



**RAZONAMIENTO CLÍNICO DEL PSICÓLOGO QUE HA
INTERVENIDO EN CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO**

CAROLINA TRUJILLO RODRÍGUEZ
Investigadora Principal

MÓNICA SCHNITTER CASTELLANOS
Directora Línea de estudios clínicos

NICOLASA MARÍA DURÁN
Asesor(a)

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2009

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo General	
3.2 Objetivos Específicos	
4. METODOLOGÍA	16
4.1 Tipo de Estudio	16
4.2 Paradigma	17
4.3 Perspectiva	17
4.4 Método de investigación	18
4.5 Estrategia de Análisis	18
4.6 Instrumento e informantes	19
4.7. Análisis de los datos y emergencia de categorías	20
5. TRENZANDO LA TEORÍA, LOS DATOS EMERGENTES Y EL RAZONAMIENTO DEL INVESTIGADOR	
5.1 Razonar Clínicamente: Un asunto complejo del sentir y el pensar	25
5.2 Representándonos la vida y la muerte	37
5.3 En las lógicas de la formación: Cuidados o Técnicas	48
5.4 En el juego de las Identificaciones Cruzadas	62
6. LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO	71
7. REFERENCIAS	74
8. ANEXOS	79

INTRODUCCIÓN

Razonar clínicamente sobre el fenómeno del intento de suicidio es un asunto complejo que implica, en primera instancia, preguntarse por el concepto mismo, es decir, de dónde deviene, los aspectos que involucra, el lugar que desempeña en la intervención y atención que el psicólogo realiza de este tipo de casos y los elementos de la formación, la experiencia personal y profesional que entran en juego.

El interés fundamental de este trabajo es invitar al lector a abrir una puerta que tiene por título *razonamiento clínico del psicólogo*, con la cual podrá vislumbrar diferentes elementos que se muestran detrás de ella y que le permitirán conocer y comprender cómo influye éste en la intervención de esta problemática. Así mismo, al ser el pensar y el sentir procesos significativos en el razonar, se pretende promover en el lector interés por pensar y pensarse a sí mismo en el transcurso de este recorrido. Al ser el Pensar un asunto de cuidado y proponer éste como un objetivo, se busca sensibilizar y generar no sólo conocimientos importantes para la intervención en casos de intento de suicidio, sino que con éstos a su vez, se faciliten procesos de prevención en la población que tiende a encontrarse en riesgo y la promoción de procesos psicosociales saludables.

La siguiente frase fue motivadora para la elección del tema a abordar en la presente investigación: *“Como se piensa, se interviene”*; frase emergente del proyecto de construcción de un modelo de investigación/intervención del intento de suicidio desarrollado por las líneas Estudios clínicos y Psicología Social de la Universidad de San Buenaventura junto con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, en el proceso de indagación a los profesionales de los municipios de este departamento sobre la intervención de esta problemática. Pretendiendo clarificar y profundizar en

este asunto, durante la pesquisa teórica, aparece el concepto de razonamiento clínico; en el cual puede estar contenida esta frase; sin embargo se introduce el sentir, como un elemento clave ya que el razonamiento no sólo involucra procesos cognitivos sino también emocionales. Con lo anterior se pretende dar respuesta a la pregunta sobre cómo piensa, siente e interviene el psicólogo en este tipo de casos; dentro del marco de la teoría fundada como método de investigación.

A continuación se presenta al lector los elementos que podrá encontrar detrás de la puerta que está invitado a abrir: En un principio, encontrará el planteamiento del problema, el cual tiene como emergente la pregunta de investigación que guía el presente trabajo; la justificación y propósitos; la metodología, la cual se enmarca en un paradigma constructivista, con un enfoque cualitativo y el método de investigación señalado anteriormente. Posteriormente, el lector podrá vislumbrar el análisis de todo es proceso investigativo, presente en cuatro capítulos que dan muestra del trenzado entre la teoría, los datos emergentes del proceso de análisis y el razonamiento del investigador (Teoría fundada).

El primer capítulo, denominado *Razonar clínicamente: Un asunto complejo del sentir y el pensar* permitirá que el lector conozca o re-conozca el concepto de razonamiento clínico, su significado y todo lo que este proceso conlleva; siendo éste matriz fundamental en esta investigación. En el segundo capítulo, *Representándonos la vida y la muerte*, se expondrán y analizarán algunas concepciones que los profesionales de psicología tienen frente al fenómeno del intento de suicidio y a su vez, ciertas actitudes que muestran ante quienes cometen dicho acto; estando lo anterior influenciado significativamente por las representaciones, ideas o conjunto de significados construidos y compartidos social y culturalmente sobre la vida y la muerte. *En las lógicas de la formación: Cuidados o técnicas*, como tercer capítulo, en el que se presentarán aspectos de la formación y de la intervención del psicólogo y del papel de estos aspectos

en la construcción del razonamiento; así como la exposición de diferentes lógicas de intervención a las que el psicólogo recurre, piensa y razona cuando se enfrenta a este tipo de casos. Así mismo, en este capítulo se realizará una reflexión en torno a la *técnica* y al *cuidado*, pretendiendo determinar la relevancia de este último en el proceso de relación psicólogo-Persona que intenta suicidarse. Por último, el lector podrá adentrarse en lo que se ha denominado: *en el juego de las identificaciones cruzadas*, concepto que alude a la capacidad de ponerse en el lugar del otro y permitir que éste haga lo mismo y que le exige al psicólogo tener presente ciertos requisitos para el desarrollo de esta actitud.

El proceso de razonamiento es posible conformarlo como un campo dinámico y complejo, en construcción y movimiento. La idea entonces es movilizar a quien lea este trabajo para que piense, se piense y continúe con construcciones al respecto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento en las tasas de suicidio e intento de suicidio en el mundo ha planteado la necesidad de buscar comprender estas problemáticas a profundidad. La OMS (2004) reporta un millón de suicidios a diario en el mundo. En Colombia la tasa en la última década ha estado entre cuatro y cinco muertes por cada cien mil habitantes. Sin embargo, los datos en el departamento de Antioquia en el año 2006 expresan que las tasas de suicidio en este departamento exceden la tasa nacional (Lizarralde, Yajaira y Franco, 2006).

El intento de suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud como *“Un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto-lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por la ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica”* (Heliane, 2006). Sin embargo, pese a que este tema ha sido abordado incluso desde el siglo antepasado como un hecho social, multicausal y multidimensional (Durkheim, 1971; citado por Torres, 2008) y aún se continúa señalando la importancia de una mirada multicausal para comprender dicho fenómeno; su intervención, según las políticas del modelo de atención propuesto por la OMS, ha estado enfocada desde una perspectiva individualista; en las que las estrategias han apuntado principalmente al control de los medios para realizar el acto y a la medicación de antidepresivos (Torres, 2008).

Hernández (2008) expresa que son muy pocos los estudios que señalan cuáles son las adecuadas intervenciones para los casos de intento de suicidio. Aunque las intervenciones están pensadas desde el control-individual y éstas han sido consideradas estrategias efectivas (OMS, 2004), las tasas de suicidio e intento de suicidio siguen en aumento.

Schnitter, Patiño, Salazar, Arbeláez y torres (2007) han encontrado, a partir del proceso de indagación a los profesionales de los municipios de Antioquia que han atendido casos de intento de suicidio, que como éstos piensan, intervienen; es decir según la interpretación que hagan éstos sobre el intento de suicidio se realiza la intervención. Al considerarse el intento de suicidio como la manifestación de un trastorno mental de base (Torres, 2008) su intervención es pensada desde elementos médico-psiquiátricos; lo que ha conllevado a que la atención desde lo psicológico haya sido relegada a un segundo plano y que incluso los psicólogos no se hayan apropiado del problema puesto que muchos de ellos han compartido dicho razonamiento sobre el intento de suicidio, y otros aunque no la comparten, se les ha dificultado apropiarse de ello por ser el modelo médico el modelo hegemónico .

Retomando lo expuesto por Schnitter et als, si como se piensa el fenómeno se interviene, se considera que las *formas de razonamiento* de quienes atienden los casos de intento de suicidio, es decir, los profesionales de la salud, influyen en la intervención de dichos casos. Por ende la presente investigación tiene como propósito conocer las formas de razonamiento clínico de uno de estos profesionales que hace parte de este grupo: el psicólogo que ha intervenido en casos de intento de suicidio.

Desde la construcción de la línea de Estudios clínicos, se concibe el razonamiento como “una dimensión aprendida, no innata. Se aprende a usar el pensamiento de cierta forma, con ciertas claves, es parte de cada ser y sujeto de relación. Está articulado con la experiencia y más específicamente, con la experiencia vincular. Se considera importante resaltar que cuando se refiere al razonamiento clínico se alude al razonamiento sobre procesos de organización, procesos de desarrollo, de relaciones, de vínculos; cómo un sujeto vincular (individuo, o grupo, o

comunidad) se relaciona, como está relacionado, qué lugar ocupa en sus relaciones, cómo se vincula con el mundo (Schnitter, 2005).

El *razonamiento clínico*, según Sierra (2006) es un proceso que involucra tanto procesos afectivos como cognitivos del sujeto. Es importante tener en cuenta que éste subyace a la teoría y a la técnica y por tanto fundamenta, estructura y dirige la praxis. Por tal razón es el razonamiento clínico del psicólogo el que lo orientará en su intervención en casos de intento de suicidio. Bedoya (2006) adiciona otro aspecto a tener en cuenta sobre el razonamiento. Éste emerge del mundo de la vida de cada persona; se razona desde saberes previos construidos en la vivencia cotidiana, siendo estos saberes previos del psicólogo, los que dirigen su accionar. Se resalta dentro de estos saberes las teorías; sin embargo se sugiere no ponerlas de antemano, ya que esto podría obstaculizar el proceso de relación entre el psicólogo y el paciente. Tanto Sierra como Bedoya concuerdan en que la teoría es un elemento importante para quien razona. No obstante, señalan que el razonamiento va mucho más allá ya que a partir de éste lo teórico y lo práctico se entrelazan. El razonamiento clínico se construye en la relación con el otro (Sierra, 2006) y es la experiencia de ser psicólogo y el proceso de construir una praxis lo que le permite a éste definir una forma de razonamiento clínico.

La intervención es otro elemento importante dentro de esta investigación. Al ser prevalente el control médico para la intervención del intento de suicidio, con la prescripción de antidepresivos; se cuestiona el lugar y las funciones del psicólogo en dicha problemática. Sin embargo, a nivel general el lugar que ha ocupado el psicólogo como profesional de la salud y las funciones que ha realizado han estado determinadas desde hace mucho tiempo; comprometiendo incluso aspectos de su formación profesional en dicha situación. Los antecedentes se fundamentan en gran medida de la propuesta de David Shakow para la formación de psicólogos en las universidades e internados en el año de 1947; propuesta que fue

aceptada en la convención nacional de formación en Psicología clínica en Boulder, Colorado (1949). A partir de entonces la American Psychological Association (APA) autoriza a los psicólogos el ejercicio de la psicoterapia, dejando establecido el carácter de la función del psicólogo clínico según la tríada: Evaluación, Diagnóstico e Intervención. Estas son las funciones que se atribuyen al psicólogo profesional en la actualidad.

Existen investigaciones que plantean algunos aspectos o estrategias que se han tenido en cuenta para la atención de casos de intento de suicidio. En primera instancia, y continuando con lo planteado como funciones del psicólogo, las personas que acuden a un tratamiento psicológico, generalmente han sido evaluadas por el personal médico o psiquiátrico de la institución en la que se encuentran (Gómez, Rodríguez, Bohórquez 2002). La literatura respecto al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades desde el DSM III, DSM III- R, DSM IV, CIE 9 hasta CIE 10, enfocan la atención al intento de suicidio, concibiéndolo como trastorno, manifestación sintomática de una enfermedad psiquiátrica de base, anclada en aquellas descritas en los apartados correspondientes a trastornos del estado de ánimo, en los cuales la ideación suicida aparece en el curso de la enfermedad. En este orden de ideas, el tratamiento médico- psiquiátrico se constituye no solo en una de las estrategias efectivas (OMS, 2004), sino en aquella que sirve de guía y orientación para el control del intento de suicidio.

Con relación a la intervención psicológica propiamente dicha en casos de intento de suicidio, Donaldson, Spirito, & Overholser (2003) proponen como estrategia de intervención psicológica la realización de tratamientos grupales. Estos tratamientos fueron realizados en 35 sesiones terapéuticas con un grupo de adolescentes que había intentado suicidarse. Los principales tópicos trabajados en las sesiones incluyeron: las relaciones familiares, relaciones interpersonales y el manejo de impulsos y afectos negativos. Los resultados de su estudio mostraron que ninguno de los adolescentes había vuelto a intentarlo o se había suicidado en un periodo

subsecuente de dos años (Citado en Hernández, 2008). Así mismo, se plantea la psicoterapia individual como otra forma de intervención. Sin embargo parece ser que existen procesos psicoterapéuticos que arrojan mejores resultados y esto depende de la orientación teórica que fundamente el proceso psicoterapéutico.

Campo, Roa, Pérez, Salazar, Piragauta, López y Ramírez (2003) resaltan la Terapia conductual dialéctica como un tratamiento eficaz para los pacientes que intentaron suicidarse; puesto que ésta brinda estrategias de solución y hace uso del análisis de los comportamientos del paciente. Los resultados muestran que durante el primer año posterior al tratamiento, los pacientes que recibieron esta terapia realizaron menos intentos de suicidio que los que habían recibido otro tipo de psicoterapia. Campo et als (2003) y Hernández (2008) consideran que la psicoterapia profunda puede producir en el paciente desasosiego y angustia al descubrir elementos negativos de su historia vital con el análisis de motivaciones inconscientes; lo que podría agrandar el cuadro. Sin embargo emerge las preguntas: *¿De qué depende la eficacia de una psicoterapia en la que sea el paciente una persona que haya cometido intento de suicidio? ¿Será únicamente cuestión del método o técnica que se use? ¿Qué papel juega el razonamiento que haga el psicólogo en este tipo de casos?* Los hallazgos encontrados muestran la psicoterapia tanto a nivel individual como grupal como una estrategia de intervención para este tipo de casos.

El análisis de las intervenciones en diversos contextos donde han ocurrido intentos de suicidio ha sido un objetivo de trabajo para las líneas Estudios Clínicos y Psicología social de la Universidad de San Buenaventura junto con la DSSA. A partir del proceso de indagación a los profesionales de la salud de los municipios de Antioquia emergen tres lógicas que éstos tienen en cuenta para la intervención. La primera, denominada *Lógica Sincrónica*, da cuenta de un trabajo articulado en equipo en donde las acciones son acordadas, teniéndose a su vez en cuenta el estudio y análisis de la

situación y el contexto. La segunda es la *Lógica Transdisciplinar*, en la cual las acciones no dependen tanto de las profesiones en sí, ya que los problemas son pensados como un campo propio y no como propiedad de una disciplina. Por último, la *Lógica Constructiva*, muestra que las acciones son producto de reflexión y se busca intervenir teniendo presentes recursos existentes en el medio o creando soluciones con estos recursos. Las anteriores lógicas son una reestructuración de la línea de estudios clínicos a la propuesta de la autora Ángela Hernández (2005), quien las denomina con el término axiomas.

A partir de la información obtenida en los antecedentes y del análisis de ésta surge como pregunta que orientará este proceso investigativo: ***¿Cómo piensa, siente e interviene el psicólogo que ha atendido casos de intento de suicidio?***

JUSTIFICACIÓN

El Suicidio es definido como *el acto de fin mortal que se inicia deliberadamente con conocimiento o esperanza de muerte* (González, 2002). Por su parte, el intento de suicidio es definido como *aquel acto que lleva la intención de quitarse la vida y no se consuma por alguna circunstancia por lo que no tiene un desenlace fatal* (Meneghello, citado en Torres, 2008). Ambos son fenómenos que han despertado gran interés y preocupación en el mundo debido al aumento de las estadísticas en dichos casos. En el año 2000, la OMS hizo público que la tasa de suicidio fue de 16 cada 100.000 habitantes. Se considera que cada año un millón de personas en todo el mundo consuman el suicidio; mientras que veinte a treinta millones de personas lo intentan (Guibert y del Cueto, 2003). En Colombia se considera un problema de salud pública, ya que el suicidio es una de las principales causas de muerte. Según la dirección Seccional de Salud de Antioquia, en el año de 1998 la tasa de suicidio aumentó con 5.2; llegando a su nivel más alto en el año 2000 (5.6), pero luego disminuyó en el año 2005 llegando a 3.5. Sin embargo la situación es altamente preocupante en el departamento de Antioquia puesto que las tasas de suicidio en este departamento siempre han estado por encima de las de Colombia; presentándose en el año 2006 un total de 322 casos de suicidio, para una tasa de 5.6 suicidios por 100.000 habitantes y siendo la región del suroeste la más afectada (Lizarralde, Yajaira y Franco, 2006).

Pese a ser un tema estudiado desde hace mucho tiempo por diferentes autores e investigadores, se ha planteado que aún no existe claridad en su comprensión pero parece ser que si la hay en su intervención (OMS, 2004, citado por Torres, 2008). Las estrategias de intervención que han sido usadas para abordar este fenómeno han estado dirigidas y pensadas primordialmente desde el control médico-individual, en el que se ha tenido en cuenta la prescripción de medicamentos antidepresivos y la reducción

del acceso de los medios usuales para realizar el acto. Sin embargo, estas estrategias no han dado el resultado esperado. Por tal razón, Se consideró importante el estudio de este fenómeno, en primera instancia, porque el aumento de las tasas de intento de suicidio expresan que las estrategias de intervención han sido insuficientes, y en segundo lugar, el intento de suicidio se ha convertido en un problema de salud mental, lo que involucra la intervención del profesional de psicología.

Los avances en las investigaciones sobre el tema han posibilitado conocer que la intervención de dicho fenómeno está influenciada por la manera en cómo se piensa el mismo (Schnitter et als, 2007). Éste ha sido la temática trabajada por el grupo de investigación estudios clínicos y sociales con las líneas estudios clínicos y psicología social de la Universidad de San Buenaventura, que junto con la DSSA, pretenden construir un modelo de intervención/investigación clínico social con el fin de “facilitar la promoción de procesos psicosociales saludables entre la población que tiende a encontrarse en riesgo, como la intervención en procura de la prevención del intento de suicidio en los municipios de Antioquia”

La presente investigación tuvo por objeto el estudio y profundización sobre el fenómeno del intento de suicidio, puesto que se consideró necesaria una mayor comprensión de éste y de su intervención. Es importante resaltar que dicha investigación estuvo inserta en la línea de estudios clínicos, perteneciente al grupo de investigación mencionado; línea que tiene como objetivo promover el desarrollo del conocimiento; haciendo énfasis en la investigación del campo de la clínica, y teniendo como ejes centrales la revisión histórico- crítica del concepto, el estudio de procesos de organización vinculados al desarrollo (Normalidad y psicopatología), aspectos de prevención y promoción y el análisis de procesos de intervención. El eje del problema de investigación de este estudio giró en torno a la *intervención*.

El interés de realizar esta investigación surgió por varios motivos: En primer lugar, existía una necesidad a nivel profesional por ahondar sobre el quehacer del psicólogo, su forma de intervenir y la manera cómo razona o da sentido a los fenómenos o problemáticas actuales; al ser ésta profesión la que he estudiado en estos 5 años y que ha movilizó en mí procesos de cuestionamiento, confrontación y reflexión. A nivel personal, siempre ha existido un deseo y motivación por los procesos de investigación; y este ejercicio investigativo posibilitó el desarrollar competencias investigativas que permitieron generar a su vez mayor conocimiento y comprensión de la realidad, fundar un nuevo saber que antes no existía frente al tema y contribuir con el objetivo de la línea de investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Comprender las formas de razonamiento clínico del psicólogo que ha intervenido en casos de intento de suicidio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar aspectos del razonamiento clínico que influyen en la intervención de casos de intento de suicidio.
- Analizar las lógicas de la intervención a las que el psicólogo recurre cuando se enfrenta a casos de intento de suicidio

METODOLOGÍA

- **Tipo de Estudio**

La investigación cualitativa es definida por Taylor y Bogdan (citado por Rodríguez, Gil y García, 1999) como *“Aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”*. Estos autores señalan como aspectos que caracterizan dicha investigación el que sea *inductiva*, por lo cual el desarrollo de conceptos y la comprensión que hace el investigador del fenómeno estudiado se van generando a partir de premisas que pueden ir modificándose a medida que emergen nuevos datos; así mismo *holística*, donde el investigador ve al escenario y a las personas como un todo, los estudia en su contexto y es sensible a los efectos que él mismo puede causar sobre quienes son objeto de su estudio y *fenomenológica*, en la que quien investiga trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, procurando suspender sus propias creencias o predisposiciones.

Como plantea Moirse (2003), *“El proceso de investigar de manera cualitativa presenta un reto, porque los procedimientos se basan en procesos de inferencia, comprensión, lógica y suerte y al cabo del tiempo, con creatividad y trabajo arduo, los resultados emergen como un todo coherente”*. Es importante resaltar que en dicha investigación la flexibilidad es una de las principales características; la cual posibilita que el estudio y diseño se orienten a partir de los datos emergentes. Así mismo, La investigación cualitativa enfoca su interés en la *subjetividad* como elemento facilitador para la comprensión de las realidades de cada ser humano, donde la experiencia y vivencia se consideran únicas.

Lo mencionado anteriormente se convirtió en la base para la presente investigación ya que el asunto u objetivo de este trabajo apuntó a conocer las formas de razonamiento clínico de los psicólogos que han intervenido

en casos de intento de suicidio; lo que implicó adentrarse en la experiencia y vivencia de cada uno de los psicólogos al intervenir este tipo de casos, comprender los diferentes significados, representaciones, ideas percepciones que tenían, así como las actitudes o reacciones de evaluación que asumían frente a quien intentaba suicidarse.

- **Paradigma**

Toda investigación está orientada por la manera en que el investigador concibe la realidad y la conoce (*Ontología*), la naturaleza de la relación entre quien conoce y el objeto a conocer (*Epistemología*) y el método para acceder a la información (*Metodología*). Estos tres aspectos caracterizan un Paradigma. Guba y Lincoln lo definen como “*un conjunto de creencias, de supuestos para guiar nuestras actividades y que no pueden ser probados o refutados, pero que de todas maneras representan las posiciones que estamos dispuestos a adoptar y defender*”. (Citado por Denman y Haro, 2000. p.119). La presente investigación estuvo enmarcada bajo el paradigma constructivista el cual plantea una realidad socialmente co-construida, donde el que conoce y lo conocido forman parte de una misma entidad subjetiva y los hallazgos son el resultado de una interacción.

- **Perspectiva**

Este estudio tuvo como perspectiva o enfoque el *interaccionismo simbólico*, el cual da gran importancia a los significados, siendo éstos los que determinan la acción. La interacción humana se ve mediatizada por el uso de los símbolos, la interpretación o la comprensión de las acciones del prójimo. Mediante un proceso de interpretación las personas asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos. Este proceso de interpretación actúa como intermediario entre los significados o predisposiciones a actuar de cierto modo y la acción misma (Taylor y Bogdan, 1992, p.24). Los significados son puestos en común por medio de sus acciones con los otros. En esta medida el trabajar a partir de

esta perspectiva permitió conocer las formas de significación, interpretación y razonamiento de los psicólogos en la intervención de casos de intento de suicidio.

- ***El Método Elegido***

La *teoría Fundada o Fundamentada* (Grounded Theory), según Strauss y Corbin (2002) se refiere a “una teoría derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación. En este método, la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí”. Una de sus características es que el proceso investigativo no es lineal ya que la recolección de datos y el análisis se dan de manera concurrente. La metodología propuesta por la teoría fundamentada en este trabajo investigativo se basó en una estrategia de análisis, propia y representativa de este método:

-Estrategia de análisis

A través del *método de comparación constante* se recogió, codificó y analizaron los datos simultáneamente, para generar teoría. Lo anterior es lo que proponen Glaser y Strauss (citado por Rodríguez, et al 1999) acerca de esta estrategia. Al principio se comparó entrevista contra entrevista; de allí surgieron las categorías. Luego de que la teoría emerge, se comenzaron a comparar los nuevos datos que se iban recolectando con las categorías teóricas. La aplicación de este método supuso tres formas de codificación (Strauss y Corbin, 2002): *Abierta, axial y selectiva*. En la primera como investigadora, la preocupación por generar categorías y sus propiedades, y luego buscar determinar cómo varían en su rango dimensional. En la segunda, las categorías se construyeron de manera sistemática y se ligaron a las subcategorías; y finalmente en la tercera, las categorías principales se integraron para formar un esquema teórico mayor; los hallazgos adquirieron la forma de teoría. Lo anterior será

especificado y abordado con mayor profundidad cuando se exponga el proceso de análisis de los datos y la emergencia de categorías.

- ***Instrumento***

La teoría fundada o fundamentada utiliza como fuentes de datos las entrevistas, las observaciones de campo y documentos de todo tipo, tanto teóricos como gráficos; dejando en el investigador la responsabilidad de interpretar lo que observa, lee o escucha. En esta investigación se hizo uso de la *entrevista en profundidad* como instrumento o herramienta para la recolección de los datos. Ésta es definida por Taylor y Bogdan (1992) como “*reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes; encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras*”. Rodríguez et als (1999) consideran que quienes preparan este tipo de entrevistas tienen ciertas ideas más o menos fundadas y desean profundizar en ellas o incluso en ocasiones sólo desean conocer como otros- los participantes de la investigación- ven el problema. A su vez para realizarla se requiere de cierta habilidad, experiencia y tacto para saber buscar aquello que desea ser conocido; focalizar progresivamente el interrogatorio hacia cuestiones cada vez más precisas, ayudando a que el entrevistado se exprese y aclare aspectos, pero sin sugerir o inducir ninguna respuesta. Un aspecto relevante dentro de esta técnica es que el investigador, establece a partir de un problema del que desea obtener información, una *lista de temas*, sobre los cuales se focalizará la entrevista. En este punto, los temas que se pensaron o razonaron como importantes y orientadores en este proceso fueron: *Formación Académica, Instituciones o contextos donde el participante ha atendido este tipo de casos, Concepción del intento de suicidio, reacciones frente a quienes intentaban suicidarse, el sentir, aspectos que cada informante consideraba relevantes para la intervención.*

(Se anexa consentimiento informado, el cual fue aprobado por el área de Bioética de la Universidad)

- ***Informantes***

Los participantes fueron seleccionados a partir de los hallazgos más que a partir de un diseño previo” (Sandoval, 1996, p.77). Por el tema de interés en la presente investigación, se escogieron 3 *informantes* que fueran profesionales de psicología, con experiencia de más de 2 años, los cuales intervinieron en casos de intento de suicidio trabajando en tres municipios de Antioquia diferentes: La estrella, Remedios y Guarne.

- ***Análisis de los datos y emergencia de Categorías***

Para la descripción de este ítem se tendrá en cuenta los planteamientos de Martínez (2007).

Procedimiento práctico para la categorización

Cuando la información fue recolectada en su totalidad, mediante entrevistas a profundidad, se dispuso a realizar el proceso de categorización. Para ello se siguieron los siguientes pasos:

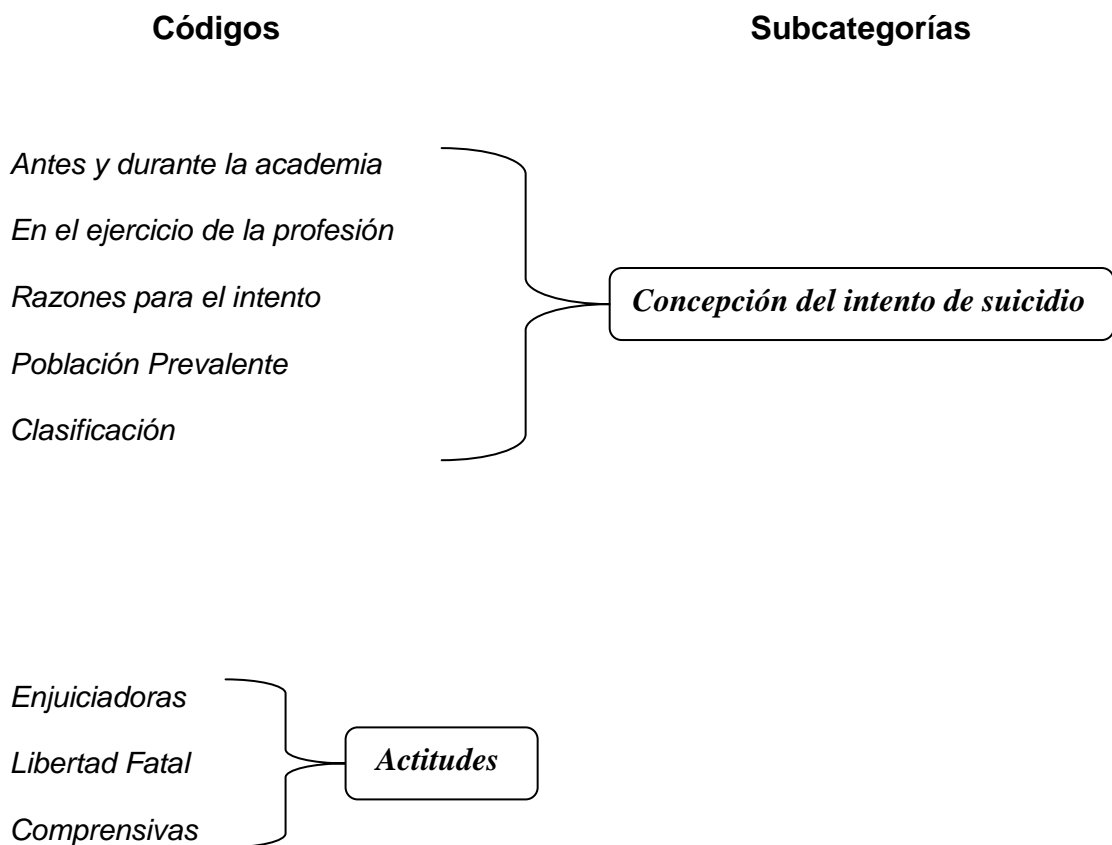
1. *Transcripción de la información protocolar:* Las entrevistas (Grabaciones) fueron transcritas y posteriormente, codificadas párrafo por párrafo. Cada uno de ellos fue numerado con el fin de registrar este número en los memos y fuese más fácil identificar frases del discurso relevantes en el análisis de los mismos.

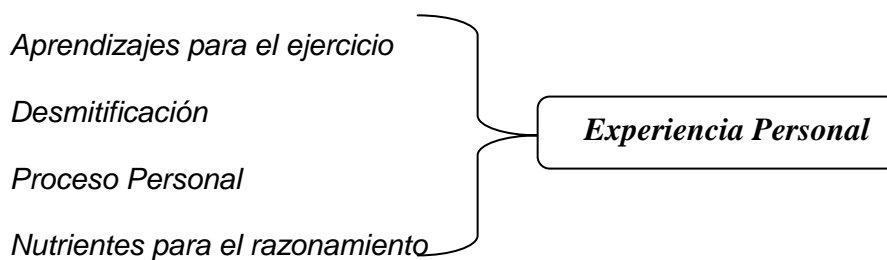
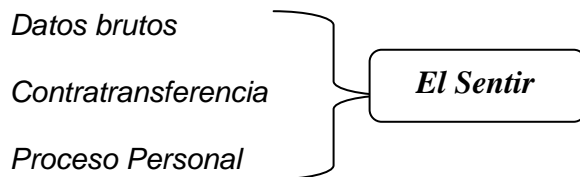
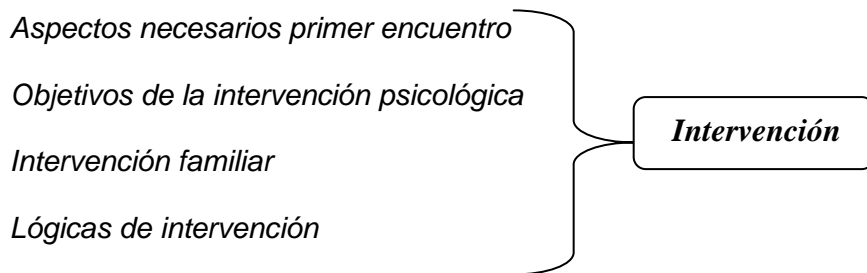
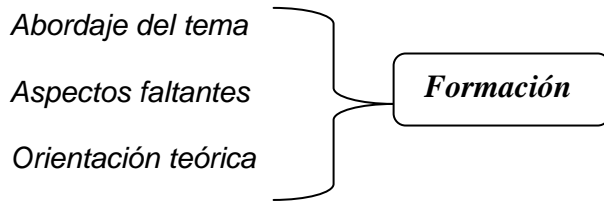
2. *División de los contenidos en porciones o unidades temáticas:* Párrafos o grupos de párrafos que expresaban una idea o un concepto central.

3. *Categorización:* Se procedió a codificar, rotular o etiquetar mediante conceptos o códigos cada una de las entrevistas. La codificación tiene como propósito reunir sucesos, objetos, acontecimientos similares bajo un

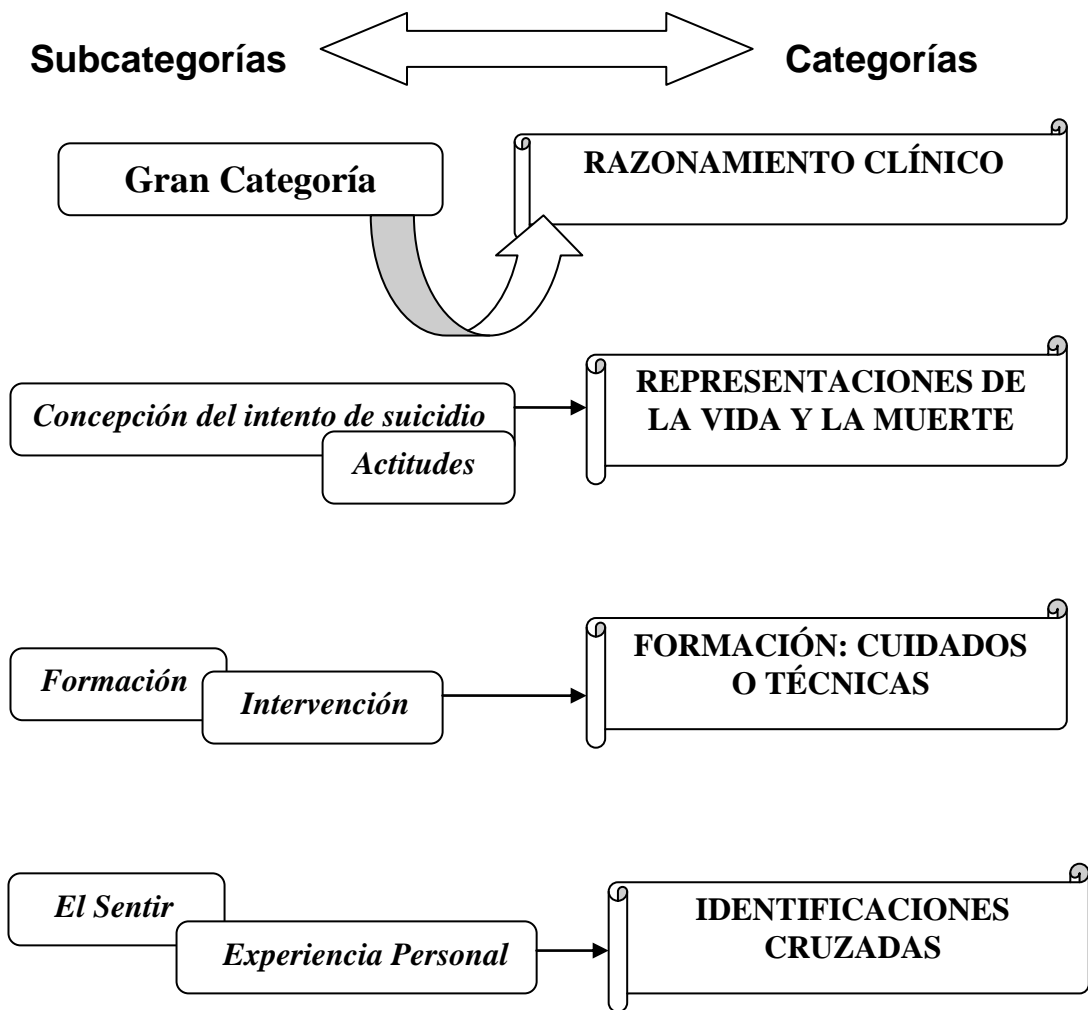
encabezamiento clasificativo común. Posteriormente estos códigos fueron agrupados y relacionados entre ellos, realizándose en primera instancia con cada entrevista y después tomando los códigos emergentes de las 3 entrevistas y relacionándolos entre sí, mediante el uso de las lógicas de asociación (Semejanza, continuidad, frecuencia y diferencia); emergiendo con ello conceptos más amplios. La relación de estos códigos se realizó en dos momentos:

-En el primero emergen las siguientes subcategorías a partir de la relación y agrupación de estos códigos, teniendo en cuenta las lógicas mencionadas:





- En el segundo momento las subcategorías se relacionaron entre sí, emergiendo 4 categorías que constituyen los capítulos de la presente investigación. Este proceso se ilustra de la siguiente manera:



4. Estructuración

Después del proceso mencionado, se presentó una síntesis descriptiva (**Descripción normal**), matizada y viva de los hallazgos, donde la categorización y el análisis se realizaron aceptando y usando las teorías, las estructuras organizativas, los conceptos y las categorías descritas. Con esto se deja que las palabras y acciones de los participantes hablen por si mismas al lector. Se pasó a un siguiente nivel, de mayor complejidad, en el cual se realizó el análisis entre los datos para que surgieran las teorías (**Descripción Endógena**). En última instancia la *estructura* podría considerarse como una “gran categoría”, más amplia y compleja; como el tronco del árbol que integra y une todas las ramas. En este caso la gran categoría fue nombrada Razonamiento clínico.

5. Contrastación

Esta etapa de la investigación consistió en relacionar y contrastar los resultados de la presente investigación con estudios paralelos o similares, es decir, con la teoría existente; dando como emergencia el fundamento de una nueva teoría.

6. Teorización

*” La ciencia consiste en crear teorías”
(Einstein, citado en Martínez, 2007)*

Para este proceso se utilizaron todos los medios disponibles para lograr la síntesis final de esta investigación. Se pretendió integrar en un todo coherente y lógico los hallazgos de la investigación; generando un mayor enriquecimiento sobre el fenómeno del intento de suicidio, su razonamiento e intervención.

TRENZANDO LA TEORÍA, LOS DATOS EMERGENTES Y EL RAZONAMIENTO DEL INVESTIGADOR

Razonar clínicamente: Un asunto complejo de pensar y sentir

*“Nuestra forma de pensar clínica (mente),
de razonar (en relación) nos ha llevado a
cuestionar fundamentalmente el sentido,
y la definición del quehacer profesional
del psicólogo clínico”
(Schnitter, 2005)*

En este primer capítulo se pretende realizar un acercamiento al concepto de *razonamiento clínico*, el cual ha sido un emergente de la construcción de la línea de Estudios Clínicos de la maestría en psicología de la Universidad de San Buenaventura en su proceso de re-pensar y re-definir lo que por mucho tiempo se ha denominado “*clínica*”, desde la lectura de la psicología; y proponiendo ésta como una forma de razonamiento sobre cierto tipo de datos. Es importante resaltar que el concepto *razonamiento clínico* expresa una de las categorías emergentes del proceso de análisis de este trabajo investigativo. Antes de adentrarse en comprender este planteamiento, las características de los datos que se mencionan y aproximarse a algunas de las respuestas construidas desde la línea sobre el lugar desde dónde cada clínico razona y todo lo que implica dicho proceso, se presenta en primera instancia una pesquisa teórica en la que se retoman y clarifican conceptos como tales como la *razón* y el *razonamiento*, los cuales pueden servir como punto de partida para el desarrollo del tema. Posterior a ello, se realiza un recorrido por el concepto de clínica, sus orígenes, características y la presentación de la propuesta de dos términos que emergen al yuxtaponer los conceptos de psicología-clínica dando lugar a lo que se nombraría como clínica psicológica; puesto que es con ella que se introduce el concepto de razonamiento y de razonamiento clínico propiamente dicho.

Pretendiendo dar cierto orden a las ideas y comenzar por alguna parte, se considera conveniente inicialmente vislumbrar algunos supuestos sobre el concepto de *razón*; teniendo presente ciertas propuestas teóricas y sus orígenes. Como se mencionó, el término es relevante en este escrito porque de éste emergen y se relacionan conceptos como razonar y razonamiento; incluso estos últimos se componen de este término (*razonar* y *razonamiento*).

El interés por la razón como objeto de estudio y análisis ha sido una constante en distintas épocas o momentos de la historia. No obstante, una de las dificultades que ofrece el concepto es el hecho de que para expresarlo se han usado, a partir de la filosofía griega, numerosos términos como: “Concepto”, “Idea”, “pensamiento”, “sentido” (Ferrater, 1994, p. 2999). Los filósofos griegos centraron su atención en cuestionar e indagar asuntos relacionados con la naturaleza humana: el conocimiento y la forma en cómo el ser humano accede a éste, la realidad, el pensamiento, el alma y el cuerpo, entre otros. El deseo de éstos por conocer, comprender y explicar fenómenos tan complejos conlleva a que a partir de la lectura que cada uno realice sobre ellos se planteen postulados al respecto. Lo anterior podría explicar que ciertos términos sean usados como sinónimos ya que cada concepto es la construcción del razonamiento de su pensador.

Platón, quien se considera uno de los filósofos más representativos en el tema, propone que la Razón es la única forma de acceder a la realidad intangible. El mundo intangible para este autor son las Ideas, las cuales “Por sus caracteres de permanencia, unidad, perfección, se elevan por encima de las cosas y constituyen el mundo de la verdadera realidad” (Citado en Werner, 1966, p. 71). Es importante resaltar que cuando Platón expone el concepto de cosas, hace referencia al mundo radicalmente distinto al de las Ideas y al caracterizarse por ser visibles, palpables y corpóreas no conforman el mundo de la verdadera realidad. Sin embargo,

a pesar del marcado dualismo entre el mundo de las Ideas y el de las cosas sensibles; se hace énfasis en que todo cuanto existe en el mundo sensible existe por una Idea. Lo anterior apunta a lo que se conoce como *representación*, concepto que aunque se pretende abordar en capítulos posteriores, expresa las construcciones mentales manifiestas en ideas o percepciones que se tienen del mundo y que influyen a la hora de razonar y actuar en el ser humano.

Por otra parte, en la filosofía medieval, es usual examinar el concepto de razón como una noción que se contrasta u opone a la de la creencia o la fe. Posterior a éste, en la época moderna, se pasa a oponerla a otros elementos; siendo el principal la *experiencia*. A diferencia de lo propuesto por el Racionalismo, doctrina filosófica que apareció en Francia en el siglo XVIII y que fue formulada por Rene Descartes, la cual acentúa el papel de la razón en la adquisición del conocimiento; el empirismo considera que la experiencia es el origen del conocimiento. Con el pasar del tiempo y la aparición de nuevos planteamientos al respecto, estas doctrinas comienzan a sufrir modificaciones y emergen nuevas propuestas a partir de la re-lectura y cuestionamiento de éstos. Como ejemplo, se cita al teórico Emmanuel Kant, quien considera que “el origen del conocimiento se haya (Psicológicamente) en la experiencia, pero que la validez del conocimiento se halla (gnoseológicamente) fuera de la experiencia. Así, el conocimiento para Kant no es sólo a *posteriori*; se constituye por medio del a *priori* (Citado en López, Pesquero y Rábade, 1988). A su vez, a Kant se le conoce por el trabajo sobre el concepto de “Razón Práctica”, concepto que en sus inicios fue abordado por Aristóteles y los escolásticos. La razón para este autor es la facultad formuladora de principios. Se plantea como aspecto a tener presente que cuando se nombran dos razones: la teórica y la práctica, no quiere decir que son distintos tipos de razón, sino la misma razón, la cual difiere en su aplicación (Kant, 1984). “Razón teórica” debe ser entendida cuando dichos principios se refieren a la realidad de las cosas, es decir, si usamos la Razón para el conocimiento de la realidad,

mientras que cuando dichos principios tienen como fin la dirección de la conducta, le estamos dando a la razón un uso práctico (Razón Práctica). La razón en su uso práctico, se ocupa de las razones de determinar la voluntad. En un sentido más restringido y en el contexto de la "Crítica de la razón pura", la razón es la facultad de las argumentaciones, es decir, la facultad que nos permite fundamentar unos juicios en otros, y que junto con la sensibilidad y el entendimiento componen las tres facultades cognoscitivas principales que este autor retoma es su proceso de estudio.

Continuando con algunas definiciones del concepto de razón, el diccionario de la real academia española (2001, p. 833) define la razón como la "*Facultad de discurrir; como un acto de discurrir el entendimiento*". Discurrir significa inferir, conjeturar, reflexionar o pensar acerca de algo. Esta facultad ha sido atribuida al ser humano por medio de la cual se le ha distinguido de las demás especies vivas. Lo anterior marca de manera significativa lo propuesto por el pensamiento occidental moderno ya que aunque en su concepción del hombre, *el hombre es el "animal rationale"*, es por la *razón* que el hombre se eleva sobre el animal y en todo momento debe mirar hacia abajo a la altura del animal, para someterlo, para dominarlo. Lo animal entonces, es denominado como lo sensible, lo físico y la razón como lo suprasensible, es decir, algo que trasciende lo sensible, lo físico (Nietzsche, Citado en Heidegger, 1951,). De nuevo aparece el dualismo como una constante y la razón planteada como un aspecto que hace parte del hombre y que lo lleva a estar en constante superación de lo físico, de lo sensible, de lo animal.

Se considera importante señalar que hasta ahora, se han ilustrado diversos sentidos del concepto de razón en el curso de la historia de la filosofía. Ahora bien, emerge de lo expuesto la siguiente pregunta: *¿Sería la razón el elemento primordial para razonar clínicamente o existen otros procesos o componentes que lo constituyen?* Con el fin de dar posibles respuestas a este interrogante y permitir mayor claridad, es importante como primera

medida, retomar algunos supuestos básicos sobre el significado de razonamiento y para ello se tienen presentes propuestas desde la lógica mental y los modelos mentales; así como las construcciones teóricas y epistemológicas de lo que ha implicado redefinir la clínica, objetivo de la línea de investigación Estudios clínicos.

Gutiérrez, García, Johnson y Carriedo (2002,) en el artículo “*Razonamiento con condiciones múltiples. La perspectiva de los modelos mentales*”, exponen dos principales líneas de explicación sobre la capacidad de razonamiento: *la teoría de la lógica mental* y la teoría de los modelos mentales. La primera, plantea que el razonamiento es un proceso formal, en el cual el razonador selecciona y aplica adecuadamente unas reglas formales de inferencia a casos o problemas que se le presenten. Este proceso conlleva tres pasos sucesivos (Gutiérrez y cols, p. 5)

1. Descubrir la estructura lógica del problema
2. Acceder al repertorio de reglas disponibles a fin de derivar mentalmente una conclusión.
3. Traducir la conclusión formal obtenida al contenido del problema.

Por lo tanto, para estos teóricos, las personas son capaces de hacer este tipo de inferencias porque conocen y aplican una regla que corresponde al *modus ponens*. Por su parte, *la teoría de los modelos mentales*, presenta una propuesta alternativa que sostiene que las personas razonan a partir de la *representación* que hacen del estado de cosas descrito por las premisas. Para ello, existen 3 estadios:

1. En el primero, llamado *comprensión*, el razonador a partir de su conocimiento lingüístico y su conocimiento sobre el contenido de referencias, interpreta las premisas. Esto supone la construcción de un “modelo mental” sobre el estado de cosas descrito por las premisas.

2. En segunda instancia, partiendo del modelo construido, el razonador trata de formular una conclusión informativa, esto es, una conclusión que mantiene el contenido semántico de las premisas pero enuncia relaciones no explícitamente establecidas por las mismas. Esto se denomina el estadio de *descripción*
3. Por último, la *validación*, en la que el razonador busca modelos alternativos de las premisas para comprobar si existen contraejemplos, es decir, modelos en los que la conclusión tentativa inicial resulta falsa. Si no los encuentra decide que la conclusión inicial es válida.

Resaltando de la anterior propuesta, la teoría de los modelos mentales “*No reclama un tipo especial de conocimiento como base del razonamiento; el razonamiento se sirve más bien del conocimiento general del mundo y del lenguaje*” (Gutiérrez y cols, p. 6). Para complementar lo anterior e intentando profundizar un poco más en el concepto de razonamiento desde la psicología, se hace necesario exponer la conceptualización de clínica propuesta a partir de la construcción de la línea, ya que como se mencionó, de ella emergen conceptos como razonamiento y razonamiento clínico, siendo este último de gran interés en esta investigación.

Una de las dificultades que se ha manifestado con el término de clínica y que no es algo de la actualidad sino un proceso de tiempo atrás y del que la psicología misma no se ha ocupado por aclarar, ha sido la utilización indiferenciada de este término para referirse a la especialidad tanto de la medicina como de la psicología, creando con ello una confusión en lo que se ha denominado psicología clínica; pareciendo ser ésta una derivación de la medicina que se ha encargado de evaluar, diagnosticar, explicar y modificar asuntos relacionados con trastornos mentales y con procesos de enfermedad- Salud.

La clínica médica ha sido regida por una metáfora: *clínica* viene del griego *Klinike*, cuyo significado es *lecho*; y de *klínein*, que quiere decir *inclinarse, acostar*. Se entiende la clínica como asistir al enfermo en su lecho de buen morir -en la antigüedad- o para curarlo, de ser posible -en la modernidad (Bedoya, 2006). De allí que esta metáfora adoptada por el modelo y método médico, sea a su vez tomada por la psicología clínica y aparezcan entonces esas problemáticas con el uso indiferenciado de estos conceptos.

No obstante, para poder brindar mayor claridad, será importante retomar algunos puntos que sirven de referencia en la historia de la psicología clínica en el siglo XX y que serán la base para la comprensión de la denominada *Clínica Psicológica*. En primer lugar está Lightner Witmer (1907), considerado el padre de la psicología clínica y quien en 1896 introduce el concepto de clínica en psicología. Inaugura una clínica psicológica en Pensilvania, comenzando entonces a trabajar con escolares que presentaban Retardo Mental o defectos físicos que interferían con el rendimiento escolar y teniendo como uno de sus objetivos la explicación y tratamiento pedagógico a estos niños, ya que la fisiología por sí misma no daba respuesta a su trastorno. Pasa así de una psicología académica a una Psicología clínica como aplicación de principios derivados de los conocimientos de la psicología.

Así mismo, este autor introduce la diferencia entre la Psicología clínica como rama de la Psicología y campo de aplicación y la clínica psicológica como método de intervención, en este sentido dice: “*La fraseología de Psicología clínica y clínica psicológica impactará a muchos como una extraña yuxtaposición de términos que relacionan asuntos bastante dispares. Mientras el término ‘clínica’ ha sido prestado de la medicina, la Psicología clínica no es una Psicología médica*” (Witmer, 1907, citado en Sierra, 2006).

Según Schnitter (2005), de los planteamientos de este autor es conveniente señalar en primera instancia que *“la clínica no es un método que se aplica, como una rejilla o plantilla a una situación; el método es un emergente que se va construyendo en el contexto de la relación entre los sujetos”*. Así mismo y continuando con algunos supuestos de esta autora, se plantea en la formación del psicólogo la visión médica, la cual genera una No-delimitación de fronteras claras entre la medicina y la psicología. Sobre este punto, se retoma en segundo lugar la conferencia de Boulder, Colorado (1949), en la que se presenta como documento central “el informe Shakow”, el cual comprendía una propuesta de formación en psicología clínica basada en la triada: Diagnóstico, terapia e investigación.

El “problema”, que quedó inscrito en el modelo de Boulder, en tanto que en su núcleo se hallaba el texto de Shakow, fue el sesgo que le imprimió el modelo de la clínica médica: *“Aplicando a la mente la noción de enfermedad”* (Schnitter, 2005). Parece ser constante la lectura de la influencia del modelo médico en la psicología. De allí entonces la pretensión de la línea por re-pensar estos asuntos que ni la misma psicología se ha cuestionado y clarificado.

Desde la construcción de la línea de Estudios clínicos, la *clínica* es definida como método de investigación, en el sentido de seguir un indicio, una pista; no puede ser vista como un método único con pasos preestablecidos para lograr hallazgos. La clínica es una forma de razonamiento sobre cierto tipo de datos. Sin embargo, trabajos como los de Piaget con sus postulados sobre el pensamiento y Freud, muestran que esta idea no es tan nueva como parece. La clínica también es un campo de encuentro y discusión. Una claridad que se realiza es que psicoterapia y clínica han sido tomadas como sinónimos cuando no lo son. Parfraseando a Schnitter *“La psicoterapia es el corazón de la clínica”* y a ésta no la podemos limitar a un campo de acción de la psicología puesto que la clínica debe ser entendida

como una forma de leer fenómenos en diferentes contextos (Educativo, organizacional, hospitalario, judicial, terapéutico, deportivo, entre otros); la clínica es contexto de relación y método de indagación al mismo tiempo, en tanto en la clínica se razona sobre datos relacionales.

Por su parte el razonamiento se concibe como *“una dimensión aprendida, no innata. Se aprende a usar el pensamiento de cierta forma, con ciertas claves, es parte de cada ser y sujeto de relación, está articulado con la experiencia y más específicamente, con la experiencia vincular”* (Schnitter, 2005, p. 7). Sierra (2006) propone que el razonamiento debe ser entendido como un proceso emergente de la experiencia, de las acciones, en contexto de relación con el mundo de lo humano, siendo a su vez multidimensional y complejo orgánico, emocional, cognitivo, afectivo, histórico y experiencial. En esta medida el quehacer de cada profesional, estará articulado con esta dimensión del sujeto en relación (ser en relación) y su urdimbre con los principios y preguntas de su disciplina en la construcción de la praxis profesional.

Anteriormente se mencionó que el razonar, desde la clínica, involucra dentro de su proceso cierto tipo de datos. La pregunta se dirige entonces a comprender *¿ Cuáles son esos datos, qué los caracteriza?* Para intentar responder esta pregunta, se retoma nuevamente a Schnitter (2005), quien expresa como datos que se razonan los procesos de organización, procesos de desarrollo, de relaciones, de vínculos, cómo un sujeto se vincula (individuo, o grupo, o comunidad), se relaciona, qué lugar ocupa en sus relaciones, cómo se vincula con el mundo”.

En los inicios de este escrito, surgió la pregunta por los procesos que constituían el *razonamiento clínico*, y si la razón era su principal elemento. Según Sierra (2006) el razonamiento clínico involucra tanto procesos afectivos como cognitivos del sujeto. *¿Qué papel juega lo afectivo en este proceso?* Al respecto, y como se mencionó, al ser el razonamiento

organísmico, emocional y afectivo, lo que siente por ejemplo un terapeuta en la relación que establece con el paciente, orienta su razonar al intentar comprender como lo “visceral” le puede estar brindando información sobre el mundo representacional y relacional de ese sujeto y a su vez, de acuerdo a esa lectura indicarle la manera(s) de intervenir. Sin embargo, también puede mostrar asuntos de orden personal que el terapeuta debe trabajar en su proceso para que éstos no interfieran en su razonamiento clínico del caso.

La clínica ocurre en una *matriz de relación*. Ésta se establece si y sólo si se construye un vínculo que permita la posibilidad de comprensión desde adentro y la que promueva procesos de autoorganización, de producir movimiento. Es importante tener en cuenta que el razonamiento clínico subyace a la teoría y a la técnica y por tanto fundamenta, estructura y dirige la praxis (Sierra, 2006). Los datos clínicos no pueden considerarse separables de la teoría, ya que la teoría es construcción que se lleva a cabo en esa matriz relacional y la técnica un emerge del razonamiento.

Bedoya (2006, p. 22) adiciona otro aspecto a tener en cuenta sobre el razonamiento. Éste emerge del mundo de la vida de cada persona; se razona desde saberes previos construidos en la vivencia cotidiana, desde la narración de sí que ha tejido y que le permite interpretar el mundo, ubicarse en un lugar y dirigir su accionar. Se resalta dentro de estos saberes previos del clínico las teorías, las cuales orientan al clínico en la lectura de los procesos. Sin embargo, debe tener cuidado de no ponerlas de antemano, ya que esto podría obstaculizar el proceso de relación mismo y la mirada podría ser moralizante o dominante sobre el sujeto o sujetos. La teoría es un elemento importante para quien razona. No obstante, el razonamiento clínico va mucho más allá ya que a partir de éste lo teórico y lo práctico se *entrelazan*. El razonamiento clínico se construye en la relación con el otro (Sierra, 2008, p.) y es la experiencia de ser

psicólogo y el proceso de construir una praxis y ubicarse en un *lugar* desde lo ético, lo que le permite a éste definir una forma de razonamiento clínico. Desde el momento en que se *opta* por la clínica se ocupa un *lugar*; pero a su vez éste determina la forma cómo se va intervenir, convirtiéndose en el nudo que ata la urdimbre, es decir, el punto desde el cual el clínico va a razonar los procesos vinculares. Ese lugar es una opción que se asume de manera voluntaria en la medida en que hay otras opciones, pero que se decide por ésta. Por lo tanto se requiere primordialmente de una postura ética frente a la clínica psicológica. Asumir una posición ética implica pensar la clínica, reflexionar sobre ella misma y sobre la posición como clínico: como construir el quehacer; lo que implica a su vez una definición propia a través de la cual cada uno adoptará un lugar. El lugar que asume el psicólogo y desde el cual propone su intervención cumple la función de catalizador de los procesos de organización, integración, diferenciación, asimilación y acomodación del psiquismo; promoviendo así la negociación, o renegociación con la realidad.

“Uno no puede ver afuera lo que no ha reconocido dentro”. Con esta frase se señala otro elemento para tener presente y que nutre el razonamiento y es el asunto del *proceso personal del psicólogo: El instrumento por excelencia es la personalidad del terapeuta.* El trabajo personal promueve la emergencia del razonamiento clínico; no siendo posible ocupar el lugar del terapeuta, si no se ha llegado a ocupar el lugar de esa escucha pero desde el lugar del paciente. (Sierra, 2006, p. 105).

El *acompañamiento* por parte del *asesor* durante la academia es propuesto como otro elemento enriquecedor en el proceso de aprender a razonar y en el encontrar un *sentido* a lo que se manifiesta en la relación con otro, puesto que éste posibilita la promoción de una mirada introspectiva del psicólogo practicante sobre su lugar y *su* manera de razonar.

El profesional o estudiante de psicología no debe centrar su atención exclusivamente en el estudio de la psicología; Sierra (2006) propone que debe *enriquecer su vida* con experiencias que “lo llenen”, es decir lecturas, actividades, relaciones, que le aporten como ser humano y que brinden herramientas en el pensar sobre la vida y los fenómenos que en ella aparecen.

“Ser psicólogo implica razonar relacionamente en cualquier campo de acción. No son los campos en los que actuamos los que definen quienes somos o lo que hacemos. Es como sujetos de relación y en contextos de relación que al entrar a un campo encontramos los bordes de nuestro accionar. Son las relaciones, la comprensión de las relaciones, la construcción de la *comprensión de sentido* en las relaciones lo que define nuestras acciones y nuestro razonar ético” (Sierra, 2008)

Para concluir, elementos como la experiencia personal y profesional, el acompañamiento por parte del supervisor, el trabajo personal que comprende la terapia, el enriquecimiento de su vida social, cultural y estética y la paciencia son aspectos enriquecedores para el proceso de razonar clínicamente. Estos elementos tendrán que estar entrelazados y trenzados por el razonamiento. En el siguiente capítulo se llevará al lector a hacer un recorrido por los principales planteamientos de la teoría de las representaciones sociales, al considerarse ésta posibilitada de una mayor comprensión de las diferentes concepciones que los participantes expresan en sus discursos respecto al intento de suicidio. Así mismo, serán expuestas algunas actitudes que muestran los profesionales de psicología; actitudes que se encuentran permeadas por los significados, ideas, concepciones o representaciones que se tengan sobre este fenómeno.

Re- Presentándonos la vida y la muerte

“Si hay algo que la psicología social nos ha enseñado durante los últimos veinticinco años, es que tenemos tendencia no sólo a que actuemos siguiendo nuestra forma de pensar sino también que pensemos siguiendo nuestra forma de actuar”

(Myers, 2000, p. 138)

El presente capítulo tiene por finalidad la exposición y comprensión de algunas concepciones que los profesionales de psicología tienen frente al fenómeno del intento de suicidio y a su vez, ciertas actitudes que muestran ante quienes cometen dicho acto. Para el desarrollo de este capítulo, se pretende en primera instancia, entrelazar dos de las subcategorías emergentes del proceso de análisis (*Concepción del intento y actitudes del psicólogo*) con algunos supuestos de la teoría de las representaciones sociales, al considerar que ésta puede posibilitar al lector mayor claridad sobre esas concepciones, significados o maneras de interpretar y pensar que estos profesionales tienen frente: al *sujeto* que realiza la acción y a sí mismos como sujetos que intervienen) al *acto* del intento de suicidio (Razones, prácticas, discursos) y al *entorno* (contextos, situaciones, lo social-cultural). Así mismo, para el abordaje de la segunda subcategoría, se busca realizar un acercamiento al concepto de *actitudes*; partiendo de la revisión de los hallazgos emergentes del proceso de investigación de las Líneas: Estudios clínicos y Psicología Social junto con la Dirección Seccional de Salud de Antioquia en su primer momento del proyecto, en el cual emergieron, a partir de su discurso, cuatro actitudes que solían presentar los profesionales de la salud del departamento de Antioquia a la hora de intervenir en casos de intento de suicidio y de las cuales sólo tres se hicieron explícitas en esta investigación. No obstante, se recurrirá

también a elementos de la psicología social para trabajar este concepto. La categoría emergente de la relación entre las dos subcategorías nombradas se denominó: *Representaciones de la vida y la muerte*

Se considera importante comenzar por el término “*Concepción*”, como fue nombrada una de las categorías emergentes en este proceso investigativo. Éste concepto agrupa una cantidad de aspectos relacionados con la manera cómo el profesional de psicología piensa o da sentido al fenómeno del intento de suicidio; convirtiéndose así en un elemento altamente significativo a la hora de intervenir. Según Schnitter, Patiño, Salazar, Arbeláez y torres (2007), como el profesional piense e interprete este fenómeno, será su intervención. La pregunta que surge a partir de lo anterior supone la indagación de los aspectos que conforman esa concepción; de cómo son nombrados éstos a partir del discurso de los psicólogos-informantes; si a partir del análisis se hablaría de la concepción o las concepciones; al tener en cuenta las subjetividades pero al mismo tiempo lo intersubjetivo; es decir, pueden existir cierto significados e ideas que difieran de un psicólogo a otro con respecto a su representación sobre el intento; no obstante también podrían existir otras que son compartidas por la comunidad de psicólogos en general. Con miras a profundizar más en esta tesis, se resalta que toda concepción puede ser comprendida a la luz de las representaciones sociales, ya que aunque en este trabajo la categoría es nombrada de esta manera, finalmente las concepciones podrían ser vistas como “*imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que permiten interpretar lo que sucede e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, contextos e individuos con quienes se tiene algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos*”. Esta definición es propuesta por Jodelet para enunciar el significado de las representaciones sociales (Citado en Moscovici, 1986). Continuando con el anterior planteamiento e intentando relacionarlo con el tema de esta investigación; las representaciones sociales que los profesionales de

psicología tienen frente al tema son nutrientes para su razonamiento clínico y por ende, permiten dar significados a esas acciones que realiza el otro, en este caso, quien intenta suicidarse, tener referencias con respecto a los factores de riesgo o vulnerabilidad, categorizar y clasificar desde la representación de lo que sería “normal” y “anormal” en un sujeto que comete este acto, entre otras.

El acto de representación, según Jodelet es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto; es *sustituir a, estar en lugar de* (Citado en Moscovici, 1986). En este sentido, la representación es el representante mental de algo (una persona, un objeto, una idea, un fenómeno). Así mismo, si se pone mayor atención al concepto, el representar es *re-presentar, hacer presente en la mente*; reproducir mentalmente una cosa, restituyendo de modo simbólico algo ausente. Continuando con los planteamientos de la autora, la representación siempre *significa* algo para alguien; por lo cual esos significados que ese alguien le atribuye a algo darán sentido, serán instrumentos para comprender, para saber cómo actuar e incluso para asignar a ese algo un lugar en la sociedad. Suponiendo que ese algo sea el fenómeno del intento de suicidio y ese alguien uno de los agentes que interviene en él, las representaciones que este agente tenga sobre el intento, guiarán y orientarán su comprensión sobre este fenómeno y su forma de intervenir.

Al tener como objetivo de este ejercicio investigativo el conocer las formas de razonamiento clínico de los psicólogos que han intervenido en casos de intento de suicidio, se buscó indagar sobre el proceso de construcción de las representaciones que muestran éstos frente a dicho fenómeno, al considerarse de gran relevancia dentro de su proceso de razonar clínicamente. Al tomarse en cuenta el proceso de construcción, se indagó por la concepción del intento de suicidio *antes de ingresar a la academia, en el transcurso de su formación profesional y en el ejercicio como psicólogos*. Según el análisis de los datos emergentes se plantea que

estas concepciones pasan por un proceso de “transformación”, en el que se parte de un conocimiento “coloquial” del fenómeno del intento de suicidio a un conocimiento más profundo de éste, a medida que esas concepciones se construyen, re-construyen y nutren con componentes teórico-prácticos, es decir, con elementos relacionados con la formación profesional, el contacto directo con los casos de intento de suicidio y la experiencia personal.

Siendo el *lenguaje* el constituyente de las representaciones sociales, es decir, el medio y el marco con el que construimos éstas, se pretenderá entonces acercar al lector al discurso de los participantes, tomando algunos fragmentos que puedan ser ejemplificadores del tema: *“Representaciones sociales son todos y cada uno de los vínculos semióticos que mantienen unida a una comunidad, o dicho en otros términos, todos los elementos de comunicación de los que se vale una sociedad susceptibles de ser portadores de un discurso”* (Oriol, 1998).

“Antes de estudiar psicología, al intento de suicidio lo veía como un acto muy bajo, motivado por un estado de desesperación muy grande y por máxima tristeza; ah y yo pensaba, porque se quiere manipular al otro y llamar la atención, como piensa la mayoría de gente” (P1).
“Se tiene como una intencionalidad de hacer sufrir al otro, generar culpa en otro. Las personas que lo hacen son impulsivas y con problemas, tienen su “rayón” y las razones básicamente podrían ser económicas y problemas sentimentales” (P3)

La conceptualización de ambos participantes ayuda a clarificar ciertos aspectos que se han abordado hasta aquí. En primer lugar, el que *P1* exprese ser una idea compartida entre una cantidad considerable de personas, da cuenta de la manifestación de una representación social; la cual puede estar permeada por juicios de valor; exponiéndose esta idea al retomar conceptos del discurso de estos participantes como: *“bajo”, “Manipulación”, “rayón”*. Sin embargo, esto a su vez, puede dar cuenta de

reacciones de evaluación desfavorables hacia quien comete intento de suicidio; siendo esto una *actitud*. Toda representación o imagen que se tenga de algo o de alguien conlleva a que se asuma una posición o reacción (Favorable o desfavorable) frente a ello. Aunque existe una relación estrecha entre el acto de representar y la actitud que se muestra ante aquello representado, por fines didácticos se abordará este concepto posteriormente y en su desarrollo se retomarán algunas de las frases trabajadas hasta el momento.

Un asunto que fue repetitivo y que se nombró anteriormente tuvo relación con el proceso de indagación sobre las representaciones que estos participantes tenían antes de la academia. Coincidieron en expresar en varias ocasiones que estas ideas, creencias, imágenes, eran muestra de un conocimiento “Superficial” o “coloquial” frente al tema; mostrando con ello lo planteado por Moscovici (1986); la representación social designa una forma de conocimiento específico: El *saber del sentido común*, el cual se constituye a partir de nuestras experiencias, de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos mediante la comunicación con el otro, la tradición y la educación.

Continuando con el abordaje de este punto, surge una inquietud respecto a los elementos o aspectos que influyen en el acto de representar. Se intentará dar respuesta a este interrogante, refiriendo lo siguiente:

“Antes de estudiar psicología, cuando yo estaba como en décimo u once, en esa época yo tenía una forma de pensar un tanto existencialista, entonces veía el intento de suicidio o el suicidio como una opción ética o sea, pero así, literalmente porque inclusive yo recuerdo una frase en esa época que yo había visto, no recuerdo de quién es, que decía que el suicidio suele ser lo más ético y además romántico; entonces yo leí esa frase y me sentí un poco compaginado con ella; además de que de pronto en ese momento de mi vida pensé algunas veces en esa opción” (P2)

Con lo anterior, parece emerger un elemento desde lo *personal* que genera una representación algo distinta en relación a los dos otros participantes. Al respecto, Oriol (1998) plantea que las representaciones parecen materializarse en la práctica en tres tipos. Uno de ellos develaría ciertos asuntos manifiestos en la anterior frase, nombradas por el autor como *Construcciones personales*, en tanto son procesos reconstructivos de elementos muy próximos a los individuos y por tanto cargados de contenidos emocionales, de los que dependen cuestiones como autoconcepto y creencias. La representación que tiene este participante en el ahora estará permeada por sus propias características y recuerdos de ese momento de su vida.

Continuando con el enunciado de este autor, existen otros dos tipos o niveles de actuación de las representaciones. El primero, se ha abordado un poco en este capítulo, y alude a las representaciones constituidas por el conjunto de representaciones compartidas por la comunidad en general, que deben ser activadas (Construirlas) antes de disponer de ellas para su uso y que esta activación implica una cierta alteración de los enunciados originales; es decir, un proceso de filtro determinado por las condiciones que la elicitan y el contexto. Éste tipo es conceptualizado como *Construcciones representacionales*. Por último, las *Construcciones circunstanciales*, construidas a partir de los materiales de las dos anteriores, son subordinadas a la acción singular del sujeto en su interacción con el contexto físico y simbólico. Su finalidad consiste en atender demandas que no se hallan propiamente referenciadas en la memoria del sujeto y que por lo mismo resultan secundariamente representacionales. Serían las “Teorías implícitas” auténticamente responsables de la acción. (Oriol, 1998, p. 88)

Los participantes señalan que *durante la academia* y en el ejercicio de su *profesión* las concepciones sobre este fenómeno, se amplían y mediante el

uso del lenguaje, no sólo “común” sino también científico, se comienzan a dar nuevos significados a lo que se denomina intento de suicidio. Como se mencionó, el *lenguaje* es un elemento que juega un papel de gran relevancia puesto que se pueden conocer las representaciones sociales de una cultura o de un grupo accediendo a su lenguaje. “*No es que el lenguaje sea portador de las representaciones sociales, sino que él mismo constituye las representaciones sociales*” (Oriol, 1998, p. 87). Cuando se expone que la visión del intento de suicidio se amplía en estos dos momentos: Según P2 aparecen dos componentes adicionales:

“El primero, el tener una mirada como más profunda, claro que no sé si esa sea la palabra adecuada; una mirada un poco más profunda de las razones por las cuales una persona intentaba suicidarse y lo otro sería el Énfasis en lo humano, en términos de la existencia de padecimientos fundamentales que están relacionados con la suplencia de las necesidades primarias; pero que a su vez, aunque como humanos compartamos esto, en algunos pueden existir menores recursos psíquicos (Construidos en el proceso de desarrollo en sus relaciones primarias)”

Otro aspecto importante para esta investigación apunta a conocer cuáles consideran ellos son las *razones* para que una persona intente suicidarse, puesto que la manera de actuar e intervenir del profesional, está influido por su concepción sobre las causas o motivos para el intento. Los tres participantes apuntan a tener en cuenta una mirada multicausal en este fenómeno:

“El problema del intento de suicidio es multicausal; entonces unos tendrían que ver con factores biológicos. Como muchas veces se relaciona con problemas del estado de ánimo, más con la depresión, pueden haber factores hereditarios, o ya a nivel bioquímico, con los neurotransmisores” (P3).

Se resaltan a su vez, dificultades relacionales: *“Problemas familiares, problemas con el novio, el papá, la mamá. Yo que sé, o sea, dificultades en el establecimiento de los vínculos, en la forma cómo yo me vinculo, el no tener redes de apoyo ”* (P2); factores de orden psicológico: *“Falta de recursos psíquicos, falta de fortaleza, vacíos, descubrimiento de incapacidades, sentimientos de fracaso, desesperación absoluta, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima”* (P2); factores socio-culturales, entre los que se resaltan principalmente problemas económicos y situaciones que van a depender del contexto y cultura:

“Yo he encontrado que de los motivos más prevalentes están los problemas económicos” (P1); además de resaltar: *“En el municipio donde yo trabajaba hubo un brote epidémico porque en un mismo día fueron bastantes personas las que lo intentaron; entonces se habló de contagio, efecto en masa o sugestionabilidad, encontrando como principal causa el incesto”*(P3).

Es importante resaltar que en las entrevistas fue constante el escuchar que los entrevistados apuntaran a pensar la relación entre problemas del estado de ánimo, específicamente, el trastorno depresivo y el intento de suicidio.

En cuanto al fenómeno del intento de suicidio y la manera cómo se ha pensado e intervenido, la tradición del modelo médico ha influido significativamente en la concepción que algunos profesionales de psicología tienen frente al intento de suicidio: Al considerarse el intento de suicidio como la manifestación de un trastorno mental de base (Torres, 2008) su intervención es pensada desde elementos médico-psiquiátricos; lo que ha conllevado a que la atención desde lo psicológico haya sido relegada a un segundo plano y que incluso los psicólogos no se hayan apropiado del problema puesto que muchos de ellos han compartido dicho razonamiento sobre el intento de suicidio, y otros aunque no la comparten se les ha dificultado apropiarse de ello por ser el modelo médico el modelo

hegemónico. En el siguiente capítulo se tomará con mayor profundidad este planteamiento; teniéndose presente los modelos desde la formación académica que influyeron para que estos participantes hablaran desde esta mirada.

Retomando los planteamientos de Oriol (1998), expuestos anteriormente, y centrándose específicamente en otro aspecto que se tuvo en cuenta como un componente de esas concepciones frente al tema: población prevalente; a partir del análisis del discurso de los informantes, la adolescencia y adolescencia tardía se consideran las etapas con mayor vulnerabilidad. Sin embargo, intentando conocer el motivo de esta idea, compartida por los 3 informantes, se plantea que *“Los adolescentes, por el proceso en el que se encuentran de cambios, son personas que se caracterizan por ser impulsivos, tener vacíos existenciales, ser rebeldes, presentar más evidentemente problemas familiares y necesidad de pertenecer a un grupo sentirse reconocido”* (P1, P2, P3). Esta frase, compartida por los participantes de esta investigación da cuenta de construcciones representacionales es decir, representaciones que designan significados sobre el adolescente y el proceso de adolescencia.

Las representaciones sociales son sistemas de referencia, categorías que sirven para clasificar. Teniendo en cuenta esta definición se hace necesario exponer la aparición de cierta clasificación que uno de los participantes realiza sobre lo que es y no es intento de suicidio; expresando que comienza de lo “enseñado” en la academia y continúa del aprendizaje del trabajo directo con los casos.

“Durante la academia descubrí que hay intentos de suicidio que “no son “reales, sino que es una manipulación de otro, querer llamar la atención Durante el ejercicio de mi profesión me he encontrado mucho con este tipo de casos planteándome como principal característica del intento “real” la intención de morir; mientras que en los “no reales” se pueden identificar características como deseos de llamar la atención y

la búsqueda de ganancias secundarias con manipulación, principalmente” (P1)

Lo anterior no sólo apunta a identificar otro de los aspectos que componen la representación del intento de suicidio en estos profesionales; sino también la reacción de evaluación que asumen frente a éste, bien sea positiva o negativa; lo que podríamos llamar *actitudes*. Teniendo en cuenta la frase expuesta e intentando comprenderla con los hallazgos de la línea de investigación en su primer momento del proyecto, se evidencia la existencia de juicios de valor, por ende, de lo que en este proyecto de investigación se nombró: *Actitudes Enjuiciadoras*, donde se considera que “los que se suicidan o lo intentan son personas con problemas, con falta de capacidades para enfrentar la vida, cobardes, manipuladores y desconsiderados con los otros que los quieren” (Schnitter et al, 2007)

Sin embargo, los otros participantes difieren de esta posición. Al respecto P2 muestra dos actitudes: En primer lugar para éste:

“Todos los intentos de suicidio son llamados de auxilio, de necesidad de ayuda; pero si nosotros lo vemos estableciendo juicios de valor, sería una forma de verlo coloquialmente y no pensar en que existe toda una intencionalidad por descubrir; además de no prestarle la atención y el cuidado que se le debería poner”.

P3 coincide con esto y agrega que:

“el psicólogo debería pensar asuntos propios o personales que lo impiden ver sin establecer juicios de valor y acercarse a esa persona”.

Ambas frases dan cuenta de otra actitud, nombrada *Comprensiva*, en la cual se considera a “Los que se suicidan o lo intentan están pidiendo ayuda; por lo que hay muchas cosas que se deben conocer para diagnosticar e intervenir adecuadamente (Schnitter et als 2007). En

segundo lugar, el discurso de este participante manifiesta una actitud libre de prejuicios y orientada a reconocer que cada persona tiene libertad para elegir qué hacer con su vida: “*el Intento de Suicidio puede ser visto como una elección y opción, transversalizada por el padecer de un ser humano*”. La concepción que éste tiene sobre el intento de suicidio se ajusta a lo propuesto por Szasz (1999), el cual propone que usamos la palabra “suicidio” para expresar la descripción de una forma de morir, es decir, de quitarse la vida de manera voluntaria y deliberada. Poseemos un repertorio ilimitado de explicaciones, como atribuirlo a chantaje, al martirio, a una enfermedad mental, a un tratamiento médico. Quitarse la vida o quitársela a los otros es una decisión. (Szasz, 1999, p. 31). De los planteamientos de este autor y de uno de sus libros es de donde se retoma esta última actitud, denominada *Libertad Fatal*, en la cual se concibe “el suicidio como una decisión personal, es una opción frente a la vida, en tanto cada uno es dueño de su destino (Schnitter et als 2007)

En síntesis, en este capítulo se abordaron algunos aspectos tenidos en cuenta por profesionales de psicología que han atendido casos de intento de suicidio; aspectos que componen una serie de representaciones que les permiten dar un significado y sentido a este fenómeno, comprender e intervenir. Se señala al lenguaje como medio para la constitución y construcción compartida de algunas de estas representaciones. Así mismo, se expusieron algunos “tipos” de actitudes, es decir, reacciones de evaluación que parten de esas representaciones o concepciones que cada profesional tenga frente al intento y que pueden influir significativamente en la manera como éste piense e intervenga.

El siguiente capítulo tendrá por objetivo el abordaje de los aspectos que los psicólogos razonan para la intervención de casos de intento de suicidio; teniendo presentes las *lógicas de intervención*, propuestas por la autora Ángela Hernández y que son una reestructuración de la línea a su propuesta. A su vez, se pretende que el lector conozca desde la formación

académica de un psicólogo cómo se ha abordado y enfocado el tema y como ello ha influido a la hora de que el psicólogo razone clínicamente sobre este fenómeno. Se continuará con la misma metodología de ese capítulo para su desarrollo, es decir, buscando relacionar o trenzar los datos emergentes del proceso de análisis, con los antecedentes teóricos y mi razonamiento como investigadora de este trabajo.

En las lógicas de la formación: Cuidados o técnicas

*“El final está en el comienzo”
(Bettelheim, 1994)*

En los capítulos anteriores han sido abordados algunos elementos que han permitido al lector vislumbrar y comprender a mayor profundidad lo que caracteriza e implica para el profesional de psicología razonar clínicamente; es decir, asumir un *lugar ético* que determina la forma en cómo éste mira e interviene en casos de intento de suicidio. Dicho razonar se encuentra influenciado y permeado por las concepciones, representaciones o conjunto de significados compartidos que se tienen frente a este fenómeno; pudiendo generarse a partir de éstas, distintas reacciones o actitudes en el psicólogo frente a los diferentes casos en los que interviene. Con miras a dar continuidad a algunos aspectos que fueron abordados someramente en el capítulo anterior, para el desarrollo de este capítulo se pretende mostrar al lector dos más de las subcategorías emergentes durante el proceso de análisis (*Formación e Intervención*); relacionando éstas con la información encontrada en la revisión de antecedentes, con lo emergente del discurso de los participantes de la investigación, y con el análisis y razonamiento realizado por la investigadora del presente trabajo.

Es importante resaltar que en dicho capítulo se tiene como objetivo no sólo el presentar o exponer aspectos de la formación y de la intervención del

psicólogo, sino también identificar el papel que juega esta primera en el desarrollo y construcción de un razonamiento clínico; entendiéndose formación como el proceso de aprendizaje durante la academia; y la presencia de algunos elementos que se consideran promotores para el proceso de razonar clínicamente, tales como la supervisión o asesoría, la formación teórica, la realización de la práctica profesional, entre otros. A su vez, se intentará mostrar las lógicas de intervención a las que el psicólogo recurre, piensa y razona cuando se enfrenta a este tipo de casos. Para el análisis de este último punto, se retomarán algunos hallazgos emergentes del proceso de indagación a los profesionales de la salud de los municipios de Antioquia; proceso que ha sido mencionado en anteriores capítulos y del cual surgen tres lógicas (*Sincrónica, Transdisciplinar y constructiva*) que éstos tienen en cuenta para la intervención; las cuales son una reestructuración de la línea de Estudios Clínicos a la propuesta de la autora Ángela Hernández, quien las denomina *Axiomas*. Así mismo, es fundamental en este capítulo poder generar una reflexión sobre la *técnica*, que si bien puede ser enseñada por la academia o leída en libros, para algunos autores, puede ser lo único que se necesitaría en una intervención; pensando más bien en la importancia de lo que se denominaría *cuidado*, el cual implicaría que el profesional de psicología, en términos Winnicotianos, sea suficientemente bueno, sostenga y contenga esa persona que intenta suicidarse.

El proceso de *formación de un psicólogo* como clínico se inicia con la apropiación teórica, pero no es la teoría la única que le da las herramientas para adquirir las habilidades necesarias para la práctica clínica como tal. Sin embargo, la teoría se constituye en un elemento importante para quien razona. Se tienen en cuenta en el proceso de razonamiento cierto tipo de datos que son inseparables de la teoría: los procesos de organización, procesos de desarrollo, de relaciones, de vínculos, cómo un sujeto se vincula (individuo, o grupo, o comunidad), se relaciona, qué lugar ocupa en sus relaciones, cómo se vincula con el mundo. Los datos clínicos no pueden considerarse separables de la teoría (Schnitter, 2005). Al anterior

postulado, con base en lo expresado por dos de los participantes de la investigación, se introduce un nuevo aspecto en lo teórico que podría ampliar un poco más la mirada sobre este asunto: *La orientación teórica del psicólogo.*

“Cada psicólogo explica los fenómenos que ocurren en relación al ser humano dependiendo de su orientación, es decir, van a haber psicólogos que son más partícipes de la importancia de lo ambiental, de la relación con el otro y de los sufrimientos y padecimientos que se ha tenido durante la historia de vida más que del suceso actual y de la pérdida que puede explicar el intento de suicidio. Entonces, la orientación influye mucho dentro de la visión que vos tengas del fenómeno y la explicación que vos le das al fenómeno” (P2).

Buscando desarrollar más la anterior idea se plantea que:

“La orientación teórica se convierte en la base para usted pensar sobre los fenómenos a los que se va a acercar. En cuanto a la teoría, claro que si hay diferencias entre las diferentes corrientes teóricas, pero yo diría que independiente de la orientación todos los psicólogos, así llamemos diferente los conceptos, debemos ser acogedores. Lo más importante es ser empáticos” (P3)

El discurso de esta participante no sólo ilustra la función de la teoría, también un requisito personal y profesional que el psicólogo debe tener presente como facilitador de procesos, el cual será abordado y profundizado junto con otros posteriormente. Bedoya (2006) sugiere no poner la teoría de antemano, ya que esto podría obstaculizar el proceso de relación entre el psicólogo y el paciente. Tanto Sierra (2006) como Bedoya (2006) concuerdan en que la teoría es un elemento importante para quien razona. No obstante, señalan que el razonamiento clínico va mucho más allá ya que a partir de éste lo teórico y lo práctico se entrelazan.

“Cuando se inicia el proceso de razonar un caso lo primero que se hace por la angustia que uno tiene es buscar respuesta en los textos sobre qué hacer, pero solo cuando se tiene un lugar se puede entender el sentido del texto, lo que el texto te revela” (P2)

Cabe resaltar que el concepto de razonamiento no está enmarcado dentro de una orientación teórica en particular. Schnitter et als (2005) plantean, a partir de lo trabajado en la línea de Estudios Clínicos y su objetivo de replantear el concepto de clínica, que ésta no debe ser vista como un campo ocupacional; debe ser entendida como una forma de razonamiento; que se convierte en una condición *per se* para el psicólogo, independiente del campo o del contexto en el que se encuentre laborando. Se podría pensar, después de re-leer el discurso de estos participantes al respecto, que aunque se razona sobre cierto tipo de datos, las diferentes teorías o posturas que asuma el psicólogo nutrirían ese razonamiento.

“La teoría es muy importante pero no puede ser el único referente” (Sierra, 2006). Existen otros componentes posibilitadores o facilitadores en el proceso de aprendizaje y desarrollo de un razonamiento clínico y de la construcción de un lugar desde el cual se mirará e intervendrá. Uno de ellos es la *supervisión* o acompañamiento por parte del *asesor* durante la academia puesto que éste es un proceso de aprender a razonar y encontrar un *sentido* a lo que se manifiesta en la relación con otro de la mano del asesor. Este fue un aspecto señalado por uno de los participantes de esta investigación:

“En las asesorías de mis prácticas profesionales tenía la posibilidad de conversar sobre casos o asuntos relacionados con el intento de suicidio y eso me ayudaba en la medida que con mi asesor podía discutir el caso, construir elementos para comprenderlo mejor y saber cómo intervenir” (P3)

La supervisión podría ser definida como el encuentro de dos personas, supervisor y supervisando, los cuales se reúnen de manera sistemática

para pensar, analizar y tratar de comprender los fenómenos y las situaciones que se han creado entre el supervisando y otra persona más, el paciente. Por su parte Fleming y Benedeck (1966) citado por Grinberg, (1975) la definen como: “un sistema triádico compuesto por subsistemas, en un complejo proceso de intercomunicación entre los tres miembros que intervienen: supervisor, supervisando y paciente, en el que, cada persona a su vez es un miembro de un sistema diádico, que bajo ciertas circunstancias opera independientemente del tercer componente” (1975, p.14)

“Para mi las asesorías fueron muy necesarias para mi proceso profesional; pero yo pienso que hay que tener en cuenta algo y es que hay que ver al asesor como acompañante, no como el que nos va a hacer todo. Se debe procurar que el profesional no caiga en un estado de dependencia porque la idea es que con ese acompañamiento se vayan desarrollando o fortaleciendo recursos en uno para lograr ser autónomo” (P2)

Schnitter (1999) plantea que el proceso de supervisión de práctica y asesoría en la formación sigue los mismos principios de una psicología dinámica relacional objetal:

- Evolutiva*: tiene como eje central el desarrollo, es decir, procesos de diferenciación e integración de aspectos del sí mismo.
- Relacional*: Está fundamentado en la relación, en el vínculo establecido entre docente-alumno.
- Representacional*: Recursos internos con los que se cuentan para llevar a cabo las acciones propias del ejercicio profesional.

Winnicott (citado por Ackerman 2005) propone la metáfora de "*triada de crianza*" por la cual la madre recibe amparo emocional del padre al tiempo que ampara a su bebé. Si una madre se siente adecuadamente amparada, podrá aprender de su hijo el mejor modo de ser la madre que el bebé

necesita en ese momento. Aprenderá que el lenguaje y ritmos de este bebé no coinciden con lo que dicen los libros, ni con otro bebé y ni siquiera con sus otros hijos, en el caso de que existieran.

“El amparo que el analista experimenta en un principio desde su supervisor, debe transformarse luego en un apoyo interno autónomo, separado del supervisor interiorizado. Este proceso posibilitará la capacidad del analista-madre de aprender a escuchar al paciente-bebé. Se trata de aprender a amparar al paciente, como antes fue amparado el analista por su supervisor-padre” (Ackerman 2005)

Sintetizando algunos elementos abordados hasta aquí, el proceso de diferenciarse y asumir una identidad, un lugar y el rol profesional puede asimilarse al *proceso de individuación humana*; puesto que la labor del asesor es acompañar, estimular y promover este proceso evolutivo que ha sido escogido por el estudiante. Hace el papel de un *catalizador* que es necesario en los procesos, pero luego desaparece. Por tanto, la tarea fundamental del supervisor es promover la individuación, “la escucha interna”, un observador capaz de diferenciar partes diversas de sí, de identificarse y de separarse (Sierra, 2006).

“Para ser clínico se debe tener sensibilidad por lo humano; acercarse más como hacia lo humano, lo humano en términos de la existencia de padecimientos fundamentales que están relacionados con muchas cosas, entre esas, la suplencia de las necesidades primarias; pero que a su vez, aunque como humanos compartamos esto, en algunos pueden existir menores recursos psíquicos (Construidos en el proceso de desarrollo en sus relaciones primarias), es decir, que aunque son padecimientos fundamentales tienen relación con lo histórico y relacional. Este pensamiento emerge del acompañamiento de mi proceso de asesoría con mi asesor en la academia” (P2)

Hasta el momento se ha hecho referencia al proceso de supervisión como una de las partes importantes de la formación ya que permite ir construyendo un razonamiento clínico sobre diferentes fenómenos. A pesar de que la mayoría de los informantes no aluden haber atendido casos de intento de suicidio durante su practica profesional, a excepción de uno de ellos, todos coinciden en que la supervisión fue un proceso que les favoreció significativamente a la hora de enfrentarse como psicólogo con este tipo de casos. Ahora se profundizaran algunos aspectos que fueron trabajados en la academia con respecto al tema y que influyeron a la hora de pensar, sentir y significar el intento de suicidio por parte de los psicólogos participantes.

La formación teórica enfatiza en algunas materias llamadas nucleares y otras cuya función es nutrir esta nuclear. Se proponen 4 ejes o materias que se consideran fundamentales en la formación del psicólogo: *Desarrollo, personalidad, psicopatología e intervención*. La forma o manera cómo ha sido abordado el intento de suicidio desde la academia, según los participantes, pareciese reflejar una “centración” en uno de estos ejes: Psicopatología. Este término define como “Disciplina que se ocupa de la descripción, análisis de síntomas, clasificación e individualización nosográfica de los trastornos mentales”. (Halguin 2004, citado en Sierra, 2006). Puede ser utilizado en dos sentidos:

El primero, como designación de un área de estudio, es decir, el área de la salud que describe y sistematiza los cambios en el comportamiento que no son explicados ni por la maduración o desarrollo del individuo ni como resultado de procesos de aprendizaje, también entendidos como *enfermedades o trastornos mentales*. En segundo lugar, como término descriptivo, Haciendo referencia específica a un signo o síntoma, precursor o perteneciente a una enfermedad o trastorno. Así mismo, expresa conductas o experiencias indicadoras de enfermedad o trastorno mental, incluso cuando no constituyan un diagnóstico formal. Pueden ser considerados como un signo patológico, aunque no haya suficientes

síntomas presentes para completar los criterios requeridos para completar el diagnóstico de una enfermedad completa según las clasificaciones existentes (CIE-10, DSM-4).

Continuando con lo propuesto por Sierra (2006), la psiquiatría se interesa particularmente en la *psicopatología descriptiva*, la cual se ocupa de la descripción de los síntomas y síndromes que llegan a configurarse en una enfermedad o trastorno mental. Esto sirve tanto para el diagnóstico de pacientes individuales o para la creación de sistemas diagnósticos. Este último es el caso de la sección F de la clasificación CIE de la Organización Mundial de la Salud, o el del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM.

“Dentro de la academia no es que se trabaje mucho la temática como tal. Se habla de intento de suicidio desde el estudio del trastorno depresivo, desde lo que es conocido en psiquiatría como depresión mayor, o abusos de sustancias y cuadros de ansiedad; si, en algunas clases de psicopatología” (P2).

Añadiendo a lo anterior, con la siguiente frase, se puede observar la influencia del abordaje de esta mirada en el razonamiento del psicólogo sobre las razones para el intento y por ende reflejar en parte asuntos de su concepción frente a este fenómeno:

“Los trastornos depresivos graves son una razón fundamental para que una persona intente suicidarse” (P1).

Teniendo en cuenta lo expresado hasta el momento con respecto a la relación que se establece entre el intento de suicidio y trastornos mentales (depresión, especialmente), psicopatología o enfermedad mental; Si *“Como se piensa, se interviene”* y ese pensar está permeado significativamente por lo promovido desde la formación académica, al ser su abordaje en la misma primordialmente desde esta mirada, se podría pensar en la influencia de esto a la hora de intervenir: *“Remitir a psiquiatría, casi todos*

los casos de intento, por estar de base un trastorno mental” (P1). Esta frase ilustra un poco lo expuesto en este párrafo, puesto que al concebirse el intento de suicidio de esa manera, demarcara el razonamiento frente al asunto de la intervención. Se ahondará posteriormente cómo es pensada o razonada la intervención psicológica con el fin de mantener cierto orden de ideas y permitir al lector mayor claridad al respecto.

Si se piensa detenidamente en la definición etimológica de la palabra psicopatología se puede observar que *psykhe* significa alma; *pathos* dolencia y *logos* tratado. La psicopatología sería entonces el *tratado de las dolencias del alma*. Lo mismo la palabra trastorno: *tras* = onomatopéyico de golpe, invertir el orden regular / torno (giro), es decir, golpe que genera un giro, que invierte el orden habitual de las cosas (Corripio 1984, citado en Sierra, 2006, p. 81). Por lo tanto un trastorno es un impacto en la vida de un individuo que generara un cambio, y el cual puede ser positivo o negativo dependiendo de quien lo mire. Esta autora realiza la siguiente pregunta a partir de lo expuesto anteriormente: *¿Es esto coherente con lo enseñado en las facultades de psicología?*. Su respuesta es negativa ya que la práctica profesional y el ejercicio como psicólogos los enfrenta con ese dolor humano, que como se dijo antes, no está en los libros y mucho menos ha podido asimilar la psicopatología. Es allí donde la formación clínica en psicología encuentra su badén, pues lo que se aprendió en la academia no es acorde con lo que encuentra ni en su práctica ni en el ejercicio profesional.

Es importante resaltar que no se considera “negativo” el que se trabaje esta temática desde el modelo psicopatológico. El “problema”, que quedó inscrito en el modelo de Boulder, en tanto que en su núcleo se hallaba el texto de Shakow, fue el sesgo que le imprimió el modelo de la clínica médica: *“Aplicando a la mente la noción de enfermedad”* (Schnitter, 2005). Lo relevante para construir y nutrir un razonamiento clínico es no promover una mirada unicausal del fenómeno, es decir, no usar siempre el mismo lente; sino promover y poder tener la capacidad de usar diferentes lentes.

Por ello emerge otra forma de comprender y abordar este fenómeno desde la formación académica; razonamiento que involucra procesos del desarrollo y de la personalidad:

“Pues yo creo que en la academia también se pueden encontrar personas que razonan desde otro lado, no influenciados tanto por el modelo psicopatológico. Yo creo en la mayor parte del tiempo que uno esta en la academia se “enseña” a verlo como la manifestación directa y ultima de un trastorno mental. Sin embargo muy por los laditos, en otras materias que abordan y promueven el desarrollo de nuestro pensar como psicólogos clínico, se empiezan a promover en los estudiantes otros elementos como la lectura de procesos, los diferentes formas de organización psíquica de las personas que está amarrada al tipo de relaciones construidas durante su desarrollo, en fin, elementos que nos llevan a verlo y a pensarlo no desde lo psicopatológico, desde algo que no necesariamente es motivado o se explica a partir de la existencia de un trastorno mental sino por eventos complicados, traumáticos, tristes, difíciles, etc que se presentan en la historia de vida de las personas y que obedecen a fallas en los proceso de cuidado en esas primarias relaciones, a asuntos de orden relacional, a fallas en el proceso de separación-individuación, especialmente presentes en organizaciones psíquicas mas bajas (Desordenes de carácter)” (P2)

Como se ha mencionado durante todo este trabajo investigativo, el *razonamiento* que realice el profesional de psicología, como uno de los agentes participes en la atención de casos de intento de suicidio, influirá en la intervención de dichos casos. Desde el inicio, cualquier contacto con quien cometió intento, en el contexto de una relación, es intervención. El Intervenir supone una interacción entre sujetos y Bedoya (2006) plantea que en esta interacción no sólo el lugar del sujeto tiene relación con el lugar que adopta el otro, sino que el lugar que ocupa el otro se da en el ámbito de la relación y por lo tanto de la posición del sujeto en ella. La posición que ocupe el psicólogo dentro de los diferentes procesos que

oriente va a jugar un papel fundamental en la manera en cómo va a comprender al sujeto, su problemática y su forma de relación con éste.

“Al enfrentarme con casos, observarlos, atenderlos, cambia en algo la concepción que tenía. No dejo de desconocer la posible existencia o presencia de trastornos, pero también comienzo a pensar otros asuntos para explicar el intento, los cuales tienen que ver con asuntos individuales y sociales y culturales” (P3)

Arendt (1993) define el actuar, en su sentido más general, como el tomar una iniciativa; comenzar (como indica la palabra griega *archein*, “comenzar”, “conducir” y finalmente “gobernar”); poner algo en movimiento. La clínica ocurre en una *matriz de relación*. Ésta se establece si y sólo si se construye un vínculo que permita la posibilidad de comprensión desde adentro y la que promueva procesos de autoorganización, de *producir movimiento*.

Existen investigaciones que plantean algunos aspectos o estrategias que se han tenido en cuenta para la atención de casos de intento de suicidio. Un aspecto repetitivo en el discurso de los participantes fue el tener un cierto “orden” a nivel de la intervención y atención de un caso, planteándose en primera instancia la intervención médica con el fin de salvar la vida del paciente y estabilizarlo para poder trabajar con él

“El hospital entonces hacía toda la atención inmediata en términos de salvar la vida de esa persona, dependiendo obviamente de cómo fue el intento de suicidio: intoxicación con pastillas o algún tipo de brebaje, o cortarse las venas, en fin estando encargados los médicos y enfermeros. Y posterior a ello, se solicitaba, si era en urgencias valoración por psicología, que generalmente era considerada un requisito en mi lugar de trabajo” (P1). “El personal médico, realizaba remisiones a psicología con el fin de que estas personas comenzaran un proceso personal” (P3)

“La acción sin un quién unido a ella, carece de significado” (Arendt, 1993, p. 203). Como Proceso de re-estructuración de la línea Estudios Clínicos a la propuesta de la autora Ángela Hernández (2005), aparecen tres lógicas de intervención que los profesionales muestran a la hora de la atención de casos de intento de suicidio.

Las anteriores frases tomadas del discurso de dos participantes, señalan un elemento clave para la intervención: la interdisciplinariedad; lo que se denominaría *Lógica Sincrónica*. Ésta da cuenta de un trabajo articulado en equipo en donde las acciones son acordadas y se tienen en cuenta el estudio y análisis de la situación y el contexto.

“Yo busco conocer la situación primero, entonces generalmente los médicos son quienes me dan la primera información de que sucedió con la persona, por quién llegó acompañada a las urgencias; la edad, el estado actual del paciente a nivel físico y anímico; datos que me permitan conocer mas profundamente la situación de esta persona”
(P3)

La segunda es la *Lógica Transdisciplinar*, en la cual las acciones no dependen tanto de las profesiones en sí, ya que los problemas son pensados como un campo propio y no como propiedad de una disciplina.

“Como en el municipio que yo trabajaba se presentaron 21 suicidio y 8 intentos de suicidio; no solo fue suficiente un trabajo interdisciplinario, sino también intersectorial: alcaldía municipal, iglesia, institución educativa, hospital, etc se unieron por un mismo objetivo; aparte de la ayuda que mandaron de otras partes, creándose proyectos para los adolescentes y jóvenes del municipio. Nosotros llamamos todo ese proceso “bonanza”. (P3)

Por último, se encuentra la *Lógica Constructiva*, en la cual las acciones son producto de reflexión y se trabaja con recursos existentes en el medio.

“A raíz de esa situación de “contagio”, todo el municipio quedo muy afectado. Entonces lo que hicimos fue empezar a trabajar y a crear programas de atención a las familias de quienes se habían intentado suicidar; charlas con los estudiantes del colegio, así como campañas de sensibilización con toda la comunidad en la que se promovía el amor por la vida. En esta ultima se hicieron algunos carnavales por la vida, en el que brindaba el espacio de encuentro entre la comunidad, el compartir entre ellos y sensibilización” (P3)

Cabe resaltar que la lógica de intervención prevalente fue la sincrónica; sin embargo pese a manifestar que en ocasiones las otras dos podían ser difíciles para poner en practica, se reconoce la necesidad de tenerlas presentes ya que el trabajo interdisciplinario no es suficiente para la intervención de este tipo de casos.

Continuando con la identificación de elementos que estos profesionales tienen en cuenta para su intervención se expresa:

“Importante poder enganchar al paciente para que comience un proceso psicoterapéutico. Sin embargo lo importante en el encuentro con el paciente es la contención, el apoyo, el establecimiento de confianza con el paciente (P2).

La capacidad para hablar es un aspecto señalado por todos los participantes como prioritario para la intervención. Mediante la acción y el discurso los hombres muestran quienes son, se descubren a si mismos. Esta cualidad reveladora del discurso y de la acción pasa a un primer plano cuando las personas están con otras. La acción y el discurso necesitan la presencia de otros. (Arendt, 1993)

Así mismo, la escucha por parte del psicólogo es otro elemento considerado necesario en el encuentro con ese otro sufriente. El psicoterapeuta debe ser capaz de escuchar. Escuchar es un arte de intercambio interpersonal que pocas personas pueden llevar a la práctica. (Reichmann, 1984)

“El trabajo central no es con el paciente, sino con la escucha del terapeuta (P2)”

Siguiendo con la autora, ésta plantea que si el psicólogo se respeta a sí mismo y a sus pacientes, su capacidad de escuchar no se verá trabada por fantasías de omnipotencia y perfeccionismo. Por ello es de gran relevancia el proceso personal del psicólogo. Parafraseando a la autora, no podrá realizarse una intervención exitosa a menos que el psicólogo tenga conocimiento de sus propios procesos interpersonales, de tal forma que pueda emplear éstos para beneficio del paciente en la relación que se establezca entre ambos.

En síntesis, se pretendió en este capítulo abordar dos aspectos significativos dentro del proceso de razonar clínicamente: Formación e intervención; señalando el papel que juega esta primera en la forma como el profesional comprende o da significado al fenómeno del intento de suicidio; y a su vez la importancia de algunos elementos promotores en el proceso de razonamiento (la supervisión o asesoría, la formación teórica, la realización de la práctica profesional, entre otros). Se abordaron distintas lógicas de intervención a las que los psicólogos recurren y piensan cuando se enfrentan a este tipo de casos y algunos requisitos que el psicólogo debe desarrollar o promover en sí mismo para lograr una intervención exitosa con el paciente.

El siguiente y último capítulo pretende ilustrar la importancia del sentir en el proceso de razonamiento clínico, tomando el concepto Winnicotiano de *Identificaciones cruzadas* y desarrollándolo a profundidad. Así mismo, se tomarán elementos de la experiencia personal del psicólogo como

nutrientes en su razonamiento y el trabajo personal como un aspecto altamente significativo, al ser la personalidad del psicoterapeuta el instrumento por excelencia.

En el juego de las identificaciones cruzadas

“A lo largo de la historia es evidente que sólo atravesando el infierno tiene uno la posibilidad de llegar al cielo”
(May, 1991)

La finalidad de éste último capítulo gira en torno a posibilitar al lector el conocimiento y comprensión de dos últimos aspectos que se consideran relevantes en el proceso de razonar clínico: La *experiencia personal* del psicólogo y el *sentir*. Estos aspectos dan nombre a las últimas subcategorías del proceso de análisis, las cuales serán desarrolladas a profundidad; así como la categoría emergente a partir de la relación de éstas: *Identificaciones cruzadas* teniendo en cuenta los hallazgos e información encontrada en la revisión de antecedentes, lo expresado por los participantes en las entrevistas realizadas y el proceso de análisis de la investigadora de este trabajo. Con miras a brindar mayor claridad conceptual y teórica en el abordaje de estas temáticas, se pretende en primera instancia, aproximar al lector al concepto de “*identificaciones cruzadas*”, propuesto por el autor Donald Winnicott en el desarrollo de algunas de sus obras. Como segunda medida, mostrar el papel que juega el *Proceso personal* del Psicólogo en promover la capacidad de ponerse en el lugar del otro y permitir que éste haga lo mismo; capacidad que aludiría al concepto referido anteriormente y que sería un asunto que le exige al psicólogo tener presente ciertos requisitos para el desarrollo de esta actitud. Por último, se abordarán algunos elementos de la vida personal del

psicólogo que se consideran enriquecedores para el proceso del pensar sobre la vida o sobre las situaciones que en ella ocurren.

“un signo de salud mental es la capacidad de un individuo de captar imaginativamente, pero también con exactitud, los pensamientos, sentimientos, esperanzas y temores de otra persona, así como permitir que éste haga lo mismo con él” (Winnicott, Citado en Panceira, 1997)

Esta capacidad obedece a la utilización de una determinada modalidad de funcionamiento psíquico, la cual se denomina identificaciones cruzadas. Para el “Cuidado” de un otro, en este caso, alguien que ha intentado acabar con su vida, es necesario que el psicólogo tenga la aptitud o capacidad mencionada. Sin embargo, como se ha especificado, se requieren ciertos elementos para poder hacerlo. Uno de ellos es el que exista cierto grado de *diferenciación*, el cual se va logrando en la medida que el psicólogo reconozca *asuntos propios* que se hacen presentes en la relación con ese otro.

“Uno no puede ver afuera lo que no ha reconocido adentro” (P3)

Si el objetivo es que el psicólogo es intentar penetrar en la subjetividad del otro mediante el acto de la conciencia y captar sus necesidades y estados interiores, sin un *trabajo personal* no sería posible ocupar el lugar del terapeuta puesto que no ha llegado a ocupar el lugar de paciente (Sierra, 2006, p. 105). Winnicott, plantea diferentes tipos de relación posible; en la que la *relación yo-tú* podría ser ejemplificadora de este proceso de identificaciones cruzadas. Buber (1993) propone que en ella no hay intermediarios, es decir, se caracteriza por tener lugar como presencia de ser a ser. La relación yo-tú es definida como un encuentro en el que el otro es un *tú* en sentido estructural *como algo distinto de mí*; y por tanto, esta relación no es nunca un acontecimiento meramente subjetivo, ya que el yo no se representa al *tú*, sino que lo encuentra. Este autor refiere esta

relación como la esfera de la reciprocidad, entendiendo por tal, la igualdad de estatuto del otro ante mí.

En esta relación, según Winnicott (Citado en Panceira, 1997), entra en juego el *área transicional*, es decir, el espacio en el cual radica nuestro mundo personal, el área de la cultura con todas las resonancias; el ámbito en el cual partes de la realidad son recreadas por mí, que así las hago mías y no mera información.

Allí radican los valores, las creencias desde las cuales vivo; es el área en que el sujeto puede sentirse creativo, dado que allí se va forjando su punto de vista personal e intransferible. Es el área del juego, de los sueños, del humano vivir, de la cultura y de sus máximas expresiones, el arte, la religión, y la creación filosófica; en ella el ambiente se hace mundo, las palabras pueden hacerse poesía y los sonidos música. Es allí donde el verdadero Self del hombre se expresa, y allí es donde en nuestra búsqueda nos sentimos vivos y creativos. (Winnicott, citado en Panceira, 1997)

“Cuando uno puede empezar a escucharse a sí mismo, esto permite poder empezar a escuchar a los otros; sin embargo eso no es tan fácil como parece” (P2)

Entre el psicólogo y el paciente se construye, en el proceso psicoterapéutico, una relación a la manera de la *relación de mutualidad*, la cual supone el interés común en el logro de un objetivo y que es similar a la construida en esos primeros años de vida con el cuidador. En ésta se comunican afectos emociones y sensaciones que podrían denominarse inconscientes. El terapeuta no será inmune a los afectos y emociones que genere en él el paciente, y a su vez, éste también podrá percibir los del terapeuta, pues el terapeuta también comunica aún en sus silencios. (Sierra, 2006). Por esto el psicólogo debe tener una comunicación constante con su propio inconsciente.

“Algunos casos me movilizaban tanto que los trabajaba en mi proceso personal. Por eso es que éste es tan importante para uno como clínico y para que uno pueda facilitar procesos de comprensión en el otro” (P3)

Así mismo, en la medida en que se instaura un vínculo de un carácter tan profundo como el cuidador, el terapeuta puede retomar sus emociones y sensaciones, que en ocasiones pueden dar cuenta de aspectos no dichos explícitamente por el paciente (Sierra, 2006). A esto se le ha denominado *Contratransferencia*:

“Si el médico siente algo al examinar a un enfermo debe detenerse y examinar sus sentimientos como posibles síntomas del padecimiento de su enfermo” (Balint, 1961. p. 94, citado en Sierra, 2006).

En el discurso de los participantes de esta investigación, se señala la complejidad del sentir; considerándose una herramienta valiosa al permitirle al psicólogo mayor información sobre el mundo relacional y representacional del paciente; así como orientarlo en su intervención.

“La pregunta por el sentir es bien complicada. Hablamos del sentir como algo contratransferencial, visceral, que te anoticia, es decir, que te puede dar en muchas ocasiones información sobre lo que está ocurriendo con esta persona, e incluso, te puede también decir por donde irte, por dónde seguir” (P2)

Así mismo, las verbalizaciones de estos psicólogos apuntaron a reconocer que el que se tenga un proceso terapéutico personal permite determinar en qué momento se está tratando con una situación contratransferencial y cuando se están poniendo en juego *los puntos ciegos* del terapeuta que afectan el proceso del paciente y sólo podrán ser resueltos por él mismo en dicho proceso.

Los elementos que se consideran pueden nublar e interferir en el razonamiento clínico del psicólogo, nombrados en el proceso de codificación “*datos brutos*”, estarían relacionados con la presencia de juicios de valor, los cuales fueron abordados en el segundo capítulo, al mostrar una de las actitudes o reacciones de evaluación que los psicólogos pueden asumir y que influye en su manera de pensar sobre este fenómeno, *actitud enjuiciadora: “los que se suicidan o lo intentan son personas con problemas, con falta de capacidades para enfrentar la vida, cobardes, manipuladores y desconsiderados con los otros que los quieren”*. Al respecto, parecía existir contradicciones en la manera de pensar y expresar sobre este asunto, es decir, se hacen juicio de valor; sin embargo no se reconoce dicha actitud:

“Las debilidades lo llevan a uno a intentar suicidarse; es buscando manipular o llamar la atención. Es un acto muy bajo” (P1)

No obstante se manifiesta posteriormente:

“No pienso en que el que intenta suicidarse, pues, es una persona mala o es una persona que hace cualquier otra cosa a la sociedad” (P1)

De lo anterior, dos de los tres participantes afirman que el que se tengan juicios de valor genera sesgos en el razonamiento del caso o de la situación. A su vez, se considera que los sentimientos y emociones que movilizan algunos casos a nivel personal y que no son trabajados por el psicólogo en su proceso personal, también son “*datos brutos*”, en la medida que se ponen en juego en la relación con ese otro, y al no tener conciencia de ellos o no tener la capacidad de manejarlos, pueden entorpecer el proceso con sus pacientes.

“Yo me di cuenta que la mayoría de estos casos me estaban generando gran molestia y rabia pero después reflexioné y me di cuenta que había algo relacionado con mi historia de vida allí;

entonces lo trabajé para poder seguir el proceso con esta persona. Incluso esto me permitió comprender más a esta persona después”
(P2)

La última frase denota un aspecto señalado por Guy (1995, p. 334), en el cual los psicoterapeutas parecen utilizar sus propias dificultades emocionales como medio de lograr comprensión y empatía en el trato con los distintos problemas experimentados por sus pacientes. Retomando uno de los conceptos fundamentales en este capítulo, abordado al inicio del mismo, identificaciones cruzadas, se considera pertinente retomar lo sucedido en el mito de *“la divina comedia” de Dante*, puesto que para el desarrollo de la capacidad de ponerse en el lugar del otro y que éste pueda hacer lo mismo, al igual que Virgilio con Dante, el terapeuta debe de guiar al paciente en el recorrido por sus infiernos, pero éste no puede hacerlo sin antes haber recorrido los suyos propios:

“Uno no puede llevar al paciente hasta dónde uno no ha llegado” (P3)

Dentro del proceso personal también es importante tener en cuenta *la vida personal del terapeuta* pues es importante que sea una vida satisfecha en el sentido cultural, estético y social (Sierra, 2006).

“Me parece que como psicólogos no debemos descuidar nuestras relaciones interpersonales (familia, amigos, colegas, vecinos) porque todas ellos nos generan como una red que mitiga el impacto del estrés y tensión laboral, sobretodo el que produce este tipo de casos” (P2)

Guy (1995, p. 439) aborda el tema del agotamiento en los psicoterapeutas, relacionando éste con la personalidad del terapeuta y las características del paciente. Con respecto a la primera, Chessick (1978) plantea que las relaciones personales satisfactorias e íntimas fuera del consultorio son necesarias para alentar y fortalecer la capacidad del terapeuta de funcionar en el marco de las relaciones terapéuticas. Además de los factores

influyentes asociados con la personalidad del terapeuta, algunas características del paciente se han identificado como fuentes de tensión suficientes como para aumentar la posibilidad de agotamiento. Por lo general, plantean Deutsch (1984); Farber (1983); Hellman (1986) que los psicoterapeutas señalan las amenazas de suicidio como la conducta más perturbadora con que se topan en la práctica profesional (Citado en Guy, 1995, p. 444)

*“A nivel profesional como eran pacientes generalmente con mucha angustia, con mucha tristeza, habían casos donde la dinámica que se movía era de mucho cansancio; entonces a nivel personal cuando yo salía de trabajar con estos casos intentaba hacer mucha actividad, entonces me metía en un activismo porque sentía que esos pacientes estaban muy pegados, muy quieto y como con una visión de túnel; entonces eso me hacía desplegar todas mis energías haciendo deporte, haciendo actividades, me movilizaban mucho y de eso yo tenía que ir y hablar de eso mismo en terapia para poder seguir interviniendo bien a los pacientes y poder continuar con energía y con fuerza. Yo sentía que esos pacientes me quitaban toda la energía”
(P3)*

Sierra (2006) propone otro aspecto a tener en cuenta en su vida personal: El profesional o estudiante de psicología no debe centrar su atención exclusivamente en el estudio de la psicología; Sierra (2006) propone que debe *enriquecer su vida* con experiencias que “lo llenen”, es decir lecturas, actividades, relaciones, que le aporten como ser humano y que brinden herramientas en el pensar sobre la vida y los fenómenos que en ella aparecen.

“Me parecía tan importante ir al cine, ver películas, estar muy al tanto de las vivencias y experiencias de otros...porque todo eso nutre la manera de ir pensando sobre los problemas que aquejan a los seres humanos y la apertura que uno debe tener al otro “(P3).

Al enfrentarse a este tipo de casos, los participantes expresan el ser cada vez más conscientes de la importancia de continuar con el proceso personal; así como los grandes aprendizajes que trae como clínico a medida que trabaja y aborda diferentes casos. No obstante, se señala un caso en particular, ocurrido durante el proceso de formación de uno de los participantes, en el cual una compañera de psicología acabó con su vida y expresa que ninguna de las personas alrededor de esta chica; fueron capaces de leer y observar lo que ocurría.

“El contacto con un caso de intento de suicidio cercano durante la formación académica influyó significativamente en la medida de generar mayor reflexión sobre la manera cómo el psicólogo hacía lectura de los fenómenos, movilizándolo a prestar mayor atención, reevaluar hipótesis diagnósticas, desmontar creencias ya que parece existir una ilusión en los psicólogos de que todo lo pueden ver. La experiencia personal nutriría el razonamiento al generar un mayor cuestionamiento del psicólogo sobre su quehacer y su análisis de los fenómenos.” (P2)

La situación como tal genera varias ideas y pensamientos, que en términos generales pueden ser resumidas en las palabras reflexión y cuestionamiento, es decir, en lograr una profunda comprensión de lo que sucede o sucedió con esta persona, hacer una lectura de su mundo relacional y representacional; así como de confrontar su razonamiento y accionar como psicólogo:

“Es una reflexión para la observación, es una reflexión para el sentir, es una reflexión para el actuar; es algo que posibilita reflexiones desde múltiples sentidos” (P2)

En síntesis, el razonar clínicamente es un proceso de lento desarrollo pues el psicólogo profesional tiene que empezar por darle sentido a los constructos teóricos; a dejar de leer y poder escuchar al autor, siendo para

ello indispensable la *terapia personal*; puesto que ésta no sólo le permite elaborar allí todas las angustias que le genera el paciente, todos los aspectos de su personalidad que el paciente mueve; sino que también le brinda las herramientas y capacidades para poder acompañar a ese paciente a ponerse en su lugar, a ser *su* propio terapeuta.

“Después de nuestro viaje por el infierno y el purgatorio, la propia vida se convierte en terapeuta. Nuestros pacientes nos dejan para unirse a la comunidad humana de la vida en sí” (May, 199, p. 154)

Así mismo, es significativo el que el terapeuta no centre su atención exclusivamente en el estudio de la psicología, sino que nutra su razonamiento con otros elementos que enriquezcan su vida y que le aporten como ser humano. Todos los aspectos expuestos anteriormente tendrán que estar articulados y entrelazados a la manera de una *urdimbre*; cuyos “hilos” serán tejidos o “trenzados” por el razonamiento.

LIMITACIONES DEL PRESENTE ESTUDIO

Aunque este escrito tiene por nombre *limitaciones del presente estudio*, ello no es muestra de concluir algo aún en el sentido estricto de la palabra, es decir, de tener un conocimiento *absoluto* y *final* frente a esta temática; el conocimiento y la teoría no sólo son construidos; así mismo pueden ser replanteados, re-inventados o transformados. En este sentido, en el presente trabajo se lograron conocer y comprender ciertos asuntos, los cuales serán expuestos a manera de síntesis. Sin embargo, como se mencionó, al ser el pensamiento mismo un proceso continuo y constante, se invita al lector para que continúe pensando sobre el tema y pensándose a sí mismo.

Con la puerta de entrada que el lector abrió y el proceso de recorrido que realizó hasta llegar a este punto, le fueron señalados aspectos significativos del razonamiento clínico del psicólogo y todo lo que este proceso implica a nivel personal y profesional; así como el papel que juega éste en el pensar frente al fenómeno del intento de suicidio y a su intervención.

En el desarrollo de esta investigación emergieron elementos que permiten plantear como asuntos claves para el razonamiento clínico y la intervención en este tipo de casos, en primera instancia, que *el pensar es cuidar*. El cuidado, ejercido por medio de los procesos de relación, interactivos y asociativos, está presente en la vida humana, en su proceso vital, en las condiciones naturales y sociales desde la concepción, el nacimiento, crecimiento, envejecimiento, muerte y trascendencia (Lorenzini y Bettinelli, 2003). Por ende, mediante la relación misma entre psicólogo y aquel que ha cometido el acto de intento, se construye un vínculo que posibilita una comprensión desde adentro y que promueve procesos de autoorganización, de movimiento, de reflexión y cuidado. Sin embargo, al ser el pensar un acto reflexivo, el psicólogo requiere del desarrollo y/o fortalecimiento de ciertos recursos que le permitan tener la capacidad de

captar el fenómeno que deriva del encuentro de esa relación; captar imaginativamente, pero también con exactitud, los pensamientos, sentimientos, esperanzas y temores de esa otra persona; así como permitir que éste haga lo mismo con él. Para ello es fundamental que el psicólogo también se haya pensado y reflexionado en su proceso personal.

Al ser el pensar un asunto del cuidado, los aspectos que tenga en cuenta el psicólogo devienen de un *acto reflexivo*, no visto desde el punto de vista lógico, sino emocional y relacional. Esto remite de nuevo al concepto de razonamiento clínico, el cual involucra dentro de su proceso el que psicólogo se haga muchas preguntas teniendo en cuenta cierto tipo de datos: procesos de organización, procesos de desarrollo, de relaciones, de vínculos, cómo esa persona que intentó suicidarse se vincula, qué lugar ocupa en sus relaciones, cómo se vincula con el mundo. A su vez, este proceso del pensar y del sentir, nombrado de esta manera al comprender no sólo procesos cognitivos sino también emocionales, implica para el profesional de psicología la asunción de un *lugar ético* frente a ese otro y a su quehacer profesional.

Dicho proceso exige tener presente las concepciones, representaciones o conjunto de significados compartidos social y culturalmente que se tienen frente a este fenómeno; ya que éstos influyen de manera significativa en cómo el psicólogo interviene y da sentido a los datos clínicos; así como en las reacciones de evaluación o actitudes (Comprensivas, libertad fatal, enjuiciadoras) que asume ante quienes atiende. Con respecto a estas últimas se señalan los juicios de valor como "*datos brutos*" que pueden nublar e interferir en el proceso de razonamiento, por lo que deben ser trabajados por el psicólogo en su proceso personal.

La formación es promotora en el aprendizaje del razonamiento. A través de elementos como la supervisión o asesoría, la teoría y práctica profesional, el profesional comprende o da significados al fenómeno del intento de

suicidio. Durante este proceso académico suele ser “enseñado” el uso de la *técnica* como base para la intervención. No obstante en éste también se ha comenzado a transmitir la importancia de lo que se ha denominado *cuidado*, el cual implicaría que el profesional de psicología, en términos Winnicotianos, sea suficientemente bueno, sostenga y contenga esa persona que intenta suicidarse. Al ser la intervención el eje de este trabajo investigativo, se identifican algunas de las lógicas que razonan los psicólogos en su intervención frente al intento de suicidio; comprendidas en el trabajo interdisciplinario (*Lógica Sincrónica*), intersectorial (*Lógica Transdisciplinar*) y/o constructivo o del empoderamiento de la comunidad (*Lógica Constructiva*).

Por último, se plantea como aspecto importante el que el profesional de psicología no centre su atención exclusivamente en el estudio de ésta; debe enriquecer su vida con experiencias que nutran su razonamiento tales como lecturas, actividades o relaciones, al éstas aportarle como ser humano y brindarle herramientas en el pensar sobre la vida y los fenómenos que en ella aparecen. Lo anterior entrelazado con elementos de su formación, de su experiencia personal y profesional definen sus acciones y su razonar ético.

REFERENCIAS

Ackerman, Carolina (2005). *Acerca del mito de Teseo y el hilo de Ariadna*. Revista de Psicoanálisis y Cultura. 22 (1). Extraído el 8 de octubre de 2009 desde www.acheronta.org

Arendt, Hannah (1993). *La condición humana*. Buenos aires: Paidós
Capítulo 5

Bastos, Heliane (2006). *Tratamiento en la emergencia del paciente suicida. Alcmeon*. Revista Argentina de Clínica neuropsiquiátrica. 12 (1). 5-15. Extraído el 18 de septiembre de 2008 desde <http://www.alcmeon.com.ar/13/49/suicida.html>

Bedoya, Mauricio (2006). *Acercamiento a las condiciones de posibilidad de una clínica psicológica posmoderna*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de San Buenaventura.

Bettelheim, B; Rosenfeld, A (1994). *El arte de lo obvio: el aprendizaje de la práctica de la Psicoterapia*. España: Critica.

Buber, Martín (1993). *Yo y Tú*. Caparrós: Madrid.

Campo, G. Roa, J; Pérez, A. Salazar, O; Piragauta, C; López, L y Ramírez, C (2003). *Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital universitario del Valle, Cali*. 34(1), 9-16. Extraído el abril 9 de 2007 desde <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol34No1/cm34n1a2.htm>

Denman, C. & J. A. Haro. Compl. (2000). *Por los Rincones, Antología de Métodos Cualitativos en Investigación Social*. México: Colegio de Sonora. P.128

Durkheim, E (1971). *El suicidio; estudio de psicología*. Argentina: Shapire.

Ferrater, José (1994). *Diccionario de filosofía*. España: Ariel

Gómez, Carlos; Rodríguez, Nelcy; Bohorquez, Adriana (2002). *Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana*. Revista colombiana de psiquiatría. 31(4). 283-298

González Rey, F (2002). *Sujeto y la subjetividad: Una aproximación histórico cultural*. México: Thompson.

Grinberg, León. *La supervisión Psicoanalítica. Teoría y Práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Guibert, W y Del Cueto, E. (2003). Revista Cubana de Medicina General Integral. 19(5). Extraído el 17 de octubre de 2008 desde http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000500004&lng=es&nrm=iso

Gutiérrez, F, García, J; Johnson, P y Caicedo, N (2002). *Razonamiento con condiciones múltiples: La perspectiva de los modelos mentales*. 33 (1).3-24

Guy, James D (1995). *La vida personal del psicoterapeuta: El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. España: Paidós. (Capítulo 5 y 7)

Heidegger, Martín (1951). *Qué significa pensar*. Buenos Aires: Nova

Hernández, A. (2005). *Psicoterapia Sistémica Breve: la construcción del cambio con individuos, parejas y familias*. Bogotá: El búho Ltda.

Hernández C, Q (2008). *Intento de suicidio en México: Intervenciones psicológicas con adolescentes en riesgo suicida*. Extraído desde <http://suicidioadolescente.info/prevencion/tratamiento.html>

Kant, Emmanuel (1984). *Crítica de la razón práctica*. España: Espasa práctico

Lizarralde, L; Jajaira, D y Franco, M (2006). *Comportamiento del evento suicidio e intento de suicidio en el departamento de Antioquia, enero a diciembre de 2006*. Dirección De Salud Pública. Programa de Salud Mental

Lorenzini, A y Bettinelli, L (2003). *El ser humano y sus posibilidades de construcción desde el cuidado*. Revista Aquichan. N 3. (48-51). Bogotá-Colombia

May, Rollo (1991). *La necesidad del mito*. Barcelona: Paidós.

Moise, J (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Contus. Universidad de Antioquia

Moscovici, Serge (1986). *Psicología social*. Volumen 2. España: Paidós

Myers, David (2000). *Psicología social*. Colombia: McGraw-Hill. 6ed.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones políticas*. Informe compendiado. Panamá.

Oriol Rojas, José (1998). *Representaciones sociales o la orientación hermenéutica en la psicología*. Revista de psicología social. 13 (1). (81-92).

Panceira, Alfredo (1997). *Clínica psicoanalítica a partir de la obra de Winnicott*. Primera edición. Lumen: Buenos Aires, Argentina.

Rábade, S, López, A y Pesquero, E (1988). *Kant Conocimiento y racionalidad: el uso práctico de la razón*. España: Cincel

Real academia Española: Diccionario de la lengua española (2001). España: Espasa Calpe.

Reichmann, F (1984). *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires: Paidós

Rodríguez, G; Gil, J; García, E (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: aljibe.

Sandoval, C (1996) Investigación Cualitativa. Modulo cuatro. Tomado de: Instituto Colombiano para el fomento de la Educación superior ICFES. Bogotá P.17

Schnitter, Mónica (1999). *Psicología Dinámica: Psicología o Psicoanálisis Conferencia Estudiantes UPB Bucaramanga*

Schnitter, Mónica (2005) Introducción al Simposio. IV Congreso Mundial de Psicoterapia. Buenos Aires, Argentina.

Schnitter, Mónica (2005). *Psicoterapia dinámica: La perspectiva desde la psicología relacional. La reinención de la clínica*. II Encuentro nacional de psicoterapias dinámicas. U de A.

Schnitter, M. Patiño, C. Salazar, J. Arbeláez, M y Torres, J (2007). Avances del proyecto de investigación: *Propuesta para un modelo de intervención/ investigación clínico social sobre el intento de suicidio en Municipios de Antioquia*. Grupo de investigación Estudios clínicos y sociales en psicología. Líneas: Estudios clínicos y Psicología Social. Dirección seccional de salud de Antioquia. Trabajo presentado en Jornada de Salud Mental. Octubre. Medellín

Schnitter, Mónica (2008). *Razonamiento Psicológico: reflexiones sobre la formación de psicólogos profesionales*. II Encuentro nacional de psicoterapias dinámicas. U de A.

Sierra, Ana E (2006). *La clínica como razonamiento: Un reto para la formación en clínica psicológica*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de San Buenaventura. Medellín

Strauss, A y Corbin, J (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría fundada*. Medellín: Contus. Universidad de Antioquia.

Szasz, Thomas (1999). *Libertad fatal: Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós.

Taylor y Bogdan (1992). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. España: Paidós (p. 21 y 23)

Torres, Juan José (2008). *Intento de suicidio: La introducción de la noción de sujeto mediante la influencia de la subjetividad del profesional en su atención*. Manuscrito no publicado.

Werner, Charles (1966). *La filosofía griega*. España: Labor



ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ENTREVISTA PARA PSICÓLOGOS

RAZONAMIENTO CLÍNICO DEL PSICÓLOGO QUE INTERVIENE EN CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO

Yo:

Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recopilación de la información. Soy concedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y a prescindir de mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

FIRMA PARTICIPANTE
C.C.

FIRMA INVESTIGADOR
C.C.

FIRMA DIRECTORA
C.C.