



*Universitat
Abat Oliba CEU*

**Diseño de una investigación cualitativa en
profesionales españoles de la salud mental:
sobrevivientes a pérdidas por suicidio**

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Noelia Díaz Rodríguez
Tutor: Dra. Laura Amado Luz
Grado en: Psicología
Universitat Abat Oliba CEU
Curso académico: 2021-22

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a horizontal line across the middle, ending in a small dot.

Firma:

Noelia Díaz Rodríguez

*Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana
sea apenas otra alma humana*

CARL GUSTAV JUNG

Resumen

El suicidio se ha considerado como uno de los problemas de salud más graves a enfrentar. Dado el impacto que tiene en la sociedad, se investigan las repercusiones que conlleva el suicidio en el círculo de la persona, tales como familiares y amigos, pero son muy pocas las investigaciones donde se considera al psicoterapeuta también como un sobreviviente a la pérdida por suicidio de su paciente. Es por lo que el presente trabajo tiene como propósito realizar un diseño de investigación cualitativa para describir las repercusiones que tiene el suicidio de un paciente en la práctica profesional del psicoterapeuta que lo acompañó, así como las distintas reacciones que este experimenta y, finalmente, identificar los factores protectores y de riesgo que intervienen. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica sobre el suicidio, el duelo y el duelo por suicidio en psicoterapeutas, a partir de la cual se desarrolló un marco teórico. Luego, se planteó la propuesta de investigación estableciendo sus objetivos, tipo y diseño, participantes, técnicas y procedimientos de recolección de datos. En ese sentido, se concluye que el suicidio de un paciente en psicoterapeutas trae repercusiones a nivel profesional. Asimismo, el proceso de duelo es más llevadero si intervienen factores protectores tales como el apoyo profesional y la formación previa en riesgo suicida. Es así, que se determina la viabilidad y relevancia de esta investigación, pues aportará información relevante en la implementación de programas de postvención y brindará herramientas para un mejor proceso de duelo por suicidio en los psicoterapeutas.

Resum

El suïcidi s'ha considerat un dels problemes de salut més greus a enfrontar. Donat l'impacte que té a la societat, s'investiguen les repercussions que comporta el suïcidi en el cercle de la persona, com familiars i amics, però són molt poques les investigacions on es considera el psicoterapeuta també com un supervivent a la pèrdua per suïcidi del pacient. És per això, que aquest treball té com a propòsit realitzar un disseny de recerca qualitativa per descriure les repercussions que té el suïcidi d'un pacient a la pràctica professional del psicoterapeuta que el va acompanyar, així com les diferents reaccions que aquest experimenta i, finalment, identificar els factors protectors i de risc que hi intervenen. Per això, es va realitzar una revisió bibliogràfica sobre el suïcidi, el dol i el dol per suïcidi en psicoterapeutes, a partir de la qual es va desenvolupar un marc teòric. Després, es va plantejar la proposta de recerca establint els seus objectius, tipus i disseny, participants,

tècniques i procediments de recol·lecció de dades. En aquest sentit, es conclou que el suïcidi d'un pacient en psicoterapeutes porta repercussions a nivell professional. Així mateix, el procés de dol és més suportable si intervenen factors protectors com ara el suport professional i la formació prèvia en risc suïcida. És així, que es determina la viabilitat i la rellevància d'aquesta investigació, ja que aportarà informació rellevant en la implementació de programes de postvenció i brindarà eines per a un millor procés de dol per suïcidi en els psicoterapeutes.

Abstract

Suicide has been considered one of the most serious health problems to face. Given the impact it has on society, the repercussions that suicide entails in the person's circle, such as family and friends, are investigated, but there are very few investigations where the psychotherapist is also considered as a survivor of loss by suicide. of your patient. That is why the purpose of this paper is to carry out a qualitative research design to describe the repercussions that the suicide of a patient has on the professional practice of the psychotherapist who accompanied him, as well as the different reactions that he experiences and, finally, identify protective and risk factors involved. To do this, a bibliographical review on suicide, grief and bereavement due to suicide in psychotherapists was carried out, from which a theoretical framework was developed. Then, the research proposal was proposed, establishing its objectives, type and design, participants, data collection techniques and procedures. In this sense, it is concluded that the suicide of a patient in psychotherapists brings professional repercussions. Likewise, the grieving process is more bearable if protective factors such as professional support and prior training in suicidal risk intervene. Thus, the feasibility and relevance of this research is determined, since it will provide relevant information in the implementation of postvention programs and will provide tools for a better process of mourning for suicide in psychotherapists.

Palabras claves / Keywords

Suicidio – Psicoterapeutas - Duelo – Repercusiones - Factores Protectores y de Riesgo - Investigación Cualitativa – Revisión Bibliográfica / Suicide – Psychotherapists – Grief – Repercussions – Protective and Risk Factors – Qualitative Research – Bibliographic Review

Sumario

Introducción	10
Metodología	14
Capítulo I: Marco Teórico	15
1.1. Suicidio	15
1.1.1 Definiciones operativas del suicidio	16
1.1.2 Prevención del suicidio	17
1.1.3. Postvención del suicidio	18
1.1.4. Estigmas y mitos en el suicidio	19
1.2. Duelo	20
1.2.1. Duelo patológico	21
1.2.2. Duelo por suicidio	22
1.1.3. Duelo por suicidio en psicoterapeutas	23
1.1.3.1 Factores protectores y de riesgo para el duelo por suicidio en psicoterapeutas	25
Capítulo II: Propuesta de investigación	27
2.1. Objetivos	27
2.2. Tipo y diseño de investigación	27
2.3. Participantes	28
2.4. Técnicas de recolección de datos	28
2.5. Procedimiento de recolección de datos	30
2.5. Estrategias de análisis de datos	31
Conclusiones	32
Referencias	34
ANEXOS	39
Anexo 1: Ficha Sociodemográfica	40
Anexo 2: Documentos de validación por expertos	41
Anexo 3: Transcripción entrevista Piloto	49
Anexo 4: Guía de entrevista semi-estructurada	58
Anexo 5: Consentimiento Informado	59
Anexo 6: Cronograma del proyecto	60
Anexo 7: Presupuesto del proyecto	61

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) la tasa de mortalidad por suicidio supera en un 58% la total causada por guerra y homicidios, la cual representa un 1,4% de la carga mundial de morbilidad; es decir, más de 800.000 personas se suicidan cada año y existe una muerte por suicidio cada 40 segundos. Asimismo, desde ya hace unos años, el suicidio ha sido catalogado como la segunda causa de muerte de la población entre los 15 a 24 años y se ha considerado al suicidio como uno de los problemas de salud más graves a enfrentar (OMS, 2019).

A nivel de la Unión Europea, se ha encontrado tasas donde 20 de cada 100.000 habitantes mueren por suicidio (EuroStat, 2018). Frente a estos datos, Serrate (2019) menciona que una de las principales causas que conlleva a estas tasas de suicidio en Europa, es el perfil que se tienen en estas sociedades, donde son cada vez más exigentes e individualistas, lo cual genera altos niveles de estrés en la población y, específicamente en los jóvenes, altos niveles de intolerancia a las derrotas, lo que genera a su vez, un incremento en el número de suicidios consumados pues consideran al suicidio como su única solución.

En esta misma línea, en los últimos datos registrados del Instituto Nacional de Estadística (INE) se registra que 3.941 personas se han suicidado en España en el 2020, lo cual hace una media de 11 personas fallecidas por suicidio al día; donde el 74% de esta población son varones y el 26% mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2021). Estos datos son alarmantes, pues, según el Observatorio del Suicidio en España (2021), el 2020 se convierte en el año con más suicidios registrados en la historia de España desde el 1906, año en que comienzan los registros por esta causa de muerte.

Asimismo, el Observatorio del Suicidio en España (2021) señala que estas cifras significan un aumento de 270 suicidios con respecto al año anterior, lo cual a su vez también es impactante puesto que es la primera vez que se superan las mil muertes por suicidio en mujeres, también la primera vez en la que se alcanzan los 14 suicidios en menores de 15 años (el doble a la cantidad respecto al año anterior) y un incremento del 20% en las tasas de suicidio en personas mayores de 80 años.

Es importante recalcar que según estos datos y tomando en cuenta los proporcionados por la OMS, podría significar que en 1 año podrían producirse aproximadamente 80.000 intentos de suicidio en España, donde entre 2 a 4 millones de personas poseen ideación suicida a lo largo de su vida (Observatorio del Suicidio en España, 2021).

En esta misma línea, estudios recientes encuentran que el 40-50% de la población ha estado expuesta a un suicidio y que, además, por cada suicidio que se consuma, hay 135 personas que están expuestas a este y sus consecuencias (Feigelman et al., 2017, Cerel, 2019).

A raíz de estos datos alarmantes acerca del suicidio, es que muchos investigadores deciden indagar cada vez más acerca de este fenómeno. Una de las temáticas que se suele tomar, es el estudio de la experiencia de duelo en el círculo de la persona que se suicidó y entre los sujetos de investigación se toman en cuenta los familiares, amigos, allegados y también el profesional de salud mental que lo acompañó. Respecto a este último, Finlayson y Graetz (2016) señalan que aquellos psicólogos con más de 11 años de trayectoria profesional han sufrido por lo menos la pérdida de 1 paciente por suicidio. A pesar de ello, muchos de estos comentan que no recibieron un adecuado apoyo por parte de sus supervisores o colegas pues recibieron *feedbacks* negativos y comentarios invalidantes durante el proceso de duelo.

Asimismo, Leane et al. (2019) encontraron que el 46% de los médicos residentes en psiquiatría han tenido al menos 1 paciente que se suicidó, comentando que incluso esta experiencia llega a ser mucho más traumática en ellos que en profesionales con más trayectoria, dado que este acontecimiento tiende a afectar negativamente en su práctica profesional del futuro, pues a nivel cognitivo, se encuentran pensamientos de preocupación intensa por el poco éxito que puedan tener, porque esta situación vuelva a ocurrir, reprobado o recibir un *feedback* destructivo por parte de sus superiores.

Gutin (2019) comenta que el proceso de duelo del psicoterapeuta tras el suicidio de su paciente viene acompañado de sentimientos tales como shock inicial, ira, ansiedad, culpabilidad, intensa tristeza y distrés. Asimismo, la autora describe que, en cuanto a su práctica profesional, los efectos que trae consigo son la hipervigilancia ante la detección de un paciente con riesgo suicida, la minimización de la capacidad de autocuidado del paciente, la realización de acciones más allá de sus límites profesionales e incluso la disociación del psicoterapeuta ante el dolor del duelo del paciente, impactando en su capacidad para estar presente y ser empático.

Asimismo, Sandford et al., (2020) exponen que los psicoterapeutas, después del suicidio de su paciente, atraviesan por inseguridades y desconfianzas respecto a su formación y conocimientos adquiridos, así como también de su habilidad para detectar y hacer tratamiento de pacientes con riesgo suicida. Estos autores, mediante la medición del impacto que tuvo el suicidio de su paciente en un grupo de

profesionales de salud mental, concluyen que la experiencia es comparable con una traumática, lo que podría llevar a activar un posible diagnóstico de estrés post-traumático, por lo que se recomienda un constante monitoreo ante la aparición de estos síntomas.

Es por todo ello, que en el presente trabajo se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las reacciones y repercusiones en la práctica profesional que trae consigo el suicidio de un paciente en el psicoterapeuta que lo acompañó? ¿Cuáles son los factores protectores y de riesgo que intervienen ante el duelo por suicidio de un paciente en el psicoterapeuta que lo acompañó?

De esta misma manera, según la revisión bibliográfica realizada, se encuentra relevante la realización de una propuesta de investigación donde se considere también como sobreviviente de pérdida por suicidio al psicoterapeuta y a partir de ello estudiar sus reacciones y repercusiones; Son muchas las investigaciones que hablan sobre las consecuencias del suicidio en los sobrevivientes de esta pérdida pero suelen enfocarse en los familiares y amigos de la persona, y son muy pocas las investigaciones que se han encontrado hasta el momento en donde se estudian las repercusiones de esta pérdida en el profesional de salud mental que lo acompañó, donde se considera al psicoterapeuta también como un sobreviviente a la pérdida por suicidio de su paciente.

Esta falta de énfasis en los psicoterapeutas, da paso a una falta de psicoeducación en los mismos profesionales de salud mental respecto a la prevención y postvención acerca del suicidio de un paciente, creando así conceptos y percepciones erróneas tales como “todo suicidio es prevenible” lo cual lleva a sobrecargarlos de responsabilidad, aumentando así sus niveles de culpabilidad luego del suicidio de su paciente, impactando tanto en el ámbito personal como en la práctica profesional del mismo (Ronningstam et al., 2021).

En esta misma línea, se evidencia que la realización de investigaciones acerca de las consecuencias del suicidio ayuda a crear programas de postvención, en donde se provee una intervención en crisis, apoyo y asistencia para los sobrevivientes de la pérdida por suicidio, haciendo más llevadero el proceso de duelo (Carson J. Spencer Foundation, et al., 2013). También permite crear más programas de prevención junto con entrenamientos especializados para profesionales de la salud mental que tratan a pacientes con riesgo suicida (Hospital Hermilio Valdizán, 2020).

El desarrollo de estas investigaciones en donde se toma más en consideración al profesional de salud mental como sobreviviente a la pérdida por suicidio, podrá disminuir el estigma que se tiene acerca de este tema y las repercusiones que

conlleva. Además, brindará al psicoterapeuta estrategias de afrontamiento ante este duelo, información acerca de las distintas respuestas que se suelen dar ante este suceso e identificar factores tanto de riesgo como protectores y señales de alerta de cuándo su práctica profesional se está viendo afectada por esta experiencia o de cuándo el proceso de duelo podría involucrar un desarrollo de estrés post-traumático.

En relación con lo descrito, los objetivos del presente trabajo de fin de grado son, en primer lugar, profundizar sobre la experiencia de duelo por suicidio en psicoterapeutas; en segundo lugar, diseñar una propuesta de investigación cualitativa donde se estudie las reacciones y repercusiones en la práctica que trae consigo el suicidio de un paciente en el profesional de salud mental que lo acompañó, identificando a su vez los factores de riesgo y protectores de esta experiencia.

Como consecuencia de ello, el trabajo se ha dividido en 4 partes: La primera es la metodología, donde se describe el procedimiento realizado para llevar a cabo el trabajo. La segunda, es el marco teórico donde se exponen los conceptos, tipos, componentes y repercusiones del suicidio y duelo. En tercer lugar, planteamos la propuesta de investigación, la cual expone los objetivos, tipo de diseño, participantes, procedimiento de recolección de datos y estrategia de análisis. Finalmente, en cuarto lugar, planteamos las conclusiones del trabajo y las limitaciones encontradas.

Metodología

En primer lugar, con el fin de obtener la información que conforma el marco teórico de este estudio y diseño de investigación, se realizó una búsqueda bibliográfica de información, recopilando publicaciones actuales y relevantes que permitan conocer los aspectos más importantes sobre el suicidio y duelo, incluyendo su definición, tipologías, repercusiones en los sobrevivientes a las pérdidas por suicidio, entre otros. Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos APA PsycNET, Ebsco, SciElo, considerando estudios en inglés y en castellano. Las palabras clave utilizadas para llevar a cabo la búsqueda en inglés fueron, Suicide, Suicide Survivors, Clinical Survivors, mientras que, para la búsqueda en castellano, estas fueron Suicidio, Sobrevivientes a pérdidas por Suicidio, Duelo y Duelo por suicidio.

En relación con las restricciones de búsquedas que se utilizaron, se incluyeron los años de publicación entre el 2016 y el 2021; como lengua, inglés y castellano.

Tomando en cuenta la revisión bibliográfica realizada, se vio pertinente llevar a cabo una propuesta de investigación, la cual se inició estableciendo los objetivos que guiarían el estudio. Después, se identificó el tipo y diseño de investigación, partiendo de conceptos teóricos planteados por diversos autores considerados referentes en este tipo de estudio tales como Hernández-Sampieri y Mendoza (2018). También, se determinaron los participantes que conformarían la investigación, sus criterios y métodos de selección de estos.

Asimismo, se determinaron las técnicas de recolección de datos, para lo cual se escogió la entrevista semiestructurada, justificando su utilidad y detallando su proceso de elaboración y contenido. Como última parte de la propuesta de investigación, se describió la estrategia de análisis de datos, que toma principalmente como base la propuesta de Mieles et al. (2012), Finalmente, este estudio termina con la formulación de conclusiones a partir del trabajo realizado, a través de las cuales se busca plasmar la relevancia de esta temática.

Capítulo I: Marco Teórico

1.1. Suicidio

El suicidio ha sido un fenómeno de estudio desde hace ya varios años, incluyendo, por ejemplo, a los filósofos Platón, Sócrates, Aristóteles, entre otros, quienes consideraron al suicidio como una enfermedad (Quintanar, 2007). En esta misma línea, Clemente y Gonzáles (1996, citado en Quintanar, 2007) mencionan que el término “suicidio” se incorporó a la Academia Francesa de la Lengua en el año 1762, definiéndolo como “el acto del que se mata a sí mismo”.

Sin embargo, dentro de las definiciones de suicidio, las más resaltantes para la suicidología hasta el día de hoy, se encuentran, por un lado, la definición psicológica descrita por Freud (1917, citado en De Bedout, 2008, p.54) como “la expresión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado previamente introyectado”; y, por otro lado, la definición sociológica de Durkheim (1897, p.160) como “todo caso de muerte que resulte, directa e indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo que ella debía producir este resultado”.

Respecto a esta última definición, Quintanar (2007) menciona que es la definición que más se ha tomado en consideración para muchas investigaciones de años próximos, puesto que el sociólogo proponía no ver al suicidio como un fenómeno de enfermedad, individual o aislado, sino como un fenómeno conductual y social.

Este punto de vista es también tomado por la Organización Mundial de la Salud, cuando en su primer informe mundial sobre el suicidio, publicado en el 2014, reconoce al suicidio como una prioridad de salud pública y ya no solo salud mental, alentando a los países a desarrollar y fortalecer las estrategias de prevención del suicidio (OMS, 2019).

Por otro lado, desde la perspectiva humanista, el suicidio se debe a una carencia en el sentido de vida de la persona, pues esta atraviesa por varias experiencias o vivencias que lo llevan a concebir de tal manera la vida y a tomar la decisión de suicidarse pues deja de identificar las fortalezas que tiene en sí mismo que lo puedan ayudar a continuar con su vida (Frankl, 1997). Es específicamente en la búsqueda de sí mismo donde el hombre puede encontrar la visión positiva de la vida, del futuro y del sí mismo y la autorrealización; sin embargo, cuando el hombre no alcanza a cumplir con esta tarea es que sus ideales y planes para el futuro se caen y comienzan las ideas suicidas (Balbin et al., 2016).

Asimismo, la desesperanza, vista desde la perspectiva humanista, juega un papel importante en esto, pues esta es causada por la frustración al no alcanzar el logro existencial, esto genera en el individuo dudas acerca de su propio sentido de vida que termina manifestándose en un sentimiento de pérdida de control de su propia vida y falta de metas, es por lo que el concepto de desesperanza está muy ligado con actos suicidas (Frankl, 1979). En esta misma línea, en una investigación realizada a adolescentes por Honorato et al. (2019) se encuentra una relación positiva entre la desesperanza y el suicidio, lo que pone en manifiesto la importancia de evaluar el riesgo suicida cuando se detecta desesperanza en esta población.

1.1.1 Definiciones operativas del suicidio

Con el objetivo de poder las diferentes terminologías y conceptos que se tienen acerca del suicidio, se procederá a explicar las definiciones operativas del suicidio planteadas por Larrobla (2013; citado en Melo, 2020):

- Conducta suicida: Es el desarrollo del pensamiento suicida, pudiendo llegar hasta el suicidio consumado.
- Ideación suicida: Consiste en un conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir, pueden ser fantasías o la preconfiguración de la propia muerte. Estos pueden presentarse con un método en específico para realizar el acto, pero sin planeación o, sin método en específico. Sinónimo de pensamiento suicida.
- Planeación suicida: La persona ya ha elegido un método por el cual realizar el acto suicida, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto y los motivos que sustentan dicha decisión.
- Intento de suicidio: Todo acto que busque la muerte propia y de la cual se sobrevive.
- Suicidio consumado: Acto por el cual el paciente logra su cometido de auto eliminarse. Esto puede darse de manera accidental, cuando la persona no pensó que el desenlace sería la muerte; o puede ser de manera intencional, donde la lesión autoinfligida fue deliberada con el propósito de acabar con la propia vida.

1.1.2 Prevención del suicidio

La OMS (2018), la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, entre otras asociaciones, coinciden en que la prevención del suicidio debe ser un área de actuación prioritaria para así poder eliminar las barreras tales como la falta de sensibilización, el tabú y estigma. Así como también, identifican que un trabajo basado en enfoques psicosociales y psicológicos son de suma importancia para la prevención del suicidio, pues abarcan la comunicación y relaciones interpersonales, que cumplen un rol importante para la identificación temprana de pensamientos y conductas suicidas para poder brindar una atención y cuidado eficaz de esta población de riesgo.

Asimismo, Katz et al., (2013, citado en Castellvi y Piqueras 2019) identifican cinco tipos de programas de prevención, tanto directa como indirecta, del suicidio en edades tempranas. En primer lugar, se encontrarían los programas de toma de conciencia del problema de salud pública que implica este fenómeno; luego, programar un entrenamiento en habilidades sociales para los jóvenes, el cual va de la mano con el entrenamiento de liderazgo entre los mismos compañeros de escuela; también se encuentra el entrenamiento de gatekeepers, aquellas personas que, sin ser especialistas en salud mental, tienen la tarea de contener el impulso suicida de un joven, aquí se encuentran principalmente los profesores y personal general de la escuela y, finalmente, programas de detección y evaluación constante de sujetos en riesgo, una vez identificados.

Sin embargo, cabe mencionar que no existe una estrategia o programa único de intervención para la prevención del suicidio, sino que es una combinación de estrategias y programas basados en necesidades de la población de riesgo. Para ello, Zalsman et al., (2016) señala que estos programas de prevención deben incluir psicoeducación para reducir el estigma, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, búsqueda de ayuda y resolución de problemas para reducir el estrés y otros factores de riesgo del suicidio.

En esta misma línea, Castellvi y Piqueras (2019) señalan la importancia de formar profesionales para la detección de las señales de alerta en personas, entrenarse en cómo bloquear accesos a medios para suicidarse y también una intervención temprana en este tipo de población. Los autores señalan que el sensibilizar a la población para reducir los mitos y estigmas, sería una de las principales medidas de prevención para el suicidio.

1.1.3. Postvención del suicidio

La postvención consiste en brindar los primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis y demás tipos de apoyo que necesiten los sobrevivientes de pérdidas por suicidio para aminorar las repercusiones que esta muerte podría traer consigo (Carson J Spencer Foundation, et al., 2013)

Worden (2013) planea que la intervención en supervivientes de muerte por suicidio es diferente a cualquier otro tipo de superviviente, ya que este tipo de muerte no tiende a hablarse de manera natural debido al estigma que se tiene. Según el autor, la intervención debería incluir aspectos tales como culpabilidad, negación, distorsiones cognitivas, preocupación por el futuro, manejo de emociones, principalmente la ira y sentimientos de abandono, así como también trabajar en el sentido de vida y muerte.

En esta misma línea, Bell et al., (2012) propone que la postvención debe orientarse también en ayudar a los sobrevivientes a comunicar sus sentimientos, temores y culpas con el propósito de asimilar, poner en perspectiva y debatir dichos pensamientos que pudieron haberse sobreestimado. Los autores mencionan que estos espacios deben basarse en validación emocional sobre todo del dolor que los sobrevivientes experimentan y mitigar el pensamiento de “¿Y si hubiera hecho algo diferente, pude haberlo/a salvado?”.

Asimismo, Payás (2010, citado en Aranda, 2017) resalta la importancia de que el tipo de intervención que se dé para los sobrevivientes de pérdida por suicidio de algún ser querido tenga una duración de por lo menos 9 meses, donde se tengan sesiones una vez por semana ya sean individuales o grupales. También, el autor menciona que esto se debe a que estas personas necesitan más tiempo de duelo debido a las características y repercusiones que este produce. Adicionalmente a ello, Jordan (2015) señala que las características de este tipo de duelo son cualitativamente diferentes, lo que puede llevar a los sobrevivientes tomar más tiempo y retrasar su culminación del duelo.

Por otro lado, Knieper (1999) comenta que cada sobreviviente atraviesa su proceso de duelo de manera distinta, y es por ello por lo que no hay terapia única que funcionará para la intervención, sino que esta dependerá enteramente de las características de la persona. Es así, que el autor propone que el terapeuta debe elegir la corriente psicoterapéutica para su tratamiento, tomando en consideración el momento de duelo de la persona, sus estilos de afrontamiento, fortalezas y necesidades del paciente.

1.1.4. Estigmas y mitos en el suicidio

Szasz (2002) expone cómo el suicidio ha ido cambiando de percepción de acuerdo con la época y circunstancias sociales, donde el suicidio ha pasado de ser considerado un crimen, a un pecado y, por último, una enfermedad mental. El autor menciona que la visión actual con la que se cuenta sobre el suicidio es beneficiosa tanto para la persona que se suicida, como para la sociedad, puesto que, no se le considera a la persona como mala por sus actos, pero sí se lo estigmatiza al considerarlo como “loco”.

Asimismo, La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) mencionan que un gran porcentaje de personas que se suicidan sufren enfermedades mentales; sin embargo, la mayoría no tienen contacto con servicios de salud mental y, es justamente esta falta de acceso a la atención adecuada la que aumenta el estigma asociado a la enfermedad mental, ideación y comportamiento suicida (2013). En esta misma línea, las instituciones mencionan que el estigma alrededor de la salud mental es un factor que aumenta la discriminación de las personas con trastornos mentales y/o ideación suicida, lo cual ocasiona que estas no busquen ayuda profesional o no lleguen a reinserirse socialmente luego de su tratamiento.

En esta misma línea, Aranda (2017) plantea que los mitos pueden ser de naturaleza muy diversa. Entre los que más se tienden a pensar son que quien dice que quiere suicidarse no lo hace realmente; sin embargo, se ha comprobado que 9 de cada 10 personas que han consumado su acto suicida, han verbalizado o expresado su ideación suicida. Otro de los mitos alrededor del suicidio es que quien se suicida es un cobarde o valiente; no obstante, el reducir a estos adjetivos el dolor que puedan estar experimentando estas personas, aleja de la objetividad su sufrimiento. El suicida no quiere morir realmente, sino que desea dejar de sufrir.

De igual manera, López (2019) expone que otros mitos más frecuentes escuchados con relación al suicidio serían que es mejor no hablar ni preguntar sobre el suicidio pues este puede inducir a su consumación o dar ideas. Sin embargo, esta idea es falsa, puesto que se ha demostrado que las personas que llevan tiempo con ideación suicida, al poder verbalizarla, son capaces de disminuir sentimientos de soledad y desesperanza.

1.2. Duelo

El duelo, que proviene del latín *dolium* que significa dolor o aflicción, es una reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o situación, también se entiende como una reacción emocional de sufrimiento o aflicción cuando se rompe un vínculo afectivo (Dávalos et al., 2008). Este término también es definido por Freud (1917, p. 238, citado en García, 2013) como: "La reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etcétera".

Asimismo, Aranda (2017) define al duelo como una consecuencia de la pérdida de un familiar, amigo o ser querido, despertando en la persona una serie de emociones tales como tristeza, ira, culpa, ansiedad, remordimiento, entre otros. La autora expone que el duelo, al provocar una reducción en el bienestar psicológico y físico de la persona, necesita de un tiempo para que pueda recuperarse y reestablecer su equilibrio psicológico.

Este tiempo que necesita la persona para recuperarse ante la pérdida, es llamado proceso de duelo, en el cual la persona atraviesa distintas etapas hasta llegar al restablecimiento emocional, las cuales son (Dávalos et al., 2008):

1. *Etapas inicial:* presenta como principales características el shock inicial y una especie de sensibilidad anestesiada. En cuanto a las reacciones iniciales se encuentran la incredulidad y el rechazo, que se manifiesta como un comportamiento insensible o exaltación, lo cual se debe a un bloqueo de información derivada de su mecanismo de defensa inconsciente. A nivel fisiológico, la persona puede experimentar aceleraciones del ritmo cardíaco, náuseas, temblor, entre otros. Esta etapa tiende a tener una corta duración, que abarca desde la noticia del fallecimiento hasta el término de los rituales de despedida fúnebres.
2. *Etapas central:* Se caracteriza por un estado depresivo y tiende a tener una mayor duración. La persona recuerda siempre al fallecido, los momentos que pudieron pasar juntos, pequeños detalles de la vida cotidiana que compartían, entre otros. Usualmente, la depresión dura meses y a veces años cuando se presentan complicaciones en la elaboración del duelo. Esta depresión hace que la persona sienta un vacío emocional, sentimientos de soledad y desinterés por las cosas.
3. *Etapas final:* La persona comienza a reestablecerse emocionalmente, es capaz de sentir nuevos deseos y expresarlos. Se caracteriza principalmente por la aceptación y adaptación que se evidencia en los nuevos vínculos que

genera, la disminución de los sentimientos de tristeza, pena y depresión. El final del duelo es manifestado como la capacidad de amar de nuevo.

1.2.1. Duelo patológico

El duelo patológico o, también llamado complicado, es definido por Horowitz (1980, citado en Vedia, 2016) como una experiencia de duelo que se intensifica de tal manera que la persona se desborda y tiende a recurrir a conductas no adaptativas, o, por el contrario, se estanca de tal manera en ese estado que no logra resolver su proceso de duelo.

Vedia (2016) describe 4 tipos de duelo patológico:

- *Duelo crónico*: se da cuando el tiempo de duelo es excesivo y la persona que lo padece es consciente del mismo, ya que no llega a culminarlo de manera satisfactoria.
- *Duelo retrasado*: se da cuando la persona suprime su dolor por la necesidad de ser fuerte por alguien o algo más y tiene una reacción mínima ante el fallecimiento. Sin embargo, en un momento futuro, experimenta los síntomas del duelo y, en muchos casos, los síntomas suelen ser desregulados.
- *Duelo exagerado*: se da cuando los síntomas del duelo son desregulados y llevan a la persona a realizar conductas disfuncionales, siendo la persona consciente de estas y de su causa. Este duelo puede llevar al desarrollo de un trastorno psiquiátrico, tales como depresión, ataques de pánico, abuso de sustancias, estrés postraumático, entre otros.
- *Duelo enmascarado*: sucede cuando la persona realiza conductas desadaptativas o presenta síntomas que no relaciona con la pérdida, tales como enfermedades psicosomáticas, hiperactividad inexplicable, etc.

Asimismo, la autora expone que, en los manuales diagnósticos de los trastornos mentales, tanto el DSM-V como la CIE-10, incluyen al duelo patológico. En el primero, se refieren a él como un Trastorno por Duelo Persistente, el cual está incluido dentro de los trastornos para el estudio futuro. En el segundo, hacen referencia a él dentro de los Trastornos de Adaptación. Ambos manuales, mencionan que los síntomas para un diagnóstico de duelo patológico se caracterizan por llevar un duelo retrasado o tener una negación de este, creer que aún sigue viva la persona, incapacidad para realizar sus actividades con normalidad durante semanas para la persona, creer que la persona es el fallecido, tener alucinaciones complejas, creer que uno fallecerá por las mismas causas, etc. Todo ello lleva a la

persona a visitar constantemente al médico y realizar conductas no normativas o aceptables, tales como poner un altar, visitar el cementerio diariamente, entre otros (Vedia, 2016).

1.2.2. Duelo por suicidio

Las muertes traumáticas, tales como accidentes, suicidios y homicidios, son las que conllevan una mayor dificultad para poder atravesar un proceso de duelo, debido a que no se cuenta con un previo aviso de la muerte, a diferencia de las muertes por causas naturales, tales como enfermedades crónicas (Worden et al., 1997). Asimismo, la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (Red AIPIS-FAeDS) (2019) menciona que el duelo por suicidio es un tipo de duelo totalmente diferente a cualquier otro, puesto que reúne una serie de características y circunstancias que no se suelen dar en otros contextos. En muchos casos es inconcebible para los sobrevivientes a la pérdida, generando alteraciones cognitivas, emocionales, conductuales y físicas.

Es importante mencionar que la Red AIPIS-FAeDS (2019) describe que se llama “sobrevivientes” o “supervivientes” a todas aquellas personas que pertenecieron al círculo de la persona que perdió su vida por suicidio. Asimismo, La Asociación Americana de Suicidología describe que utilizar el término “sobreviviente” es adecuado pues refleja las dificultades que atraviesan las personas que han perdido a un ser querido por suicidio (Jackson, 2003).

Adicionalmente a ello, otra de las razones que describen Worden et al., (1997) por las cuales este tipo de muertes conllevan un proceso de duelo mucho más dificultoso, es que a menudo pueden involucrar a las autoridades médicas y legales, lo cual puede llevar a revictimizar al sobreviviente, retrasar el sepelio debido a necesidades de realizar diversas autopsias, entre otros, lo cual genera intranquilidad hacia la familia e imposibilidad de poder elaborar su duelo.

En esta misma línea, Aranda (2017) señala que las diferencias que se encuentran entre un duelo por suicidio y duelo por cualquier otro tipo de muerte radican principalmente en la cronificación del duelo, justamente porque al ser complicado puede alargarse en el tiempo, volverse crónico y traer consecuencias a nivel físico y mental. Entre los problemas que la autora menciona, se encuentran los síntomas de trastornos depresivos, ansiedad y problemas cardíacos. Asimismo, Acinas (2012) indica como parte de las consecuencias que trae para los sobrevivientes este tipo de duelo, son las diversas conductas disfuncionales, tales como el abuso de alcohol y

drogas. Además, Worden et al., (1997) proponen que este tipo de duelo deja al sobreviviente con sensaciones de irrealidad, aturdimiento, con niveles altos de culpabilidad, necesidad de culpar a alguien, sentimientos de impotencia y remordimiento, entre otros.

García-Viniegras y Pérez (2013) describen que el suicidio de un ser querido trae como consecuencias un duelo muy traumatizante, debido a que, al ser un hecho tan inesperado, no llega a comprenderse el porqué del acto, lleva a la persona a sentirse culpable y, en muchos casos, atormentada por su imaginación respecto a imágenes de cómo pudo haber sido la muerte. Los autores comentan que las primeras reacciones que se tienen al enterarse de la noticia sobre el suicidio es negar la muerte del ser querido, luego, buscan una explicación a este, indagando sobre el cómo y sus causas, pues existe una necesidad imperiosa de encontrar una justificación racional para poder entender la muerte.

Vedia (2016) expone que el suicidio de un ser querido genera sentimientos de abandono por parte de la persona que se suicidó, generando preguntas y expresiones de reclamo y recriminación, así como también cuestionamientos a nivel personal sobre la culpabilidad del acto, y también, a nivel familiar, conlleva a sentimientos de estigma “¿seremos una familia maldita, tendremos alguna maldición?”. Adicionalmente a esto, indica que un suicidio conlleva más allá de los sentimientos de pérdida, también, debido al estigma que se tiene respecto a este fenómeno, sentimientos de vergüenza, miedo, rechazo, ira y culpa, haciendo que el duelo por suicidio sea vivido con más intensidad y duración.

1.1.3. Duelo por suicidio en psicoterapeutas

Ronningstam et al., (2021) señalan que aproximadamente entre el 22-39% de psicólogos y el 51-82% de médicos psiquiatras llegan a atravesar al menos una muerte por suicidio de su paciente a lo largo de su carrera profesional. Sin embargo, los autores mencionan que esta experiencia es siempre inesperada y trágica para el psicoterapeuta pues el proceso de duelo por suicidio de un paciente en ellos conlleva muchísimas más dificultades y tiende a afectar en su salud mental, vida personal y práctica profesional.

Wurst et al., (2013) identificaron que el 40% de los psicoterapeutas que perdieron a un paciente por suicidio tienden a experimentar situaciones de distrés y reacciones emocionales intensas. Adicionalmente a ello, Castelli et al., (2015) exponen que los profesionales de salud mental que tienen menos entrenamiento en temas relacionados al suicidio y soporte tienden a experimentar altos grados de estrés, a

diferencia de profesionales que cuentan con entrenamiento y soporte, que experimentan moderadas reacciones de estrés.

Hendin et al., (2000) mencionan que parte de las reacciones inmediatas que atraviesa el psicoterapeuta ante la noticia de la pérdida por suicidio de su paciente incluyen la ira, shock, culpa, autocrítica, vergüenza que deriva en un aislamiento y, en muchos casos, depresión. Además, algunos terapeutas pueden experimentar cierta resistencia o evitación hacia sus emociones, lo que produce deseos de espacio y distancia (Ronningstam et al., 2021), pues pueden sentirse abandonados y rechazados por el paciente, pero también algunos pueden sentir compasión, comprensión y respeto por la decisión de su paciente de terminar con su vida (Gutin, 2019).

Asimismo, Hendin et al., (2004) mencionan que la pérdida de un paciente por suicidio puede afectar la motivación del terapeuta a tratar a otros pacientes, incluso si estos no presentan conductas autodestructivas. Además, mencionan que los profesionales presentan pensamientos negativos respecto a ellos mismos tales como "Me siento horrible. Soy una mala e incompetente persona y un fracaso en mi profesión. Esto nunca debió haber pasado" así como también cuestionamientos tales como "¿Cómo y por qué pasó esto? ¿Debí hacer algo diferente? ¿Pude haber hecho algo distinto?". También, presentan sentimientos de desesperación, desesperanza, ira, sentimientos de abandono, odio hacia sí mismo, ansiedad, soledad, culpa y humillación.

Ronningstam et al., (2021) señalan la importancia de conocer, entender y empatizar, en cierto grado, con el desencadenante para el suicidio de su paciente, pues esto influenciará en cómo el psicoterapeuta reaccionará y ayudará a contrarrestar las negativas reacciones emocionales, tales como la ira, culpa y acusaciones. Asimismo, Finlayson y Graetz (2016) enfatizan en la importancia para los psicólogos de ser conscientes de sus limitaciones tanto personales como profesionales en relación con la responsabilidad del suicidio de su cliente, así como también la importancia de aceptar que el suicidio es un hecho que puede suceder cuando se trata a un paciente con riesgo suicida.

En cuanto a las dificultades que presenta un psicoterapeuta en su proceso de duelo, Gutin (2019) expone cómo la confidencialidad que debe guardar el psicoterapeuta para con su paciente, hace del proceso de duelo más dificultoso, puesto que la reacción normativa para los familiares y allegados sería compartir experiencias acerca de la persona que perdieron por suicidio y a diferencia del ellos, el

psicoterapeuta no puede compartir sus experiencias con el paciente por confidencialidad.

Asimismo, factores tales como el estigma y las reacciones de los colegas, hace que el profesional se sienta invalidado, aumentando de esta manera sus niveles de ansiedad, culpabilidad, estrés intenso, entre otros (Gutin, 2019). Entre los estigmas que más circulan respecto al tema de suicidio resaltan principalmente dos: el primero de ellos detalla que el 90% de las personas que se suicidan tuvieron un diagnóstico de enfermedad mental; sin embargo, se ha encontrado que más del 50% de estas personas no contaban con un diagnóstico psiquiátrico (Stone et al., 2018). El segundo de los estigmas más resaltantes sería el concepto erróneo de que todo suicidio es prevenible, cargando al psicoterapeuta una responsabilidad innecesaria, ya que se explica el suicidio como una decisión voluntaria del paciente y que, a pesar del nivel de experiencia que pueda tener el profesional, este no podría determinar quién de sus pacientes con riesgo suicida es más probable de actuar (Ronningstam et al., 2021).

Finalmente, Sandford (2020) expone que el diagnóstico de estrés post-traumático puede darse en muchos de los profesionales que experimentan la pérdida por suicidio de su paciente, recomendando así, un constante monitoreo sobre la aparición de estos síntomas, así como también una mayor preparación y apoyo a los profesionales de salud mental ante posibles eventos de pérdidas de pacientes por suicidio.

1.1.3.1 Factores protectores y de riesgo para el duelo por suicidio en psicoterapeutas

Leaune et al. (2019) señalan que dentro de un proceso de duelo por suicidio existen diversos factores de riesgo que derivan en un impacto traumático para los psiquiatras. Entre los que se encontraron en el estudio fueron: el aislamiento con respecto a los compañeros y al grupo profesional, la falta de capacitación teórica y clínica, así como también la falta de programas educativos y de postvección dedicados a este tipo de pérdidas. Asimismo, como factores de riesgo potenciales a estudiarse, se encontraron que los tipos de afrontamiento, el temperamento y la vulnerabilidad personal, pueden llevar a desarrollar problemas de salud mental después del suicidio del paciente. En esta misma línea, Sandford (2020) encontró que la reacción negativa por parte del equipo clínico y de la institución, donde trabaja el profesional que acompañó al paciente que se suicidó, es un factor de riesgo que aumenta el nivel de impacto negativo en el proceso del duelo.

En relación con los factores protectores, Sandford et al. (2020) encuentran, por un lado, que el apoyo externo de amigos y familia durante este proceso son beneficiosos para evitar un desarrollo de experiencia traumática frente a este duelo y, que, por otro lado, el apoyo del equipo de trabajo en conjunto con la supervisión causa este mismo efecto protector. Asimismo, los autores recalcan que el preparar a los clínicos para la posibilidad de perder a un paciente por suicidio puede ser beneficioso. Adicionalmente, Ronningstam et al. (2021) mencionan que el reconocimiento de las limitaciones psicoterapéuticas cuando se enfrenta este tipo de duelo es importante y puede ayudar al psicoterapeuta a aminorar los pensamientos rumiativos, sentimientos de culpa, entre otros y ayudarlo a promover la aceptación y tolerancia ante eventos que no puede controlar. También, los autores mencionan que el proceso de psicoterapia para el mismo terapeuta puede ser muy beneficioso, así como también señalan la importancia del apoyo de los colegas, supervisores e instituciones como factor protector y apoyo para el crecimiento profesional de este.

Capítulo II: Propuesta de investigación

La presente investigación se encuentra relevante de diseñar y realizar, puesto que ayudará a crear programas de postvención para los sobrevivientes a pérdida por suicidio, entrenamientos especializados para profesionales de salud mental que tratan a pacientes con riesgo suicida, así como también ayudará a disminuir el estigma sobre este tema y las repercusiones que conlleva, dotando de esta manera al profesional de salud mental de herramientas e información de cómo llevar su proceso de duelo de la mejor manera

Es por todo ello que, tomando como base el marco teórico expuesto anteriormente, se ha desarrollado una propuesta de investigación cualitativa con el fin de explorar aspectos relevantes de la experiencia de duelo por suicidio en psicoterapeutas españoles.

2.1. Objetivos

Los objetivos de la investigación diseñada son los siguientes:

1. Describir las distintas reacciones que el profesional español de la salud mental experimenta ante el suicidio de su paciente.
2. Describir las repercusiones que tiene el suicidio de un paciente en la práctica profesional del psicoterapeuta español que lo acompañó.
3. Identificar los factores protectores y de riesgo ante el duelo de los profesionales españoles de salud mental que experimentaron el suicidio de su paciente.

2.2. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se plantea desde un enfoque cualitativo, el cual se basa en descripciones detalladas de situaciones, personas, conductas observadas o fenómenos sociales y sus manifestaciones (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Este tipo de investigación fue elegida tomando en consideración los objetivos planteados para la misma, una descripción detallada de la experiencia de pérdida por suicidio de un paciente en el psicoterapeuta que lo acompañó.

En relación con el alcance de este estudio, este es exploratorio-descriptivo, debido a que se busca estudiar las repercusiones y reacciones de la pérdida de un paciente en el profesional de la salud mental que lo acompañó; fenómeno que no se ha investigado en profundidad previamente y, además, se busca poder conocer e indagar acerca de sus características. Asimismo, se busca describir el fenómeno en

base a las experiencias personales de cada uno de los psicoterapeutas (Ramos, 2020).

Por último, el diseño utilizado es el fenomenológico, dado que se centra en el estudio y conocimiento de la perspectiva de los participantes y a partir de esto se describe y comprende lo que los individuos tienen en común entre sus experiencias y un determinado fenómeno (Martínez, 2013), el cual, en la presente investigación es la pérdida de su paciente.

2.3. Participantes

Las personas que participarán en esta investigación serán profesionales de la salud mental, es decir, personas con título profesional de psicólogo o psiquiatra que cuenten con una especialización en psicoterapia y que hayan experimentado la pérdida de un paciente por suicidio, independientemente del sexo, edad y tiempo de experiencia.

En referencia a la selección de la muestra, esta es no probabilística, debido a que no se busca una representatividad de esta, sino la correcta selección de los participantes, en donde se les propuso a profesionales españoles de la salud mental con especialidad en psicoterapia que participen de la investigación de manera voluntaria (Martínez, 2013).

Asimismo, se utiliza un muestreo intencional de tipo por conveniencia, es decir, donde la investigadora tiene acceso a casos disponibles que tengan las características buscadas dentro de la investigación mediante contactos conocidos que puedan referir casos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Finalmente, el tamaño de la muestra se eligió en base al criterio de saturación, el cual se da cuando los datos ya no aportan nueva información para la investigación. Seguido de ello, tomando en consideración el tiempo y los recursos que disponemos para desarrollar el estudio y, la recomendación que brindan Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) para un estudio fenomenológico, se decidió realizar un análisis de 10 casos.

2.4. Técnicas de recolección de datos

La técnica seleccionada para esta investigación es la entrevista a profundidad ya que, según Troncoso y Amaya (2017), esta técnica estudia los fenómenos desde la interpretación de la persona, de sus vivencias o sentidos que les da a los sucesos, lo

cual permitirá, en esta investigación, indagar a profundidad sobre las experiencias, reacciones y repercusiones que trajo para el profesional de salud mental el suicidio de su paciente. Asimismo, los autores explican que la entrevista es una herramienta que permite extraer información cualitativa mediante una conversación e intercambio de ideas entre el entrevistador y el entrevistado; haciendo de este espacio mucho más ameno y empático para con el profesional de la salud mental puesto que, al tocar un tema sensible para el mismo, como la pérdida por suicidio de paciente, se requiere de una escucha activa y validación emocional.

Asimismo, para esta investigación se decidió utilizar un tipo de entrevista semi-estructurada, que permite al entrevistador contar con una guía para las preguntas a realizar y también tener la flexibilidad de añadir preguntas de acuerdo con las respuestas de los entrevistados, permitiéndole reunir más información y profundizar sobre algún tema que se considere relevante facilitando la comprensión de lo vivido por el sujeto de estudio (Troncoso y Amaya, 2017). Dado que uno de los objetivos de la presente investigación, es el describir las distintas reacciones y repercusiones que trajo el suicidio de un paciente en el profesional de la salud mental que lo acompañó, se considera pertinente, poder contar con aquella flexibilidad para una mayor comprensión del fenómeno.

Adicionalmente, Kvale (2011) expone que una entrevista semi-estructurada permite al entrevistador, por un lado, contar con un orden y guía para explorar las temáticas principales a indagar en la investigación y, por otro lado, le permite contar con cierto grado de libertad en cuanto al control de tiempo, orden y expresión de preguntas de acuerdo con como vaya presentándose la información. Ambas posiciones ayudarán al entrevistador a poder comprender con mayor precisión la experiencia vivida por el profesional de la salud mental, manteniendo un orden, pero, a su vez, dándole la libertad a ambas partes de poder describir a profundidad estas vivencias.

A partir de ello, se procedió a elaborar una ficha de datos sociodemográfica (Anexo 1), en donde se recogieron datos tales como edad, estado civil, con quiénes vive, ocupación, así como también información sobre el ejercicio de su profesión, experiencia con pacientes suicidas y formación profesional.

2.4.1. Guía de entrevista

Las preguntas planteadas para la guía de entrevista surgieron en base a una revisión exhaustiva de diferentes fuentes bibliográficas que realizaban estudios del fenómeno planteado para esta investigación. Además, se realizaron diversas reuniones con profesionales de salud mental expertos en el tema para que pudieran

brindar su opinión acerca de la orientación que debería tener la investigación y, en base a ello, cómo se debería recabar la información, haciendo una lluvia de ideas.

De acuerdo con ello, se realizó un listado de preguntas pertinentes que luego se agruparían por ejes temáticos con el fin de tener un mayor orden en cuanto a la recolección de datos para luego pasar por dos criterios de rigor metodológico. El primero de ellos fue el juicio de expertos (Anexo 2), en el cual se recurrió a la opinión de tres profesionales expertos en la temática: una psicóloga clínica experta en trauma psicológico, una psicóloga clínica experta en adultos y una psicóloga clínica experta en vejez. Cada una de estas personas realizaron una valoración sobre la pertinencia de las preguntas y, posteriormente, con las observaciones y retroalimentación recibida, se realizó un levantamiento de estas modificando la herramienta (Kvale, 2011).

El segundo criterio consistió en llevar a cabo una inmersión inicial, conocida como entrevista piloto (Anexo 3), en donde se entrevistó a una profesional de salud mental que cumplía con los criterios establecidos para satisfacer los objetivos de la investigación, pero que no formará parte de esta. Esto permitió tener una cercanía con el protocolo y obtener las estrategias más pertinentes para la comunicación y establecer un adecuado *rapport* con los participantes. Con dicha experiencia y la retroalimentación brindada por la entrevistada, se terminó de corregir, ajustar y definir las preguntas para la versión final del instrumento, permitiendo reforzar la calidad de este (Cypress, 2017).

Por último, la versión final de la guía de entrevista (Anexo 4) planteada para la presente investigación quedó configurada con 4 áreas temáticas que son: paciente, reacciones ante la pérdida, proceso de duelo y repercusiones en el ámbito profesional, las cuales agrupan un total de 8 preguntas referidas a explorar las repercusiones que trajo el suicidio del paciente en la práctica profesional del psicoterapeuta que lo acompañó, las diversas reacciones que presenta el psicoterapeuta ante la pérdida a nivel de emoción, cognición y actuación, y finalmente, cuáles son los factores protectores y de riesgo que se presentan.

2.5. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de la información será por medio de entrevistas, las cuales se llevarán a cabo por plataformas virtuales. Para ello, se contactarán a los profesionales referidos por contactos conocidos; es decir, a un psicoterapeuta que haya perdido a algún paciente por suicidio, por medio de un correo electrónico o una llamada telefónica, invitándola a participar de la investigación.

Posteriormente a la aceptación de la entrevista, se enviará un correo electrónico formal con el consentimiento informado (Anexo 5) como adjunto para su lectura y firma, donde se establecen los objetivos de la investigación, la naturaleza del estudio y la garantía de la confidencialidad.

Finalmente, se procederá a coordinar y agendar un día, hora y plataforma virtual que mejor se acomode para llevar a cabo la entrevista virtual con la persona. Previo a la entrevista se prepararán los materiales necesarios para llevarla a cabo, tales como el envío de enlace de acceso al participante, la guía de entrevista y material para realizar apuntes en caso de que sea necesario.

2.5. Estrategias de análisis de datos

Para el análisis de la información, se realizará un análisis de contenido temático para identificar patrones de respuesta dentro de las entrevistas realizadas a los psicoterapeutas. Se consideró pertinente el uso de esta estrategia debido a que, según Mieles et al. (2012) esta se caracteriza por ser una estrategia que permite al investigador analizar y organizar detalladamente los datos recogidos. Asimismo, esta estrategia ofrece flexibilidad teórica al no estar ligada a una teoría o marco preexistente (Braun y Clarke, 2019), permitiendo interpretar y describir las repercusiones y reacciones que el profesional de la salud mental experimenta ante el suicidio de su paciente.

En cuanto a los pasos a seguir para el análisis, en primer lugar, se procederá a transcribir las entrevistas realizadas a los psicoterapeutas para obtener una visión más detallada de las mismas. Asimismo, con el fin de guardar la confidencialidad de los participantes, se les asignará un pseudónimo. Luego, se realizará una delimitación de conexiones de temas para encontrar códigos de patrón, para, finalmente, poder generar categorías y subcategorías de las respuestas de los entrevistados (Gibbs, 2012).

Conclusiones

Se ha encontrado relevante la realización de una investigación en donde se tome al psicoterapeuta como parte del círculo afectado de una persona que se ha suicidado, ya que, el proceso de duelo que experimentan viene acompañado de múltiples factores que pueden repercutir en su práctica profesional.

En ese sentido, gracias a la entrevista piloto, se pudo obtener información sobre la adecuación del lenguaje, la coherencia de las preguntas y la pertinencia de las temáticas planteadas. Ello facilitó también recoger las formas más efectivas de generar y mantener un buen *rapport* con los participantes, pues se recalcó la importancia de no emitir juicios de valor, realizar una escucha activa y aplicar técnicas de validación, tales como el parafraseo, para hacer sentir cómoda a la entrevistada para contar una experiencia tan sensible como el suicidio de su paciente.

Asimismo, la entrevista piloto refuerza los resultados encontrados en la literatura, ya que la entrevistada manifestó shock inicial ante la noticia. Sin embargo, no llegó a desarrollar un sentimiento de culpa pues recibió mucho soporte por parte de su equipo en el centro donde trabajaba, recibió una constante supervisión de sus casos, tuvo formación acerca de la libertad que tienen los pacientes para decidir sobre sus vidas, es decir, desarrolló una conciencia del riesgo y del grado de responsabilidad que podría tener. Además, al ser una persona religiosa esto le posibilita dar un significado diferente a la muerte y al dolor que uno puede sentir por ello. Todo ellos, como hemos visto, se consideran factores protectores ante el duelo por suicidio de un paciente. En esta misma línea, la entrevistada reconoce que este hecho marcó su vida profesional, pues menciona que ahora toma más conciencia de la importancia de la interconsulta o de validar su intuición u “ojo clínico” con otro profesional, así como considerar a esta intuición una herramienta con mucha validez.

Se encuentra relevante también mencionar, que la investigación presenta posibles factores que podrían afectar el desarrollo esta. Dentro de ellos, por un lado, se encuentra a nivel metodológico una dificultad para la obtención de una muestra significativa, dado que poder contactar con profesionales de salud mental que estén dispuestos a comentar abiertamente acerca del suicidio de su paciente, es una experiencia extremadamente sensible y difícil de afrontar. Por otro lado, la cantidad de bibliografía actualizada con relación al estudio de este fenómeno encontrada hasta el momento es limitada, lo cual dificulta la comprensión de este y una interpretación más profunda de los hallazgos que se puedan obtener.

Con relación a todo lo expuesto anteriormente, se remarca lo valioso que es realizar un estudio diseñado con este propósito y enfoque donde se describan las repercusiones del suicidio de un paciente en el psicoterapeuta que lo acompañó, así como también identificar los factores protectores y de riesgo que intervienen en este tipo de duelo.

Finalmente, se presenta la posibilidad de brindar una continuidad a este diseño de investigación, pues podría implementarla en un futuro en mi trabajo final de Máster en Psicología General Sanitaria.

Referencias

- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Rev Dig Med Psicosomát*, 2, 1-17.
- Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y de Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio. (2019). *Guía para Familiares de Duelo por Suicidio. Supervivientes*. Red AIPIS-FAeDS. Salud Madrid. <http://www.infocoponline.es/pdf/Duelo-suicidio-supervivientes.pdf>
- Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio y Organización Mundial de la Salud (2013). *Estigma: La mayor barrera para la prevención del suicidio*. Día Mundial de la Prevención del Suicidio. <http://www.infocoponline.es/pdf/PrevencionSuicidio2013.pdf>
- Aranda, L. (2017). *Duelo ante muerte por suicidio: Una revisión bibliográfica*. Universidad de Jaén. http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/5575/1/Aranda_Lpez_Laura_TFG_Psicologa..pdf
- Balbin, S., Hernao, L., Lopera, S. y Sierra, D. (2016). El suicidio desde la perspectiva humanista. *Psyconex*, (8). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/326995/207842>
18
- Bell, J., Stanley, N., Mallon, S., y Manthorpe, J. (2012). Life will never be the same again: examining grief in survivors bereaved by young suicide. *Illness, crisis, loss*, 20(1), 49-68. <http://dx.doi.org/10.2190/IL.20.1.e>
- Braun, V., y Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. doi: 10.1080/2159676X.2019.1628806
- Carson J. Spencer Foundation, Crisis Care Network, National Action Alliance for Suicide Prevention y American Association of Suicidology (2013). *A Manager's Guide to Suicide Postvention in the Workplace: 10 Action Steps for Dealing with the Aftermath of Suicide*. Denver, CO: Carson J Spencer Foundation. <https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/Managers-Guidebook-To-Suicide-Postvention.pdf>
- Castelli Dransart, D. A., Heeb, J. L., Gulfi, A., y Gutjahr, E. M. (2015). Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental

health professionals. *BMC Psychiatry*, 15(1), 265.
<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0655-y>

Castellvi, P., y Piqueras, J., (2019). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. Instituto de la Juventud.
http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_adolescencia_un_problema_de_salud_publica_que_se_puede_y_debe_prevenir.pdf

Cerel, J., Brown, M.M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M. y Flaherty, C. (2019). How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav*, 49: 529-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>

Cypress, B. S. (2017). Rigor or reliability and validity in qualitative research: Perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. *Dimensions of critical care nursing*, 36(4), 253-263.
[doi:10.1097/DCC.0000000000000253](https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000253)

Dávalos, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S. y Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1),28-31.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47316103007>

De Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: Análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological* (vol. 1, núm. 2). Universidad de San Buenaventura. Colombia.
<https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>

Durkheim, E. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie* (5ª ed.).

EuroStat (17 de julio del 2018). Just over 56 000 persons in the EU committed suicide. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180716-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fweb%2Fmain%2Fhome>

Feigelman, W. Cerel, J., McIntosh, J. L., Brent, D., y Gutin, N. (2017). Suicide exposures and bereavement among American adults: Evidence from the 2016 General Social Survey. *Journal of Affective Disorders*, 227, 1-6.
[doi:10.1016/j.jad.2017.09.056](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.056)

Finlayson, M. y Graetz Simmonds, J. (2016). Impact of Client Suicide on Psychologists in Australia. *Australian Psychologist*. Australian Psychological Society. <https://aps.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ap.12240>

- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder Editorial
- Frankl, V. (1997). *Psicoanálisis y Existencialismo*. Barcelona: Herder.
- García-Viniegras, C. R. V., y Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- García, M. (2013). *El proceso de duelo en psicoterapia de tiempo limitado, evaluado mediante el método del tema central de conflicto relacional (CCRT)*. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/17783/1/T34105.pdf>
- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*.
- Gutin, Nina J. (Octubre del 2019). Losing a patient to suicide: What we know. *Current Psychiatry* (Vol. 18, No. 10: 14-16, 19-22, 30-32). <https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/CP01810014.PDF>
- Hendin, H., Maltzberger, J. T., Haas, A. P., Szanto, K., y Rabinowicz, H. (2004). Desperation and other affective states in suicidal patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(4), 386–394. <https://doi.org/10.1521/suli.34.4.386.53734>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.
- Honorato Bernal, T. M., González Arratia López Fuentes, N. I., Ruiz Martínez, A. O., y Andrade Palos, P. (2019). Desesperanza y autoestima en adolescentes con y sin riesgo suicida. *Nova scientia*. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052019000100413
- Hospital Hermilio Valdizán (2020). Programa de Atención Integral de la Depresión y Prevención del Suicidio. Departamento de Rehabilitación en Salud Mental. http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Resoluciones_Directoriales/2020/082-DG-15042020.pdf
- Instituto Nacional de Estadística (10 de noviembre del 2021). Defunciones según la Causa de Muerte Año 2020. https://www.ine.es/prensa/edcm_2020.pdf
- Jackson, J. (2003). *SOS: A Handbook for Survivors of Suicide*. American Association of Suicidology. https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/SOS_handbook.pdf

- Jordan, J. (2015). Grief after suicide: the evolution of suicide postvention. In J. M. Stillion & T. Attig (Eds.), *Death, Dying, and Bereavement: Contemporary Perspectives, Institutions, and Practices* (pp. 349-362).
- Knieper, A. (1999). The suicide survivor's grief and recovery. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(4), 353-364
- Leaune, E., Ravella, N., Vieux, M., Poulet, E., Chauliac, N. y Terra, J. (2019). Encountering Patient Suicide During Psychiatric Training: An Integrative, Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*. doi: 10.1097/HRP.000000000000208
- López, L. (2019). Mitos y realidades. Suicidio tabú y estigma. Papágeno. <http://papageno.es/mitos-y-realidades-suicidio-tabu-y-estigma>
- Martínez, M. (2013). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. Trillas. Código Biblioteca U. Lima: 001.42 M26C
- Melo, A. (2020). *Adolescencia y suicidio: una mirada desde la sociedad actual*. Universidad de la República. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/ff_g_alejandra.pdf
- Mieles, M., Tonon, G y Alvarado, S. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Revista Universitas Humanística*, 74, 195-225.
- Observatorio del Suicidio en España (10 de Noviembre del 2021). *Suicidios España 2020*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Suicidio: datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento Suicida: Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. Editorial: Pax México.
- Ramos, C. (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica* (vol. 9 núm. 3). Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7746475.pdf>
- Ronningstam, E., Goldblatt, M., Schechter, M., y Herbstman, B. (2021). Facing a patient's suicide—The impact on therapists' personal and professional identity. *Practice Innovations*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/pri0000140>
- Sandford, D., Kirtley, O., Thwaites, R. y O'Connor, R. (2020). The impact on mental health practitioners of the death of a patient by suicide: A systematic review.

Clinical Psychology & Psychotherapy.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cpp.2515>

Stone, D. M., Simon, T. R., Fowler, K. A., Kegler, S. R., Yuan, K., Holland, K. M., Ivey-Stephenson, A. Z., y Crosby, A. E. (2018). Vital signs: Trends in state suicide rates—United States, 1999–2016 and circumstances contributing to suicide—27 states, 2015. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(22), 617–624. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6722a1>

Serrate, M. (2019). Análisis sociodemográfico del suicidio en España. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. *Repositorio Institucional de la Universidad de Valladolid*.
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/41855/TFG-E-924.pdf?sequence=1>

Szasz T. (200). *Libertad fatal: Ética y política del suicidio*.

Vedia, V. (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* (vol. 6, núm. 2).
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf

Worden, J. W., Aparicio, Á., y Barberán, G. S. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*.

Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo*. Espasa Libros.

Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., Vogel, R., Müller, S., Petitjean, S., y Thon, N. (2013). How therapists react to patient's suicide: Findings and consequences for health care professionals' wellbeing. *General Hospital Psychiatry*, 35(5), 565–570. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.05.003>

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Hoschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B.; Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., y Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha Sociodemográfica

1. Pseudónimo:
2. Edad:
3. Estado civil:
4. Con quiénes vive:
5. Profesión / Ocupación:
 - a. ¿Ejerce su profesión de manera pública (en hospitales del estado) o de manera particular?
 - b. ¿Ejerces de manera individual o cuenta con un equipo multidisciplinario?
 - c. ¿Cuántos años de experiencia tiene como psicoterapeuta?
 - d. ¿Qué tipo de formación psicoterapéutica tiene?
 - e. ¿Tuvo formación en tratamiento de pacientes con riesgo suicida?
 - f. ¿Cuántos pacientes ves en promedio por semana/mes?
 - g. ¿Cuántos pacientes con riesgo suicida ve en promedio por semana/mes?

Anexo 2: Documentos de validación por expertos

VALORACIÓN DE GUÍA DE ENTREVISTA POR JUICIO DE EXPERTOS

Señor (a) Especialista,

Se le solicita colaborar en el proceso de validación de la guía de preguntas de la investigación “Sobrevivientes a pérdidas por suicidio: Un estudio cualitativo en profesionales de la salud mental en España”.

La presente guía de preguntas busca en primer lugar, describir las repercusiones que tiene el suicidio de un paciente en la práctica profesional del psicoterapeuta que lo acompañó, en segundo lugar, describir las distintas respuestas que el profesional de salud mental experimenta ante el suicidio de su paciente y, finalmente, identificar los factores protectores y de riesgo ante el duelo de un profesional de salud mental que experimentó el suicidio de su paciente.

A continuación, se resumen los principales aspectos que se tendrán en cuenta para determinar en el proceso de validación del instrumento.

Objetivos de la validación	<ul style="list-style-type: none">- Evaluar la pertinencia de las áreas temáticas presentadas- Evaluar la redacción de las preguntas.- Evaluar el contenido de las preguntas.- Brindar observaciones de mejora, de acuerdo con su experiencia dentro del ámbito de la práctica sobre suicidio, pacientes con riesgo suicida, psicología clínica, psicoterapia y duelo.
Expertos	Tres especialistas vinculados a la temática de experiencia de pérdida por suicidio en un profesional de la salud mental en España. <ul style="list-style-type: none">- Psicólogos general sanitarios- Médicos psiquiatras
Modo de validación	Optimizar los criterios de rigor metodológico de la investigación cualitativa <u>Método individual</u> : Cada experto responde al documento y proporciona sus valoraciones en base a los criterios solicitados.

La guía propuesta ayudará a que se pueda realizar la entrevista semi-estructurada a profundidad.

Se le presentarán 9 preguntas agrupadas de acuerdo con las 4 áreas a explorar: paciente, reacciones ante la pérdida, proceso de duelo y repercusiones en el ámbito profesional. Estas deberán ser valoradas de acuerdo con los siguientes criterios:

1:	2:	3:	4:	5:
Área/ Pregunta muy poco aceptable	Área/Pregunta poco aceptable	Área/Pregunta regularmente aceptable	Área/Pregunta aceptable	Área/Pregunta muy aceptable

En el caso de considerar que alguna pregunta es poco o muy poco aceptable para lograr los objetivos de estudio:

1. Describir las distintas reacciones que el profesional español de la salud mental experimenta ante el suicidio de su paciente.
2. Describir las repercusiones que tiene el suicidio de un paciente en la práctica profesional del psicoterapeuta español que lo acompañó.
3. Identificar los factores protectores y de riesgo ante el duelo de los profesionales españoles de salud mental que experimentaron el suicidio de su paciente.

Se le invita a indicar la razón o su duda en la casilla de "Observaciones".

DOCUMENTO DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Nombre: Laura Blanco Presas

Especialista en: Psicología Clínica (trauma psicológico)

Valore las siguientes áreas y preguntas:

1: Área/ Pregunta muy poco aceptable	2: Área/Pregunta poco aceptable	3: Área/Pregunta regularmente aceptable	4: Área/Pregunta aceptable	5: Área/Pregunta muy aceptable
---	--	--	---	---

ÁREA: PACIENTE		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Podrías, por favor, comentarme un poco acerca del paciente que perdiste? (Si el/la terapeuta se siente cómodo/a al hablar de ello, indagar en aspectos tales como tiempo en terapia, diagnósticos o riesgos suicidas).			3			Aquí haría la pregunta más concreta en función de lo que interesa investigar, algo así como dx, edad del paciente, nº intentos previos, tiempo de terapia,

ÁREA: REACCIONES ANTE LA PÉRDIDA		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Cuáles fueron las reacciones que sentiste al enterarte de la noticia? Descríbelo. (Indagar a nivel de emociones, pensamientos y conductas)					5	

ÁREA: PROCESO DE DUELO		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Cómo has vivido tu duelo desde entonces?		2				Demasiado amplia
2	¿Cuáles fueron las estrategias que utilizaste para tu proceso de duelo?				4		

3	¿Llevaste algún tipo de apoyo profesional luego de la pérdida?				4		Creo que esta se puede combinar con la siguiente del tipo. Recibiste ayuda especializada? Durante cuanto tiempo?
4	¿Llevas, actualmente, algún tipo de acompañamiento psicológico?				4		

ÁREA: REPERCUSIONES EN EL ÁMBITO PROFESIONAL		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Sientes que tu práctica profesional tuvo algún cambio después de la pérdida? ¿Cómo? Descríbelo					5	
2	¿Cómo manejas tus emociones o pensamientos dentro de la sesión? ¿Y al término?		2				Demasiado amplia. Tal vez reformularla en relación a como manejas tus emociones cuando un paciente habla de suicidio

Laura Blanco
Firma de especialista

DOCUMENTO DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Nombre: Montserrat Lacalle Sisteré

Especialista en: Psicología Clínica y vejez

Valore las siguientes áreas y preguntas:

1: Área/ Pregunta muy poco aceptable	2: Área/Pregunta poco aceptable	3: Área/Pregunta regularmente aceptable	4: Área/Pregunta aceptable	5: Área/Pregunta muy aceptable
---	--	--	---	---

ÁREA: PACIENTE		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Podrías, por favor, comentarme un poco acerca del paciente que perdiste? (Si el/la terapeuta se siente cómodo/a al hablar de ello, indagar en aspectos tales como tiempo en terapia, diagnósticos o riesgos suicidas).					x	Creo que es una pregunta muy general, a riesgo de ser contestada de maneras muy distinta por los diferentes entrevistados. Sería más pertinente que los aspectos especificados entre paréntesis se formularan en preguntas concretas.

ÁREA: REACCIONES ANTE LA PÉRDIDA		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Cuáles fueron las reacciones que sentiste al enterarte de la noticia? Descríbelo. (Indagar a nivel de emociones, pensamientos y conductas)					x	De modo similar a la pregunta anterior, concretaría el análisis en la pregunta, p.ej. "¿Qué sentiste?, ¿qué pensaste?, ¿Qué hiciste?"

ÁREA: PROCESO DE DUELO		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Cómo has vivido tu duelo desde entonces?					x	Creo que puede realizarse una pregunta más dirigida que ayude a comparar posteriormente las respuestas, p.ej. "¿Puedes describir tu proceso de duelo

							asociado a esta pérdida?"
2	¿Cuáles fueron las estrategias que utilizaste para tu proceso de duelo?					x	
3	¿Llevaste algún tipo de apoyo profesional luego de la pérdida?					x	
4	¿Llevas, actualmente, algún tipo de acompañamiento psicológico?					x	

ÁREA: REPERCUSIONES EN EL ÁMBITO PROFESIONAL		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Sientes que tu práctica profesional tuvo algún cambio después de la pérdida? ¿Cómo? Descríbelo					x	
2	¿Cómo manejas tus emociones o pensamientos dentro de la sesión? ¿Y al término?					x	Creo que es una pregunta muy general, excesivamente dependiente del contexto y caso tratado. Probablemente sería más adecuado preguntar por emociones y pensamientos en caso de que el paciente refiera ideación suicida.

MONTSERRAT LACALLE SISTERÉ

Firma de especialista

DOCUMENTO DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

Nombre: Salud Porras

Especialista en: Psicología clínica adultos

Valore las siguientes áreas y preguntas:

1: Área/ Pregunta muy poco aceptable	2: Área/Pregunta poco aceptable	3: Área/Pregunta regularmente aceptable	4: Área/Pregunta aceptable	5: Área/Pregunta muy aceptable
---	--	--	---	---

ÁREA: PACIENTE		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Podrías, por favor, comentarme un poco acerca del paciente que perdiste? (Si el/la terapeuta se siente cómodo/a al hablar de ello, indagar en aspectos tales como tiempo en terapia, diagnósticos o riesgos suicidas).			x			El término “comentarme un poco acerca del paciente” resulta demasiado vago e informal. Sería más conveniente una pregunta más concisa, por ejemplo: “¿podría indicar el tiempo que lleva de tratamiento con ud., así como el si el nivel de riesgo suicida del paciente era leve, moderado, alto o extremo?”

ÁREA: REACCIONES ANTE LA PÉRDIDA		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Cuáles fueron las reacciones que sentiste al enterarte de la noticia? Descríbelo. (Indagar a nivel de emociones, pensamientos y conductas)					x	

ÁREA: PROCESO DE DUELO		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Cómo has vivido tu duelo desde entonces?		x				De nuevo es una pregunta muy abierta que dificulta la recogida e información específica. Mejor preguntar por periodo de tiempo de afectación e intensidad de la

							perturbación emocional asociada al duelo
2	¿Cuáles fueron las estrategias que utilizaste para tu proceso de duelo?					x	
3	¿Llevaste algún tipo de apoyo profesional luego de la pérdida?					x	
4	¿Llevas, actualmente, algún tipo de acompañamiento psicológico?				x		Sería mejor especificar si el proceso de duelo ha sido causa de intervención psicológica del profesional

ÁREA: REPERCUSIONES EN EL ÁMBITO PROFESIONAL		Valoración					Observaciones
		1	2	3	4	5	
1	¿Sientes que tu práctica profesional tuvo algún cambio después de la pérdida? ¿Cómo? Descríbelo					x	Culpa por no haber podido evitarlo. Miedo a que vuelva a ocurrir con otro paciente. Alerta en las visitas de otros pacientes graves. Comprobación de la idoneidad de los tratamientos en cada caso.
2	¿Cómo manejas tus emociones o pensamientos dentro de la sesión? ¿Y al término?					x	Gestionando la distorsión de razonamiento emocional, revisando la atribución de responsabilidades, aceptación radical de la realidad

Salud Porras
Firma de especialista

Anexo 3: Transcripción entrevista Piloto

Investigadora (I): Ahora que ya tengo los datos sociodemográficos, me gustaría saber si podrías comentarme acerca del paciente que perdiste. Por ejemplo, con relación a su tiempo en terapia, el diagnóstico que tenía, si tuvo riesgos o intentos suicidas previos.

Estela (E): Bien, mira a ver, tiene que ser de un paciente que se suicidó. Esto fue en mis primeros años de ejercicio profesional, en otro lugar de España y después de ganar una plaza en propiedad en un hospital psiquiátrico tipo nosocomio - manicomio- un hospital municipal. Entonces atendíamos pacientes graves. Y el paciente que se suicidó siendo yo su terapeuta era un paciente diagnosticado de esquizofrenia y tenía una enfermedad de larga data. Y, por lo tanto, era muy conocido por el servicio. Y venía asiduamente a sus controles, estaba con tratamiento antipsicótico. Y vivía de modo independiente a pesar de ser un enfermo mental, pero él desarrollaba un tipo de actividad que era el dibujo. Era buen pintor y muy buen dibujante de retratos, al punto que él se ganaba la vida o una de sus fuentes de ingreso era el diseño de retratos para personajes que hacían crónicas en los periódicos. O sea, él hacía viñetas o retratos para ilustrar en uno de los periódicos locales donde lo tenían contratado. Entonces, yo recuerdo que los días antes de enterarnos de que había fallecido, él vino a su visita de seguimiento y estaba muy consciente, muy bien orientado con una, yo diría, sintomatología psicótica, digamos, perfectamente controlada: no había proceso alucinatorio y estaba bien compensado, digamos. Su manera de hablar y de referir, o sea de contar las cosas en algún momento a mí me hizo sospechar que algo no andaba bien, y que el discurso verbal era un poco incongruente con mi percepción. Sin embargo, yo no tenía ninguna evidencia a nivel de exploración objetiva que me diese un indicador de riesgo de algo, de riesgo de descompensación o de riesgo de suicidio o de que esta persona estuviese en esos momentos fuera de la realidad, o que el *insight*, o sea su conciencia de enfermedad estuviese trastocada, no. En ese momento se mostraba una persona consciente de su patología y que se encontraba bien, describía perfectamente su actividad. Y bueno, venía aseado, bien, perfectamente, digamos, estable. Una persona estable. En su cuadro psicopatológico estaba estable y compensado. Entonces, por un momento yo pensé proponerle que se quedase hospitalizado unos días para observarle, para ver si era necesario algún ajuste de medicación. Lo descarté porque no tenía indicios objetivos que justificasen un ingreso, más allá de una de una intuición. ¿Esto qué quiere decir? Lo que con el tiempo yo he podido aprender es que la intuición clínica del profesional puede ser más importante o más relevante que los síntomas objetivos

¿Vale? Sin embargo, yo tuve como una especie de impresión de que sin que él dijese nada, a mí me sonó a despedida su visita. Sobre todo, basado en una actitud de agradecimiento que él mostró. Y que quizá esto es lo que a mí me puso un poco en duda, de ¿por qué agradecer? Entonces no pudimos constatar nada, y pues le di cita para su próximo seguimiento, y le despedí.

Supimos de su fallecimiento a través de varias personas que nos informaron que conocía que era paciente del hospital. Pero lo encontraron en su habitación, en su casa varios días después de haber fallecido, por lo tanto, no sabemos con certeza y qué es lo que pasó, y tampoco tuvimos mucho acceso a si hicieron o no una autopsia previamente a su entierro. Y había informaciones un tanto imprecisas de si habían podido entrar a robar, pues lo poco valioso que tuviese, su obra de arte o sus pinturas que tenían cierto valor. Porque él frecuentaba círculos de personas que hacían policonsumo de sustancias, aunque no nos consta que él lo hiciese. Pero era posible que sí, que se relacionase con personas de estas características o que él mismo en algún momento puntual, pudiera consumir y en esos consumos pues, hacer un acto suicida. Entonces, no es, por supuesto, los intentos de suicidio o los suicidios más comunes actualmente, pero sí un es una conducta suicida de un paciente grave y con una patología, pues muy abigarrada como es la esquizofrenia. Entonces, actualmente los cuadros de riesgo suicida suelen estar muchísimo más asociados, y de hecho es lo más propio, a cuadros de depresión mayor o conductas de riesgo suicida más reactivos a las situaciones de estrés agudas.

I: Entiendo, sí. Entonces, justo es esto que dices que no fue común porque entiendo entonces que, anteriormente durante su terapia este paciente no había presentado ningún riesgo suicida, o quizás mucho antes, y que ya no volvía a aparecer este síntoma.

E: Bueno, este paciente sí que había tenido anteriormente riesgos de suicidio. Pero dentro de existe de un sistema delirante, de persecución. Entonces esto no, no se le daba en ese momento y por lo tanto a mí no se me hizo evidente no una clínica que le que pudiera justificar su ingreso. Porque bueno, pues, no había otros indicadores de riesgo.

I: Como dices lo que tú notaste era este agradecimiento, ¿no? eso era lo que te puso en alerta, por así decirlo, ¿no?

E: Si, son rituales de despedida que podrían ser insinuación del riesgo, como un signo a sospechar su suicidio o cuando la persona no lo manifiesta, ni amenaza ni verbaliza lo que realmente piensa o no tiene planificado hacer.

I: Claro, sí...

E: Generalmente es cuando las personas tienen una planificación del suicidio. En lo que es un suicidio impulsivo, suele estar asociado, sobre todo, a conductas compulsivas y que suelen ir asociadas al consumo de sustancias.

I: Claro, entiendo... y a este paciente ¿Cuánto tiempo lo tuviste tú en terapia?

E: Yo era su psiquiatra referente del hospital, no era paciente en psicoterapia. Pues unos dos años y medio.

I: Y justo entrando a cuando te enteraste de la noticia... Me gustaría saber cuáles fueron un poco las reacciones que tuviste al enterarte, qué fue lo que sentiste, qué pensaste en ese momento... Si realizaste alguna acción.

E: Sí. La reacción inmediata fue la de sorpresa, la perplejidad y la confirmación de la intuición. Creo que no he entrado en culpa, ni desarrolle en aquel momento algo que me pudiese hacer entrar en crisis, porque había también elementos de sospecha de que no hubiese sido un suicidio en toda regla. Entonces esa dilución también de responsabilidad me permitió, creo, tomármelo con mucha más distancia o con una cierta distancia. Lo que hice fue buscar información con personas que hubieran podido tener contacto con él en aquel momento. Pero era complicado porque no vivía en la misma ciudad donde estaba el hospital, pero sí que tenía contacto con algunas personas, como las que yo le había contactado, le había puesto en relación para que tuviese ingresos. También le puse en contacto con un librero que podía vender sus dibujos. Y me confirmó de alguna manera también esta despedida, porque también a él le fue a despedirle. Entonces él podría tener a lo mejor no solo un intento de un plan de suicidio, sino posiblemente como viviendo en estos circuitos, a veces, un tanto de gente que podrían tener ajustes de cuentas que tenían comportamientos un tanto antisociales... pues, podría haber recibido amenazas. Porque a veces sus cuadros no eran exactamente delirantes, sino que podrían ser un poco de deliroides, es decir, cierto hasta cierto punto de una realidad concreta que él introduce en su pensamiento delirante. Entonces será una situación un tanto compleja a nivel clínico y a nivel social. Por lo tanto, creo que no llegué a asumir totalmente un sentimiento de culpa que me hiciese entrar en un gran conflicto de conciencia y de asumir una culpa profesional. No sé si esto es claro para ti o no sé, ahí hazme más preguntas porque es lo que en estos momentos puedo recordar porque te estoy hablando de una situación de hace muchos años y que después no he vuelto a vivir otra situación de muerte de un paciente.

I: Sí, era un poco para para conocer las distintas reacciones que pudiste tener en este momento... como mencionas la sorpresa, un poco también, quizás, dudar de si fue o no suicidio en su totalidad por el círculo que tenía. Justo esto se trata de saber

de manera abierta lo que sentiste, lo que pensaste en ese momento, cuáles fueron las reacciones en todo nivel que tuviste...

E: Sí que he asumido a lo largo de mi ejercicio profesional, una conciencia bastante libre en cuanto a atribuirme la responsabilidad de la muerte de las personas. Porque he visto muchas personas en riesgo, eso sí, y con mayor o menor riesgo, en hospitalización y en consulta, y lo más complicado es cuando hay amenazas continuas de parte de la persona de, pues de “mira estoy pensando en suicidarme”, como esta advertencia que supone casi una amenaza. Y recuerdo pues algunos pacientes muy graves en este sentido. Y entonces, ante esto, sí que he asumido que yo no puedo estar 24 horas de vigilante de una persona como terapeuta. Nadie lo puede hacer, yo lo voy a recomendar a la familia para que estén vigilantes y, de hecho, pues se toman en hospitalización y a nivel familiar. Y cuando se hace la recomendación a nivel familiar esta de esta vigilancia. Ahora bien, en caso de que la persona en un momento determinado pues haga el acto suicida, creo que ninguno se puede atribuir la responsabilidad de su muerte porque nadie tiene un poder absoluto ni un control absoluto sobre la vida de otro, ni sobre sus decisiones. Entonces existe una certeza, y es que no podemos tener el control del comportamiento humano, ciento por ciento seguro. Entonces esto es un es un factor, yo creo que me ha ayudado a tomar conciencia de la responsabilidad que sí puedo asumir y tengo que asumir y la que no puedo asumir por el límite humano, que mi margen de control es limitado y la voluntariedad de la persona pues también tiene un grado de libertad, que yo no puedo coaccionar totalmente ni la terapia ni la intervención farmacológica y muchísimas veces, ni la contención física, o la vigilancia extrema puede garantizar.

I: Sí. Definitivamente.

E: Entonces, aunque todos estos programas de prevención del suicidio contemplan la extreman las medidas de prevención, pues siempre hay cierto fracaso. Lo tenemos que decir con pena, con dolor por lo que vale una vida humana. Pero se intenta reducir la tasa de intentos y muertes por suicidio. Pero no, no conseguimos un éxito completo. Lamentablemente. Esto sí que duelo, pero creo que también junto con el dolor, la tristeza que eso supone y tenemos que asumir el límite humano de nuestra intervención profesional. Y tampoco enfermarnos por ello, por una culpa patológica y que incluso podría llegar a bloquearnos y a perder el sentido profesional mismo. Sí. No sé si esto te ayuda.

I: Sí, sí de todas maneras, todo lo que puedas comentarme es de muchísima ayuda. Sí, definitivamente. Bueno, y un poco continuando con este proceso que tuviste

respecto al paciente que perdiste, ¿Podrías describirme un poco cuál fue tu proceso de duelo asociado a esta pérdida? ¿Cuáles fueron las estrategias que utilizaste, quizás?

E: Una primera es la que te he contado de toma de conciencia del grado de libertad de la persona y la capacidad de control que tiene el profesional sobre las personas a las que a las que cuidan. Entonces, esto yo creo que lo empecé a hacer incluso en el momento de trabajar con pacientes tan graves como eran los del manicomio donde yo trabajaba. Creo que esa fue una primera toma de conciencia de mi responsabilidad frente al grado de libertad de la otra persona. Creo que es un tema que da para mucha reflexión y cuanto hasta qué punto yo puedo asumir la responsabilidad de la muerte de un paciente, por supuesto que yo tendría que haber descartado, y creo que lo hice, que hubiera habido de mi parte negligencia. Quizá una cierta atribución negligente la puedo hacer desde esta consideración de que mi intuición o de mi percepción subjetiva que no podía constatar de una manera objetiva, con los síntomas y verbalización, cómo se presentaba el paciente y por cómo lo conocía, pues no me daba indicios de que se justificara un ingreso.

I: Claro, entiendo...

E: Ni tampoco hacer ningún ajuste de la de la medicación. Y esto, pues también sabiendo que hay muchas veces que el paciente puede ocultar la información para que tú no interfieras en sus decisiones. Si eres una persona sola, que vive sola, independiente, muchísimas veces también es más riesgoso porque no tiene su lado otra persona que le pueda proteger. Entonces sí, primero tomar conciencia de si yo había tenido en esta visita negligencia y ponerlo en la balanza y preguntarme ¿Hasta qué punto esta negligencia era culpable? Y luego tomar conciencia también mi límite de control. Ver todos los factores psicosociales de la persona. Era un contexto poco protegido. Y que también, pues había supuesto que esta persona se había abandonado en la alimentación. Es decir, este tipo de conductas negligentes de su parte, que no se daban en ese momento y que hubieran puesto más en riesgo su vida.

Luego, pues yo también tengo un criterio religioso de la vida, cristiano católico, que me permite, como decía antes, darle sentido a la vida, pero también darle sentido a la muerte. Por lo tanto, esto ha supuesto para mí un punto de referencia para darme respuestas al porqué de la muerte de una persona que estaba pues compensada, bien clínicamente. Y esto me ha ayudado en ese momento y en otros a distanciarme de un modo también emocional en situaciones que podrían implicarme de una manera inadecuada, ¿no? Y esto también lo he asumido y a veces hacemos bromas

por otras personas respecto a que Cristo tuvo entre sus discípulos, uno que se suicidó. Sí. Entonces si a Cristo siendo Dios, pues, se le suicidó un apóstol... Ni él pudo hacer una intervención, desde su ser Dios para evitar el suicidio... Pues yo tampoco lo pretendo de una manera absoluta. No lo digo esto con la intención de quitarme culpas de encima o no reconocer una cierta negligencia o no tomar muchísima conciencia en todas las todas las previsiones necesarias para la prevención del suicidio. Solo todo eso, yo creo que ha sido una lección de vida desde ese momento. Pero no, no recuerdo haber entrado en... Si en cierta cavilación, pero no en un darle vueltas, todo lo demás, tomar conciencia, obtener la mayor información posible dentro de lo complejo que era, por las características del paciente y de su situación psicosocial. Pero no, no creo haber entrado de ninguna culpa que me lesionase o que me limitase en mis funciones profesionales. A nivel del servicio, yo estaba trabajando en ese momento en un hospital manicomio y, por lo tanto, pues, teníamos con cierta frecuencia, bueno, pues había algunos pacientes que se suicidaban. Recuerdo que por aquella época otro paciente del servicio de al lado, a veces se le atendía en urgencias. Pues él se lanzó desde uno de los muros del hospital a un barranco. Pero no murió. Lo tuvimos recuperándose de su descalabro físico y psicológico. Entonces... teníamos pacientes que se suicidaban incluso estando hospitalizados. Este paciente de que hablo era un paciente bipolar crónico, hospitalizado, vivía prácticamente allí y tuvo este intento suicida estando hospitalizado y, por lo tanto, bajo supervisión sanitaria. Claro, es que hay momentos en que no tienes el control ciento por ciento. Y en el servicio, pues creo que sí que nos ayudábamos a asumirlo desde esta reflexión compartida.

I: Era algo que entre ustedes mismos también conversaba, ¿no?

E: Sí habría habido una elaboración del duelo en equipo.

I: Importante también eso, tener el apoyo del equipo. ¿No?

E: Muchísimo, muchísimo. Por eso no se aconseja en la consulta privada asumir pacientes muy graves que pueden... está totalmente desaconsejado, no solo porque el paciente ahí no se puede contener desde una consulta y como que a veces, si uno no trabaja bien acompañado, pues existen determinadas situaciones pueden ser muy complejas y lesivas para el profesional.

I: Mmm... claro, entiendo, perfecto y en este proceso de duelo, o sea, tras la pérdida. ¿Tuviste algún tipo de intervención psicológica o acompañamiento?

E: No, realmente, como te digo, no lo necesite o no percibí necesitarlo, porque por una parte el apoyo del mismo equipo de trabajo del hospital, con un jefe muy solidario y los compañeros de trabajo también y perfectamente consciente,

considerando una larga trayectoria profesional, y mucha conciencia de trabajar bien. O sea, de hacer un buen acompañamiento y un buen seguimiento. Y que esto forma parte de impuesto que hay que pagar por ser psiquiatras o psicólogos. Sí, como que la profesión es una profesión de riesgo y es un riesgo para el paciente y un riesgo altísimo para el profesional. O sea, yo creo que esta conciencia del riesgo yo la asumí durante mi preparación profesional, los años de la formación de psiquiatra.

I: ¿Y realizaste, o realizas actualmente algún tipo de supervisión por parte de algún profesional, digamos de tus casos?

E: Sí, sí, dependiendo del tipo de terapia que hago o por el grupo de pacientes que veo, tengo distintos profesionales o equipos que me supervisan. O sea, no tengo una sola persona, sino varias. Un par para las evaluaciones. y otra psicóloga del equipo para un acompañamiento de un grupo específico y luego un equipo multidisciplinario para atención, un grupo grueso de atención de pacientes. Y cursos de formación, tanto en terapia como de formación de patologías específicas.

I: ¿Y tú sientes que después de la pérdida tu práctica profesional, tuvo algún cambio? ¿En algún nivel?

E: ¿Te refieres al... no sé... cambio en algún nivel en cuanto a que hiciese las cosas de forma distinta?

I: Sí, exactamente.

E: Sí ya, pues sí, le he dado muchísima más importancia a mi intuición y a contrastar la intuición con otros profesionales, y si me queda alguna, algún resquicio... quizá allí lo que no hice en aquel momento, verlo con otro profesional, pedirle a otro profesional una segunda opinión, que me acompañase a verlo o que lo viera. Y tener otra opinión. O sea, que es muy raro en las consultas de seguimiento y mucho más frecuente, por supuesto, cuando los pacientes están hospitalizados, porque se ven en equipo. A lo mejor lo que yo no vi o lo que no pude objetivar, quizás otra persona lo hubiera objetivado. Esto sí que tomé conciencia de la importancia de tomar otra perspectiva o tomar la perspectiva de otro mediante la supervisión o la interconsulta.

I: Mhm... Perfecto y tras la pérdida como cuando recibes ahora pacientes de riesgo suicida, sea quizás en el hospital o en tu consulta privada, cuando manifiesta algún tipo de ideación suicida. ¿Cómo manejas tus emociones o pensamientos dentro de la sesión? ¿Con el mismo paciente cuando te las manifiesta?

E: Bien. A ver. ¿cómo lo manejo? En general... Hago una entrevista muy abierta y dirigida en caso de que pueda haber indicios de ideación suicida, entro muy a fondo

en todo lo que pueda suponer la ideación, la planificación más o menos estructurada de comportamiento posible suicida, y ver cuán estructurado está, lo considero muy muy importante. Y hasta qué punto es la persona sea visualizado realizándolo, si lo ha podido ensayar y cuál es la rescatabilidad posible de ese plan de suicidio. Porque cuando hay una planificación de comportamiento suicida, es muy importante considerar si la persona hace un plan de suicidio en el que puede ser rescatado por alguien, entonces sería más llamado de atención; O cuando realmente lo planifica para que nadie lo pueda rescatar. Y entonces es un digamos que es un síntoma muy grave y hay que tomárselo muy en serio.

I: Claro, entiendo... Eso, digamos lo que trata de hacer, es ahondar en ese momento en la entrevista, no ver un poco como dices, la planificación, eso es cuando está el paciente, digamos en tu consulta, cuando están en ese momento y, luego cuando ya termina la sesión, ¿sueles hacer algún otro análisis o qué tipo de otras acciones realizas?

E: Sí, veo, en general sí, dependiendo del grado de riesgo de suicidio, puedo activar la derivación muy fácilmente, o sea que suelo derivar de tal manera que no me quedo con la intuición de que puede pasar algo grave que no esté bajo control. O sea, aquí sí que activó los planes correspondientes de derivación a un hospital o también derivar la responsabilidad de la supervisión a algún familiar o algún referente al que puedas tener bajo vigilancia a la persona, el paciente. O sea, no dejarlo al azar y muchísimo menos. Y si es necesario hacer una consulta de urgencias, pues garantizo que se haga para que ya el servicio de urgencias valore si corresponde una hospitalización o una intervención en crisis, que ello en la consulta puedo iniciar, pero a lo mejor se necesita reforzar. Es decir, no dejar cabos sueltos. Porque más allá de lo que el paciente, como te digo, puede verbalizar, o signos y síntomas que no se verbalizan, pues tiene que haber como otra atención a aquello que no sea verbalizado, pero que podría existir y que no se puede dejar al azar. Siempre reconociendo que va a haber un límite, pero es necesario hacer la mayor contención y tener bajo observación a la persona, lo que corresponde que por pautas de prevención está bien.

I: Oh okay, entiendo, perfecto. Bueno, Estela será un poco las preguntas que tenía para ti. Era un poco conocer, como te digo, la experiencia que tuviste en ese momento, antes también, conocer tu trayectoria y ahora también si alguna manera esto ha repercutido en tu ámbito profesional. Que ahora como me cuentas, confías

mucho más o tomas en cuenta el instinto. De hecho, es algo que yo también lo veía mucho en clase con mis profesores como “el ojo clínico”.

E: Sí que en realidad el ojo clínico no es una adivinanza, sino el resultado de una serie de objetivaciones, lo que pasa que pensamos que es subjetivo y que no tiene tanta validez como, no sé, el resultado de un test o que hagan una declaración de intento de suicidio. Sino distintos elementos que nos sugieren, es como una persuasión interior, una sugerencia de que hay que mirar más allá.

I: Sí, claro, definitivamente.

E: Entonces esto es importante que este ojo clínico, lo consideremos como algo que nos tiene que llevar a objetivar más todo lo que pueda ver, sin convertirse en controladores obsesivos, pero bueno.

I: Bueno, eso era todo. Estela, muchísimas gracias. Entonces, nuevamente quiero expresarte que esto va a ser completamente anónimo y no sé si quisieras añadir algún otro comentario más respecto a la entrevista.

E: Pues sinceramente, en estos momentos no se me ocurre nada más.

I: Sí, quería preguntar ¿hace cuánto sucedió esto?

E: Esto fue... hace 38 años.

I: Sí, como mencionaste que fue como a los inicios de tu práctica profesional...

E: Sí, sí. Fue como un bautizo.

I: Ya sí. De hecho, es interesante porque comprueba un poco la literatura que he encontrado porque menciona mucho que esto sucede en, sobre todo en los internos de psiquiatría. Entonces esto es como un aval a lo que a lo que podía leer.

E: Si, yo no era interna porque ya era especialista, pero sí que era en los primeros años de ejercicio había ganado ya una plaza en propiedad en un hospital psiquiátrico.

I: Sí, perfecto, bueno, muchas gracias nuevamente por tu apoyo, Estela.

Anexo 4: Guía de entrevista semi-estructurada

Área: Paciente

1. ¿Podrías, por favor, comentarme un poco acerca del paciente que perdiste?
Por ejemplo, con relación a su tiempo en terapia, diagnósticos o riesgos/intentos suicidas previos

Área: Reacciones ante la pérdida

2. ¿Cuáles fueron las reacciones que tuviste al enterarte de la noticia? ¿Qué sentiste, pensaste, hiciste?

Área: Proceso de duelo

3. ¿Puedes describir tu proceso de duelo asociado a esta pérdida?
4. ¿Cuáles fueron las estrategias que utilizaste para tu proceso de duelo?
5. ¿Realizaste algún tipo de intervención psicológica tras la pérdida?
6. ¿Realizaste/realizas actualmente algún tipo de supervisión por parte de un profesional?

Área: Repercusiones en el ámbito profesional

7. ¿Sientes que tu práctica profesional tuvo algún cambio después de la pérdida? ¿Cómo? Descríbelo.
8. Tras la pérdida, ¿Cómo manejas las emociones o pensamientos dentro de la sesión cuando el paciente manifiesta ideación suicida? ¿Y después de la sesión?

Anexo 5: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES

Yo, acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por Noelia Díaz Rodríguez, actividad que forma parte de la asignatura Trabajo de Fin de Grado de la Facultad de Psicología de la Universitat Abat Oliba CEU. He sido informado (a) de que concederé una entrevista cuya duración aproximada es de 50 minutos, por medio de la plataforma virtual “Zoom” y en la cual las preguntas pretenden recabar información acerca de las repercusiones que tiene el suicidio de un paciente en la práctica profesional del psicoterapeuta que lo acompañó, las distintas reacciones que el profesional de salud mental experimenta ante el suicidio de su paciente y los factores protectores y de riesgo de un profesional de salud mental que experimentó el suicidio de su paciente, en España.

La entrevista en la que participaré es individual, la información que yo provea es estrictamente confidencial y doy mi autorización para que sea filmada y grabada mi voz. Asimismo, reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta entrevista será anónima y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de lo mencionado sin mi consentimiento.

Además, he sido informado (a) de que puedo hacer preguntas en el transcurso de mi participación, que puedo abstenerme de responder cuando así lo decida y que me puedo retirar en cualquier momento si así lo deseo sin que todo esto me perjudique.

También, doy mi consentimiento para que algunas de mis verbalizaciones sean transcritas y aparezcan en el informe final junto a las de otras personas con la finalidad de que se muestren los resultados. Me han garantizado que mi nombre no aparecerá en ninguna parte y que nadie podrá identificar que esas transcripciones me pertenecen.

Finalmente, de tener preguntas sobre mi participación en este proceso, puedo contactar a la tutora de este trabajo, Dr. Laura Amado Luz (lamadol@uao.es).

Barcelona, XX de XXX del 2022.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Anexo 6: Cronograma del proyecto

TAREAS	Ago-22				Set-22				Oct-22				Nov-22				Dic-22			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Revisión proyecto de investigación		■	■	■	■	■														
Contacto con psicoterapeutas			■	■	■	■														
Consentimiento informado a psicoterapeutas					■	■														
Coordinación con los psicoterapeutas para entrevistas					■	■														
Realización de las entrevistas							■	■	■	■										
Transcripción de las entrevistas								■	■	■										
Categorización										■	■	■	■							
Análisis e interpretación de datos													■	■	■					
Elaboración de resultados y discusión															■	■				
Elaboración de conclusiones																■	■			
Elaboración de recomendaciones																■	■			
Revisión del informe final																	■	■		

Anexo 7: Presupuesto del proyecto

	Descripción	Unidades (Meses)	Precio Mensual	Precio Total
Recursos virtuales	Internet	5	€40	€200
	Luz	5	€70	€350
Presupuesto total para el desarrollo de investigación				€550