

# Metodología, métodos, técnicas

## El trabajo con pacientes suicidas

*desde la perspectiva del psicoterapeuta*

*Working with Suicide Patients from  
the Psychotherapist's Perspective*

Esta obra se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Víctor Manuel De Santiago Sánchez

### Resumen

El presente artículo tiene como finalidad el analizar desde la perspectiva de la cultura en tanto prácticas y significados la experiencia de cuatro terapeutas que trabajan con pacientes suicidas. A partir de la aplicación de una metodología cualitativa de corte fenomenológico con tintes biográficos, se busca rescatar las emociones y las experiencias relatadas por los sujetos entrevistados con la finalidad de generar una mayor comprensión a nivel de significados, valores, creencias y acciones.

**Palabras Clave:** Suicidio, Cultura, Psicoterapia, Emociones, Duelo

## Abstract

The purpose of this article is to analyze the experience of four therapists working with suicidal patients from the perspective of culture as practices and meanings. From the application of a qualitative methodology of phenomenological cutting with biographical dyes, it seeks to rescue the emotions and experiences reported by the interviewed subjects in order to generate greater understanding at the level of meanings, values, beliefs and actions.

**Key Words:** Suicide, Culture, Psychotherapy, Emotions, Grief

**Víctor Manuel De Santiago Sánchez.** Profesor en el Departamento de Psicología, Educación y Salud del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Maestro en Psicoterapia por la misma institución. Doctorante en el Doctorado en Investigación Psicológica ITESO-Universidad Iberoamericana; victormanuel@iteso.mx

El lenguaje es un componente del acontecer humano en el que se conjugan múltiples funciones. Este permite nombrar y describir el mundo externo al sujeto, expresar elementos de la propia subjetividad como son el pensamiento y las emociones además de jugar un papel significativo en la construcción y modificación del entorno debido a su función performativa.

La cultura se encuentra íntimamente ligada al lenguaje al entenderse ya que abarca ideas, símbolos, comportamientos, valores creencias, normas, modos de vida, acciones y patrones de comunicación (Harris, 2000; Leninger, 1994, citados en Duque-Páramo, 2007). Siguiendo esta línea de pensamiento, el discurso de los individuos, en tanto acciones lingüísticas, constituye una vía para construir cultura y para analizar elementos de esta.

El suicidio es un fenómeno que atraviesa la cultura y ha recibido diferentes significaciones desde ámbitos como lo filosófico, social, epidemiológico. A pesar de ello, resulta importante destacar que son pocos los esfuerzos enfocados en dar cuenta de lo que sucede alrededor de este fenómeno desde la perspectiva de quienes conviven o atienden de manera cotidiana a las personas con intento suicida.

El presente trabajo de investigación busca contribuir al conocimiento de la perspectiva que tiene en el psicoterapeuta el tratamiento con pacientes que presentan o han consumado un intento suicida. A partir de la aplicación de una metodología cualitativa de corte fenomenológico con tintes biográficos, se busca rescatar las emociones y experiencias relatadas por

los sujetos entrevistados con la finalidad de generar una mayor comprensión a nivel de significados, valores, creencias y acciones.

En el primer apartado se presentan algunos elementos conceptuales que permitan la comprensión del fenómeno suicida a nivel cultural, poniendo énfasis en las prácticas que se esperan del terapeuta que atiende este tipo de casos. En un segundo momento se presenta el análisis realizado a las entrevistas de 4 psicoterapeutas cuyo eje temático es la experiencia de trabajo con pacientes suicidas. Finalmente se presentan los resultados y el diálogo entre los mismos y la teoría.

## **Conceptos clave alrededor de la cultura,**

*el fenómeno suicida y el rol del psicoterapeuta*

### **Lenguaje, cultura y emociones**

La cultura puede ser delimitada desde diferentes perspectivas dentro de las cuales se encuentran aquellas que toman como eje al lenguaje, la comunicación y la expresión simbólica.

Para Leninger (1994) la cultura se compone de los valores, creencias, normas y modos de vida aprendidos, asumidos y transmitidos por un determinado grupo que guían sus pensamientos, decisiones acciones o patrones de comunicación. Habermas (1989), menciona que la cultura determina en un alto grado las interpretaciones que hacen lo individuos durante la comunicación. Por su parte, Lipson (2005) considera a la cultura como un sistema de símbolos compartido aprendido y transmitido a través de generaciones de un grupo social. Para Wuthnow y colaboradores (1988), la cultura es la dimensión simbólica expresiva de la vida social y la conducta humana. Otra definición con coordenadas similares es la de Musolf (2003), que menciona que la cultura da significado y transforma los estímulos en símbolos compartidos que surgen en las interacciones sociales.

Puede observarse que las perspectivas sobre la cultura anteriormente mencionadas tienen como común denominador que los fenómenos de lenguaje y comunicación son un factor esencial para construir y dar sentido a las prácticas que los individuos llevan a cabo, a partir de los significados que han construido y que son capaces de transmitir.

Si se toma como punto de partida lo mencionado anteriormente es posible repensar un ámbito aparentemente individual como son las emociones. Para autores como Oatley y Jenkins, (1987; 1993; 2007, citados en Belli, Íñiguez-Rueda, 2008) las emociones “en tanto su función y su disfunción, tienen como núcleo de realización el binomio mente-cerebro; donde el primer término responde a la cultura y el segundo a la fisiología del individuo”. En ese sentido las emociones no pueden pensarse solamente desde el punto de vista fisiológico sino en su marco histórico, cultural y de lenguaje.

Por otra parte, siguiendo la línea de autores como Bordieu o Scheer la emoción puede situarse como una práctica o un comportamiento que incide en la realidad social (Bolaños, 2016). Las emociones se encuentran entonces en una relación dialéctica con lo social, modificándose y modificando esta. Ello permite plantear que la relación entre emociones, sociedad y cultura entrama una construcción compleja en donde las prácticas cotidianas marcan aquello que puede ser nombrado, así como la forma en que es nombrado y expresado.

## El suicidio

### *como fenómeno cultural*

La muerte es un fenómeno que no se limita al ámbito biológico individual, sino que tiene una serie de repercusiones y significaciones culturales a su alrededor. Si bien existe un consenso social de la muerte como un evento doloroso, no todas las formas y circunstancias del morir tienen las mismas características a nivel individual y social. Para comprender estas diferencias resulta necesario tomar como punto de partida el concepto de duelo.

El duelo es un proceso que se desencadena ante una pérdida significativa que puede darse a distintos niveles: pérdida de la vida, de aspectos de sí mismo, de objetos externos, a nivel emocional o pérdidas ligadas con el desarrollo (Pangrazzi, 1993, citado en Cabodevilla, 2007).

En el caso del fenómeno suicida Garcíandía (2013), menciona que existen dificultades para la elaboración del duelo ya que pueden emerger en las personas cercanas al fallecido sentimientos de enojo, culpa y vergüenza que llevan a un ocultamiento de lo acontecido, ya sea al evitar hablar de ello o generando una explicación alternativa. Si bien estas formas de afrontar la situación pueden permitir un aparente equilibrio en

los sujetos, generan a largo plazo una patologización en donde hablar de lo sucedido, la expresión de sentimientos y la aceptación de la pérdida se ven obstaculizados por el predominio de mecanismos de proyección (buscar un culpable externo) o paranoides (culparse de no evitar la muerte del otro).

Lo anterior permite observar que, si bien las pérdidas significativas generan duelos, existen diferentes elementos a tomar en cuenta para comprender la elaboración de este. En el caso de un suicidio consumado, este genera en los dolientes una serie de emociones, junto con las esperables en el proceso de duelo, las cuales de no expresarse y trabajarse terminan creando mecanismos patológicos de afrontamiento.

Tomando en cuenta lo anterior puede observarse que los mecanismos individuales a su vez se convierten en pautas de funcionamiento familiar, roles asumidos (Garcíandía, 2013), las cuales a su vez determinan el cómo los sujetos pueden hablar o no de lo acontecido. Con ello se crean prácticas que pueden ser de silenciamiento, no expresión de emociones o de considerar el suicidio como un tema tabú. Estas condiciones eventualmente modelan valores y creencias alrededor del tema y las prácticas alrededor del mismo.

## **El rol del psicoterapeuta**

### *frente al suicidio*

Otro elemento alrededor de aquello que puede ser dicho y significado respecto al fenómeno del suicidio es lo relacionado con los modos de su comprensión e intervención.

Desde diferentes ópticas puede observarse la manera en que el suicidio suele ser abordado y lo que puede enunciarse del mismo.

Por una parte, el suicidio desde un punto de vista epidemiológico busca destacar incidencias y aspectos relevantes para su estudio en el ámbito de la salud pública (Borges y Medina Mora, 2009; Borges, Orozco, Benget y Medina Mora, 2010). Desde esta perspectiva se le considera y nombra un problema de salud pública.

Otra forma de comprensión se centra en las características individuales del sujeto suicida a nivel sociodemográfico y psicopatológico

(Barrionuevo, 2009; Echeburúa, 2015; Valadéz, Amezcua y Amezcua, 2015), con lo que se busca delimitar el perfil de las personas que llevan a cabo intentos suicidas.

En tercer lugar, puede abordarse el suicidio desde estrategias para su prevención (Eguiluz y Ayala, 2014; Barrueto, Gaete, Bustamante y Pizarro, 2017) buscando delimitar acciones para la detección de personas en posible riesgo.

Una perspectiva adicional es la de las opciones de tratamiento para las personas que han experimentado ideaciones o intentos de acabar con la propia vida (Rosselló, Duarte Vélez, Bernal y Zuluaga, 2011), como parte de los esfuerzos de evitar que los incidentes se repitan.

Finalmente, también hay, en menor medida, aquellos estudios que abordan las consecuencias psicológicas tanto para las personas con intento suicida (Valadéz, Amezcua y Amezcua, 2015) como para los familiares y personas allegadas a una persona que se ha quitado la vida.

Dentro de todas estas formas de referir y abordar e fenómeno suicida es destacable como común denominador la importancia que adquieren los profesionales del área de la salud, en particular los psicoterapeutas, en quienes se deposita en buena medida la función de detectar, prevenir o tratar al sujeto con riesgo suicida.

En la literatura clínica existen una serie de convenciones respecto al rol que debe asumir el terapeuta frente a un caso de intento suicida. Para González de Rivera (2001) es importante que el terapeuta establezca un vínculo con el paciente, trabajar en el fortalecimiento de vínculos y estrategias de resolución emocional, así como ayudarlo a mantener un equilibrio interno frente a cambios en el entorno.

Otros autores enfatizan la importancia de propiciar que en el paciente la adherencia al tratamiento ayude al desarrollo de herramientas de afrontamiento y control de impulsividad así como herramientas para la prevención de recaídas (Brown, Ten, Henriques, Xie, Hollander & Beck, 2005; Henriques, Beck & Brown, 2003; citados en Toro, 2013:96-97). Finalmente de acuerdo con Lima (2016) se destacan tres formas de abordaje: el acercamiento desde creencias del paciente, desde la autopercepción negativa desde la desesperanza.

Con lo mencionado en los apartados anteriores puede observarse que alrededor del fenómeno suicida existen una serie de valores, creencias y prácticas culturalmente establecidas. Se espera que frente al suicidio en tanto fenómeno consumado exista un periodo de duelo con características emocionales particulares. Por otro lado a nivel de tratamiento y prevención del suicidio se espera que el terapeuta asuma una serie de funciones relacionadas con la construcción de una alianza de trabajo que promueva en el paciente un manejo emocional y el desarrollo de formas de afrontamiento que puedan convertirse en alternativas a la decisión de acabar con la propia vida.

Ante este estado de cosas resulta importante plantearse el cuestionamiento de cómo se viven los psicoterapeutas que trabajan con pacientes suicidas y la manera en que dan significación a dicha labor.

## Método

La presente investigación se llevó a cabo mediante una metodología cualitativa de corte fenomenológico con tintes biográficos. Esta perspectiva permite analizar la textualidad de lo expresado verbalmente por los entrevistados, permitiendo rescatar las experiencias relatadas por ellos alrededor de el tratamiento con pacientes suicidas. La investigación se llevó a cabo mediante el proceso descrito a continuación.

1. Se elaboró un formato de entrevista fenomenológica con elementos biográficos que tuvo en cuenta los siguientes temas: *datos generales y formación del(a) terapeuta; el fenómeno suicida y la psicoterapia; el psicoterapeuta frente a la experiencia de suicidio de un paciente (la experiencia propia y/o las experiencias de otros terapeutas)*;
2. Una vez conformado el formato se procedió a realizar las entrevistas a terapeutas que cumplieran los siguientes criterios: al menos diez años de experiencia clínica; experiencia en el trabajo con pacientes con intento suicida; que firmaran el formato de consentimiento informado para la participación en la investigación y permitieran la audiograbación de la entrevista;
3. El material audio grabado fue transcrito en un formato que permitiera el análisis de las transcripciones;
4. El material de las transcripciones se organizó para generar pre-categorías, cuya base son los tópicos de la guía de entrevista, así como temas recurrentes que emergieron en las entrevistas;

5. Se realizó un segundo ordenamiento del material transcrito en el que se replantearon y refinaron las categorías;
6. Finalmente se realizó un análisis del material desde los referentes teóricos propuestos.

## Muestra

Los terapeutas entrevistados cuentan con una experiencia mínima de diez años de práctica clínica y tienen experiencia en el tratamiento de pacientes suicidas. A continuación, se describe brevemente a cada sujeto:

- Terapeuta 1: Hombre, 15 años de experiencia clínica desde el enfoque Psicoanalítico, actualmente trabaja en consulta privada;
- Terapeuta 2: Mujer, 35 años de experiencia clínica desde el enfoque Cognitivo Conductual, trabajó en el ámbito institucional y actualmente en consulta privada;
- Terapeuta 3: Mujer, 18 años de experiencia clínica desde el enfoque Gestalt, actualmente trabaja en el ámbito institucional y en consulta privada;
- Terapeuta 4: Mujer, 20 años de experiencia clínica desde el enfoque Psicoanalítico, actualmente trabaja en consulta privada.

## Resultados

### El paciente suicida desde la perspectiva del terapeuta

Los entrevistados coinciden en que no hay un perfil único en los casos con intentos de suicidio. Aún así puede encontrarse que a partir de su experiencia suelen distinguir diferentes tipos pacientes. En la Tabla I se presentan algunas viñetas que ejemplifican esta clasificación.

Puede observarse que las personas entrevistadas mencionan una distinción entre pacientes que llegan al acto suicida de manera impulsiva y aquellos que presentan señales de alarma caracterizadas por la desesperanza.

Aunado a lo anterior los terapeutas resaltan algunos factores individuales y de contexto importantes en los casos de intento suicida. La Tabla II muestra algunas viñetas al respecto.



**Tabla I**  
**Tipos de pacientes**

<b>Terapeuta</b>	<b>Viñeta</b>
2	"Hay pacientes que lo hacen por chantaje o impulsividad"
3	"Estaba en crisis y después se está riendo"
1	"Estaba sufriendo mucho"
2	"Fue su salida"
3	"No veía sentido a su vida"
3	"Había mucha desesperanza"
4	"Era cuestión de tiempo"
2	"Ya tenía un plan estructurado"
4	"A veces no quieren matarse, pero se les puede pasar la mano"
1	"Había focos rojos"

Los entrevistados mencionan factores que pueden incidir en la aparición de riesgo suicida, algunos de ello se relacionan con elementos familiares, fantasías individuales sobre la muerte o el consumo de sustancias.

**Tabla II**  
**Factores alrededor de los pacientes suicidas**

<b>Terapeuta</b>	<b>Factor</b>
1	"El cristal, el alcohol les activa la intención o las fantasías suicidas"
4	"Hay desde familias que se asustan con oír la intención de muerte hasta familias tóxicas"
1	"Algunos jóvenes ahora tienden a romantizar la muerte"
2	"Tenía motivación para salir adelante"

## El terapeuta

*ante el intento suicida*

En la Tabla III se muestran algunas viñetas que ilustran la manera en que los entrevistados han vivido intentos suicidas de sus pacientes:

**Tabla III**  
**Experiencias de intentos suicidas de pacientes**

Terapeuta	Experiencias
1	<p>"Ese día era domingo y yo estaba descansando. Recibo un mensaje del paciente dándome las gracias por todo. Se me hizo raro. Llamé al papá y afortunadamente lo encontré antes de que hiciera algo. En esos casos hay que actuar rápido"</p> <p>"Muchos colegas le dan vueltas y se cuestionan si hicieron todo lo posible"</p>
2	<p>"Ella había dejado de ir a la terapia de grupo hace algunas semanas, pensé que era por la escuela. Después me enteré de que se quitó la vida. La familia tiempo después llamó para agradecerme por haber hecho lo posible. Aunque me sentía triste eso me dio cierto alivio"</p> <p>"Uno está esperando como que el juicio, de la familia o de alguien"</p>
3	<p>"Ese día llegué al hospital y sentía el ambiente raro. Me dijeron que una paciente que había atendido hace algunos años se había ahorcado. Fue impactante para mí y el resto del día me sentí intranquila"</p> <p>"Muchas veces me preguntaba si había hecho todo lo que podía"</p>
4	<p>"La paciente llegó a la sesión de forma inusual, la veía alterada y me dijo que de camino ahí había pensado en matarse. Hablamos al respecto y vimos que en ese momento tenía mucho enojo"</p> <p>"Yo trato de estar tranquila y centrarme en escuchar, en el momento estar angustiada no le sirve al paciente"</p>

Aparecen en el discurso de los terapeutas de manera recurrente algunas experiencias en común: ante la posibilidad de un intento suicida por parte de un paciente los terapeutas experimentan sorpresa y refieren un "mal presentimiento" o preocupación anticipatoria ya sea por la ausencia del paciente o un mensaje de alarma como cambios en la rutina de la terapia.

Por otra parte, refieren que ante un intento no consumado por parte del paciente sentimientos de alivio mientras que, ante el intento consumado, además de experimentar tristeza aparecen una serie de fantasías sobre juicio: ser juzgado por los familiares del paciente; el juicio propio en tanto aparece la duda de haber podido hacer más para prevenir el suicidio; finalmente refieren el juicio de un otro indeterminado.

## Las condiciones

### *del trabajo clínico cotidiano*

Además de lo que sucede ante la eventualidad de un intento de suicidio, los terapeutas mencionan algunos significados que emergen en el trabajo cotidiano con pacientes que llegan a terapia con riesgo suicida. En la Tabla IV se presentan algunos de los elementos que los terapeutas refieren sobre su trabajo clínico:

**Tabla IV**  
Fragmentos de lo dicho por los terapeutas frente a su trabajo con pacientes suicidas

Terapeuta	Fragmentos
1	"Si yo pasé por eso o tuve pensamientos de morir ¿qué me ayudo a no concretarlos?"
3	"¿Hasta dónde permitirse sentir la tristeza, pero seguir siendo útil al otro? Sea paciente o familiar del paciente"
2	"¿Qué me motiva a vivir o cómo disfruto la vida"?
1	"Yo tuve momentos donde pensé en morir"
2	"Reflexioné qué me motiva a vivir"
4	"No me imagino haciendo otra cosa"
4	"Antes tenía miedo luego fue un trabajo placentero"

Puede observarse que los terapeutas mencionan los propios cuestionamientos que surgen ya sea respecto a su propia motivación para vivir o sobre lo que les motiva a realizar el trabajo clínico con pacientes suicidas.

A lo anterior se suma lo que los terapeutas consideran importante respecto al manejo y expresión de sus emociones en el momento de las se-

siones. Puede observarse en la Tabla V como lo dicho por los entrevistados oscila entre lo relacionado a mantener una postura neutra sus propias emociones en diferentes etapas del tratamiento de los pacientes:

**Tabla V**  
**Fragmentos referentes a la neutralidad y los afectos en el proceso de terapia**

<b>Neutralidad en el proceso de terapia</b>	
<b>Terapeuta</b>	<b>Fragmentos</b>
3	"Lo importante es realizar el trabajo"
2	"Uno tiene que poner cara de póquer ante lo que dice el paciente"
4	"Es importante no cometer errores técnicos"
1	"Uno está para dar contención"
3	"No hay que perder de vista ser útil para el paciente"
<b>Afectos en el proceso de terapia</b>	
<b>Terapeuta</b>	<b>Fragmentos</b>
1	"Ante todo somos personas y sentimos"
3	"Aún con tantos años de experiencia he tenido sustos por llamadas de pacientes o la muerte de alguno"
2	"He tenido pacientes que se han suicidado, pero unos pegan más que otros"
4	"Creo que lo más importante es comprender el sufrimiento y acompañar"
3	"Me gusta verlos salir adelante"

Los terapeutas consideran importante llevar a cabo su labor clínica del modo más adecuado manteniendo sus emociones de lado en el momento del tratamiento. En contraste con ello otros fragmentos de lo enunciado por los terapeutas resalta que los sentimientos experimentados siguen estando presentes ya sea de angustia, de empatía ante el sufrimiento o satisfacción ante el éxito de la terapia.

## Elementos de apoyo

Otro tópico encontrado en los entrevistados es referente a los puntos de apoyo que les permiten seguir realizando su práctica clínica: Los entrevistados mencionan lo importante que consideran el mantener un cuidado personal que amortigüe los sentimientos de angustia frustración o desesperanza. En la Tabla VI se muestran algunas viñetas al respecto:

**Tabla VI**  
**Elementos de apoyo para el terapeuta**

Terapeuta	Elementos
2	"Algo que me ayuda mucho es el apoyo de mi familia, el hablar de cosas diferentes me ayuda a no caer en la desesperanza"
4	"Tengo colegas que ven riesgo suicida todo el tiempo no sé cómo le hacen"
1	"Mi supervisor está muy preparado, me ayuda a ver nuevos ángulos"
3	"Mantener una vida espiritual y religiosa es algo que ha sido importante para mí estos años"
3	"Aunque mi colega no trabaja ese tipo de pacientes, me ayuda a ver más de los casos"

Puede observarse que en la búsqueda de apoyo los terapeutas refieren algunas fuentes de apoyo principales: Los apoyos desde la profesión y los apoyos desde la vida persona. En lo referente a lo profesional los terapeutas mencionan como factores importantes: el diálogo con colegas, la socialización de conocimiento, la experiencia formación terapéutica y la supervisión. En el aspecto personal refieren como factores de apoyo las actividades de recreación, el apoyo familiar o el acercamiento a la religión.

En ambas modalidades refieren que experimentan sentimientos de apoyo y contención cuando hay instancias a las cuales dirigirse y cuando estas condiciones no están presentes hay posibilidad de que surja la preocupación, el desgaste, la desesperación o la impotencia.

## Conclusiones

Como puede observarse en los terapeutas entrevistados coinciden diversas emociones y significaciones culturalmente compartidas respecto al suicidio que a su vez articulan diversas prácticas tanto dentro como fuera de la consulta.

- Desde la perspectiva de los terapeutas entrevistados el trabajo con pacientes con intento suicida requiere una serie de habilidades técnicas y preparación ya que se trata de casos que necesitan una mayor alerta por parte del profesional;
- En esta modalidad de trabajo los terapeutas entrevistados no se encuentran aislados de lo que sucede con sus pacientes y familiares, por lo que ante incidentes de intento suicida llegan a experimentar afectos de angustia, miedo y culpa;
- El trabajo con pacientes que han tratado de acabar con su propia vida además lleva al cuestionamiento de los propios motivos para vivir de los terapeutas y ello incide a su vez en la perspectiva con que pueden realizar su acompañamiento;
- Lo anterior hace que para los entrevistados sea central contar con elementos de auto cuidado que de no ser atendidos pueden llevar al desarrollo de sentimientos de angustia y desesperanza. Ello implica contar con redes de apoyo tanto profesionales como personales.

Puede observarse que las diferentes formas de abordar el suicidio a nivel cultural en tanto significados relacionados con la salud y la enfermedad se encuentran arraigados en la forma de concebir este fenómeno en las personas entrevistadas. Los criterios psicopatológicos, de prevención y tratamiento cobran gran importancia como factores que articulan y dan sentido a su práctica clínica.

Por otra parte, los resultados observados llevan a preguntarse si los elementos de duelo patológico en familiares considerados por Garciandía (2013) pueden estar presentes en los terapeutas y en cómo factores como la formación clínica y el auto cuidado se involucran para matizar dichos elementos, especialmente a nivel de cómo cualificar las propias emociones, las de los pacientes y los familiares.

## Bibliografía

- Álvarez Tobos, L., M. (2011). “Representaciones sociales sobre la muerte en un grupo de médicos Alópatas y alternativos 2009-2011”. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia.
- Barrionuevo, J. (2009). *Suicidio e intentos de suicidio*. Consultado el 1 de mayo de 2019. Disponible en: <https://studylib.es/doc/5377306/suicidio-e-intentos-de-suicidio---facultad-de-psicolog%C3%ADa>

- Barrueto O., Carolina, Gaete O., J., Bustamante V., F., & Pizarro M., M. (2017). “Autopercepción de conocimientos y competencias de profesores en la prevención de conductas suicidas adolescentes pre y posintervención”, en: *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 55 (3), 170-178. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000300170>
- Belli, S. & Íñiguez-Rueda, L. (2008). “El estudio psicosocial de las emociones: Una revisión y discusión de la investigación actual”, en: *PSICO*, 39 (2), 139-151.
- Bolaños Florido, L. P. (2016). “El estudio socio-histórico de las emociones y los sentimientos en las Ciencias Sociales del siglo XX”, en: *Revista de Estudios Sociales* (55), 178-197. <https://dx.doi.org/10.7440/res55.2016.12>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, Ch., Villatoro, J., & Fleiz, C. (2009). “Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México”, en: *Salud mental*, 32 (5), 413-425. Recuperado en 18 de febrero de 2020, de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000500008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500008&lng=es&tlng=es)
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). “Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual”, en: *Salud Pública de México*, 52 (4), 292-304. Recuperado el 18 de febrero de 2020, de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000400005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400005&lng=es&tlng=es)
- Cabodevilla, I. (2007). “Las pérdidas y sus duelos”, en: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 163-176. Recuperado en 18 de febrero de 2020, de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es)
- Chocarro González, L. (2010). “Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso”. Tesis no publicada. Universidad Complutense de Madrid.
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). “La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación”, en: *Anales de Psicología* 19, 205-221.
- Duque-Páramo, María Claudia (2007). “Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades”, en: *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9 (2), 127-142. [fecha de Consultado el 18 de Febrero de 2020]. ISSN: 0124-2059. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1452/145212857004>
- Echeburúa, E. (2015). “Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica”, en: *Terapia psicológica*, 33 (2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Eguiluz Romo, L.de L., & Ayala Mira, M. (2014). “Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes”, en: *Psicología Iberoamericana* 22 (2), 72-80. [Fecha de Consulta: 18 de Febrero de 2020]. ISSN: 1405-0943. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133938134009>

- García-Viniegras, C. R. V., & Pérez Cernuda, C (2013). “Duelo ante muerte por suicidio”, en: *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12 (2), 265-274. Recuperado el 18 de febrero de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2013000200014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200014&lng=es&tlng=es)
- Garciandía Imaz, J. (2013). “Familia, suicidio y duelo”, en: *Revista Colombiana de Psiquiatría* 43. 71-79. 10.1016/j.rcp.2013.11.009.
- González de Rivera y Revuelta, J. L. (2001). “Psicoterapia de la crisis”, en: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (79), 35-53. Recuperado en 03 de mayo de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000300004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000300004&lng=es&tlng=es).
- Habermas, J. (1989). *Teoría de la acción comunicativa: Complementos y estudios previos*. Cátedra, Madrid
- Leninger, M. (1994). “Teoría de los cuidados culturales”, en: Marriner-Tomey, editor. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Mosby Doyma.
- Lima-Ojeda, M. C. (2016). “Los significados de la acción autolesiva que construyen los niños tipificados con comportamiento suicida”. Tesis doctoral, Doctorado Interinstitucional en Educación. Tlaquepaque, Jalisco: México. <http://hdl.handle.net/11117/3354>
- Lipson (2005): Lipson J. G., Weinstein H. M., Gladstone E. A., Sarnoff R. H. *Bosnian and Soviet Refugees Experiences With Health Care*. West J Nurs Res. 2003;25(7): 854.
- Musolf, G. R. (2003). “The Chicago School”, en: Reynolds L. T., Herman-Kinney N. J. (editors?). *Handbook of Symbolic Interactionism*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press; 2003, 91-118
- Otruño, M. (1971). *Teoría y práctica de la lingüística moderna*. México. Trillas.
- Rosselló, J., Duarté-Vélez, Y., Bernal, G., & Zuluaga, M. G. (2011). “Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor”, en: *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 45, núm. 3, septiembre-diciembre, 2011, 321-329. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28425426002.pdf>
- Toro, R. (2013). “Conducta suicida: consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva”, en: *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7 (1), 93-102 [fecha de Consulta 3 de Enero de 2020]. ISSN: 1900-2386. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2972/297226904010>
- Valadez, I. & Amezcua, R.I & Amezcua, M. (2015). “La psicopatología posterior al intento suicida adolescente y sus mecanismos de defensa o adaptación”, en: *Acta Universitaria* 25. 16-23. 10.15174/au.2015.845.
- Wuthnow *et al.* (1988): Wuthnow, R., Hunter, JD., Bergensen, A., Kurzweil, E. *Análisis cultural*. Buenos Aires: Paidós.



Recibido: 14 de mayo de 2019 Aprobado: 22 de abril de 2020