda, una entrevista a profundidad. Se encontró que los psicoterapeutas evocan diversos significados frente al fenómeno suicidio, los cuales pueden organizarse en tres ejes; el paciente, el terapeuta y su contratransferencia, y el tratamiento. En conclusión, los significados son construidos en base a las propias experiencias, de manera que la contratransferencia es un concepto psicoanalítico que permite la comprensión de la dinámica entre los pacientes suicidas y los terapeutas, y cómo ello influye en la creación de significados. Los psicoterapeutas emplean los significados para dar sentido y comprender el suicidio.

Palabras clave: *Suicidio, significados, psicoterapia, contratransferencia*

### Abstract

The objective is to explore the meanings constructed on suicide in a group of psychoanalytic psychotherapists from a formation center in Lima. It has been used a phemonological design from the qualitative model consisting in two stages: for the first one, the participants are 54 psychoanalytic psychotherapists; and for the second one, 8 participants from the first stage who were involved to patients with suicide ideations and/or attempts were selected. The used instruments were, for the first stage a data sheet and natural semantic networks, and for the second one, a detailed interview. It was found that the psychotherapists evoke diverse meanings around the suicidal phenomenon, which can be organized into three axis; the patients, the therapist and its countertransference, and the treatment. In conclusion, the meanings are constructed in base of individual experiences, so that countertransference is a psychoanalytic concept which allows the comprehension of the dynamic between suicidal patients and therapists, and how it influences the creation of meanings. The psychotherapists employ the meanings to give significance to and comprehend suicide.

Keywords: *Suicide, meanings, psychotherapy, countertransference.*

# Introducción

## Capítulo 1. Marco Teórico

Se estima que en el mundo un millón de personas se suicidan cada año, lo que supone una muerte cada 40 segundos (Organización Mundial de la Salud, 2012). Esta organización resalta que las cifras asociadas al suicidio han aumentado en 60% en los últimos 45 años, siendo esta problemática una de las tres primeras causas de muerte entre el grupo etario de 15 a 44 años. En el Perú, la OMS (2008) advierte que al año, 650 personas entre los 15 y 24 años deciden quitarse la vida. El Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2014) señala, por su parte, que se presentan entre uno y tres suicidios por día, lo que indica que es la cuarta causa de muerte en el país. El problema se agrava al revisar las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado. Las estadísticas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2014), establecen que el 80% de los suicidios son a causa de la depresión, siendo esta la primera causa de consulta de salud mental; una de cada 10 personas que solicitan atención médica, en servicios públicos de salud, presentan depresión crónica (INSM, 2014).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) define el suicidio como una muerte intencional a causa de una lesión autoinfligida. Afirma, asimismo, que aunque no es en sí una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de una, los trastornos mentales son un factor importante asociado con el suicidio (OMS, 1992). Frente a esto último, se conoce que existe una relación directa entre los trastornos psiquiátricos, el estado de ánimo y la conducta suicida (OMS, 2012).

El suicidio y la conducta suicida se pueden expresar mediante gestos con varios niveles de peligrosidad, entre los que se encuentran el intento suicida, acto causado por la misma persona con intenciones de morir; el parasuicidio, gesto sin intención letal pero autolesivo; y la ideación suicida, entendida como los planes, pensamientos o deseos de efectuar un suicidio (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta, & Suárez, 2008).

Para entender el fenómeno del suicidio desde una perspectiva teórica psicoanalítica se recurre, como inicio, a los aportes de Freud (1915), quien suponía que el yo podía matarse si se trataba a sí mismo como un objeto; de manera que postuló que el suicidio resulta del desplazamiento de deseos destructivos hacia un objeto internalizado, que son dirigidos hacia sí mismo.

Por su parte, Schneidman (1993) postula que la causa del suicidio es el dolor mental (*Psychache*), el cual es vivido de manera intolerable. Este dolor mental, comprende una mezcla de dolor, angustia, pena, miseria, vergüenza, culpa, humillación, soledad, desesperanza, y sentimientos de esta índole; representando una perturbación emocional extrema. Schneidman (1993) plantea dos tipos de necesidades: las relacionadas con las de la vida cotidiana y las relacionadas con las vitales. Las últimas son aquellas que sustentan el sentido de vida y las motivaciones personales; de manera que en estas se centra el individuo cuando se encuentra bajo presión. Es así, que el dolor mental del que se habla, es causado por la frustración de las necesidades vitales, ya que se ha interrumpido la capacidad de disfrutar la vida.

Por otro lado, Orbach (como se citó en Briggs, 2008) señala que cuando hablamos de actos suicidas, se debe tomar en cuenta tanto el cuerpo como la mente y, por lo tanto, en la terapia con pacientes suicidas siempre se debe considerar ambos aspectos, tanto las formas de funcionamiento psíquico en el paciente, como la manera de vincularse, y lo que el cuerpo

expresa. En esta línea, el autor especifica algunas características del cuerpo suicida: éste se disocia, hay entumecimiento, anhedonia, indiferencia al dolor físico y se eleva el umbral de los sentidos. Es así, que los estados corporales que señala, pueden facilitar la conducta suicida ya que hacen que la agresión al cuerpo sea más fácil.

De manera que, en tratamiento con pacientes con ideación suicida o intentos suicidas, es de suma importancia tener en cuenta las señales que estas personas presentan, tanto física como psíquicamente, y en sí, los distintos factores de riesgo que pueden estar presentes como problemas familiares, baja autoestima, comunicación deficiente, entre otros (Arlaes, Hernández, Álvarez & Cañizares, 1998; García et al., 2010; Inquilla, 2013; Pérez et al., 2008; Tuesca & Navarro, 2003; Vargas & Saavedra, 2012). Asimismo, se debe prestar atención también a la labor de prevención, acompañamiento para con este tipo de pacientes; y el trabajo de intervención en la práctica clínica (Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014; OMS, 2014; Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad de Galicia, 2012; Serrano de Dreifuss, 2005).

¿En qué momento entra a tallar el papel de los psicoterapeutas? La tarea del terapeuta con los pacientes suicidas recae en la posibilidad de pensar y elaborar dicho dolor psíquico y físico. De esta manera, se considera que el espacio terapéutico es un apoyo indispensable para pacientes de este tipo, a la vez que representa un reto para los terapeutas, quienes deberán saber manejar este tipo de pacientes, presentando gran disponibilidad y manejo de la técnica terapéutica.

La bibliografía revisada evidencia que en muchos casos, la relación que se establece entre el paciente con conductas suicidas y el terapeuta, constituye un factor importante para pensar en la mejora del paciente en términos de salud. Asimismo, Gabbard (2002), menciona que el primer

paso en el tratamiento con estos pacientes es el establecimiento de una buena alianza terapéutica. En esta línea, Briggs, Golblatt, Linfner & Maltzberger (2012), presenta un caso de múltiples intentos de suicidio, en donde el paciente presenta dificultades para expresar sus ideas suicidas; pero luego, el vínculo genera confianza frente a la terapia, la cual va progresando, y el paciente empieza a elaborar temas de abandono y confianza, permitiéndole mejorar sus expectativas de vida. Este autor plantea que la presencia, disponibilidad, compromiso y el vínculo generado con el paciente, son aspectos importantes que se reflejan en la disminución de pensamientos suicidas.

La posibilidad de desarrollar esta presencia confiable estaría relacionada con los elementos contratransferenciales del vínculo terapéutico. Además, el terapeuta debe escuchar cuidadosamente al paciente, prestando atención al desarrollo de la transferencia-contratransferencia antes de llegar a cualquier conclusión acerca de los determinantes dinámicos del suicidio (Gabbard, 2002). La contratransferencia en psicoanálisis, de acuerdo con Laplanche y Pontalis (2004), se refiere al “conjunto de las reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a su transferencia” (p. 84), siendo esta una herramienta útil para comprender al analizado (Ferretti, 2005).

Asimismo, Birdsong (1993, como se citó en Dedios 2010) refiere que los terapeutas que trabajan con pacientes con conducta suicida, han reportado fuertes reacciones emocionales como sensación de fracaso, preocupación, culpa, miedo y ansiedad; así como palpitaciones y mareos. A su vez, este autor menciona que elaborar de manera exitosa el trabajo con pacientes suicidas, depende de la capacidad del terapeuta para aceptar la decisión del paciente, conocer su rol y los límites del trabajo psicoterapéutico. Así, la contención para el propio psicoterapeuta



psicoanalítico vendría a estar en la supervisión clínica, que tiene como propósito el enseñar y no analizar, acompañar al terapeuta en su labor para que pueda trabajar también en su contratransferencia (Fuentes, 2010).

En términos de proporcionar mayor consistencia a la propuesta psicoanalítica de atender los procesos contratransferenciales en la atención de este tipo de casos, se ha revisado este aspecto desde otros enfoques psicológicos. Resulta pertinente presentar información desde otros modelos teóricos, para mostrar la importancia del trabajo terapéutico con pacientes con conducta suicida.

En otras investigaciones, autores del modelo cognitivo conductual y del enfoque gestáltico se centran en algunos aspectos que consideran relevantes para trabajar con pacientes con conducta suicida. Mencionan la alianza terapéutica y sus tres componentes (acuerdo sobre los objetivos, compromiso con la terapia, y la postura sin prejuicios de los terapeutas) para evaluar los resultados o avances de la psicoterapia con estos pacientes (Bedics, Atkins, Harned & Linehan, 2015). Asimismo, se resalta la disponibilidad del terapeuta, sus habilidades técnicas y su capacidad de amor, ternura, calidez y compasión por el ser humano que recibe en el consultorio; pensando en la capacidad empática del mismo como un factor importante en el trabajo con pacientes suicidas (Fukumitsu, 2014).

El psicoanálisis propone que la tarea sería comprender el significado inconsciente de su síntoma en tanto intento de solución, reconocer los deseos del paciente, estar disponible y brindarle la objetividad que necesita (Winnicott, 1947). Además, es indispensable una escucha empática, pero estando atento a las necesidades del otro, y no colocando los propios significados;

de manera que un excesivo deseo de vida de parte del terapeuta, resultaría un problema (Melo Vega, 2014).

Por otro lado, el trabajo con pacientes suicidas supone mayor disponibilidad por parte de los psicoterapeutas y suscita en ellos una serie de reacciones que pueden confrontarlos con sus propias limitaciones, las cuales contemplan todo lo que les sucede, desde su subjetividad y su inconsciente (Corveleyn, 1998; Flechner, 2000; Fridlenderis y Levy, 2004; Silveira y Soarez, 2007). Es importante que el psicoterapeuta reconozca y evite estas limitaciones, pues es conocido que “las trasgresiones de límites que ocurren con pacientes suicidas a menudo están directamente relacionadas con el mal manejo de la agresión y del odio” (Gabbard, 2002, p. 8).

Debido a que, los estudios han demostrado que el 75% de las personas que se suicidan tuvieron algún contacto con un servicio de salud mental o profesional de salud en el año anterior a la muerte (Hawgood, 2015); es importante conocer las vivencias subjetivas y significados que los psicoterapeutas puedan darle al suicidio. Pues, como se ha mencionado, el psicoterapeuta experimenta diferentes afectos y presenta diferentes pensamientos o ideas frente a los pacientes suicidas.

Asimismo, parece importante conocer los significados que los psicoterapeutas pueden estar otorgándole a este fenómeno, puesto que las investigaciones dan a conocer que existe una estigmatización por parte de familiares, y en general respecto al suicidio y por tanto a los suicidas, y el estigma social altera la identidad y tiene repercusiones sociales (Duncan, 2005; Ferré-Grau et al., 2011; Inquilla, 2013; Piña, 2014).

Además, desde una perspectiva psicodinámica, el psicoterapeuta debe considerar el sentido que tanto él mismo como cada paciente otorgan a un evento. Al respecto, Hammen

(1995, como se citó en Gabbard, 2002) señala que lo relevante no es solo el evento acontecido, sino el significado y la interpretación que le concede la persona. Resulta pertinente, por tanto, conocer los significados que los terapeutas otorgan al suicidio para comprender la manera en que estos intervienen con sus pacientes.

Los significados son representaciones o construcciones del sujeto que comprenden lo aprehendido del mundo externo (ideas), y lo existente en el mundo interno (afectos) (Arcila, Mendoza, Jaramillo & Cañón, 2009). Según Bruner (1998), Gergen (2006) y Vigotsky (1989) los significados conectan al hombre con su entorno, con su cultura, que, mediado por la experiencia, es capaz luego de construir, deconstruir y coconstruir constantemente (Arcila et al., 2009; Ballesteros, 2005).

También, Meltzer y Harris (1990), señalan en su libro titulado *La aprehensión de la belleza*, que los signos son indicadores de información, pero el significado debe hallar su representación en símbolos, para que la emocionalidad de las relaciones humanas pueda ser pensada y desarrollada.

Los significados se encontrarían dentro del mundo de las representaciones sociales, que son definidas como categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes estamos vinculados (Figuroa, González & Solís, 1981). Otro concepto pertinente es el de la representación subjetiva, que es definida según Szalay y Bryson (1974) como el significado psicológico en la organización cognitiva de los sujetos, constituida por dos elementos: el afecto y el conocimiento, que constituyen un código subjetivo de reacción, que pone en descubierto la construcción del mundo que hace una persona.

Además, la representación social posee tres elementos, el cognitivo, el interpretativo y el conductual; y las personas construyen la representación en función de dos dimensiones: el

contexto donde se desenvuelven y la pertenencia a un grupo con sus propias ideologías (Inquilla, 2013). Por otro lado, Jiménez y Figueroa (2013) señalan que toda representación social se organiza en torno de un núcleo y se compone también de elementos periféricos. El núcleo central es la parte más coherente, estable y rígida, y se fundamenta sobre la memoria colectiva del grupo que la sustenta. Los elementos periféricos protegen la estabilidad del núcleo central y tienen una función adaptativa de la representación a situaciones específicas o individuales. De esta manera, el estudio del suicidio desde las representaciones sociales, permite que este problema pueda ser visto de manera social y como un fenómeno común a todos. También la teoría de las representaciones sociales permite recoger las experiencias y los cambios visibles que se suscitan a través de las transformaciones sobre los sentidos y acciones del hombre ante la idea de su propia muerte (Ballesteros et al., 2010).

Seguido a ello, en una investigación, donde se recogen algunas representaciones sociales y elementos del campo semántico respecto al suicidio en jóvenes adolescentes estudiantes de Colombia, se puede ver que: Desde el campo emocional, se recogen afectos como la desesperación, la soledad, e incomprensión. En cuanto a lo patológico, se asocian términos como depresión, tristeza, locura y enfermedad. Frente a las causas, se señalan problemas, violencia, depresión, drogas, conflicto, falta de amor, falta de autoestima y falta de dinero. Y también se hace mención a algunas tentativas de suicidio y métodos específicos, como armas (Ballesteros et al., 2010).

En otro trabajo, titulado *La polisemia del suicidio* de Giraldo (2008), se mencionan algunos significados asociados al suicidio como; desesperación, malestar, aislamiento, falta de sentido de vida, desesperanza, miseria y frustración, que corresponden a una construcción social.

Por otro lado, otra manera de recoger los significados y construcciones sociales del suicidio, es mediante las redes semánticas naturales (RSN). En su forma esencial la teoría de las redes semánticas detalla que la información en la memoria a largo plazo está organizada en forma de redes en donde las palabras o eventos forman relaciones, las cuales como conjuntos de palabras sirven para dar el significado, que determina el comportamiento humano. La red semántica de un concepto está dada por la naturaleza de los procesos de memoria que eligen los elementos que la integran (Figuroa et al., 1981).

Por otro lado, el concepto de las redes semánticas, surge a partir del modelo informático de la memoria humana que recalca el funcionamiento de la memoria semántica (Zermeño, Arellano & Ramírez, 2005). La memoria semántica, organiza los conocimientos de la persona, a través de los símbolos que esta maneja y que va aprendiendo a lo largo de su vida. Una vez organizados, son decodificados según el lenguaje de la persona, para poder ser relacionados con el mundo y representarlo (Collipal, 2002).

Las redes semánticas se basan en estructuras cognitivas que describen los procesos psicológicos desarrollados en la obtención, uso, almacenamiento y modificación del conocimiento, acerca del mundo y de las personas. No procuran describir el proceso mental individual o colectivo; sino que la finalidad de las mismas es conocer los significados que surgen a partir de un contexto y situación específica, traducidos en estructuras lingüísticas; de manera que las experiencias y el contexto propio de la persona cumplen un rol importante a la hora de conocer los significados que las personas definen acerca de un concepto específico (Allan, 2008). Además, esta técnica no logra alcanzar el significado desde las experiencias emocionales subjetivas, o memoria como función psíquica que permite pensar, y transformar las formas simbólicas de comunicación (Hartke, 2007).

Luego de una revisión de la bibliografía existente en cuanto a la investigación que se ha realizado acerca del fenómeno suicidio; se ha podido evidenciar que la mayoría de investigaciones presentan las estadísticas actuales; o en general se dirigen hacia el campo del diagnóstico, presentando los factores de riesgo que pueden estar presentes en personas suicidas o con ideaciones suicidas. Por otro lado, otras investigaciones, que se han encontrado y revisado, hacen alusión a los campos de prevención, y cómo se debe trabajar con este tipo de pacientes y con sus familias.

Frente a esta realidad, algunos autores comienzan a enfatizar la importancia de pensar en la intervención misma; y aluden en cuanto al procedimiento de intervención, cómo en muchos casos, la alianza terapéutica que se da entre paciente-terapeuta, es un factor vital para el pronóstico de los pacientes en cuestión.

Siguiendo esta línea, se han encontrado investigaciones que señalan la experiencia emocional, y la vivencia subjetiva que tienen los terapeutas al trabajar con pacientes suicidas, así como la contratransferencia que este tipo de pacientes genera en sus psicoterapeutas, llevándolos a veces a descarrilarse o salirse de los límites, como menciona Gabbard (2003).

Sin embargo, no existen muchas investigaciones que nos hablen de qué es lo que los psicoterapeutas de hoy en día entienden, piensan o definen como suicidio, y qué afectos se encuentran involucrados respecto a esto. Asimismo, se piensa que es importante que se promueva el diálogo entre las diferentes disciplinas que abordan el tema del suicidio, de modo que se pueda enriquecer la mirada que se tiene hasta el momento desde una comprensión más profunda del fenómeno y así poder contar con mayores conocimientos que se traduzcan luego en herramientas útiles que permitan un tratamiento oportuno y eficaz que ayude tanto al paciente, como a su entorno. De manera que, el presente trabajo tiene por objetivo explorar los

significados construidos en torno al suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos de un centro de formación en Lima.

Las redes semánticas naturales resultan pertinentes como técnica de recolección, ya que aportan al de conocer y describir los significados del suicidio de manera grupal. Como mencionan Zermeño, Arellano y Ramírez (2005), se debe ampliar el campo de investigación aplicando esta técnica a diferentes objetos de estudio. Sumado a lo anterior, es importante destacar que se encontraron pocas investigaciones aplicadas al concepto del suicidio.

## Capítulo 2. Método

El presente trabajo de investigación, empleó un enfoque cualitativo; el cual ve la realidad como un proceso social que se va construyendo por las coyunturas de un contexto determinado, lo que permite abordar los fenómenos explorándolos desde la perspectiva de los mismos participantes en su ambiente natural y en interacción con su contexto (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

El presente trabajo de investigación tiene un diseño explicativo secuencial, pues comprende dos etapas que recaban y analizan datos cuantitativos y cualitativos. En la primera etapa se recogieron datos mediante la técnica de redes semánticas naturales que posee un tratamiento cuantitativo. Luego, vino una segunda etapa donde, mediante conversaciones con un subgrupo de la primera etapa, se trató de profundizar en el significado del suicidio a la luz de su propia experiencia. Para esta etapa, se aplicó los sistemas conversacionales propuestos por González Rey (2006).

Asimismo, el estudio es de carácter fenomenológico, en el sentido que expresa las experiencias individuales subjetivas de los participantes y pretende reconocer las percepciones de un grupo de psicoterapeutas frente al significado del fenómeno del suicidio (Hernández et al., 2010).

En cuanto al contexto, los participantes de la presente investigación son un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos que provienen de un centro de formación. Este centro de formación es una asociación cuyo objetivo es fomentar el desarrollo del quehacer psicoterapéutico y la difusión del pensamiento psicoanalítico en el Perú. Se encuentra ubicado en



el distrito de Magdalena, y viene formando profesionales, en su mayoría psicólogos y médicos, y algunos otros de otras carreras profesionales, desde 1983. Cuenta con un programa académico de cuatro años de formación, el cual parte de la teoría freudiana y posfreudiana para formar terapeutas competentes. Dentro del programa de formación, el compromiso social es uno de los pilares, lo cual da un valor agregado a los psicoterapeutas dándole una visión más amplia y empática.

## **Participantes**

Los participantes de esta investigación se seleccionaron según las distintas etapas. Para la primera etapa, se seleccionaron los participantes por muestreo teórico, el cual busca representatividad a través de unidades elegidas porque poseen atributos que contribuyen a la comprensión del concepto estudiado (Hernández et al., 2010). Para la primera etapa, los participantes constituyen una muestra voluntaria de 54 personas; 37 psicoterapeutas en formación (68.52%), 13 psicoterapeutas formados, ex alumnos (24.07%), y 4 profesores (7.41%). Las edades de los participantes oscilan entre los 25 y 80 años, siendo la edad promedio 44 años. El 54% de ellos han tenido contacto profesional previo con el fenómeno del suicidio, y el 46% no. De todos los participantes, se encuentra que el suicidio es un tema de interés, en una escala del 1-10, un 7. Otras de las características importantes de los participantes se representan en la Tabla 1.

Tabla 1  
*Caracterización de los participantes - Etapa 1*

		Frecuencia	Porcentajes
Sexo	Hombres	13	75%
	Mujeres	41	25%
Carrera	Psicología	26	48%
	Ciencias de la salud	13	24%
	Otros	15	30%

En la segunda etapa, se utilizó un muestreo homogéneo, donde el criterio de homogeneidad es el contacto profesional con pacientes con intentos o ideaciones suicidas.

El grupo está conformado por 8 participantes, número definido por criterio de saturación. Sus edades oscilan entre los 34 y 80 años, siendo el promedio de edad 54 años. También, se conoce que el suicidio es un tema de interés, en una escala del 1-10, un 9. Otras características se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2  
*Caracterización de los participantes - Etapa 2*

		Frecuencia
Sexo	Hombres	3
	Mujeres	5
Condición	Alumno	2
	Ex alumno	3
	Docente	3
Carrera	Psicología	6
	Ciencias de la salud	1
	Otros	1

## **Instrumentos y técnicas de recolección de la información**

### **Ficha de Datos**

Se empleó una ficha de datos, para recolectar información personal de los participantes, algunos datos sociodemográficos (edad, sexo, carrera profesional, año de estudios en el que se

encuentran, años de experiencia clínica, nacionalidad, distrito de residencia), y algunas preguntas específicas respecto a su contacto con el fenómeno del suicidio. Esta ficha además, sirvió para realizar un filtro en la segunda etapa.

El tiempo de aplicación estimado de este instrumento fue de 5 minutos.

### **Redes Semánticas Naturales**

Para el presente trabajo de investigación, se empleó la técnica de las Redes Semánticas Naturales (RSN), siguiendo el método sugerido por Hinojosa (2008). Este consiste en seleccionar una o más palabras estímulo de las cuales se pretende conocer el significado que un grupo de sujetos le otorgan. Se les pide a los participantes que definan la palabra estímulo mediante un mínimo de cinco palabras sueltas, que pueden ser verbos, adverbios, adjetivos, sustantivos, nombres o pronombres, sin utilizar artículos ni proposiciones. Luego, al terminar de colocar las palabras definidoras en una primera lista, se les solicita que individualmente, jerarquicen las palabras. La jerarquización corresponde según la importancia o cercanía que le otorguen a cada una de las palabras frente a la palabra estímulo. Es así, que le asignarán el número uno a la palabra más cercana al estímulo, el dos a la siguiente, y así sucesivamente hasta finalizar con todas las palabras definidoras (Hinojosa, 2008). La palabra estímulo en este caso es *suicidio*.

El vaciado de datos y el cálculo de resultados se generaron haciendo una relación de todas las palabras evocadas por los sujetos. Cada palabra tiene a su derecha cinco casillas para registrar la jerarquía que cada persona le dio. Después de construir una tabla con las palabras definidoras que fueron usadas, se calcularon algunos de los valores descritos por Figueroa (et al., 1981), tamaño de la red (TR) valor "J", peso semántico "valor M", explicados a continuación.

- Tamaño de la red (TR), "valor J: Es el total de palabras definidoras generadas por los sujetos. De acuerdo con Valdéz (2005), este valor es un indicador de la riqueza semántica de la

red: a mayor cantidad de palabras, mayor riqueza semántica; esto además dependerá del número muestral.

- Peso semántico, "valor M": viene a ser el peso semántico de cada palabra definidora. Es el valor obtenido de la multiplicación entre la frecuencia de aparición por la jerarquía (medida de tendencia central [promedio o mediana]) obtenida, para cada una de las palabras definidoras generadas (Rondón, 2015).

- Conjunto SAM (Semantic Association Memory): Esto es el grupo de palabras que mejor definen la palabra estímulo. Y representa la red que se forma a manera de resultado.

Luego, se utilizó el análisis que propone Hinojosa, (2008) que consiste en hallar las medianas de las posiciones jerárquicas que le fueron asignadas a cada palabra. Esta propuesta consta en que las frecuencias de las palabras definidoras son ordenadas de manera decreciente y que los empates sean definidos con el criterio de la mediana creciente, y esto a su vez permitió delimitar el conjunto SAM de la siguiente manera: se halló el porcentaje de sujetos que mencionaron cada palabra dividiendo la frecuencia entre el número de sujetos, y multiplicando el resultado por 100 (Hinojosa, 2008). Es así, que todas las palabras que tuvieron un porcentaje mayor a 20% son las que conforman el conjunto SAM.

## **Entrevista a profundidad**

En una segunda etapa, se aplicó la dinámica conversacional propuesta por González Rey (2006). Esta tiene como objetivo conducir a la persona estudiada a campos significativos de su experiencia personal, capaces de implicarla en el sentido subjetivo de los diferentes espacios que configuran su subjetividad individual. Va expresando, en el espacio de estos relatos, su mundo, necesidades, conflictos y reflexiones, lo que implica ir captando

indicadores y elementos de esta que nos permita la continuidad de la expresión de la otra persona en temas de interés para él (González Rey, 2006).

Tras pasar por criterio de expertos, se utilizó una pregunta generadora (*¿Qué es para ti el suicidio?*), la cual induce al entrevistado a conversar sobre los significados que le otorga al fenómeno, considerando temas como: experiencias, afectos, aspectos contratransferenciales, dificultades, recursos, aprendizajes. Para la exploración de dichos subtemas, se prepararon también las siguientes preguntas (*¿Qué experiencias has vivido como psicoterapeuta?; ¿Cómo has vivido estas experiencias?; ¿Qué dificultades has encontrado?; ¿Qué aprendizajes te llevas?*) El procedimiento de la dinámica conversacional fue igual en todos los casos para no introducir sesgos en los resultados (Velandia & López, 2008). Esta conversación no estructurada, tiene por objetivo, explorar y clarificar los significados obtenidos en la primera etapa, mediante la técnica de redes semánticas. De esta manera, al haber un mayor acercamiento individual con algunos de los participantes, se pudo recolectar mayor información respecto a la vivencia subjetiva, aspectos vivenciales, y significados construidos en torno al fenómeno del suicidio.

Las entrevistas fueron coordinadas directamente con los participantes seleccionados, y estos de manera voluntaria participaron en esta etapa de la investigación. Asimismo, la entrevista tuvo una duración de 30 minutos aproximadamente.

En cuanto al análisis de los datos obtenidos mediante la entrevista, se utilizó la técnica de análisis de contenido, para lo cual se siguió una serie de pasos; transcripción de los datos, reducción de datos o codificación (dividir la información en unidades de análisis más pequeñas según temática), disposición y transformación de datos (análisis descriptivo de los datos), análisis de validez interna de la información (grado de coherencia lógica interna de los resultados y a la ausencia de contradicciones) (Velandia & López, 2008).

La validez de la investigación se logró mediante la triangulación de la información recolectada a partir de las redes semánticas naturales, la entrevista no estructurada y la ficha de datos. La triangulación de los datos de distintas fuentes de información, permitió una mayor riqueza, amplitud y profundidad en la comprensión de la problemática del estudio (Hernández et al., 2010).

## **Procedimiento**

Inicialmente se realizó una aplicación piloto de las redes semánticas naturales, poniendo a prueba tres técnicas distintas vigentes en la literatura actual, la de Figueroa, González y Solís (1981), la de Allan, (2008), y la de Hinojosa (2008). Este piloto fue aplicado a 20 estudiantes de la facultad de psicología de una universidad privada de la ciudad de Lima, y los resultados fueron analizados desde las tres técnicas mencionadas, quedando la técnica propuesta por Hinojosa como la más adecuada para el presente estudio.

En cuanto al trabajo de campo, se realizó un proceso de familiarización previo en el cual se conoció a los líderes de la institución, y se participó de una campaña de salud gratuita. En esta, se realizó junto con los miembros de un centro de formación, tanto alumnos, como ex alumnos y profesores, trabajos de evaluación a personas que acudieron a la campaña. De esta manera, se logró conocer de modo más cercano, la dinámica de trabajo que existe, y el funcionamiento del centro.

Luego de la familiarización, la recolección de la información estuvo conformada por dos etapas:

Para la primera etapa, se realizaron dos visitas al centro y se coordinó con los profesores de los salones de los diferentes años de estudios para poder realizar la aplicación. Así, se pudo ingresar a primer, segundo, tercer y cuarto año de estudios, cada uno conformado por un salón de

clases de 7, 7, 10 y 13 alumnos respectivamente, y todos aceptaron participar. Además, se pudo realizar la aplicación a un conjunto de ex alumnos que conforman un grupo de estudios; este está conformado por 11 psicoterapeutas formados en el centro. Y por último, se aplicó también a 3 profesores del centro. Por otro lado, se realizaron 3 aplicaciones virtuales, donde primero se contactó a los posibles participantes y una vez que aceptaron participar, se les envió un formato en línea para que pudieran realizar la aplicación.

Para ello, se les entregó a los participantes un consentimiento informado que firmaron para formar parte de la investigación de manera voluntaria (Ver Apéndice A). Luego, se les aplicó la ficha de datos junto con la ficha de redes semánticas (Ver Apéndices B y C). Todo esto tuvo una duración aproximada de 6 minutos por salón. Luego, se realizó el análisis de la información de las RSN, obteniendo un conjunto SAM con siete palabras con mayor representatividad que forman una red de significados (Ver Apéndice D).

En una segunda etapa, tras un análisis de la información obtenida de las redes semánticas naturales y la ficha de datos, se contactó por medio de un correo electrónico y una carta en físico y se invitó a participar de una entrevista de 30 minutos aproximadamente a 29 psicoterapeutas que han tenido contacto profesional con pacientes con intento de suicidio. Además, se realizó una guía de entrevista que constaba de 3 preguntas. La guía de entrevista fue pasada por criterio de expertos, participando 3 expertos con los cuales la investigadora se reunió, de manera que se modificó la guía, pasando de ser semi-estructurada a no estructurada, donde se produce una única pregunta generadora (“¿*Qué es para ti el suicidio?*”) (Ver Apéndices E y F).

Para la realización de las entrevistas, la investigadora visitó personalmente a los participantes. Las conversaciones realizadas tienen una duración de 30 minutos aproximadamente, y han sido grabadas con el consentimiento de los participantes y luego

transcritas. De igual manera, cada participante tiene conocimiento de que la información obtenida, será utilizada únicamente para la elaboración del presente trabajo de investigación.

Para el análisis de la información recogida en las conversaciones, se realizó un análisis de contenido del cual emergieron ejes temáticos y diversas categorías que permitieron organizar la información (Ver Apéndice G).

En cuanto al cuidado de la ética de la investigación; durante la misma, los participantes mantenían, en su mayoría, un proceso terapéutico, además de contar con amplio manejo de la técnica psicoanalítica. Esto, los ayudó a manejar y hacer frente a cualquier impacto que el presente estudio pudo causar al tratar con el fenómeno del suicidio.



## Capítulo 3. Resultados

### Redes Semánticas Naturales

Luego de la aplicación de las RSN para la primera etapa, se obtuvo un valor “J” de 118, siendo todas las palabras evocadas por los participantes. Se agruparon las palabras iguales obteniendo la frecuencia de cada una de ellas; esta medida fue utilizada para hallar los porcentajes de cada palabra. Los porcentajes mayores a 20% forman el conjunto SAM. Al realizar este análisis, se obtuvo ciertas cantidades iguales, para lo cual se halló la mediana de cada una de las palabras que pertenecen al conjunto SAM, para definir el orden de las mismas. En el conjunto SAM obtenido se encuentran siete palabras como las mejores definidoras, y sus respectivos porcentajes, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3  
*Grupo SAM*

Orden	Porcentajes	Mediana	Palabra definidora
1	46%	3	Muerte
2	26%	3	Depresión
3	26%	2	Vacío
4	26%	2	Dolor
5	22%	3	Agresión
6	20%	3	Tristeza
7	20%	3	Soledad

Luego del análisis cuantitativo de las RSN, se realizó un análisis cualitativo de las palabras evocadas: de los conceptos que forman el conjunto SAM, se tomó *muerte* como el núcleo debido al porcentaje que la representa, luego la palabra *depresión* que aparece en segundo lugar es tomado como el trastorno de fondo o como factor causal; las demás palabras representan afectos. Del resto de palabras evocadas, se realizó un análisis para el cual se formaron categorías

de palabras con características comunes. Se le colocó un nombre a cada categoría que pudiese expresar el contenido de las palabras que comprendía. Estas categorías son: Abandono-Desamparo, Acabar-Huir, Impulso, Agresión-Culpa, Amor, Autonomía, Ayuda-Contacto, Infelicidad, Caos, Sufrimiento, Depresión-Duelo, Métodos, Patología, Narcisismo, Pobreza, Miedo-Peligro.

En cuanto a las entrevistas realizadas, del discurso de los participantes emergen tres ejes principales; el Paciente, el Terapeuta y su contratransferencia, y el Tratamiento. Para el análisis de cada eje, se han desarrollado también algunas categorías que facilitaron la organización de la información. De esta manera, para analizar las entrevistas realizadas, se empleó un análisis de contenido y se construyeron los ejes temáticos y sus categorías a partir de la información recopilada, como propone González Rey (2006) y se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4  
*Ejes temáticos*

Eje	Categoría
El Paciente	Pulsión de muerte
	Violencia
	Dificultad de representación
	Dolor mental
	Desesperación
El Terapeuta y su contratransferencia	Estado mortífero
	Sentido del deber
	Experiencia de situaciones límites
	Enfrentar la posibilidad de muerte
	Pena y soledad
	Angustia y temor
	Impotencia
	Rabia
	Culpa
Esperanza	
El Tratamiento	Fenómeno multicausal
	Intervención multidisciplinaria
	Recursos
	Familia como obstáculo
	Mayor demanda del paciente
Tarea del terapeuta	

A continuación, a partir de la información recogida por las entrevistas, se realizó un análisis de contenido y se encontraron los siguientes resultados organizados por categorías. Se aludirá a *pacientes* haciendo referencia a aquellos pacientes con ideaciones o intentos de suicidio; asimismo, se aludirá a *psicoterapeutas* para hacer referencia a aquellos psicoterapeutas de formación psicoanalítica que hayan tenido contacto con pacientes con intentos e ideaciones suicidas. Además, se hará uso de viñetas que ayudarán a ejemplificar los temas señalados.

## **Eje I: El Paciente**

### **Pulsión de muerte**

*“...el suicida es el que se murió y no hay cómo preguntarle qué pasó (...) y ese sí tiene una pulsión de muerte o una relación con la vida imposible, yo creo que es eso (...) los suicidas no llegan a terapia, los suicidas se matan...”*

(Sujeto 1, entrevista)

Se piensa al suicida como alguien que tiene una relación imposible con la vida; de manera que aquel que quiere quitarse la vida lo puede lograr inevitablemente. Asimismo, los psicoterapeutas definen el suicidio como un fenómeno cargado de pulsión de muerte, y se considera que estas personas no llegan a terapia, y que la destructividad que llevan dentro no se puede impedir, y esto se impone a la vida.

*“...sabemos que psicoanalíticamente el que quiere suicidarse, yo creo que tarde o temprano lo va a lograr. Esa sí es mi postura, yo pienso que un suicidio real no se puede impedir, que la persona que trae esa pulsión de muerte en su mente suicida lo va a lograr, va a tener éxito”.*

(Sujeto 8, entrevista)

Cabe destacar que este contenido ha sido evocado por la mayoría de los sujetos al inicio de las entrevistas.

## **Violencia (Pulsión agresiva)**

Se piensa acerca del suicidio también como un acto de incommensurable violencia, en el cual la agresividad está dirigida hacia un objeto, que puede ser interno o externo. Asimismo, este otro puede incorporado en la misma persona, de manera que los pacientes suicidas quieren acabar con ello y se da la autodestrucción.

*“A aquello que yo tengo incorporado dentro mío, la persona amada..., lo que sea, que ya se murió, que ya me dejó, la mato, y de paso me mato yo; como te decía eso es una cosa psicoanalítica”.*

(Sujeto 4, entrevista)

Por otro lado, el objeto puede ser externo, una figura del entorno del paciente, de manera que el acto suicida se realiza con la intención de agredir o destruir a este otro, que puede ser directamente la familia, o incluso a la figura del psicoterapeuta también.

*“...yo creo que en la mayoría de los casos, (...) yo creo que están tratando de agredir a alguien; que mi mamá se friegue, o este chico que no me quiso, ahora lo voy a fregar, y en este intento por fregar a otro, se fregaron...”*

(Sujeto 2, entrevista)

*“...somos entonces violentamente blancos de la agresión del paciente, nos agrede a nosotros, pero lo que queda claro o es importante que no nos agrede a nosotros como personas sino lo que representamos, esos objetos que no le dieron a estas personas lo que debieron haberle dado en el momento adecuado para que pudiera vivir el mundo de un modo distinto...”*

(Sujeto 3, entrevista)

Cabe resaltar que cuando se piensa el suicidio como un acto violento en el cual se quiere agredir a un otro, sea interno o externo; la agresión es manifestada o externalizada. De esta manera, los psicoterapeutas pueden trabajar sobre ella, y tratar de comprender de dónde viene, e

impedir que se realice el suicidio en sí. También se piensa que en estos casos, el fin no es la muerte, sino el desfogue de esta carga agresiva.

*“La parte desconectada de esta chica es que ella no iba a hacer algo, entonces entre... de repente quería jalar o llamar la atención de los papás, o descargar, preocuparlos, descargar su enojo, su impotencia ¿no? Frente a que los papás que le habían llamado la atención (...) esta chica hizo esta desconexión y era una verdadera salida pero no salida (...) ahí es donde empieza a resignificar. Es parte del proceso, digamos...”*

(Sujeto 7, entrevista)

### **Dificultad de representación (Actuación)**

También los psicoterapeutas consideran el suicidio como un acto impulsivo que se da a raíz de una dificultad para poner en palabras lo que el paciente puede estar padeciendo o sintiendo. De esta manera, al no poder conectarse con sus afectos, el dolor o sufrimiento que viven, no logran ponerle palabras, y termina siendo llevado al acto. Asimismo, estas actuaciones de carácter impulsivo llegan a ser peligrosas, pues tratan de llevar a flote todo el afecto desconectado, pero la intensidad con la que se llevan a cabo, no es medida. Además, muchas veces el psicoterapeuta está llamado a ser parte de estas puestas en acto.

*“...existe una gran impulsividad ante una situación, ante la cual el paciente o persona no puede colocar nombre o encontrar palabras a lo que le sucede, entonces tras una acción o una puesta al acto es que sucede este tipo de episodio...”*

(Sujeto 5, entrevista)

### **Dolor mental**

El suicidio es definido por los psicoterapeutas también como la búsqueda de liberación de un dolor o sufrimiento interno que es vivido de manera intensa y extrema. Este dolor se puede pensar como dolor mental (Schneidman, 2010), que comprende una serie de afectos como

desesperanza, pena, soledad, angustia, miseria, vergüenza, culpa, humillación, entre otros. Se piensa además, que la mente de estos pacientes no puede contener estos afectos, por lo que la inundan. De manera que a causa de este dolor, que se vive como intolerable, como un sufrimiento interno muy grande, los pacientes buscan una salida, como el suicidio.

*“Es difícil definirlo con una sola palabra, podría ser desde un acercamiento por el lado de la depresión de la melancolía, el acabar con el sufrimiento interno (...) responde a un sufrimiento interno muy grande y un ataque a uno mismo”.*

(Sujeto 6, entrevista)

*“Suicidio” es una palabra que abarca muchísimo, pero si pienso en las implicancias de lo que significa sería anudar la muerte con la libertad. Pienso que las personas en desesperación total que cometen suicidio lo que están buscando es ser libres del dolor que los aqueja, de la desesperación que los envuelve, de aquello que no saben cómo manejar, ni cómo soportar”.*

(Sujeto 8, entrevista)

## **Desesperación**

También, el suicidio es pensado por los psicoterapeutas como un acto de desesperación, un momento límite al que llegan los pacientes, en el cual la única salida que encuentran es el suicidio. Se piensa como un instante en el que los pacientes se sienten realmente vacíos, y pierden el sentido de su existencia; se pone en juego una sensación de impotencia frente a lo cual se actúa de manera desesperada.

*“...qué hay en estas personas que se suicidan ¿no?, creo que tiene que haber llegado a un momento límite ¿no? De repente de desesperación, por un lado que es la parte más impulsiva. (...) hay como una desesperación, como una sensación de impotencia; entonces, es como que actúas impulsivamente”.*

(Sujeto 7, entrevista)

*“... [El suicidio es] cuando una persona pierde sentido de su existencia, cuando una persona está en una situación de desolación tal que no hay ninguna manera de encontrarle algún sentido a alguna cosa de la vida, pero sobre todo cuando una persona tiene la certeza de que no vale absolutamente nada para nadie”.*

(Sujeto 3, entrevista)

## **Estado mortífero**

Se piensa el suicidio además como un estilo de vida, donde los pacientes viven colocándose a sí mismos en situaciones de riesgo constantes, y no cuidan de sí mismos. Asimismo, se colocan en una posición de placer al experimentar sensaciones de riesgo, y encontrar al límite entre la vida y la muerte. Los psicoterapeutas lo piensan también como acciones masoquistas por parte de los pacientes, que a la vez que les genera placer, los hace sufrir pues los dañan, y se juega con la idea de muerte.

*“...una posición gozosa con la muerte, gozas con la fantasía de la muerte y eso te exime de responsabilidades y de generar recursos para seguir viviendo, no hay mucha intención en eso (...) es algo inconsciente...”*

(Sujeto 1, entrevista)

*“...porque por su estilo de vida ha encontrado una manera de vivir de tal manera que no se cuida, entonces en el fondo si no se va a matar activamente como ya varias veces lo ha intentado hacer, va a terminar muriendo por algún tipo de enfermedad o complicación física producto de lo poco o mal que se cuida...”*

(Sujeto 3, entrevista)

*“...un suicidio psíquico, eso se ve en la clínica muy a menudo, pacientes que continúan en una acción muy masoquista y los hace sufrir muchísimo e incurrir a un tipo de daño que ellos mismos elijen...”*

(Sujeto 5, entrevista)

## **Eje II: El Terapeuta y su contratransferencia**

### **Sentido del deber**

Se alude a los sentimientos de duda y angustia en los psicoterapeutas, que se dan a partir de momentos de conflicto por situaciones éticas llevadas al límite en el marco del proceso psicoterapéutico con estos pacientes. De esta manera, el terapeuta se encuentra ante situaciones complicadas, donde debe tomar decisiones que ponen en cuestión su sentido del deber. Se ponen sobre la mesa temas como la confidencialidad, el encuadre, sobre todo el cuidado al paciente. Es así, que el trabajo con estos pacientes es considerado como un gran reto, y requiere también el cuidado del mismo terapeuta.

*“... cuando yo creo que ya está en peligro la vida de la persona hay otras cosas que hay que hacer (...)Por ejemplo esto, hable con mi paciente le dije para hablar con su papá, ella no quería y al final la convencí después de trabajar casi un mes, pero con el miedo este...porque además era exponerles a sus papás cómo era ella, lo grave que estaba la hija pero sin contarle en qué estaba metida, porque se supone que uno no puede romper la confidencialidad...”*

(Sujeto 2, entrevista)

*“Totalmente, te pone en jaque desde lo ético, lo legal todo, creo que es bastante complejo, por eso creo que si vienen pacientes así es bien delicado, todo un mundo”.*

(Sujeto 6, entrevista)

### **Experiencia de situaciones límites**

Se reconoce la intervención de los psicoterapeutas como limitada, hacen referencia a sus limitaciones tanto personales como profesionales, y a la importancia de poder darse cuenta hasta qué punto intervenir. Es cierto que con estos pacientes se vive al límite en el proceso terapéutico, pero los mismos psicoterapeutas mencionan la importancia de conocer sus propios límites y



puntos ciegos. Resaltan el poder reconocer y aceptar lo que se puede hacer y lo que no, pensando en el bienestar del paciente y de ellos mismos; de manera que se alude también a la importancia de la supervisión y/o el propio análisis.

*“...yo no era suficiente en ese momento para ayudarla y en cierta forma como se lo dije, era un llamado de auxilio de ella, un llamado de auxilio para que alguien la contenga, yo no estaba siendo suficiente y es importante que uno reconozca como terapeuta que uno no puede, nosotros no somos dioses somos seres humanos y hay que reconocerlo”.*

(Sujeto 2, entrevista)

*“...luego de elaborarlo personalmente y con pares, acaba uno pues aceptando: no pude hacer más...acaba aceptando lo que pudo hacer y lo que no pudo hacer (...) lo hace sentir a uno sus limitaciones eso es muy importante tenerlo presente sus limitaciones, hago todo lo que puedo, más no, pero saber que se hizo todo lo que se pudo... ahí hay eventualmente un reanálisis o una supervisión”.*

(Sujeto 4, entrevista)

## **Enfrentar la posibilidad de muerte**

En el trabajo psicoterapéutico con pacientes con intentos o ideaciones suicidas, es recurrente que estos pacientes lleven a consulta contenidos de muerte y la posibilidad de llevarla al acto. De esta manera, el terapeuta se encuentra ante la posibilidad de una muerte real por parte del paciente, lo cual lo moviliza y esto le dificulta la tarea de pensar y trabajar en esto. Sin embargo, es de suma importancia que el terapeuta pueda reconocer este material, no negarlo, prestarle atención, ponerse alerta y trabajar de manera intensa con él.

*“El suicidio es un tema que moviliza mucho porque el temor más grande que tiene el ser humano es la muerte, el fin de la vida, todo lo que significa la no trascendencia, entonces estas personas que están en el ámbito del suicidio, sea como práctica sea como ideación, nos angustian, esas personas nos angustian, porque nos*

*están planteando aquello que el ser humano está tratando siempre de evadir, que es la idea de la muerte o la muerte en sí misma”.*

(Sujeto 1, entrevista)

*“...a una la pone sobre alerta sabiendo que sí es una posibilidad y que existe y que la muerte ronda ¿no?”*

(Sujeto 5, entrevista)

Además, no solo se movilizan con las ideas de muerte que trae el paciente, sino que, a su vez, esto los lleva a enfrentar sus propios contenidos y fantasías de muerte. De esta manera, pueden llegar a sentir que estos pacientes invaden sus espacios privados, pues lo llevan a pensar en ellos mismos y sus propios entornos personales o familiares.

*“...lidiar con eso es bien movilizante, genera bastante temor, como persona misma porque te enfrenta a tus ideas de muerte, sino también como profesional porque es uno de los terrores que uno tiene, que un paciente termine con su vida mientras está viniendo a la sesión ¿no?”*

(Sujeto 6, entrevista)

*“...en mi caso, en términos particulares, sentimos al tener hijos más o menos de esas mismas edades... sí me asusta también poder darme cuenta que en algún momento, quien sabe, en casos parecidos, alguien cercano pudiera tomar una decisión de esa naturaleza...”*

(Sujeto 5, entrevista)

También, se da la posibilidad de que el psicoterapeuta se movilice tanto de manera que se identifique con el contenido de muerte y la posibilidad de la misma desde su trabajo en el consultorio. Así, el terapeuta no solo reconoce la posibilidad de la muerte real, sino que se moviliza con esta y experimenta la sensación desde su práctica analítica.

*Bueno [la muerte] está presente todo el tiempo, son pacientes que viven más con tánatos que con impulso de vida y a uno también lo mueven más desde eso, desde la muerte, y te obliga a pensar en eso, a uno lo mueve todo el tiempo, está en el ambiente...*

*creo también que a mí me movilizó mucho el tema y tanto así que te deja un poco... luego de las sesiones te dejan, no muerta, pero sí con esta cuestión como inerte y que por eso creo que es importante supervisarlos, pero sí creo que el tema ronda en el discurso de estas personas, es cómo ven las cosas...”*

(Sujeto 6, entrevista)

## **Pena y soledad**

Se identifican sentimientos de pena, soledad e incluso desolación en el trabajo y vínculo con pacientes con riesgo suicida. Los psicoterapeutas reconocen que estos afectos se movilizan con estos pacientes, se sienten conmovidos, y apenados frente a la soledad o desolación de los pacientes, pero al mismo tiempo llegan a sentirse de esta manera desde su trabajo.

*“Ahora, el sentimiento que yo tengo (...) es de desolación, es como que la persona no ha podido... no ha encontrado otra alternativa, en ese momento se desconectó”.*

(Sujeto 7, entrevista)

*“...cuando tenía intentos toda la familia se movilizaba, pero si no había eso, todo el mundo tenía cosas que hacer, y sí es entendible, pero por ratos a mí me daba mucha cólera y yo sentía esta sensación que había sentido ella de soledad de desvalimiento también desde mi trabajo, nadie me está ayudando, sí se mueven muchas cosas”.*

(Sujeto 6, entrevista)

## **Angustia y temor**

Los psicoterapeutas reconocen también sentimientos de temor y angustia vividos de manera extrema con estos pacientes. Asimismo, el experimentar al límite estos afectos, que son experimentados por los mismos pacientes también, no les permite pensar, y se produce una suerte de parálisis en los terapeutas. Además, el temor y la angustia se viven de manera intensa, y muchas veces se expresa también como una extrema incertidumbre frente al proceso, donde no

se sabe qué hacer más allá de la teoría, la técnica; sino que los afectos inundan de una manera que le ganan a estos aspectos.

*“Yo creo que una de las cosas más imperantes es que después de todo uno sabe poco, un paciente así te muestra que por mucho que intentes, por mucho que hagas, por mucho que leas, por mucho que supervises o buen análisis que tengas, siempre falta, hay mucho por saber (...) porque son situaciones que te ponen frente al límite en la incertidumbre total...”*

(Sujeto 3, entrevista)

*“Creo que es un tema que por más que uno...yo no he tenido muchos casos, pero por más que uno pueda pensar que está preparado, que sabe al respecto, no creo que sea así, porque más allá del tema teórico... porque lidiar con eso es bien movilizante, genera bastante temor...”*

(Sujeto 6, entrevista)

*“...no he podido dormir en la noche temiendo que se suiciden con una sobredosis, o cortándose o finalmente haciendo el acto final (...) Entonces, eso me tenía bastante preocupada, eso sí me tomó totalmente mis afectos, mis pensamientos, lógicamente tenía que recurrir a más ayuda (...) Entonces, podía ver, podía respirar la angustia de este chico, podía sentir su desesperación...”*

(Sujeto 8, entrevista)

## **Impotencia**

Otro afecto que se vive de manera intensa en el trabajo con pacientes con intentos e ideaciones suicidas es la impotencia. La impotencia vivida como frustración también, pues llegan a un punto en el cual los psicoterapeutas no saben qué puede pasar con sus pacientes fuera de la consulta, donde ellos ya no tienen el control del proceso. Sin embargo, la responsabilidad sí los acompaña fuera del espacio terapéutico por más que lo que pase esté fuera de sus manos.

*“...me ponen en una situación difícil, de impotencia, porque me está dejando toda la angustia y toda la preocupación de que él o ella se va y que yo no sé qué va a pasar*

*(...) Y esta impotencia que me genera porque también es que yo no voy a poder controlar lo que ellos vayan a hacer ¿no es cierto?, yo lo voy a poder acompañar si vienen, si me llaman los voy a poder escuchar, pero si ellos pasan al acto yo no... ”*

(Sujeto 7, entrevista)

*“...fuera de lo que pasa acá, yo no sé mucho lo que pasa afuera salvo lo que los pacientes me cuentan, entonces es bien frustrante, una sensación de impotencia, yo no puedo hacer mucho, la intervención es limitada, es bien frustrante...”*

(Sujeto 2, entrevista)

## **Rabia**

Los psicoterapeutas experimentan rabia frente a diferentes situaciones en relación a pacientes suicidas; rabia frente al escenario real de los pacientes, su situación de desolación y desamparo muchas veces, rabia frente al entorno de los mismos, y a la falta de apoyo y comprensión de este.

*“...las personas que juzgan a estas personas con inclinaciones suicidas, (...) los que lo hacen desde: “pero siempre se puede luchar”, “pero siempre hay una salida”, seriamente no entienden lo que estas personas, que ya decidieron matarse, no pueden solucionar”.*

(Sujeto 1, entrevista)

O por otro lado, se experimenta también rabia frente al intento de suicidio o el suicidio real, y el dolor que queda para la familia que queda.

*“Pero lo que deja a sus generaciones es una cosa bien fuerte, bien fuerte, a mí me produce rabia lo que deja a la persona. Y creo que acompaña a varias generaciones...”*

(Sujeto 7, entrevista)

## Culpa

Otro afecto que se moviliza en el marco de las intervenciones con pacientes que presentan intentos e ideaciones suicidas es la culpa. Los psicoterapeutas presentan afectos y fantasías de culpa y castigo frente a la posibilidad de una muerte real por parte de sus pacientes. Se cuestionan acerca de su intervención, sobre qué podrían haber hecho, o si están traicionando a un paciente cuando es necesario que la intervención se lleve a otro nivel.

*“...y te vas a sentir a morir como murió tu paciente, realmente mal porque te vas a culpar de cuántas cosas pudiste haber hecho y no hiciste. Si una persona normalmente cuando se muere alguien, en el proceso de duelo, se culpa, imagínate cuanto más puede culparse un terapeuta que ha vivido estas situaciones teniendo al menos técnicamente los instrumentos para poder hacer algo”.*

(Sujeto 3, entrevista)

*“Entonces para mí es toda una gama de posibilidades, como lo impacta a uno terriblemente, siempre con una sensación de impotencia...como no preví como no pude hacer algo... lo que es mi caso, ahora no creo en nadie, preferible es prevenir, cuando hay un paciente así que tiene estas ideas...”*

(Sujeto 4, entrevista)

*“...al final cuando yo decidí con ella que era mejor hablando con los padres, para ayudarla y que era mejor que se saliera de acá temporalmente para irse a otro lado, yo pensaba que ella podía pensar que yo la estaba traicionando o dejarla de lado (...) [me sentí] fatal porque sí sentía que la estaba traicionando (...) yo sentía que si ella se iba, ella iba a volver a cerrarse, entonces nada, yo sentí sí que la estaba traicionando...”*

(Sujeto 2, entrevista)

## Esperanza

Por último, es importante resaltar que a pesar de todos los afectos que se movilizan de manera contratransferencial con estos pacientes, los terapeutas sienten que en ellos y en el

vínculo se encuentra la esperanza para la “cura” del paciente. La oportunidad y la posibilidad de que el paciente pueda salir del sufrimiento y pueda encontrarle sentido a su dolor se encuentra en el terapeuta y lo que este pueda hacer por el paciente. De esta manera, se da un sentimiento esperanzador que recae en su rol como terapeutas.

*“...ese “ya no jalo” es la evidencia de que vivir es durísimo y que nos cuesta muchísimo y que tenemos momentos en los que sentimos que no podemos, pero tenemos estos recursos, [en cambio] estas personas nos tienen y sienten que no hay nada más...”*

(Sujeto 1, entrevista)

*“...es como meterte al hueco con ella y darle la mano, no sé cómo expresarlo en palabras, pero es a la vez aterrador (...), pero por otro lado es bien bacán acompañar a alguien ahí y como que ayudarlo a pasar eso o acompañarlo simplemente y la persona se siente acompañada, transite por eso y de ahí sale. Porque sale. Lo único que realmente necesitan, (...) si están dándole vuelta al tema del suicidio, y estas personas necesitan mucha compañía y mucha contención y nosotros se la damos y es bien bonito, bonito pero aterrador son las dos emociones juntas, es bacán”.*

(Sujeto 2, entrevista)

*“...la función casi de “yo auxiliar” la he cumplido yo en los 3 años y medio (...) la función mía ha sido como prestarle mi mente y esta función... esta parte del yo que ella no podía integrar, no podía funcionar; y que los padres no le estaban dando”.*

(Sujeto 7, entrevista)

## **Eje III: El Tratamiento**

### **Fenómeno multicausal**

Para empezar, el grupo reconoce que el fenómeno del suicidio es un fenómeno multicausal; es decir, que este no es causado por un solo factor, sino que puede deberse a diversos componentes o causas. De esta manera, se asocia este fenómeno con diversas enfermedades o trastornos mentales como: la depresión, el consumo de drogas, estructura de

personalidad limítrofe, la esquizofrenia, narcisismo, bipolaridad, psicosis, entre otros. Asimismo, se nombran algunos tipos de suicidio: por vergüenza, por humillación, por dolor, por impulsividad, por desesperación, por odio, etc.

*“...hay muchas causas (...) pero si hay un suicidio, vamos a decir químicamente puro, es un asesinato. (...) Pero no es la única causa: si soy una esquizofrénica y escucho una voz que me dice mádate, me mato; si estoy en una situación de extrema desesperación, (...) entonces no hay una única causa”.*

(Sujeto 4, entrevista)

### **Intervención multidisciplinaria**

Además, teniendo en cuenta que el fenómeno del suicidio es originado a partir de diversas causas, los participantes del grupo coinciden en que con estos pacientes se debe trabajar de manera multidisciplinaria. Es decir con un equipo de apoyo, donde se involucre a un psiquiatra, y a la familia principalmente. Asimismo, si es necesario el internamiento este debe realizarse bajo un trabajo en conjunto también.

*“... primero ayudándolos multidisciplinariamente, es necesario que se convoque a un médico psiquiatra adecuado que ayude químicamente a controlar los impulsos, manejar temas vinculados a carácter depresivo pero en la parte dinámica (...) trabajar mucho con la familia...”*

(Sujeto 3, entrevista)

*“...hablando con los papás decidimos que era mejor que ella entrara a una institución donde la vean, porque durante todos estos años yo trabajé con el psiquiatra, trabajamos juntos, y al final cuando esto pasó, decidimos con los padres y con el psiquiatra que ella estuviera institucionalizada para que la vea un grupo de gente ya interna, era más sano para ella...”*

(Sujeto 2, entrevista)



## Recursos

Además del abordaje interdisciplinario, los psicoterapeutas mencionan otros recursos que ellos encuentran para la intervención con estos pacientes. Desde recursos indispensables como la supervisión, la formación teórica y el propio análisis; como otros recursos en los que se pueden apoyar, como la misma familia, las pruebas psicológicas, los acompañantes terapéuticos, e incluso la derivación.

*“...alguien que se dedique a esto, requiere estar bien analizado, bien trabajado su mundo interno y bueno ser una persona que tenga una buena formación teórica y una muy buena supervisión para este tipo de situaciones, aquí se necesita un trabajo de equipo así el paciente no sepa que hay un equipo detrás”.*

(Sujeto 3, entrevista)

*“El primero [recurso] diría yo, que es más importante serían los psicofármacos: el psiquiatra. (...) Pero después están las redes psicoterapéuticas, alguna psicoterapia de grupo, la familia, acompañantes calificados, dependiendo del grado de la persona en cómo se encuentra ¿no?, qué pensamos nosotros, como terapeutas (...) pero también estamos frente a un ser humano, frente a un ser humano que está expresando algo y que como terapeutas tenemos que acudir a eso, ya sea tomándolo, derivándolo, pero no se le puede dar la espalda a este tipo de sufrimiento”.*

(Sujeto 8, entrevista)

*“Yo no creo en nadie, siempre voy a pensar lo peor, voy a tratar que la cosa no vaya por ahí, pero lo voy a pensar lo voy a hablar, pruebas psicológicas, meditación, psicoterapia, ayuda familiar, todo (...) y las pruebas psicológicas me van a orientar por dónde va...”*

(Sujeto 5, entrevista)

## Familia como un obstáculo

A pesar de que muchas veces las familias de estos pacientes representan un recurso para el terapeuta, y estos pueden apoyarse en ella para pensar en la mejora del paciente; en otras

ocasiones más bien son un obstáculo, o puede no haber un entorno familiar. Muchas veces se podría pensar incluso, que son la causa de porqué el paciente se encuentra en el estado en el que está.

*“...en su caso el gran problema era el apoyo familiar, entonces era una búsqueda constante (...) yo buscaba era el soporte familiar pero no era el caso, ella tenía una depresión severa, pero no tiene apoyo, no tiene soporte, la mamá trabaja de lunes a sábados y son estos momentos cuando está sola tiene estas conductas, en su caso ha sido más difícil porque a pesar que tenía su espacio de terapia, su psiquiatra que la veía en estos momentos con bastante frecuencia ella se sentía muy sola, en su caso el tema del apoyo existía y no existía, la mamá se ocupaba de ella por el teléfono pero la mayor parte estaba sola y eso no ayuda en su tratamiento”.*

(Sujeto 6, entrevista)

### **Mayor demanda de los pacientes**

Asimismo, se evidencia cómo, por parte de estos pacientes existe una mayor demanda, sea únicamente por parte estos, o además de su entorno; y esto, a su vez, exige una mayor disponibilidad por parte del terapeuta. Estos pacientes representan una dificultad para los terapeutas, y el vínculo se vuelve complejo y generan una preocupación más allá de la consulta. Es por ello también, que el psicoterapeuta debe ser consciente de la disponibilidad que le es demandada, y saber hasta qué punto está dispuesto a involucrarse.

*“...en este caso en particular... no tanto la paciente, sino un poco la familia que se preocupaba y demandaba porque ella no me llamaba sino la mamá, y la mamá lo traducía como ya me está torturando otra vez entonces sí siento que es bastante demanda porque no es solo la de la paciente sino también la de la familia”.*

(Sujeto 6, entrevista)

*“... ¿qué tan dispuestos estamos a hipotecar tal vez el resto de nuestra vida en un vínculo que tenemos que seguir sosteniendo?, porque si sacamos adelante a una persona*

*con estas condiciones, nos vamos a transformar en ese personaje de tal nivel de importancia, que el vínculo de una u otra forma, así no continúe el proceso terapéutico se sostiene a lo largo del tiempo, y esa persona va a seguir convocándonos de una u otra forma, nos llama, citas esporádicas, en fin...”*

(Sujeto 3, entrevista)

## **Tarea del terapeuta**

Por último, el grupo considera que su tarea como psicoterapeutas es la de ayudar al paciente a poder entender de dónde viene su dolor, y también poder cambiar su manera de vincularse, y mediante el vínculo terapéutico poder mostrarles un camino diferente. Hacen referencia además a la transferencia, y como a través del trabajo con esta, pueden ayudar a los pacientes a elaborar o resignificar vínculos y encontrarle un alivio y sentido a su dolor.

*“...entonces yo creo que el sentir del terapeuta es muy importante porque es la única forma de que esta transferencia se haga viva, de que el vínculo ayude a que el paciente pueda salir de este daño...”*

(Sujeto 5, entrevista)

*“...en la transferencia, el vínculo transferencial eso se tiene que revertir de alguna manera porque tiene que darse que cuenta de que para nosotros sus terapeutas es importante (...) uno ofrece una alternativa, si uno muestra ayuda, a encontrar alternativas, la alternativa está pero para eso uno tiene que mostrar un modelo de vínculo diferente y ser para ese paciente un modelo de vinculo distinto a lo que ya conoce...”*

(Sujeto 3, entrevista)

*“Fuimos trabajando eso hasta que él se pudo ir con una re – elaboración de que también uno se podía ir para crecer y para buscar vida y no necesariamente para suicidarse (...) Entonces, es como que él pudo dar ese salto hacia la vida y no quedarse pegado a...”*

(Sujeto 7, entrevista)



## Capítulo 4. Discusión

El presente trabajo tiene por objetivo explorar los significados construidos en torno al suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos de un centro de formación en Lima.

La información recogida con los pacientes y sus psicoterapeutas permitió generar una red semántica compuesta de siete palabras que definen el suicidio, a partir de los alcances subjetivos de los participantes. Estas son: muerte, depresión, vacío, dolor, agresión, tristeza y soledad. Es así que la muerte presenta el mayor peso semántico, ocupando un lugar central y se convierte en un sinónimo del suicidio; en tanto que la depresión toma un lugar secundario, y no se piensa en ella y el suicidio como una relación causa-efecto. Los demás afectos evocados se toman como causas, aspectos que podrían llevar a la muerte.

Los conceptos evocados a partir de las redes semánticas naturales son mencionados también por los mismos psicoterapeutas a lo largo de sus entrevistas, de manera que la información se discute de forma integrada y organizada según los ejes de análisis que emergieron en el discurso de los mismos. Asimismo, el modo en que los terapeutas definen y comprenden el fenómeno del suicidio, dirige la manera en que estos se posicionan frente a sus pacientes, cómo trabajan en el tratamiento con los mismos, y viceversa. De esta manera, la información se presenta bajo tres ejes principales: el paciente, el terapeuta y su contratransferencia, y el tratamiento.

En cuanto al primer eje, el paciente, el concepto de muerte es evocado con gran importancia mediante las redes y en la entrevista. De manera que resulta relevante mencionar que en otros estudios revisados en cuanto a la polisemia, las representaciones sociales del

suicidio, y la relación entre conducta suicida y muerte, se observa que este concepto se evoca como un término que no puede ser tratado de forma aislada de la vida (Ballesteros et al., 2010; Giraldo, 2008; Inquilla, 2013; Pérez & Cortés, 1996). Se conciben ambos términos como complementarios; se piensa que no se puede concebir la vida sin la muerte y viceversa (Giraldo, 2008). De esta manera, en la presente investigación los psicoterapeutas aluden a este concepto como una de las diversas maneras de comprender la conducta suicida en sus pacientes, para lo cual hacen referencia a la teoría psicoanalítica para explicar procesos del mundo interno y dinámicas inconscientes. El término de pulsión de muerte evocado se define como: “(...) pulsión que se contrapone a la pulsión de vida y tiende a devolver al ser vivo al estado inorgánico. La pulsión de muerte se dirige primeramente hacia el interior y tiende a la autodestrucción (...)” (Laplanche y Pontalis, 2004, p. 337).

El concepto de muerte no solo se toma en cuenta para aludir a la presencia de la misma, sino que al ser conscientes de la posibilidad de muerte que se vive con sus pacientes, las experiencias para con ellos se viven de manera más intensa sintiéndose incluso más involucrados en el aspecto profesional y personal. Además, los psicoterapeutas reconocen que estos contenidos los llevan a enfrentar sus propias fantasías de muerte. Frente a esto, se conoce que el pensamiento sobre la muerte al hablar de suicidio resulta necesario pues permite tomar conciencia de la finitud y de la propia muerte (Ballesteros et al., 2010). Además, la manera en cómo se concibe o se piense la muerte influirá en el potencial suicida y en la idea que se tiene sobre el suicidio (Pérez & Cortés, 1996).

De esta manera, se puede pensar que el concepto de muerte está ligado al fenómeno del suicidio de modo natural; sin embargo, las formas en cómo esto se piensa o se vive puede variar

según cada individuo y su modo particular de contactarse con los afectos que suscitan las diversas experiencias, como en el caso de los psicoterapeutas.

Asimismo, en contraste con otros estudios en los cuales se evocan diversos significados respecto al fenómeno del suicidio, se puede ver que coinciden al evocar como idea fundamental la visión tradicional de Freud (1920) del suicidio como parte del homicidio (Gabbard 2002; Inquilla, 2013). También, se hace alusión al concepto de agresividad, la cual se entiende como la manifestación de pulsión de muerte que encuentra su expresión en el suicidio (Inquilla, 2013; Laplanche & Pontalis, 2004). Además, se relacionó la conducta suicida con el dolor mental o dolor psicológico, que podría expresarse a manera de crisis psicológica y conflicto emocional (Inquilla, 2013; Schneidman, 1993). Por último, se indagó otros trabajos que hacen referencia a la conducta suicida como un estilo de vida, donde se está en continuo riesgo (Gutiérrez, 1999; Joseph 1989).

De modo que se logra visualizar que para el grupo de psicoterapeutas, el concepto de muerte toma un lugar importante; lo cual va de la mano con lo encontrado y la relación entre el concepto de suicidio y el de muerte. También, se podría inferir que en esta población en particular, el concepto de muerte cobra sentido junto al suicidio por las propias experiencias de los participantes, dada la naturaleza de su quehacer profesional. Es decir, que tanto las experiencias personales como profesionales y terapéuticas, los acercan a la idea de muerte cuando se piensa en el fenómeno suicida. Puesto que además de su experiencia profesional en sí, el espacio terapéutico es un espacio que por las características de contención y confidencialidad, propician que los pacientes compartan temas como la muerte.

En cuanto al segundo eje, el psicoterapeuta y su contratransferencia, se evocaron diversos afectos. El conocimiento, la comprensión y el tratamiento de los afectos tomaron mayor

importancia en el plano de lo psicoanalítico debido a que la transferencia y la contratransferencia implican procesos emocionales (Yildiz, 2006).

Los afectos son estados emocionales que pueden ser penosos o agradables, y se presentan de forma masiva o con una tonalidad general (Laplanche y Pontalis, 2004). Son, al mismo tiempo, procesos de descarga placenteros y displacenteros que prestan al afecto su tono dominante, con diferentes matices (Yildiz, 2006). Por lo anterior, en este estudio se aludió a la contratransferencia como concepto psicoanalítico que se refiere al conjunto de reacciones inconscientes del analista frente al analizado y frente a la transferencia. Esta es una herramienta útil para comprender al analizado (Ferretti, 2005; Laplanche y Pontalis, 2004).

Los afectos evocados se clasificaron en placenteros (esperanza) y displacenteros (dolor, vacío, pena, soledad, angustia, temor, impotencia, rabia, culpa), los cuales se vivencian a partir de la contratransferencia con los pacientes.

Los aspectos contratransferenciales se viven intensamente, de manera que la presencia y la disponibilidad confiable de los psicoterapeutas para con estos pacientes se vuelve imprescindible. Al mismo tiempo, este vínculo representa un reto para los psicoterapeutas, quienes requieren identificar, tolerar y elaborar emociones, experiencias y afectos

que sus pacientes les suscitan y que podrían ser un obstáculo en el tratamiento, pues se enfrentan a decisiones difíciles en las que se ponen en juego lo ético, su responsabilidad y su sentido del deber.

A diferencia de otras investigaciones, en esta se planteó la idea de que la contratransferencia con pacientes suicidas resulta más compleja debido al sinnúmero de emociones que intervienen en una situación límite (Corveleyn, 1998; Dedios, 2010; Flechner, 2000; Fridlenderis y Levy, 2004; Gabbard, 2002; Kernberg, 1987; Silveira y Soarez, 2007).



Del mismo modo, los psicoterapeutas hicieron referencia no solo a sus limitaciones personales y profesionales y al cuidado del paciente y de ellos mismos, sino que aceptaron lo que pueden y no pueden hacer en la intervención. Incluso revelaron que sienten la inundación de estos afectos que vienen de los pacientes y que los confrontan con sus propios afectos y experiencias. Algunos estudios aseguran que personas que han cometido suicidio o que piensan en él experimentaban emociones como las que los psicoterapeutas mencionan (Ballesteros et al., 2010; Giraldo, 2008; Schneidman, 1993; Valdivia, 2014).

Por otro lado, los psicoterapeutas manifestaron un afecto positivo en la contratransferencia con estos pacientes, traducido como esperanza. Bajo esta idea, se perciben a sí mismos y al vínculo como un recurso indispensable para la terapia y para la vida del paciente. Reconocen en el vínculo la esperanza del paciente y la oportunidad de revertir el camino que han tomado, dándole sentido a lo que les ocurre (Gabbard, 2002).

En contraste con otros estudios, se observó que el vínculo terapéutico constituye un factor importante para su mejora, en términos de salud. El primer paso en estos tratamientos es el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica (Bedics, Atkins, Harned y Linehan, 2015; Briggs et al., 2012; Fukumitsu, 2014; Gabbard, 2002).

Por último, se encontró que los participantes evocan esta gama de afectos, pues los psicoterapeutas intervienen sobre el aspecto emocional de sus pacientes, convirtiéndose los afectos, los pensamientos y las ideas del paciente en herramientas de trabajo.

En cuanto al tercer eje, el tratamiento, los psicoterapeutas se refirieron a la forma en que intervienen, abordan y entienden su trabajo partiendo de la comprensión de sus pacientes. Asimismo, mencionaron que el suicidio es un fenómeno multicausal, lo cual hace referencia a la

comprensión de la patología detrás del paciente, tomando en cuenta los factores intervinientes a la hora de iniciar el tratamiento.

El concepto de depresión fue significativo en las RSN y relacionado directamente con el suicidio; incluso hay estadísticas que consideran a esta enfermedad como la principal causa de muerte cuando no se recibe atención médica (INSM, 2014; OMS, 2012). Si bien anteriormente se pensaba que la depresión llevaba al suicidio o que todo intento o suicidio consumado era a causa de la depresión, en la actualidad se conoce que existen otras patologías asociadas al suicidio, de modo que no todos los suicidas sufren de depresión, así como las depresiones más severas pueden curarse y tampoco suelen estar acompañadas de elementos causantes del suicidio (Gabbard, 2002; OMS, 2000, 2012; Palacios, Rueda y Valderrama, 2006; Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004; Valdivia, 2014). De esta manera, se piensa que el grupo de psicoterapeutas evoca la palabra depresión reconociendo la relación que existe entre dicha enfermedad y el suicidio; sin embargo, esta no cobra un valor central, de manera que no se asocia como causa efecto.

Otro aspecto importante de la intervención con estos pacientes, es el trabajo multidisciplinario; donde se cataloga como necesario el trabajo en equipo por parte de diferentes profesionales. Esto se evidencia también a partir de diversos estudios revisados, donde menciona que la efectividad del tratamiento para con estos pacientes es mayor cuando se interviene desde diversos enfoques como el psiquiátrico y el terapéutico (Fernández & Rodríguez, 2008; Gabbard, 2002; Gómez, 2012; Kernberg, 1987; Mejías, García-Caro, Schmidt, Quero, & Gorlat, 2011; Valdivia, 2014). Se encontró también que otro punto sustancial son los recursos que los psicoterapeutas encuentran para poder intervenir con estos pacientes. Al respecto, varios autores mencionan que la contención para el propio psicoterapeuta psicoanalítico vendría a estar en la

supervisión clínica, que tiene como propósito el enseñar y no analizar, acompañar al terapeuta en su labor para que pueda trabajar también en su contratransferencia (Palacios, 2002). Además, los psicoterapeutas mencionan que resulta importante tener en claro su tarea, la cual se centra en ayudar al paciente a poder entender de dónde viene su dolor, y también poder cambiar su manera de vincularse, y mediante el vínculo terapéutico poder mostrarles un camino diferente. En contraste con la bibliografía revisada, se menciona que la tarea del psicoterapeuta sería comprender el significado inconsciente del síntoma del paciente en tanto intento de solución, reconocer los deseos del paciente, estar disponible y brindarle la objetividad que necesita. Además, presentar una escucha empática, pero estando atento a las necesidades del otro, y no colocando los propios significados (Melo Vega, 2014; Winnicott, 1947).

En cuanto a las implicancias de la presente investigación, resulta importante entender la construcción de los significados en torno al suicidio debido a que en esta convergen distintos elementos del mundo externo e interno de cada psicoterapeuta psicoanalítico (Arcila et al., 2009). De esta manera, entran en juego las propias experiencias a nivel personal, profesional y los afectos que se movilizan en cada persona. Así, los significados que los psicoterapeutas otorgan a este fenómeno funcionan también como símbolos que permiten pensar y desarrollar la emocionalidad de las relaciones humanas (Meltzer & Harris Williams, 1990). Asimismo, se podría inferir que el suicidio tiene un significado diferente para cada persona (Blumer 1982, como se citó en Giraldo, 2008).

Los psicoterapeutas emplean el significado como una forma de dar sentido y comprender el fenómeno del suicidio; es así que de esto, se puede inferir que los significados evocados por los psicoterapeutas, representan un medio para entender los afectos involucrados en las experiencias que viven los psicoterapeutas psicoanalíticos con pacientes con ideaciones o

intentos suicidas. También, la importancia de conocer los significados respecto a este fenómeno en particular recae en explorar y entender cómo la construcción de dichos significados en cada terapeuta los lleva a intervenir con sus pacientes y cómo los perciben e intentan entenderlos. Resulta importante también tener en cuenta el contexto en el cual cada sujeto se encuentra inmerso, pues esta es una de las principales fuentes de información para evocar significados (Arcila et al., 2009; Inquilla, 2013), por lo que las representaciones de los psicoterapeutas se verán influenciadas por su formación teórica psicoanalítica y su trabajo en contacto con los pacientes con intentos e ideaciones suicidas.

Viene al caso mencionar la estigmatización que existe en general frente al tema del suicidio, de manera que por ello parece importante también conocer los significados que los psicoterapeutas otorgan a este fenómeno. Asimismo, se pueden explorar las posturas que estos podrían tomar frente a sus pacientes con rasgos suicidas, pudiendo estar presente cierto estigma de forma consciente o inconsciente. Además, se conocen investigaciones que revelan que existe una estigmatización por parte de familiares, en general hacia el suicidio y por tanto a los suicidas, y que este estigma social altera la identidad y tiene repercusiones sociales (Piña, 2014; Inquilla, 2013; Ferré-Grau et al., 2011; Duncan, 2005).

Se conoce además, por parte de los psicoterapeutas, que existen varios de ellos que no asumen la responsabilidad de recibir pacientes suicidas por la idea de que deben mantener a sus pacientes con vida, sino otros terapeutas los criticarán si un paciente muere (Gabbard, 2002). Lo cual podría estar evidenciando cierta estigmatización por parte de los mismos terapeutas frente a otros clínicos temiendo la alteración de un status social y de su identidad como terapeutas.

## Conclusiones

A modo de conclusión, se ha podido evidenciar cómo los psicoterapeutas crean los significados respecto al fenómeno del suicidio en base a sus propias experiencias en el ámbito personal y profesional a partir del trabajo con pacientes con conducta suicida. Y a partir de la creación de significados, intentar comprender la psicodinamia del suicidio y así poder brindarles, mediante la transferencia y la contratransferencia, la oportunidad de un vínculo diferente, apoyándose en su formación teórica, que a veces no es suficiente. Además, todos los participantes mencionan que el trabajo con este tipo de pacientes sugiere una mayor demanda por parte de los mismos, y por ende mayor disponibilidad y presencia de los terapeutas. A su vez, y sumado a la incertidumbre de un proceso psicoanalítico cualquiera, se ha podido evidenciar que las experiencias para con estos pacientes son vividas de manera más intensa, pasando por una amplia gama de diversos afectos que vienen desde el paciente y les son inoculados a los terapeutas en este juego intersubjetivo. De manera que con estos pacientes no basta que el psicoterapeuta cumpla con su tarea y se mantenga en su rol, sino que debe haber mayor presencia, escucha empática, disponibilidad, y además mayor trabajo interno del terapeuta. Es decir, que el psicoterapeuta debe mantenerse en un constante autoanálisis y supervisión a manera de contención propia pero también como ayuda a sus pacientes.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se identificó que el concepto de contratransferencia comprende diversos aspectos dinámicos inconscientes no se alcanzan a profundizar con el tipo de técnicas empleadas para la recolección de datos. Además, la complejidad teórica del concepto no permitió que este sea abordado en su totalidad ni a

profundidad. A partir de ello, se recomienda continuar esta línea de investigación y profundizar en conceptos más complejos que requieren un mayor manejo de la teoría psicoanalítica, como la contratransferencia, con el fin de aportar en la formación de psicoterapeutas, para una práctica clínica más sostenida y acaso más eficiente.

## Referencias

- Allan, V. (2008). *Medir el significado: las redes semánticas como método de investigación sociológica (Tesis de pregrado)*. Chile: Universidad de Chile. Recuperado de [www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/allan\\_v/sources/allan\\_v.pdf](http://www.cybertesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/allan_v/sources/allan_v.pdf)
- Arcila, P., Mendoza, Y., Jaramillo, J. & Cañón, O. (2009). Comprensión del significado desde Vigotsky, Bruner y Gergen. *Revista Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 6 (1), 37-49.
- Arlaes, L., Hernández, G., Álvarez, D., & Cañizares, T. (1998). Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14 (2), 122-126.
- Ballesteros, B. (2005). El Concepto de Significado desde el análisis del comportamiento y otras perspectivas. *Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá*, 4 (2), 231-244.
- Ballesteros, M., Gutiérrez-Malaver, M., Sánchez, L., Herrera, N., Gómez, A., & Izzedin, R. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 523-543. doi:10.1016/S0034-7450(14)60223-7
- Bedics, J. Atkins, D. Harned, M & Linehan, M. (2015). The Therapeutic Alliance as a Predictor of Outcome in Dialectical Behavior Therapy Versus Nonbehavioral Psychotherapy by Experts for Borderline Personality Disorder. *American Psychological Association*, 52 (1), 67–77. doi: 10.1037/a0038457
- Briggs, S. (2008) Postvention: The impact of suicide and suicidal behavior on family members, professionals and organizations. En A. Lemma (Ed.) *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention* (pp. 224-237). London: Routledge.

- Briggs, S., Golblatt, M., Linfner, R. & Maltzberger, J. (2012). Suicide and trauma: A case discussion. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 13-33. doi: 10.1080/02668734.2011.652657
- Collipal, E. (2002) Conceptualización a través de redes semánticas naturales de los módulos de autoaprendizaje en anatomía humana, *Revista chilena de anatomía*, 20 (1), 63-67. DOI: 10.4067/S0716-98682002000100009
- Corveleyn, J. (1998). Efectos psicológicos de la relación con pacientes en la persona del clínico. *Persona*, 0(1), 27-42.
- Dedios, M. (2010). *Experiencia emocional de un grupo de psicólogos en el trabajo con personas psicóticas. (Tesis de Licenciatura)*. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/415>
- Duncan, D. (2005). Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 6 (1), 3-14.
- Elizondo, L., Muñiz, M & Sánchez, M. (2011). Una Aproximación a la Representación Subjetiva que tienen Maestros y Directivos sobre el Psicólogo Escolar. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 6 (1), 134-147.
- Elizondo, L., Muñiz, M. Sánchez, M., González, A & Barron, V. (2013). Redes semánticas naturales sobre la práctica del psicólogo en escuelas públicas federales. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 8 (3), 27-43.
- Fernández, A. & Rodríguez, B. (2008). La era de los tratamientos integrados: combinación de psicofármacos y psicoterapia. *Revista argentina de clínica psicológica*, 17, 139-148.



- Ferré-Grau, C., Montescó-Curto, P., Mulet-Valles, M., LLeixá-Fortuño, M., Albacar-Riobó, N. & otros. (2011). El estigma del suicidio, vivencias de pacientes y familiares con intentos suicidas. *Index de Enfermería*, 20 (3), 155-159.
- Ferretti, C. (2005). *Contratransferencia: vicisitudes del encuentro entre paciente y analista*. (Tesis de pregrado). Chile: Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/113531>
- Figuroa, J., González, G., & Solís, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13 (3), 447- 458.
- Flechner, S. (2000). La clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo, ¿un nuevo desafío? *Revista uruguaya de psicoanálisis*, (92). Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009210.pdf>
- Freud, S. (1915). Obras completas . Duelo y melancolía. Tomo XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Obras completas. Más allá del principio del placer. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fridlenderis, M. & Levy, A. (2004). Consideraciones psicodinámicas en la práctica clínica psiquiátrica. *Revista Psiquiátrica de Uruguay*, 68 (1), 43-54.
- Fuentes, M. (2010). La supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. *Carta Psicoanalítica*, 9. Recuperado de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article110>
- Fukumitsu, K. (2014). El psicoterapeuta frente el comportamiento suicida. *Revista Psicología Universidad de Sao Paulo*, 25 (3), 270-275. doi:10.1590/0103-6564D20140001

- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Gabbard, G. (2003). Descarrios del tratamiento psicoanalítico con pacientes suicidas. *Psicoanálisis APdeBA*, 25 (1), 1-23.
- García, H., Sahagún, J., Ruiz, A., Sánchez, G., Tirado, J. & González, J. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista salud pública*, 12 (5), 713-721.
- Giraldo, M. (2008). The Polysemia of suicide. *Revista electrónica de Psicología Social Poiésis*, 15, 1-3.
- Gergen, K. (2006). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona, España: Paidós.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Condes*, 23 (5), 607-615. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70355-3
- Gonzalez Rey, G. (2006). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. Guatemala: MISERIOR.
- Gutiérrez, M. E. (1999). Aproximaciones al estudio del "riesgo". *Revista colombiana de psicología*, 8, 48-59. doi: 10.15446/rcp
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.

- Hartke, R. (2007). Repetir, Simbolizar, Recordar. En *¿El psicoanálisis cura aun mediante la rememoración?* Simposio llevado a cabo en el 45º Congreso de la International Psychoanalytical Association, Berlín, Alemania.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw-Hill.
- Hinojosa, G. (2008). El tratamiento estadístico de las redes semánticas naturales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 18 (1), 133-154.
- Hawgood, J. & Leo, D. (2015). Working with suicidal clients: impacts on psychologists and the need of self-care. *InPsych*, 37 (1). Recuperado de <https://www.psychology.org.au/inpsych/2015/february/hawgood/>
- Inquilla, J. (2013). Representaciones sociales sobre el suicidio de los estudiantes en la Universidad Nacional del Altiplano Puno – Perú. *Comunicación*, 4 (2), 27-37.
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. (2014). *El suicidio es el desenlace fatal de un proceso de enfermedad mental y se puede prevenir tratando la depresión*. Recuperado el 8 de mayo del 2015: <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2014/038.html>
- Jiménez, M. & Figueroa, M. (2013). Representaciones sociales de la masculinidad. En F. Flores (Ed.) *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género* (pp. 169-190). Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Joseph, B. (1989). *Equilibrio psíquico y cambio psíquico*. Madrid: Julian Yebenes.
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México D.F: Editorial El Manual Moderno.

- Laplanche, J. & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mejías, Y., García-Caro, M., Schmidt, J., Quero, A. & Gorlat, B. (2011). Estudio preliminar de las características del intento de suicidio en la provincia de Granada. *Anales Sis San Navarra*, 34 (3), 431-441. doi: 10.4321/S1137-66272011000300009
- Melo-Vega, C. (2014). *Experiencias íntimas de mujeres con intento suicida, un estudio de casos*. (Tesis de maestría). Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5608>
- Meltzer, D. & Harris Williams, M. (1990). *La aprehensión de la belleza*. Buenos Aires, Argentina: Patia Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Madrid, España: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). *Prevención del suicidio, Un instrumento para médicos generalistas. Trastornos Mentales y Cerebrales*. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). *Documento prevención y atención al suicidio*. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). *World Suicide Prevention Day*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). *Día Mundial para la Prevención del Suicidio: Rompamos el estigma*. Recuperado de: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=333>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). *Prevención del suicidio, un imperativo global*.

Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/)

Palacios, A. (2002). La supervisión en la enseñanza del psicoanálisis. *Cuadernos de Psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica Mexicana A.C.*, 35(2). Recuperado de [www.apm.org.mx/Portal%20APM/cuadernos/.../2002.html](http://www.apm.org.mx/Portal%20APM/cuadernos/.../2002.html)

Palacios, X., Rueda, L., & Valderrama, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables socio demográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos en personas con el VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 25-38.

Pardo, G., Sandoval, D., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 17-32.

Perez, A. & Cortés, L. (1996). Relación entre la conducta suicida y el concepto de muerte. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 1 (3), 241-151. doi: 10.5944/rppc.vol.1.num.3.1996.3826

Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J. & Suárez, M. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. *Revista de Salud Pública*, 10 (3), 374-385

Piña, N. (2014). El suicidio y sus consecuencias en la familia. (Tesis de Diplomado). Asociación mexicana de Tanatología.

Rondón, R. (2015). Redes Semánticas de Género, en Adolescentes de 13 a 16 Años, de Lima. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Manuscrito en preparación.

Schneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach, to self-destructive behavior*. New Jersey: Jason Aronson.

- Serrano de Dreifuss, O. (Mayo, 2005). Luchando a muerte por vivir. En, *Amenazas contra la identidad latinoamericana ¿Globalización o fagocitación?* Simposio llevado a cabo en III CONGRESO LATINOAMERICANO FLAPPSIP, Lima, Perú.
- Silveira, E. & Soarez, L. (2007). Vivências subjetivas de psicólogos em seu dia-a-dia de trabalho: o contato com pacientes suicidas. (Tesis para obtener el bachiller en psicología). Faculdades Adamantinenses Integradas.
- Szalay, L. & Bryson, J. (1974). Psychological meaning: comparative analyses and theoretical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30 (6), 860-870.
- Tuesca, R. & Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*, 17, 19-28.
- Valdéz, J. (2005). *Las redes semánticas naturales, uso y aplicación en psicología social*. Toluca, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valdivia, A. (2014). *Suicidología*. Lima, Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Vargas, H. & Saavedra, H. (2012). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima Metropolitana y Callao. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16 (3), 01-11.
- Velandia, A & López, W. (2008). Investigación cualitativa del consumidor: alternativas de aplicación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26 (2), 290-303.
- Vigotsky, L. (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Crítica.
- Winnicott, D. (1947). El odio en la contratransferencia. En D. Winnicott (Ed.), *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 433-447). Barcelona, España: Editorial Laia.

Yildiz, I. (2006). Teorías de S. Freud sobre afectos y síntomas. *Revista de Asociación Psicoanalítica Colombiana (APC)*, 18 (2), 128-150. Recuperado de <http://www.psicoanalistaiyildiz.com/index.php/mis-articulos/38-teorias-de-sfreud-sobre-afectos-y-sintomas5>

Zermeño, A., Arellano, A., & Ramírez, V. (2005). Redes semánticas naturales: técnica para representar los significados que los jóvenes tienen sobre televisión, internet y expectativas de vida. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 11 (22), 305-334.

## Anexos

### Apéndice A

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es la de proveer a los participantes de la presente investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como la de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Ximena Unzueta Callirgos, alumna de la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. La meta de este estudio es “explorar los significados respecto al fenómeno del suicidio”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que llenen primer lugar una ficha de datos, y luego que respondan a una ficha de redes semánticas, lo cual tiene una duración aproximada de máximo 10 minutos. Es posible que posteriormente, se realice una entrevista para profundizar en algunos temas. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo conversado durante estas sesiones se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones serán borradas.

La presente investigación podrá ser utilizada como material de publicación para una revista científica o congreso con fines estrictamente científicos y de docencia.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.



-----  
Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ximena Unzueta Callirgos, con todas las condiciones mencionadas anteriormente.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Ximena Unzueta Callirgos al teléfono 971897577 o 4469723.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

## Apéndice B

### Ficha de Datos

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ciudad de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de residencia: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F      Distrito de residencia: \_\_\_\_\_

Profesión:  Psicología  Ciencias de la Salud  Otros \_\_\_\_\_

Año de estudios en el CPPL: \_\_\_\_\_ Años de experiencia en práctica clínica: \_\_\_\_\_

### Responder según su experiencia personal

1. ¿Qué contacto profesional ha tenido con el tema del suicidio?

2. Del 1-10, ¿qué tanto le interesa el tema del suicidio?

\_\_\_\_\_

3. ¿Qué contacto previo ha tenido con casos de suicidio?

- Personalmente:  Sí  No

- Profesionalmente:  Sí  No

o Si la respuesta es Sí, marque:

Pacientes con ideas/intentos suicidas

Pacientes con familiares con ideas/intentos suicidas

Comentarios:

---

---

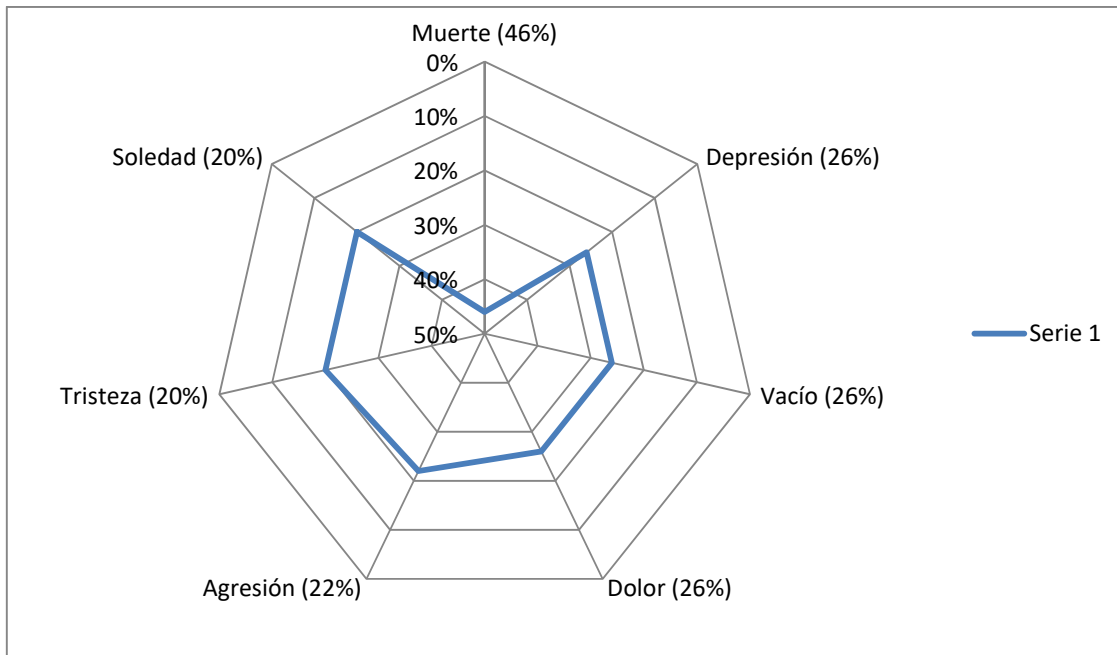
---





## Apéndice D

### Resultados RSN



## Apéndice E

### Criterio de Expertos

**Título:** Experiencias, significados y afectos sobre Suicidio en Psicoterapeutas Psicoanalíticos

**Objetivo de la investigación:** Describir las experiencias, afectos y significados del suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos.

**Redes semánticas naturales:** Se empleó la técnica de las redes semánticas naturales para explorar los significados que definen los psicoterapeutas psicoanalíticos (en formación y con experiencia) frente al concepto suicidio.

Como resultado se obtuvo la relación de palabras:

- 1) Muerte
- 2) Depresión
- 3) Vacío
- 4) Dolor
- 5) Agresión
- 6) Tristeza
- 7) Soledad

**Entrevista a profundidad:** Para efecto de la entrevista, se han seleccionado psicoterapeutas que han atendido pacientes con intentos suicidas. El objetivo es comprender los significados y afectos que se movilizan en la experiencia de trabajar con pacientes con intento suicida. Para la metodología, se aplicarán los sistemas conversacionales propuestos por Fernando González Rey (2006). La dinámica conversacional, tiene como objetivo conducir a la persona estudiada a campos significativos de su experiencia personal, capaces de implicarla en el sentido subjetivo de los diferentes espacios que configuran su subjetividad individual. Va expresando, en el espacio de estos relatos, su mundo, necesidades, conflictos y reflexiones, lo que implica ir captando indicadores y elementos de esta que nos permita la continuidad de la expresión de la otra persona en temas de interés para él (González Rey, 2006). Esta se realizará con los psicoterapeutas psicoanalíticos en una sesión de entrevista de aproximadamente 50 minutos.

**Guía de entrevista:** la entrevista se realizará en una sesión de aproximadamente 50 minutos, organizada en dos momentos:

**Parte I:** A partir de los resultados obtenidos, estos se presentarán a los entrevistados con el fin de recoger la interpretación que se atribuye a dichos resultados.

- 1) **Se devolverá los resultados de las RSN, y se preguntará: ¿Qué le sugiere/cómo entiende estos resultados?**

**Comentarios:**

---



---



---

**Parte II:** Luego del diálogo acerca de los resultados de las RSN, se pasará a explorar la experiencia de atención a pacientes con intento suicida, a partir de las siguientes preguntas:

**En la ficha usted menciona haber tenido experiencia con pacientes con intento suicida:**

- 1) **¿Qué podría contarme de esta experiencia?**

- Descripción del caso, características del paciente, contextualización o situación del terapeuta, motivaciones para tomar el caso, fantasías respecto al paciente y el proceso psicoterapéutico con este paciente.

**Comentarios:**

---



---



---

- 2) **¿Cómo fue esta experiencia para usted?**

- Busca explorar los afectos que se movilizan, los aspectos contratransferenciales, actitudes frente al tema.

**Comentarios:**

---



---



---



**3) ¿Cuáles han sido las principales dificultades y qué lo ayudo a salir?**

- Dificultades y recursos personales y de su entorno.
- Elementos que valora para el acompañamiento a este tipo de pacientes.

**Comentarios:**

---

---

---

**4) ¿Qué aprendizajes suscitó para usted este caso?**

- Elementos que valora del proceso y la experiencia del caso.

**Comentarios:**

---

---

---

## Apéndice F

### Guía de entrevista

- 1) ¿Qué es para ti el suicidio? (Pregunta generadora)
  - a. Explorar significados del suicidio. Esperar que se explye en cuanto a experiencias y afectos vinculados con el fenómeno del suicidio.
  
- 2) ¿Qué experiencias has vivido como psicoterapeuta?
  - a. Descripción del caso, características del paciente, contextualización o situación del terapeuta, motivaciones para tomar el caso, fantasías respecto al paciente y el proceso psicoterapéutico con este paciente.
  
- 3) ¿Cómo has vivido estas experiencias?
  - a. Busca explorar los afectos que se movilizan, los aspectos contratransferenciales, actitudes frente al tema.
  
- 4) ¿Qué dificultades has encontrado?
  - a. Dificultades y recursos personales y de su entorno.
  - b. Elementos que valora para el acompañamiento a este tipo de pacientes.
  
- 5) ¿Qué aprendizajes te llevas?
  - a. Elementos que valora del proceso y la experiencia del caso.