



**ENTRE LA RAZÓN, EL VINCULO Y LA ACEPTACIÓN, TRES RUTAS HACIA
LA SALUD MENTAL**

Natalia Andrea Rodríguez Parra, Juan David Topa Gómez

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Psicología

Noviembre 13, 2025

**ENTRE LA RAZÓN, EL VINCULO Y LA ACEPTACIÓN, TRES RUTAS HACIA
LA SALUD MENTAL**

Natalia Andrea Rodríguez Parra, Juan David Topa Gómez

presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

Daniel Barragán

Psicólogo

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Psicología

Tabla de Contenido

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Justificación	9
Antecedentes teóricos	10
Objetivos	20
Metodología	21
Criterios de inclusión y exclusión	23
Procedimiento	25
Resultados y análisis	26
Revisión y comparación de los enfoques terapéuticos	27
Criticas y aportes de cada enfoque	30
Conclusiones	31
Referencias bibliográficas	33
Anexos	40

RESUMEN

El presente proyecto de grado tiene como objetivo analizar comparativamente las fortalezas, limitaciones y aportes de diferentes enfoques terapéuticos en la prevención y tratamiento de la ideación y conducta suicida, principalmente desde a la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), las terapias de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y, por último, la Terapia Sistémica. A través de una revisión teórica y sistemática, junto con el análisis del discurso de tres entrevistas semiestructuradas a profesionales de la psicología clínica, este estudio busca comprender cómo cada modelo aborda el fenómeno suicida, cuáles son sus principales mecanismos empleados y de qué manera la práctica profesional refleja o tensiona los planteamientos teóricos.

A lo largo de la investigación, se dio especial atención a aspectos relacionados con la práctica profesional, destacando el papel de las competencias, la experiencia y la sensibilidad del terapeuta como posibles factores determinantes en la efectividad de la intervención, más allá del enfoque teórico aplicado. Desde este punto de vista, el proyecto propone una reflexión sobre cómo se ve influenciado el éxito terapéutico no solo, ni principalmente por del modelo o el enfoque empleado, sino de la capacidad del profesional para adaptar sus principios a las necesidades de cada proceso y consultante. De este modo, se busca aportar una mirada integradora y crítica sobre los desafíos actuales en la prevención de la conducta suicida desde la psicología clínica.

Palabras clave: *Salud mental, ideación suicida, conducta suicida, psicoterapia, enfoques terapéuticos, vinculo terapéutico.*

ABSTRACT

The objective of this degree project is to comparatively analyze the strengths, limitations, and contributions of different therapeutic approaches in the prevention and treatment of suicidal ideation and behavior, mainly from Cognitive Behavioral Therapy (CBT), third-generation therapies, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT), and, finally, Systemic Therapy. Through a theoretical and systematic review, together with the analysis of the discourse of three semi-structured interviews with clinical psychology professionals, this study seeks to understand how each model addresses the phenomenon of suicide, what are its main mechanisms, and how professional practice reflects or challenges theoretical approaches.

Throughout the research, special attention was given to aspects related to professional practice, highlighting the role of the therapist's skills, experience, and sensitivity as possible determining factors in the effectiveness of the intervention, beyond the theoretical approach applied. From this point of view, the project proposes a reflection on how therapeutic success is influenced not only, nor mainly, by the model or approach used, but also by the professional's ability to adapt their principles to the needs of each process and client. In this way, it seeks to provide an integrative and critical view of the current challenges in the prevention of suicidal behavior from the perspective of clinical psychology.

Keywords: *Mental health, suicidal ideation, suicidal behavior, psychotherapy, therapeutic approaches, therapeutic relationship.*

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental se ha convertido en las últimas décadas en un campo de mayor relevancia dentro del área de la salud, especialmente ante el aumento de problemáticas asociadas al malestar emocional, la desesperanza y la conducta suicida. En este contexto, los enfoques terapéuticos han llegado a evolucionar con el propósito de ofrecer mejores respuestas, unas que sean más integrales y humanizadas, adaptadas a la complejidad del sufrimiento psicológico. Desde el auge de la terapia cognitivo-conductual, pasando por la expansión de las terapias de tercera generación y sin ignorar la evolución y el avance del enfoque sistémico, cada corriente ha aportado comprensiones diversas y ricas sobre el ser humano, la relación terapéutica y los procesos de cambio.

La diversidad de modelos psicoterapéuticos representa gran una riqueza teórica, pero a la vez, un desafío práctico para los profesionales en formación. Comprender las coincidencias, tensiones, disertaciones y diferencias entre los distintos enfoques puede resultar esencial para construir una práctica clínica que si sea reflexiva y coherente con las necesidades de los consultantes. En este sentido, comparar los tres enfoques previamente mencionados (cognitivo-conductual, de tercera generación y sistémico), permite reconocer los fundamentos filosóficos, epistemológicos, técnicos y relacionales que dan sustento a sus intervenciones, así como cuáles son sus implicaciones éticas.

El presente proyecto de investigación busca realizar una comparación entre tres enfoques terapéuticos a partir del análisis de entrevistas semiestructuradas realizadas a psicólogos clínicos que trabajan bajo cada uno de ellos. Su objetivo es identificar los puntos en los que convergen y los que no, en torno a su comprensión del ser humano, la relación entre el terapeuta y el paciente y las estrategias de cambio psicológico, aportando así una mirada realmente integradora y crítica,

una que contribuya a la formación y ejercicio clínico. A través de este proceso, se pretende provocar un espacio de reflexión sobre la práctica profesional y el sentido ético de la psicoterapia en la actualidad.

En la actualidad, la ideación y la conducta suicida como se demostrará con cifras más adelante, representan una de las expresiones más críticas del sufrimiento humano, cuya presencia continua en aumento a nivel global y nacional. Este panorama ha impulsado la necesidad de revisar cómo los diferentes enfoques psicoterapéuticos comprenden y abordan este fenómeno en particular, reconociendo que detrás de cada intervención existen diversas formas de entender el malestar, la esperanza y el sentido de vida. Así, identificar de qué manera la terapia cognitivo-conductual, la terapia sistémica y las terapias de tercera generación responden ante la ideación o la conducta suicida permite visibilizar los alcances, límites y matices de cada una, sin pretender establecer jerarquías entre ellas.

De esta forma, la investigación se sustenta en la convicción de que mitigar las cifras relacionadas con la ideación y la conducta suicida requiere comprender con mayor profundidad cómo cada modelo clínico interpreta este fenómeno y qué estrategias propone para su abordaje, junto con la necesidad de comprender cuales de las características de cada enfoque son las más relacionadas a su efectividad al momento del tratamiento con el propósito de ofrecer una recopilación clara y accesible que oriente tanto a profesionales como a estudiantes en formación sobre las formas en que cada enfoque entiende el sufrimiento humano y promueve el cambio terapéutico, aportando una herramienta académica que contribuya a la construcción de prácticas más sensibles, informadas y coherentes con las realidades actuales de la salud mental.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

POBLACIÓN

En Colombia, la conducta suicida ha sido una problemática progresiva, especialmente entre jóvenes adultos. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (PILAS, 2025) el primer semestre del año 2025 se evidenció al grupo de adultez temprana, es decir de los 29 a 44 años, como el grupo más afectado con 439 muertes y a este le sigue la juventud, quienes se encuentran en un rango de edad entre los 18 a 28 años, presentan un total de 430. Factores como la incertidumbre económica, el acceso limitado a servicios de salud mental y el impacto de la pandemia han exacerbado esta situación. (DANE, 2021) Esta investigación está dirigida principalmente a la población de jóvenes adultos entre 19 y 29 años, quienes presentan un mayor riesgo de desarrollar ideación suicida debido a factores como el estrés académico, la presión laboral, la falta de redes de apoyo sólidas, dinámicas familiares conflictivas, consumo de sustancias psicoactivas y luto. (Ministerio de Salud, 2018). Sin embargo, con respecto a quienes va dirigida esta investigación, el contenido desarrollado a lo largo del documento puede llegar a requerir un conocimiento mínimo e interés en materia de terapias psicológicas con sustento científico.

Los criterios de inclusión desarrollados más a profundidad en el apartado de la metodología estarán principalmente enfocados en investigaciones, documentos y postulaciones científicas cuyo enfoque esté principalmente orientado hacia la población de adultos jóvenes entre los 19 a 29 años, sin embargo, no se excluirá por completo aquellos cuyo enfoque se encuentre en un rango de edad alterno, pues tal y como se menciona en el metaanálisis de O'Connor et al. (2019), es fundamental realizar investigaciones sobre la prevención del suicidio sin limitarse a un grupo de edad específico, ya que las conductas suicidas afectan a personas de

todas las edades y se deben desarrollar estrategias de intervención universales que sean aplicables a la población en general.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El motivo por el cual se optó por desarrollar una investigación en torno a la problemática de la ideación y la conducta suicida es debido a que esta se caracteriza por ser una de las principales causas de muerte a nivel mundial y su prevención es una prioridad en salud mental, pues tal y como lo afirma la OMS (2023), el suicidio es la cuarta causa de muerte para las personas en el grupo de edad de 15 a 29 años, lo que hace a esta población especialmente vulnerable a este tipo de comportamientos, esto conlleva orientar la investigación directamente sobre esta población que se muestra más vulnerable, aun así, no sería correcto ignorar del todo las demás poblaciones, datos como que el 14% de la población geriátrica experimenta un trastorno mental, siendo la ansiedad y depresión las más frecuentes, por lo tanto se llevará a cabo un proceso de selección principalmente orientado a la población visiblemente más vulnerable, sin descartar del todo investigaciones que se ocupen de diversas poblaciones fuera de este rango. Debido a esto, si nos resumimos únicamente al territorio colombiano, el Instituto Nacional de Salud reportó más de 1.800 suicidios de enero a agosto del 2023, siendo los jóvenes adultos uno de los grupos más afectados (INS, 2023).

Esto conduce a entender la necesidad de la creación de recursos e investigaciones con el fin de mitigar estas cifras, pues tal y como señala Caballero y Páez (2021), la ausencia de recursos psicológicos adecuados y el estigma social que rodea la salud mental impide que muchos jóvenes busquen ayuda de manera oportuna. Por lo tanto, visibilizar esta problemática, buscar entenderla y conocer estrategias de planificación e intervención que signifiquen una

mejora en la salud mental y en la vida de muchos, se convierte en una propuesta necesaria si nuestro objetivo es velar por el bienestar desde la psicología.

1.3. ANTECEDENTES TEÓRICOS

Existen diversas terapias psicológicas que abordan el tratamiento en contra de la ideación y la conducta suicida, como se observa en González y Rodríguez (2024), al mencionar algunas de las características que existen y en qué aspecto se enfocan al momento de iniciar tratamiento.

La terapia breve, la terapia cognitiva-conductual y las terapias contextuales son ejemplos de ello, desarrolladas cada una por diferentes autores y que abordan el proceso de manera diferente. Es por esto por lo que esta investigación tiene como finalidad realizar un análisis académico de estudios científicos que exploran la eficacia de enfoques terapéuticos como la terapia cognitivo-conductual (TCC), las terapias de tercera generación (como la ACT y la DBT) y la terapia sistémica. A través de una revisión sistemática de literatura, se busca identificar fortalezas, limitaciones y condiciones de aplicación de cada enfoque, lo cual puede aportar conocimiento útil para la formación clínica, la toma de decisiones en contextos terapéuticos y la formulación de políticas de salud mental. Además, la comparación entre modelos permite una visión integral y crítica de las estrategias actuales, promoviendo una atención basada en evidencia y centrada en el paciente. Esta investigación es relevante tanto para psicólogos en formación como para profesionales e instituciones dedicadas a la prevención del suicidio.

En un esfuerzo por comprender cómo cada uno de los enfoques terapéuticos comprende los problemas, cómo actúa, los contextualiza o propone resolverlos a partir de sus propias herramientas, se hará un planteamiento básico donde se abordará según enfoque, ¿Qué entiende por trastorno? ¿Cómo describe la conducta suicida? ¿Cuál es su posición frente a los procesos de

adquisición y mantenimiento de dicha conducta? Y, por último, una breve descripción de su aplicabilidad en tratamiento.

COGNITIVO

Beck (1967) propone que el trastorno de la depresión surge de distorsiones cognitivas y esquemas de pensamiento negativos. Mientras Ellis (1962), plantea que los trastornos surgen a partir de creencias irracionales y que el cambio de pensamiento llega a modificar tanto la emoción como la conducta. Shneidman (1993), explica que el suicidio en sí mismo solo es un deseo de escapar de un sufrimiento mental que se considera insostenible e inmodificable. Mientras que Linehan (1993) al centrar su investigación en pacientes con TLP refiere que tanto el suicidio como la autolesión son intentos desesperados por regular emociones intensas e insoportables y que además este patrón se refuerza ante la falta de herramientas para el afrontamiento.

FERSTER (1973) Aparición: Lo describe como una disminución en la frecuencia de experiencias placenteras, eventos que implican algún tipo de luto, problemas en sus relaciones o el aislamiento, situaciones negativas o estresantes que se presentan de forma constante y no se tienen estrategias de afrontamiento. **Mantenimiento:** Mientras que el mantenimiento lo comprende como una un proceso en el que la ideación y conducta suicida se entiende como un alivio momentáneo, evitación del sufrimiento o estrés y falta de exposición a estrategias más adaptativas.

Pedrola et al., (2024) en su investigación se interesó por analizar la eficacia de las intervenciones psicológicas para la prevención del suicidio y las autolesiones en las prisiones.

Por medio de esta se observó que la Terapia Cognitivo Conductual logra reducir la ideación suicida según los estudios revisados, y también que el 75% de las técnicas basadas en

terapias de 3ra generación son eficaces para disminuir tanto las conductas suicidas como las autolesiones.

También se demostró que una intervención basada en la terapia dialéctico conductual logró obtener resultados positivos entre mujeres internas en el centro penitenciario.

CONDUCTUAL

Con Watson y Rayner (1920), se demuestra cómo se podían inducir respuestas de miedo en un niño y de este modo explica los trastornos emocionales como aprendizajes condicionados. Mientras Skinner (1953) explica cómo los trastornos se pueden entender como conductas aprendidas y mantenidas por medio de refuerzos ambientales. Continuando por esta línea, Bandura plantea que el suicidio puede llegar a aprenderse por medio del modelado, es decir, observando a otras personas que han llevado a cabo intentos de suicidio o han llegado a hablar sobre esto. Mientras tanto Klonsky y Muehlenkamp (2007) la consideran una estrategia de escape que se ve motivada por factores como la evitación del dolor psicológico viéndola ya como una conducta aprendida que se refuerza con dicha reducción del sufrimiento.

ELLIS Y D'ZURILLA

Aparición: El proceso de aparición se comprende como una tendencia a ver los problemas como amenazas además de dificultad para identificar soluciones efectivas, incapacidad para generar múltiples alternativas de solución, baja autoeficacia percibida y falta de apoyo social.

Mantenimiento: Por parte del mantenimiento, la evitación en lugar del afrontamiento del problema o el uso de mecanismos de afrontamiento poco efectivos, una desesperanza constante ante el fracaso en la resolución de problemas, la tendencia al aislamiento social y la falta de apoyo de su entorno social se convierte en los motivos por los cuales la conducta puede continuar presentándose.

Meneses Heredia y Bello Dávila (2021) realizan un estudio con niños de entre 12 y 15 años que demuestra que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento en pacientes que ya han tenido intentos de suicidio resulta muy eficiente aun sin el uso de psicofármacos llegando a no presentar ideación suicida en 36 meses posteriores al entrenamiento además de evidenciar una evolución positiva en sus capacidades emocionales.

SISTÉMICO

Minuchin (1974) llega a definir los trastornos como un resultado de estructuras disfuncionales en la familia y que el síntoma del individuo es el reflejo del problema en el sistema familiar. Mientras Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), explican que los trastornos pueden ser patrones disfuncionales de la comunicación en lugar de ser solo problemas individuales. Garcia et al. (2023) refieren que, la conducta no se puede reducir solo a un trastorno ya que se debe a diversos factores como lo pueden ser los económicos, familiares, políticos y comunitarios y que esta es un escape ante la percepción de que no existe una salida distinta.

BERTALANFFY

Aparición: Considera que las relaciones familiares muy rígidas, conflictivas o autoritarias, falta de apoyo emocional y comunicación, aislamiento social y ausencia de red de apoyo, sociedades con normas rígidas o falta de sentido de pertenencia y propósito en el entorno cultural son un contexto que promueve la aparición de las conductas suicidas en su población.

Cristalización: Una retroalimentación negativa por parte de su entorno familiar, rechazo o estigmatización de la persona debido a su conducta y narrativas culturales que refuerzan tanto la desesperanza como la falta de sentido a la vida perpetúan su comportamiento a través del tiempo.

Ruiz Rodriguez et al., (2021) en su investigación haciendo uso del Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar encontraron que el 88.2% de los adolescentes presentaba riesgo de suicida leve mientras que el 72.7% tenía un funcionamiento familiar leve, lo que los llevo a determinar una correlación negativa entre estos dos factores y llegar a la conclusión de que a mejor funcionamiento familiar es menor el riesgo de suicida.

CONTEXTUAL

Hayes, Strosahl y Wilson (2011), al vincularse con la ACT, refieren que este es un patrón de comportamiento tanto desadaptativo como inflexible que limita a la persona para actuar acorde a sus valores. Mientras que Dahl et al. (2009), explican que el trastorno surge a partir del momento en que la persona se relaciona con sus síntomas de una manera disfuncional que llega a limitar su vida. Wilson y Luciano (2002), explican que cuando una persona percibe que su sufrimiento es intolerable y no hay una salida ante este, el suicidio pasa a convertirse en una opción coherente dentro de su marco de referencia y que es por esto por lo que, la inflexibilidad psicológica lleva a la persona a quedar atrapada en patrones rígidos de pensamiento y comportamiento sin poder adaptarse a la vida. Mientras que Bach y Hayes (2002) lo explican como un intento extremo por escapar del sufrimiento que se refuerza por medio de la evitación de la experiencia y la creencia de sus pensamientos negativos como verdades absolutas.

Aparición: Crisis vitales como el luto o una enfermedad, la creencia de que el sufrimiento actual nunca va a cambiar, dificultad para encontrar un propósito, aislamiento social, factores contextuales adversos. **Mantenimiento:** Rumiación constante sobre la muerte, ausencia de estrategias de afrontamiento, incapacidad para encontrar razones para continuar viviendo.

Wilks y Sargent (2020) demuestran que, en aquellos pacientes con alto riesgo de mostrar una conducta suicida, la terapia contextual generaba un proceso de aceptación de los

pensamientos dolorosos y un cambio en los pacientes que los alejaba de los “impulsos suicidas” y los orientaba a actuar frente a aquello que los pacientes realmente valoraban.

Teniendo por objetivo la sistematización de literatura científica relacionada a la conducta e ideación suicida, es imperante realizar una descripción de su relevancia clínica. Dando respuesta a dicho objetivo, para una mayor comprensión de su impacto, en primer lugar, se abordará con relación a el término “trastorno”, el cuál podría ser descrito como una alteración ya sea a nivel mental, conductual o emocional siendo relevante, que llega a afectar el funcionamiento cotidiano de la persona, pues American Psychiatric Association (2013), en el DSM 5 también lo relaciona con la palabra “síndrome” y aclara que esta alteración debe ser clínicamente significativa. Además, la afectación la desarrolla como una difusión de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo subyacentes a su función mental.

Si bien a partir de dicho manual diagnóstico se logra reconocer una definición neutra y útil dentro del espectro clínico, para un desarrollo más profundo del concepto podría ser necesaria una descripción desde algunos autores que responden como figuras importantes dentro de un enfoque de acción en la psicología. Los primeros de ellos podrían ser Watson y Rayner (1920), quienes establecen a un trastorno más como un aprendizaje que ha sido condicionado en la historia de quienes lo padecen. Además, también tenemos a Skinner (1953), quien no solo los desarrolla como conductas o comportamientos aprendidos, sino que además se han mantenido en el tiempo por un proceso de refuerzo el cual les brinda su ambiente, sin embargo, es necesario comprender que bajo su visión no existe lo denominado trastorno, pues este término no tiene utilidad práctica. Ellos lo ubicarían como una etiqueta sin justificación, encaminando más hacia una conducta problema la cuál no define al sujeto que la realiza. (Chiesa y Malaguti, 2020).

Si nos encausamos por otro enfoque el cuál actúa en conjunto con el conductismo desde los procesos terapéuticos, Beck (1967), desde lo planteado en su modelo de TCC, señala que los trastornos surgen a partir de un esquema de pensamiento negativo, algo que también podríamos expresar como distorsiones cognitivas. Siendo autores como Ellis (1962), quienes lograron desarrollar mediante el planteamiento de su proceso de origen, que estos surgen como una creencia irracional y argumenta que esta creencia carente de un fundamento lógico no pierde su capacidad para modificar o desencadenar tanto emociones como conductas.

Continuando por un curso similar, Bandura y Walters (1963), desde el aprendizaje social señalan a su vez que un trastorno puede provocarse como fruto de un aprendizaje por observación en el cual se copia el comportamiento de otro y se mantiene debido a un posible auto refuerzo negativo.

En cualquier caso, es importante señalar antes de proseguir con las definiciones de los conceptos que bajo manuales diagnósticos como el DSM 5 revisado, CIE 10 y CIE 11 además de la regulación brindada por American Psychiatric Association (2013), la conducta suicida, ideación, tentativa, intento frustrado o suicidio consumado, no se reconocen como un trastorno independiente y he aquí la importancia de definir lo que era un trastorno, pues la presencia de los mismos se entiende más desde estos manuales como síntomas de otros trastornos como la depresión mayor, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno afectivo bipolar o el trastorno de estrés post traumático. La aparición del concepto de conducta suicida autolesiva dentro de los manuales diagnósticos, aunque si es mencionada por su profunda relación con una alteración relevante en el funcionamiento cotidiano de una persona la cual se caracteriza por su importancia a nivel clínico y que se podría entender como parte de una difusión de los procesos psicológicos, se emplea más como un aspecto a evaluar dentro de otros diagnósticos.

Esto no implica que una conducta suicida no pueda ser abordada desde una perspectiva clínica, pues autores como Rudd, Joiner y Rajab (2001), llegan a definir a la conducta suicida como un proceso conductual el cuál debe involucrar intentos previos de suicidio, un patrón de evitación ante el dolor emocional y una carencia o afectación en la capacidad de resolución de problemas. Dichos autores también mencionan un concepto denominado “trampa conductual” definiéndola desde una perspectiva cognitiva conductual como un modelo en el cual el individuo percibe el acto de suicidio como su única opción para evitar el sufrimiento señalando a su vez la importancia de interrumpir dicho patrón y educar ante estrategias de afrontamiento.

Prosiguiendo con el desarrollo de los conceptos y esta vez en relevancia al “suicidio” o “conducta suicida”, “ideación suicida” o cualquiera de sus derivados, se hará una revisión histórica de cómo se ha entendido esta idea, llegando a la conclusión de que hoy en día. La forma en la que se concebía en los documentos más anteriores tales como los de Sócrates, mencionados por Platón. (399 a.C.) en la apología de Sócrates de Platón, Platón (380 a.C.) en “La república”, Séneca (62 d.C.) o Cicerón (45 a.C.), en Tusculanas, desde la perspectiva de autores mucho más modernos como Beck (1974) podrían ser entendidos como distorsiones cognitivas debido a que pensamientos de dichos autores evocan a lo concebido anteriormente en la definición de un trastorno, pues a partir de alguna distorsión cognitiva donde rige la desesperanza, se puede reforzar de manera negativa esta idea, con la promesa de cesar o apartar el sufrimiento de un individuo, sin embargo autores del pasado lo puede llegar a ver incluso como un “acto virtuoso”. Este pensamiento ha cambiado, en especial al trasplantarlo a un proceso netamente clínico, pues bajo lo expresado en palabras de autores como Beck (1974), el suicidio guarda una amplia relación con un patrón cognitivo disfuncional, relacionado a una visión negativa del futuro y la sensación de desesperanza, llegando así a la

conclusión que, con el tiempo, en lugar de entender al suicidio como un acto razonable o justificable, se entiende como una distorsión en el pensamiento del individuo, sin embargo, esto nos revela que el contexto cultural influye ampliamente en la importancia que se le da a las conductas autolesivas o suicidas.

Con el objetivo de profundizar más dentro de este contexto es importante describir diversas definiciones entre el espectro relacionado a la conducta y pensamiento suicida, iniciando por lo que se conoce como la ideación suicida, la cual se refiere a la presencia de pensamientos sobre la autodestrucción, donde el suicidio es considerado como una posible solución a las dificultades emocionales y existenciales, al progresar esta idea llega hacia un gesto suicida, que son conductas intencionales que causan daño físico sin la intención directa de morir, pero que reflejan un deseo de sufrimiento o expresión de dolor (Rosen, 2014). Si la ideación suicida se intensifica aún más, se llega a una crisis suicida, donde predominan impulsos hacia la muerte y se planean los detalles del suicidio, como el cuándo, cómo y dónde (Beck, 2002). Posteriormente, una tentativa de suicidio es un intento de quitarse la vida sin el uso de medios letales o efectivos, mientras que un suicidio frustrado ocurre cuando se emplea un método adecuado, pero algo sale mal (Mann, 2003). Finalmente, el suicidio consumado es la culminación fatal del proceso, donde la persona logra su objetivo de quitarse la vida.

Desde un punto de vista sistémico dentro de la psicología, Minuchin (1974), indica que puede ser provocado por un desajuste en los patrones de comunicación y apoyo de un individuo dentro de sus esferas familiares y sociales.

Más adelante, Hayes (2011), amplía esta idea desde la necesidad que existe de evitar identificarse con dichos pensamientos, optando por la aceptación de los pensamientos y las emociones dolorosas, con el objetivo de reducir el impacto o el sufrimiento psicológico y de

esta manera llegando a permitir que las personas vivan de acuerdo con sus valores.

Continuando por el camino de Hayes, la terapia contextual o terapia de tercera generación, responde a una recopilación de aspectos relevantes dentro de distintos enfoques. Autores como Kolb (2011), la relacionan como una expansión moderna del conductismo, en la cual no solo se abordan cambios en la conducta, sino también se relacionan con el contexto cognitivo y emocional en el que ocurre el cambio. Es por esto por lo que, la terapia contextual se fundamenta en los principios de la terapia cognitivo conductual o TCC. Autores como Strosahl (2014), indican que se fundamenta en los principios de la TCC y los llega a integrar a aspectos como aceptación, mindfulness y de esta manera se evoluciona para alcanzar el rango de terapia contextual. Sin embargo, Wilson (2013), indica que esta terapia también resuena en enfoques humanistas, pues valoran la autenticidad de los valores personales al enfocarse en el contexto de las experiencias del paciente y a su vez de aspectos propios del sistémico, al integrar los espacios o sistemas en los cuales se involucra el individuo como aspecto principal en la terapia.

La Terapia Contextual combina principios del conductismo y cognitivismo con flexibilidad para abordar la relación entre los individuos y sus pensamientos, como indican Blackledge (2007) y Hayes (2004), integrando modelos cognitivos, flexibilidad psicológica y adaptación al contexto. Esta terapia utiliza técnicas cognitivas y conductuales tradicionales (Luoma et al., 2018) y se fundamenta también en un enfoque humanista que promueve la autonomía del paciente sin juzgar sus pensamientos (Gifford, 2018).

Diversos estudios muestran su aplicación en la reducción de pensamientos suicidas mediante la promoción de la flexibilidad psicológica, facilitando la interacción con pensamientos y emociones difíciles (Hayes et al., 2019). En pacientes con trastornos emocionales graves y

riesgo suicida, se observa que la Terapia Contextual ayuda a aceptar pensamientos dolorosos y a actuar conforme a valores personales, contribuyendo a manejar impulsos suicidas descritos por Ribeiro et al. (2016) como urgencias emocionales súbitas (Wilks y Sargent, 2020).

Investigaciones adicionales reportan que esta terapia puede mejorar la coherencia con los valores y reducir el riesgo suicida (Chavez et al., 2021), además de proporcionar herramientas para gestionar pensamientos suicidas, aumentando la autoeficacia y el sentido de propósito (Thompson et al., 2022). En pacientes con trastornos de personalidad, se ha observado la desactivación de pensamientos suicidas recurrentes y la interrupción de ciclos de desesperanza (Garcia & Zayas, 2023)

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. GENERAL

Analizar críticamente la evidencia empírica sobre la efectividad de diversas terapias psicológicas en la reducción de la ideación y conducta suicida, sistematizando los hallazgos desde una perspectiva contextual y no comparativa.

1.4.2. ESPECÍFICOS

1. Examinar los resultados reportados sobre la incidencia de la terapia cognitivo-conductual en la disminución de la ideación suicida.
2. Sintetizar los hallazgos relacionados con la eficacia de las terapias de tercera generación en la mitigación del riesgo suicida.
3. Interpretar la evidencia disponible sobre la influencia de la terapia sistémica en la intervención de la conducta suicida.

2. METODOLOGÍA

El enfoque de esta investigación será cualitativo, combinando una revisión sistemática de la literatura científica sobre la efectividad de distintas terapias para la reducción de la ideación y conducta suicida, empleando el análisis documental junto con criterios de inclusión/exclusión con el objetivo de seleccionar estudios científicos que si sean pertinentes y que puedan estar relacionados con la creación, aplicación y análisis de los resultados de entrevistas semiestructuradas a profesionales de la psicología. Esta metodología permite un análisis integral que complementa la evidencia documentada con experiencias prácticas y que la transforman en una investigación cualitativa de mayor profundidad.

Una revisión sistemática es un método riguroso y transparente que se emplea para identificar, evaluar y sintetizar toda la evidencia científica relevante sobre una pregunta de investigación específica (Pope, Mays & Popay, 2007). A diferencia de una revisión narrativa, la revisión sistemática se caracteriza por minimizar el sesgo mediante criterios explícitos de selección y evaluación de estudios, lo que mejora la confiabilidad y validez de los resultados (Moher et al., 2009).

En el contexto de terapias para la reducción de ideación y conducta suicida, una revisión sistemática permite agrupar resultados de múltiples estudios, facilitando una visión clara y fundamentada sobre la efectividad comparativa de distintas intervenciones, es decir, será útil como respuesta a esa extensa y rica base teórica disponible (Higgins & Green, 2011). Esta metodología es adecuada porque proporciona una base objetiva y científica para comprender como están organizados los patrones, las discrepancias y los vacíos en la literatura.

Para organizar y analizar la información, se empleará un análisis documental y narrativo desarrollado a través de resumen, junto con herramientas recomendadas para estructurar datos cualitativos y cuantitativos, permitiendo una evaluación sistemática y comparativa de los estudios (Cooper, 2016). Además, se aplicarán criterios de inclusión y exclusión claros para seleccionar estudios pertinentes, lo que asegura la relevancia y calidad de la evidencia considerada (Liberati et al., 2009).

Para complementar la revisión documental, se realizarán entrevistas semiestructuradas a psicólogos con experiencia en diferentes enfoques terapéuticos. Este tipo de entrevista permite explorar a profundidad las percepciones y las experiencias de los profesionales, manteniendo una estructura que permanezca flexible y que facilita la expresión más espontánea y detallada (Kallio et al., 2016).

La entrevista semiestructurada es especialmente útil cuando se busca comprender fenómenos complejos, como la aplicación práctica de diversas terapias en contextos clínicos, y permite captar matices que la revisión de literatura por sí sola no puede ofrecer (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Además, aporta un contraste y enriquecimiento de la información científica con la experiencia real, fortaleciendo la validez y aplicabilidad de los hallazgos al estar fundamentados también en experiencias prácticas.

Con el objetivo de incluir de manera determinante resultados y conclusiones de dichas entrevistas, se ha decidido emplear el método de análisis del discurso, o AD, el cual se caracteriza por mantenerse como parte de una aproximación cualitativa que llega a estudiar el lenguaje, ya sea escrito o hablado, dentro de su contexto, entendiendo su uso como uno que

contribuye a la construcción de significados, identidades, relaciones de poder y prácticas sociales, tal y como lo expresa Michel Foucault en Methods Hub. (Newcastle University, s.f).

De forma más amplia, el análisis del discurso busca no solo interpretar el contenido de lo que se dice, sino examinar cómo se dice (Yazdannik, Yousefy & Mohammadi, 2017).

Las razones por las que dicho método para el análisis de la información recopilada a partir de las entrevistas semiestructuradas se considera viable son debido a que permite recoger narraciones de los terapeutas sobre su práctica, su experiencia, su manera de pensar y lidiar con la ideación suicida. No solo importa *qué* dicen, sino *cómo* lo dicen, qué términos emplean, qué metáforas usan, cómo se describen a sí mismos, cómo hablan del “paciente”, del “riesgo”, de la “intervención”, así mismo permite analizar dichos resultados ya visualizados por medio de esa lente incluir o traer a colación el contexto en el cual se encuentran los entrevistados y permite unir ambos análisis en un mismo desarrollo. Además, reconoce que el lenguaje no es simplemente un espejo de la realidad, sino que la produce y participa en ella (Dunn & Neumann, 2016, citado en Newcastle University, s.f)

A diferencia de técnicas más “superficiales” de codificación que únicamente categorizan contenido, no solo registrará “lo que piensan los terapeutas”, sino que también ofrecerá un análisis de *cómo* construyen su profesionalidad, cómo se relacionan con su enfoque, desde qué contexto brindan dicha información y esto aporta riqueza, profundidad y valor al estudio.

2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

2.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para la selección de los documentos teóricos y empíricos empleados en la revisión y análisis, se establecieron los siguientes criterios:

1. Se priorizó el uso de fuentes recientes, con el propósito de garantizar la actualidad y pertinencia de la información revisada.
2. En aquellos casos en los que se recurrió a escritos clásicos o marcos teóricos de varios años atrás, estos se incluyeron únicamente si correspondían a obras cercanas a las fuentes originales, con el fin de mantener la fidelidad conceptual de los enfoques terapéuticos o teóricos analizados.
3. Cuando se incorporaron textos de fuentes originales o cercanos a dichas fuentes caracterizados por su antigüedad, se procuró contrastar sus postulados con literatura más actual, de modo que se mantuviera la coherencia entre la tradición teórica y los avances contemporáneos del campo.
4. Con el fin de diversificar las perspectivas y preservar la actualidad de la información, se incluyeron documentos en diferentes idiomas, no limitándose al español.

En cuanto a los profesionales participantes en las entrevistas semiestructuradas, se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

1. Ser psicólogos o terapeutas ejerciendo actualmente, recomendados por docentes, psicólogos en formación u otros profesionales del campo.
2. Contar con un título de posgrado que respalde su práctica en terapia psicológica desde un enfoque determinado.
3. En su defecto, se incluyeron profesionales que, aun sin contar con posgrado, acreditaran al menos cinco (5) años de experiencia continua en el ejercicio de la psicoterapia dentro de un entorno clínico o terapéutico.

4. En todos los casos, se exigió que cada participante se mantuviera fiel a un solo enfoque terapéutico, el cual sería la base desde la cual se estructurarían las preguntas de la entrevista y el análisis posterior.

2.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Se excluyeron los documentos que no cumplieran con los criterios de actualidad, relevancia teórica o vinculación con la temática de la ideación y conducta suicida desde un enfoque terapéutico específico.
2. No se consideraron textos de carácter divulgativo, periodístico o sin respaldo académico que no aportaran un marco teórico o empírico verificable.
3. En cuanto a los participantes, se excluyeron aquellos profesionales que:
 - a. No contaran con formación o experiencia suficiente en el campo de la psicología terapéutica.
 - b. No ejercieran activamente en un entorno clínico o terapéutico.
 - c. O bien, que no se adhirieran claramente a un enfoque terapéutico definido, ya que esto podría comprometer la coherencia interpretativa del análisis discursivo.

2.4. PROCEDIMIENTO

Con el fin de comprender cómo cada enfoque conceptualiza, evalúa y aborda la ideación o conducta suicida desde sus propios marcos teóricos y metodológicos. Se realizará un análisis comparativo sustentado en dos fuentes principales: por un lado, la revisión teórica de los fundamentos epistemológicos, técnicos y relacionales de cada corriente; y por otro, las entrevistas semiestructuradas realizadas a psicólogos clínicos que representan dichos enfoques.

A partir de esta triangulación teórico–empírica, se pretende promover un diálogo entre corrientes que permita fortalecer la integración de saberes en la psicología clínica contemporánea, contribuyendo a la construcción de estrategias más humanas, efectivas y contextualizadas para la prevención de la conducta suicida y la promoción del bienestar psicológico.

3. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En el estudio de la ideación y la conducta suicida, diversas terapias psicológicas han sido identificadas como eficaces en su tratamiento. Los enfoques más comunes incluyen la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), las terapias de tercera generación (como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Dialéctico Conductual (DBT)), así como las terapias sistémicas. Estas terapias han demostrado, en distintas investigaciones, ser útiles para la reducción de la ideación suicida, pero también presentan limitaciones y áreas de aplicación específicas. La revisión de la literatura y los estudios empíricos previos nos permite una comprensión más profunda sobre cómo cada enfoque aborda la aparición y el mantenimiento de la conducta suicida, así como las fortalezas y debilidades de cada uno.

No obstante, al contrastar estos hallazgos teóricos con los resultados obtenidos en las entrevistas semiestructuradas realizadas, se evidencia que más allá del enfoque terapéutico empleado, el factor que parece determinar la calidad y efectividad de la intervención es la experiencia, formación y habilidades del profesional que la aplica. En este sentido, el éxito terapéutico se revela como un proceso particular y dependiente de múltiples factores relacionales, personales y contextuales, más que como un producto exclusivo de la orientación teórica elegida.

3.1 REVISIÓN Y COMPARACIÓN DE LOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS

3.2 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL (TCC)

La TCC ha sido una de las terapias más estudiadas en relación con la ideación suicida. Según Beck (1967), los trastornos como la depresión surgen de distorsiones cognitivas, que perpetúan un patrón negativo de pensamiento. Esto puede llevar a una visión distorsionada de la vida, donde la ideación suicida se presenta como una forma de escapar de un sufrimiento mental insostenible (Shneidman, 1993). En este sentido, la TCC tiene un enfoque directo en cambiar los esquemas cognitivos que perpetúan la desesperanza. Los estudios revisados, como el de Pedrola et al. (2024), confirman que la TCC tiene un impacto significativo en la reducción de la ideación suicida, mostrando resultados positivos en diversos contextos, incluidos los entornos penitenciarios.

Sin embargo, aunque la TCC ha mostrado una alta eficacia, su limitación radica en que no siempre aborda el contexto emocional y conductual de manera integral. La reducción de los pensamientos suicidas a través de la modificación de distorsiones cognitivas puede no ser suficiente cuando el paciente enfrenta emociones intensas que no pueden resolverse únicamente a través de la reestructuración cognitiva. En este punto, los resultados de las entrevistas sugieren que la efectividad de la TCC depende en gran medida de la capacidad del terapeuta para adaptar las técnicas al contexto emocional y a las características personales del consultante, mostrando que la capacidad clínica individual del terapeuta es un elemento central del proceso.

3.3 TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN: ACT Y DBT

Las terapias de tercera generación, como la ACT y la DBT, surgen como una ampliación de los modelos cognitivo-conductuales tradicionales, incorporando la aceptación y el mindfulness como herramientas fundamentales. Linehan (1993) describe la DBT como un

enfoque eficaz para tratar pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), donde la conducta suicida y las autolesiones son intentos de regular emociones intensas e insoportables. Esta perspectiva resalta la importancia de enseñar a los pacientes, herramientas de regulación emocional, lo cual es crucial en el tratamiento de la conducta suicida.

Por otro lado, la ACT (Hayes et al., 2011) promueve la aceptación de los pensamientos dolorosos y la alineación con los valores personales. La intervención se centra en permitir que el paciente se distancie de sus pensamientos suicidas y actúe conforme a lo que verdaderamente valora en la vida. Los estudios revisados, como los de Wilks y Sargent (2020), han mostrado que la ACT puede ser eficaz para reducir la ideación suicida al fomentar una mayor flexibilidad psicológica. Sin embargo, al igual que la TCC, la ACT puede no ser suficiente para todos los pacientes, especialmente aquellos con trastornos complejos de regulación emocional, donde intervenciones más directas podrían ser necesarias.

Los resultados de las entrevistas coinciden con esta idea: los terapeutas destacan que, si bien los principios de aceptación y mindfulness son valiosos, su aplicación exitosa depende de la capacidad del profesional para generar una alianza terapéutica sólida y adaptar el ritmo y la profundidad del trabajo al nivel de compromiso y disposición del paciente. Así, la técnica adquiere sentido en función del vínculo y la sensibilidad clínica del terapeuta.

3.4 TERAPIA SISTÉMICA

Desde un enfoque sistémico, como el propuesto por Minuchin (1974), la conducta suicida se entiende como un síntoma de disfunciones dentro del sistema familiar. La intervención en este contexto se centra en reestructurar las dinámicas familiares para fomentar un ambiente de apoyo emocional y comunicación saludable. De acuerdo con los estudios de García et al. (2023), los

factores sociales y familiares tienen una influencia considerable sobre la aparición y mantenimiento de la ideación suicida.

El enfoque sistémico se distingue de las terapias anteriores por su énfasis en los contextos familiares y sociales. La evidencia sugiere que un funcionamiento familiar adecuado puede reducir significativamente el riesgo de suicidio, como lo evidencian los hallazgos de Ruiz Rodríguez et al. (2021), que identificaron una correlación negativa entre el riesgo suicida y el funcionamiento familiar. Sin embargo, uno de los desafíos de la terapia sistémica es la dificultad para implementar cambios significativos en el sistema familiar si los individuos no están dispuestos a participar activamente en el proceso terapéutico.

En las entrevistas, los terapeutas señalaron que la efectividad de la intervención sistémica depende en gran parte de la capacidad del profesional para manejar la complejidad relacional y para involucrar activamente a los miembros del sistema. Nuevamente, esto refuerza la idea de que la formación, la experiencia y la flexibilidad del terapeuta son elementos determinantes en el éxito terapéutico, más allá del modelo teórico adoptado.

Al considerar los hallazgos teóricos y empíricos en conjunto, se reconoce que las personas que atraviesan ideación o conducta suicida presentan necesidades psicológicas específicas que trascienden el enfoque terapéutico utilizado. De acuerdo con la American Psychological Association (2023), estos individuos suelen experimentar sentimientos de desesperanza, aislamiento, pérdida de sentido vital y dificultades para regular sus emociones, por lo que requieren de intervenciones que fortalezcan la conexión interpersonal, la validación emocional y la reconstrucción del sentido de agencia personal. En este sentido, cada enfoque terapéutico ofrece recursos particulares para atender dichas áreas: la TCC facilita la identificación y reestructuración de pensamientos disfuncionales que alimentan la desesperanza;

las **terapias de tercera generación** promueven la aceptación, la regulación emocional y el compromiso con los valores personales; y la **terapia sistémica** contribuye a restablecer redes de apoyo y dinámicas familiares protectoras. La integración de estas perspectivas permite una comprensión más amplia y humana de las necesidades del paciente, favoreciendo la construcción de estrategias de intervención más completas y coherentes con la complejidad del fenómeno suicida. Esto lleva a considerar que aunque aporten y apoyen desde diferentes ángulos, al final, cada uno de los enfoques terapéuticos desarrollados a lo largo de este proyecto sí resulta útil desde alguno de los puntos de vulnerabilidad por los que atraviesan las personas que sufren de ideación o conductas suicidas y por lo tanto, su efectividad estará relacionada a otros factores, tal y como lo pueden ser los previamente mencionados, aquellos particulares como la capacidad y habilidades del profesional que los emplea.

4. CRÍTICA Y APORTES DE CADA ENFOQUE TERAPÉUTICO

Cada uno de los enfoques terapéuticos revisados aporta elementos valiosos al tratamiento de la ideación suicida. La TCC es efectiva en la reestructuración cognitiva, pero puede no abordar completamente las emociones subyacentes que alimentan el sufrimiento del paciente. Las terapias de tercera generación, como la ACT y la DBT, mejoran la regulación emocional, pero requieren un nivel de compromiso activo por parte del paciente para ser efectivas. Por otro lado, la terapia sistémica ofrece una perspectiva holística y relacional, pero su eficacia depende en gran medida de la disposición del entorno familiar.

Una crítica común a las tres aproximaciones es su enfoque predominante en el individuo, sin una integración suficiente de los contextos sociales y culturales en los que se encuentra el paciente. La ideación suicida no puede entenderse únicamente desde un punto de vista psicológico; factores económicos, políticos y sociales también juegan un papel fundamental. Así,

la inclusión de enfoques más integrales que consideren estos factores podría mejorar la efectividad de los tratamientos.

A partir del análisis de los resultados teóricos y empíricos, el presente trabajo sostiene que el éxito terapéutico no radica exclusivamente en el modelo aplicado, sino en la manera en que el profesional lo implementa. Las competencias clínicas, la experiencia, la capacidad de establecer un vínculo terapéutico y la sensibilidad para adaptar las técnicas a las necesidades del paciente emergen como variables clave. De este modo, los distintos enfoques parecen compartir un terreno común: su efectividad depende menos del marco teórico y más de la pericia con la que el terapeuta los integra en la práctica.

5. CONCLUSIONES

La discusión teórica sobre la ideación y conducta suicida revela que las intervenciones psicológicas disponibles tienen un impacto positivo en la reducción de la ideación suicida, pero también presentan limitaciones que deben ser consideradas. La TCC, las terapias de tercera generación y la terapia sistémica ofrecen enfoques complementarios, cada uno con fortalezas y áreas de mejora.

A partir del cruce entre la revisión bibliográfica y los resultados de las entrevistas, se plantea que el éxito de la intervención no puede atribuirse únicamente al enfoque terapéutico, sino que se configura como un proceso particular en el que intervienen factores múltiples: la calidad del vínculo terapéutico, la formación, las habilidades y la experiencia del profesional, así como el contexto y la disposición del paciente.

En futuras investigaciones, sería útil explorar cómo estos elementos interaccionan para generar resultados positivos, y cómo las diferentes orientaciones terapéuticas pueden integrarse de manera flexible según las características del consultante. Además, se sugiere una mayor

atención a los factores culturales y contextuales en la formulación de tratamientos, con el fin de ofrecer una intervención más personalizada y efectiva para la prevención del suicidio.

En coherencia con lo anterior, se reconoce que la atención a la ideación y conducta suicida debe centrarse en las necesidades reales de las personas que la padecen, más que en la defensa de un modelo teórico particular. Como lo señala la American Psychological Association (2023), la intervención clínica efectiva debe priorizar la validación del sufrimiento, la restauración del sentido de pertenencia y la promoción de la esperanza como elementos fundamentales del proceso terapéutico. En consecuencia, cada enfoque analizado contribuye de manera distinta al abordaje de estas dimensiones: la TCC mediante la modificación de esquemas de pensamiento que perpetúan la desesperanza, las terapias de tercera generación a través del cultivo de la aceptación y la conexión con los valores, y la terapia sistémica fortaleciendo los vínculos familiares y sociales que sostienen la vida. Este reconocimiento refuerza la importancia de una práctica clínica flexible, informada y empática, donde el profesional logre ubicarse desde uno de los enfoques de manera clara, pero desde el conocimiento y entienda que más allá de una rivalidad entre la efectividad de diferentes terapias debe concentrarse en desarrollar sus actos profesionales en pro del consultante y su bienestar el cual es el fin último de la terapia y la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
<https://www.psychiatric.org/psychiatrists/practice/dsm>
- American Psychological Association. (2023). *Clinical practice guideline for the assessment and management of individuals at risk for suicide*. Washington, DC: Author.
- Bach, P. A., & Hayes, S. C. (2002). "The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1129.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. Holt, Rinehart & Winston.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T. (1974). Suicide and depression: A cognitive approach. *Journal of Clinical Psychiatry*, 35(9), 119-122.
- Beck, A. T. (2002). *Cognitive Therapy of Suicide: A Cognitive Behavioral Perspective*. *Journal of Clinical Psychology*.
- Bertalanffy, L. von (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. George Braziller.
- Blackledge, J. T. (2007). The integration of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy: A modern evolution of behavioral and cognitive principles. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(2), 170-188.
- Caballero, C., & Páez, A. (2021). Factores de riesgo y afrontamiento en la conducta suicida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(2), 101–117.

- Chavez, M., Anderson, R., & Sosa, J. (2021). The role of psychological flexibility in reducing suicidality: Applications of the Cognitive Behavioral Contextual approach. *Cognitive Therapy and Research*, 45(4), 453-465.
- Chiesa, M., & Malaguti, G. 2020. Behavioral Science and Contextual Approaches to Mental Health: A Review. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 68, 101502.
- Cicerón. (45 a.C.). *Tusculanas* (Traducción de J. E. King). Loeb Classical Library.
- Cooper, H. (2016). *Research Synthesis and Meta-Analysis: A Step-by-Step Approach*. Sage Publications.
- Dahl, J., Plumb, J., Stewart, I., & Lundgren, T. (2009). *The Art and Science of Valuing in Psychotherapy: Helping Clients Discover, Explore, and Commit to Valued Action Using Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publications.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). Salud Mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf>
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314-321.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Ellis, T. E., & D'Zurilla, T. J. (1991). "Problem-solving deficits and suicidal behavior: A review of the literature." *Clinical Psychology Review*, 11(4), 443–469.
- Ferster, C. B. (1973). *A functional analysis of depression*. *American Psychologist*, 28(10), 857–870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>

- Garcia, A. L., & Zayas, M. J. (2023). Reducing suicidality in personality disorders: The role of Cognitive Behavioral Contextual therapy. *Journal of Personality Disorders*, 37(1), 40-54.
- García-Haro, Juan, García-Pascual, Henar, Blanco de Tena-Dávila, Elena, Aranguren Rico, Paloma, Martínez Sallent, Mónica, Barrio-Martínez, Sara, & Sánchez Pérez, Mónica T. (2023). Suicidio más allá del diagnóstico: un enfoque centrado en la persona y su circunstancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 47-71. Epub 15 de enero de 2024.
- Gifford, E. V. (2018). The integration of psychological flexibility and humanistic approaches in the treatment of emotional distress: Implications for the Cognitive Behavioral Contextual model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7(1), 22-29.
- González Martín, A. L., & Rodríguez Rodríguez, M. (2024). Propuesta de Intervención Psicológica para Personas en Riesgo de Conducta Suicida.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2019). The impact of acceptance and commitment therapy on suicidality: A clinical guide to treatment. *Behavior Therapy*, 50(3), 534-549. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.12.008>
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration.
- Instituto Nacional de Salud (INS). (2023). Boletín epidemiológico semanal No. 35 de 2023. <https://www.ins.gov.co>

- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056.
- Kolb, R. L. (2011). Learning from experience: Contextualizing cognitive-behavioral principles in therapy. *Behavioral Research and Therapy Journal*, 43(2), 109-117.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., et al. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *BMJ*, 339, b2700.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Luoma, J. B., Vildardaga, R., & Hayes, S. C. (2018). A contextual approach to psychological flexibility and the treatment of depression: Integrating the therapeutic techniques of ACT with cognitive-behavioral therapy. *Behavior Modification*, 42(6), 758-779.
- Mann, J. J. (2003). The Neurobiology of Suicide. *Nature Medicine*.
- Meneses Heredia, A., & Bello Dávila, Z. (2021). Una experiencia de entrenamiento emocional en adolescentes con comportamiento suicida. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 17(1). Recuperado de <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/166>
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097.

Newcastle University. (s. f.). *Discourse Analysis | Methods Hub | Newcastle University*.

<https://research.ncl.ac.uk/methodshub/methods/discourseanalysis>

O'Connor, R. C., Hynes, S. M., & McClelland, H. (2019). *The role of mental health professionals in suicide prevention: A meta-analysis of prevention programs across age groups*. *Journal of Clinical Psychology*, 75(7), 1209-1224.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Suicidio. <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/suicide>

Pedrola-Pons, A., Sanchez-Carro, Y., Pemau, A., Garcia-Ramos, A., & De la Torre-Luque, A. (2024). Efficiency of psychological interventions in the prevention of suicidal behavior and self-injury in penitentiary population: A systematic review. *International journal of law and psychiatry*, 92, 101948.

PILAS [[@pilas.col](https://pilas.col)]. (2025, 10 de Septiembre). Día mundial de la prevención del suicidio: Estas son las cifras en el país. [Publicación en Instagram]. Instagram.

<https://www.instagram.com/p/DOcalorkSbk/?igsh=MTNweWUzN3Nnd3R2dA==>

Platón. (380 a.C.). *La República*. Traducción de E. R. Dodds. Cambridge University Press.

Platón. (399 a.C.). *Apología de Sócrates*. Traducción de W. H. D. Rouse. Loeb Classical Library.

Polding, H. (1969). *Escala de Polding*.

Pope, C., Mays, N., & Popay, J. (2007). *Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence: A Guide to Methods*. Open university Press.

Rosen, D. (2014). *Suicidal Behavior and Prevention*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.

Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (2001). *Treating Suicidal Behavior: An Effective, Time-Limited Approach*. Guilford Press.

- Ruiz-Rodríguez, M., Pérez-Castro, A., & González-Hernández, R. (2021). **Funcionamiento familiar relacionado con el riesgo suicida en adolescentes**. *Revista Científica de Psicología y Salud*, 15(2), 45-60. Recuperado de <https://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4862106010/html/>
- Séneca. (62 d.C.). De la vida feliz (Traducción de John W. Basore). Loeb Classical Library.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Jason Aronson.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. Macmillan.
- Strosahl, K. D. (2014). The ACT approach to treating depression. *Journal of Clinical Psychology*, 70(9), 930-939. <https://doi.org/10.1002/jclp.22050>
- Thompson, R. S., Harris, D. A., & Wilson, K. G. (2022). Long-term effects of Cognitive Behavioral Contextual therapy on recurrent suicidality: A longitudinal follow-up study. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 29(2), 175-188.
- Yazdannik A, Yousefy A, Mohammadi S. Discourse analysis: A useful methodology for health-care system researches. *J Educ Health Promot*. 2017 Dec 4;6:111. doi: 10.4103/jehp.jehp_124_15. PMID: 29296612; PMCID: PMC5747223.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). "Conditioned emotional reactions". *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. W. W. Norton & Company.
- Wilks, M. E., & Sargent, M. A. (2020). Contextual Behavioral Interventions for Suicide Risk Reduction: The Role of Acceptance and Psychological Flexibility. *Journal of Clinical Psychology*, 76(5), 1007-1020. <https://doi.org/10.1002/jclp.22923>

Wilson, K. G. (2013). The promise of acceptance and commitment therapy for people with severe mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(3), 278-281.

ANEXOS

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA CON PSICOLOGO DEL ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL

Antes que nada, queremos hacer como una contextualización del objetivo de estas preguntas, las cuales buscan dar una visión un poquito más profunda no solamente de los aspectos teóricos sino ya de una experiencia particular un poco más subjetiva y de un entorno práctico de lo que puede ser la terapia respecto a un enfoque terapéutico en particular. Esta información va a ser sumamente valiosa, nuevamente por eso agradecemos mucho al profesor Ronald por este espacio y pues, a través de estas preguntas vamos a obtener estos datos que nos van a ayudar a esta sistematización y esta comparativa entre los entornos prácticos de los diferentes enfoques. Para iniciar me gustaría consultarle al profesor de pronto ¿Qué aspectos a considerado que son las mayores fortalezas desde su enfoque terapéutico, desde el enfoque terapéutico en el que trabaja con los pacientes?

Yo creo que una de las cuestiones importantes en relación a ello va a estar todo lo que es el ser humano, verlo desde toda una complejidad, desde su conducta, desde sus pensamientos, desde sus emociones. Cuando tú logras integrar todo eso aprendes a ver al ser humano, no desde una sola partecita, sino desde toda una complejidad importante y cómo ello se va a manifestar en todo lo que va a ser su comportamiento.

Maravilloso. Muchísimas gracias. En este aspecto, me gustaría hacer una pequeña preguntita extra y sería de pronto reconociendo esa misma complejidad que podemos encontrar en cada caso, que abordamos de manera terapéutica. Podríamos entender que entonces cada vez

que encontramos un paciente nuevo, un paciente diferente, hay que adaptar las estrategias de manera totalmente, pues diferente para este caso, para abordarlo de manera adecuada, o pues esa complejidad se entiende desde otra manera, desde ese enfoque.

No, cuando hablamos de esa complejidad, efectivamente, cada paciente es único al ser único, implica que las situaciones contextuales conllevan a que esa experiencia íntima que tiene el paciente en relación a su problemática, es muy diferente a los demás, ¿eso qué conlleva? En ajustar la estrategia terapéutica con el fin de que realmente le aporte al paciente y de esa manera pueda ir buscando esa resolución de ese conflicto que está o está teniendo en ese momento.

Ok comprendo muchas gracias. De pronto me gustaría consultar entonces cuáles podrían ser esas limitaciones. O de pronto, esas dificultades que ha llegado a encontrar a lo largo de su experiencia terapéutica relacionadas con este enfoque, en particular, con el enfoque de la terapia cognitivo conductual.

Listo. Yo creo que una de las cuestiones que puedes en algunas ocasiones ser bastante complejo es la reestructuración cognitiva. ¿En qué sentido? Estamos hablando en contextos ya clínicos, totalmente de paciente psiquiátrico que digamos que en ciertas ocasiones, pues modificar el pensamiento, reestructurarlo va a ser muy complejo debido a las alteraciones que está presentando específicamente en pacientes crónicos en estado como esquizofrenia, podríamos decirlo que en este sentido puede funcionar más el no meternos directamente con la cognición, sino con la conducta específicamente, entonces, pues digamos que en ciertos aspectos va a funcionar mejor lo cognitivo y en otros va a funcionar mejor la conducta.

Comprendo, ahí es donde estamos ya integrando este lado de adaptativo de la terapia, de que tenemos, que pues adaptarnos al contexto particular que nos esté solicitando el paciente.

Muchísimas gracias.

No, con el mayor de los gustos.

Muchas gracias profe. Tal vez de pronto relacionado a esa resistencia o esas apariciones, esos imprevistos que pueden surgir a partir de la terapia que de pronto, ¿Qué técnica, qué proceso ha empleado para saber cómo adaptarse? De pronto ya reconocemos que la adaptación es un proceso necesario, pero ¿En qué momento puede detectar que esa adaptación es necesaria de pronto, cuando lo distingue?

Digamos que una de las cuestiones importantes siempre va a ser la evaluación, yo creo que uno de los procesos importantes en todos los procesos terapéuticos va a ser la evaluación, cuando tú encuentras y comienzas a hacerlo todo desde toda la parte, semiológica, tú comienzas a mirar cómo están esas funciones en el individuo y qué tan abierto estaba realmente para aplicar, por ejemplo, una reestructuración cognitiva o simplemente necesitamos más bien un programa de reforzamiento, por decirlo de esa manera. Entonces, cuando tú haces ese proceso de evaluación, desde la semiología psiquiátrica y a la vez, también con la aplicación de algún instrumento que te pueda ayudar a ti a identificar que tan orientado realmente está el paciente y cómo eso realmente va a aportar en el proceso terapéutico o en los objetivos terapéuticos, conllevas a que te adaptes la técnica en relación a esa funcionalidad del paciente, siempre va a

ser importante ese proceso evaluativo, sea desde lo semiológico y o la aplicación de pruebas psicológicas que nos permitan validar esas hipótesis y esas hipótesis poder llevarlas a esos objetivos terapéuticos y así poder escoger mejor la terapia que más le beneficia al paciente en ese sentido.

¿Comprendo muchísimas gracias profe, aquí de pronto, entonces le agradezco mucho por esa valiosa información relacionado a esta que consideraríamos entonces una herramienta fundamental este esta evaluación, este examen, una herramienta fundamental para poder realizar esta terapia a lo largo de su experiencia, ¿qué otras herramientas ha notado que son también como fundamentales al momento de abordar cada uno de los casos?

Yo creo que una de las herramientas importantes creo que en la psicología en general va a ser la entrevista, la entrevista como tal, si tú sabes hacer una muy buena entrevista puedes encontrar elementos bastante importantes con el fin de plantearte esos objetivos y encontrar realmente lo que necesita el paciente en ese sentido. Y así, cuando tienes esa capacidad de poder hacer muy buena entrevista, conlleva a que puedas tener claridad de qué pruebas, qué evaluaciones puedes llevar a cabo para que esa hipótesis que tienes se pueda validar o no en ese sentido, entonces yo creo que una de las cuestiones fundamentales en la entrevista, pero también otro punto importante, va a ser en el manejo del enfoque. Sí, yo creo que es fundamental esa parte, si tú no conoces del enfoque, no sabes para dónde vas, pues digamos estaríamos interviniendo cosas que tal vez no son relevantes en el paciente por desconocimiento mismo del profesional.

Comprendo aquí ya entra como a la escena la necesidad de que el profesional tenga, pues esas herramientas, esa capacidad. De pronto esa capacidad profe usted considera que se va adquiriendo con la experiencia de pronto, con formación académica, con una como una buena base teórica ¿O tal vez la Unión de todo? ¿Cómo podría un terapeuta cómo desarrollar o potenciar esas habilidades?

Yo considero que una de las cuestiones importantes es el conocimiento práctico, digamos tú, puedes conocer la teoría desde la parte formativa es indispensable y eso está muy bien y todos tenemos que prepararnos para ello. Pero una cuestión es que tú sepas la teoría y otra muy diferente es poderla aplicar en el contexto práctico, porque cuando tú estás en el contexto, contexto práctico, experiencia especialmente en urgencias, pues vas a ver que muchas de las cuestiones hay que adaptarlas frente a ese momento en específico del paciente, porque pues no vas a tener totalmente las condiciones necesarias para poder hacer una intervención así, tan teórica como lo manifiesta la literatura entonces, el contexto práctico es lo que te va a llevar a ti a aterrizar, eso teórico desde un contexto práctico y real, y de esa manera, a partir de esa experiencia que se tiene con los pacientes se podrá de alguna manera poder adaptarse de la mejor manera a lo que el paciente necesita frente al mismo contexto en dónde se encuentra, sea en una clínica psiquiátrica, sea en un consultorio universitario, sea en un consultorio privado, pero eso conlleva que es importante el conocimiento teórico, fundamental, pero realmente lo que te va a llevar a ti poder tener ese conocimiento y poderlo aterrizar es en lo práctico. Entonces lo práctico es realmente lo que te va a llevar a ti poner en discusión lo teórico con el fin de generar un beneficio al paciente.

Muchísimas gracias profe, claro, entiendo perfectamente, de hecho, comparto pues esa opinión, muchísimas gracias. Aparte ya como finalizando o en la etapa final de esta entrevista, me gustaría consultarle de pronto si ha notado a lo largo de esa experiencia, de esa pues de ese bagaje ya practico, Algunas situaciones o algunos tipos de pacientes, o de pronto algunos casos en los cuales ha considerado que la terapia cognitivo conductual llega a ser mucho más efectiva al momento de aplicar o menos o menos compleja de aplicar para ciertos casos. ¿De pronto, cuáles han sido esos casos que ha diferenciado a lo largo de su experiencia?

Yo creo que uno de los casos muy interesantes para trabajar siempre va a ser asociado a la ansiedad, todo lo relacionado, alteraciones de la ansiedad es como especial las fobias específicas. Considero que hay un componente cognitivo y conductual muy importante. La persona cuando se logra reestructurar esa manera en cómo ve el mundo logra modificar efectivamente su comportamiento y tiende a ser más funcional en ese sentido, frente a cómo se enfrenta a esos estímulos aversivos entonces ahí tú logras observar cómo ese componente cognitivo es fundamental en la expresión misma del comportamiento y vas a encontrar que cuando el paciente es comprometido y logra reestructurar esa manera de ver el mundo, pues va a generar comportamientos más adaptativos en el contexto y así poder afrontar de manera pertinente la ansiedad que le está generando dicha situación.

Muchísimas gracias por compartir ese ese conocimiento claro, realmente comprendo hacia dónde va ligado y ahí puede asociar que tanto lo teórico como esa experiencia práctica, pues llegar a tener una Unión, o sea, directamente está apoyado por esa base teórica. Claro, lo

fundamental que nos estaba comentando ahorita, pero se nota que ha sido a partir de la experiencia de esa experiencia práctica que se va adquiriendo a través de los años en esa, pues ya formación práctica podríamos decir como terapeuta. Entonces, muchísimas gracias, ya como de pronto, para finalizar, si nos quisiera compartir algún aspecto del enfoque alguna característica, algo que nos quiera compartir como para definir el enfoque. La manera en la que usted lo emplea nos ayudaría un montón, pues ya estaríamos en esta última pregunta de la de la entrevista, muchísimas gracias.

Bueno, pues yo creo que hay varias cuestiones importantes, lo primero es mencionar cuestiones en relación a los enfoques, considero que todos los enfoques aportan al paciente como tal, en qué manera, a no ser que sea psicólogo, digo yo siempre y manifiesto pues el Ahí sí tendrá un enfoque en su preferencia el paciente. No obstante, y desde lo psicológico y desde lo profesional, pues el paciente realmente no le interesa el enfoque como tal, vuelvo y luego depende de cada caso pero en general, sino que realmente lo que le interesa es que le puedan comprender su problemática, es decir, que cognitivo, cognitivista, humanista, sistémico, pues todos tienen sus fortalezas, todos tienen sus debilidades desde la manera en cómo ven a al mundo, el paciente Y la misma teoría psicológica no obstante, todos tienen ese objetivo y es aportarle al paciente en la necesidad que esté viviendo. De esa forma. Considero que entrar en discusión de enfoques no es relevante en este momento, porque pues lo importante siempre va a ser el paciente y eso es fundamental. ¿Y eso a qué conlleva? A que independientemente del enfoque y en este caso, del enfoque cognitivo conductual, siempre lo fundamental va a ser la actualización. siento que la actualización teórica y los avances científicos en cada uno de los campos aplicados de la psicología, como en los de diferentes enfoques, conlleva a estar atento a

esos cambios que exige la psicología clínica, desde los enfoques y cómo eso cada vez va generando impactos en las estrategias terapéuticas. Eso voy desde las terapias contextuales, por ejemplo Acpap que surgen del conductismo, pero como también son adaptadas a lo cognitivo y como cada vez se va avanzando en cada una de las terapias para así fomentar pues el mejor servicio a nuestros pacientes, entonces, la invitación es siempre seguirse preparando, profundizando sobre las diferentes técnicas y cómo algunas conllevan que puede decirse, se tienen que dejar de lado para aplicar unas más basadas en la evidencia, algunas más modernas que conllevan a que pueda tener más efectividad que en otros. Estábamos hablando de terapias de primera, segunda, tercera generación y cuarta generación, especialmente entonces la importancia entonces del profesional de seguirse preparando y seguirse formando en todos estos procesos de intervención clínica, independientemente del enfoque.

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA CON PSICOLOGA DEL ENFOQUE SISTÉMICO

1. PREGUNTAS GENERALES

¿Qué aspectos considera que son las mayores fortalezas de su enfoque terapéutico en el trabajo con los pacientes? Las principales fortalezas desde el enfoque Sistémico para el trabajo con pacientes de ideación suicida y/o conducta suicida, están sustentadas en la mirada multifactorial y multicausal del problema, lo que permite tener una lectura más amplia y empezar el abordaje por alguno de los factores o causas, que se consideran de mayor apertura y así ir escalando hacia las demás de forma directa o como resultado del cambio en un factor o causa se puede obtener el cambio en el otro. Otra fortaleza desde este enfoque es la posibilidad de involucrar a la familia o red de apoyo más cercana, lo cual permite en muchos casos tener apoyo externo en las prescripciones o tareas que se dejan, así como la posibilidad de tener un

gancho salvavidas fuera de uno como terapeuta. El involucramiento de la familia o la red a veces per se, se constituyen en la estrategia de solución más eficaz, porque al generar un cambio en la dinámica, o en el relacionamiento del paciente con todo el sistema o uno de los miembros automáticamente el síntoma puede disminuir o desaparecer, sin que el cambio haya sido propiamente del paciente, sino en la relación con el otro, o los otros. En terapia sistémica se identifican soluciones intentadas, para justamente no dar más de lo mismo, lo que se constituye en una fortaleza en el inicio de la intervención terapéutica, poder identificar que ha hecho el paciente y la familia que no ha funcionado, precisamente para no dar más de lo mismo y evitar la perpetuación del síntoma, así como la sensación que la terapia no será la solución y puedan abandonar de manera precipitada la asistencia a la misma. La mirada contextual que tenemos los terapeutas sistémicos favorece el trabajo con pacientes de ideación o conductas suicidas porque podemos identificar contextos que generen mayores estresores o situaciones que puedan acelerar o disminuir la conducta y se puede maniobrar terapéuticamente para producir también cambios en estos a través de Prescripciones o tareas en contextos como el escolar, laboral, familiar, círculo de amigos etc. Técnicas o estrategias que se utilizan en este enfoque como las paradojas, las metáforas, facilitan en el paciente, la familia o la red de apoyo, transitar hacia el cambio de manera indirecta lo que disminuye la resistencia al mismo, porque cuando se dan cuenta ya ha surgido el cambio. Trabajar de manera multidisciplinar con psiquiatría, terapia ocupacional o trabajo social en la intervención de estos casos, es otra fortaleza que desde el enfoque sistémico se puede apreciar. *¿Cuáles son los desafíos o limitaciones que experimenta al aplicar este enfoque terapéutico?* Podría catalogar algunos de los desafíos que se pueden enfrentar como: - Dificultada para el involucramiento de la familia o red de apoyo en el proceso terapéutico. - - No poder sincronizar otros sistemas con funcionamiento más cerrados como la escuela por ejemplo

en las maniobras o soportes necesarios. Petrificaciones o falta de movilidad en uno o varios miembros del sistema que no faciliten el fluir del cambio del sistema y que requieran de mayor tiempo para estas movilizaciones y reconocimiento lo que puede poner en riesgo la vida del paciente. *¿Cómo maneja la resistencia, dificultades o imprevistos que puedan surgir durante el proceso terapéutico desde su enfoque?* Como en todos los enfoques se pueden presentar resistencias o dificultades en el proceso terapéutico por lo cual se deben manejar algunas estrategias como: - - - Nuevamente redefinir la relación psicoterapéutica Poder establecer una alianza con alguno miembro del sistema identificado como movilizador del mismo. Cuando la resistencia es de la familia, se puede utilizar el desahucio como herramienta movilizadora, es decir en sus manos estaba la ayuda, pero ya que no desean brindarla, yo terapeuta abandono, eso hace tomar conciencia y responsabilidad en el proceso y por lo general se reincorporan al proceso. Ir periódicamente chequeando los avances no solo del paciente, sino del sistema mismo, de manera que puedan percibir beneficios para todos.

2. DE ACUERDO CON SU ENFOQUE *¿Cómo integra las dinámicas familiares o de grupo en el proceso terapéutico y qué impacto tiene esto en la resolución de los problemas del paciente?* Creo que desde el inicio de esta entrevista he insistido en el involucramientos del sistema familiar o la red de apoyo próxima del paciente en el proceso terapéutico , porque considero que los problemas no surgen de manera individual , sino que se generan en el vaivén de las relaciones y las interrelaciones entre los seres humanos, es decir mi idea de quitarme la vida no surge solo como un pensamiento internos, sino ha sido fruto de múltiples experiencias donde seguramente me he sentido desvalorizado, desconfirmado , sobreprotegido , etc. y eso solo se da con relación a otros y con otros, por tanto, si el problema surge en las relaciones, se debe resolver en las relaciones. Entonces integrar las dinámicas familiares o de la red de apoyo es fundamental,

porque el cambio en la relación de un subsistema, en la comunicación, la expresión afectiva o en la reorganización de la jerarquía, las normas, las reglas o los acuerdos familiares pueden automáticamente incidir directamente sobre el síntoma, sin mayor intervención individual con el paciente, una vez se reformula el sistema el cambio en el paciente es inminente ¿Qué dificultades encuentra al trabajar con pacientes que tienen dificultades para involucrar a su familia, grupo o demás sistemas en el proceso terapéutico? Si bien, tal vez no tener acceso directo a la intervención con el sistema familiar, puede demorar o retrasar los resultados del proceso terapéutico y tal vez tener menos red de apoyo para el sostenimiento del paciente en momentos de crisis, no se puede descartar que al no tener a la familia o red de apoyo en directo, no se pueda estar interviniendo con esta, a partir de las prescripciones con el paciente que cuando él las lleva a contexto también puede movilizar el cambio y este a su vez verse reflejado en las relaciones de los otros miembros con él. Esto es lo que sustenta la intervención sistémica, que un cambio en cualquiera de los subsistemas produce necesariamente un cambio en el sistema general. Al no poder tener la familia o red de apoyo directamente se puede hacer intervención haciendo uso de técnicas como la fotografía familiar o de la red de apoyo, entre otras muchas, o incluso de otros enfoques donde se pueda trabajar con el paciente movilizaciones propias en la relación con otros. En general trabajar con paciente de ideación o conducta suicidas a nivel terapéutico siempre ha de suponer un involucramiento familiar o de la red de apoyo de manera directa o indirecta, para obtener resultados fundamentados en el cambio de relaciones y por ende en cambio de la perspectiva de la vida.

TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA CON PSICOLOGA DEL ENFOQUE DE 3RA GENERACIÓN

Primero que nada, agradecerte, yo sé que sacaste el espacio, no solamente pues dentro de este tiempo que has tenido, pues no has estado súper bien de salud, y también pues que lo sacaste en la mitad de tu horario laboral, entonces te agradezco muchísimo, de verdad, nos estás haciendo una ayuda gigante.

No, no te preocupes. Ahí se escucha bien el audio, ¿sí?

Sí, ahí se está escuchando perfecto. Además, pues también agradecerte porque realmente la razón por la que contactamos contigo es porque yo recuerdo pues con mucho aprecio las enseñanzas que nos pudiste inculcar a través de la práctica profesional.

Realmente las veces que te vi en proceso de intervención terapéutica, para mí fue maravilloso, o sea, te vi con mucho profesionalismo en el ejercicio, entonces por eso es que pensamos en ti, básicamente. Y a raíz de esto, pues, vamos a realizar una entrevista con unas preguntas que lo que buscan es obtener una visión un poquito más profunda, no de lo teórico, sino ya de ese aspecto práctico, ¿sí? Eso que ya se gana con la experiencia, esa experiencia profesional que yo noté en ese paso por las prácticas, y más que nada porque noté una gran capacidad profesional cuando estuve ahí al momento de ejercer terapia de tercera generación. Entonces van a estar muy orientadas a este enfoque, ¿listo? La idea es obtener como hartos datos para una sistematización que estamos haciendo, donde estamos comparando un poquito la intervención terapéutica de cada enfoque, no como determinando cuál puede ser mejor, sino más bien como notando esas características que tiene cada uno.

Listo, perfecto.

Muchísimas gracias. Para iniciar con este espacio de entrevista, la primera pregunta que me gustaría realizarte sería ¿qué aspectos has considerado o cuáles consideras que son como esas mayores fortalezas que encuentras dentro de la terapia de tercera generación?

Buenos días, bueno lo que considero que es una de las grandes fortalezas de las terapias de tercera generación, tercera ola, dentro de la aceptación y compromiso de Hayes, es que promueven la flexibilidad psicológica, entonces es decir que la persona puede actuar desde la función en lo que realmente valora, incluso cuando hay malestar, entonces la diferencia de otras terapias, más tradicionales, es que no buscan eliminar los síntomas, cambiar patrones o conductas, sino ayudar a las personas de modo con ellos, que quiere decir que además integran herramientas de mindfulness, de atención plena, que son desarrolladas por Jon Kabat, que fomentan la presencia y la autocompasión, es algo muy parecido, algo muy valioso, siguiendo a marcha lineal de DBT también, que están dentro de esta tercera generación, es que el cambio se construye desde la aceptación y la validación emocional, y no desde la exigencia, entonces en conjunto creo que es el que favorece más el cambio más profundo y sostenible del paciente.

Ok, entiendo que es como una cara, como lo estabas mencionando, un poquito más humana hacia el paciente, y al tratarlos precisamente de esta manera, como valorando el esfuerzo que están realizando, no desde un aspecto que los está juzgando, sino antes validando todo su proceso terapéutico, pues llega a tener entonces mayores resultados, ¿cierto?

Sí.

Se oye maravilloso, sin embargo, me gustaría entonces preguntarte, como para contrarrestar este proceso, ¿cuáles serían entonces esos desafíos o esas limitaciones que de pronto te has encontrado en ese ejercicio terapéutico al utilizar terapia de tercera generación? ¿Cuándo cuesta un poquito más?

Bueno, creo que el principal desafío está en el cambio del paradigma, es decir, como menciona Pérez Álvarez, que es uno de los autores, esas terapias invitan a pasar el control, el malestar a la aceptación, y eso muchas veces cuesta entenderlo, ¿sí? Como decirte, tienes que aceptar lo que estás viviendo, tienes que aceptar o tolerar. Entonces, algunos pacientes llegan a esperar las técnicas más directas, las soluciones más rápidas, por lo que suelo trabajar mucho la psicoeducación al principio y las experiencias vivenciales, como propone Hayes. Entonces, también es cierto que en el Mindfulness no siempre resulta fácil al principio, por eso me gusta también seguir ese enfoque, practicando los ejercicios, que es adaptando ejercicios a la vida de su rutina diaria, donde puede el paciente practicar algunas técnicas o ejercicios que le producen malestar, ansiedad y que lo puede hacer poco a poco sintiéndose cómodo con si mismo. Por otro lado, para nosotros como terapeutas también implica sostener una actividad de apertura, algo que destaca como esencial en la terapia basada en mindfulness, y diría que son desafíos, pero muy enriquecedor durante el proceso o el vínculo terapéutico con el paciente.

Ok, lo comprendo y te agradezco muchísimo realmente, incluso con esa respuesta que

acabas de brindarme, acabas de contestar a la siguiente pregunta, porque entiende entonces que esas dificultades que podemos encontrar dentro de esa terapia de tercera generación, las estás contrastando directamente con algo de psicoeducación en los primeros encuentros, como que se entiende que el paciente está buscando una solución muy rápida, pero directamente se aborda desde los primeros encuentros para que la persona pueda entender cómo va a ser su proceso en adelante. De verdad, muchísimas gracias. Esa fue una de las características por las que en nuestro encuentro de la práctica yo dije ¡guau! De verdad, guau con la forma en la que estás estructurando ese ejercicio terapéutico. Ya dentro de materia, como estabas expresándolo ya teórica, la importancia de pronto que ha tenido procesos como la aceptación, el mindfulness, como tal, todos estos aspectos en el enfoque terapéutico, ¿cómo crees que esa importancia influye en el bienestar del paciente? ¿Cómo crees que esos ejercicios influyen en el bienestar del paciente?

Bueno, volviendo al tema de la resistencia, lo que se responde a esa pregunta es que la aceptación y compromiso pues suele entender que la resistencia es una forma de evitación experiencial, que es lo que se aborda con el paciente desde el hexaflex, la flexibilidad psicológica y también desde la curiosidad como lo plantea Linehan en el DBT, ¿cierto? la que hablamos dentro del hexaflex, volvamos al tema, la defusión cognitiva que ayuda a que el paciente observe sus pensamientos sin dejarse atrapar por ellos. Entonces, ¿cuál es la importancia de la aceptación y el mindfulness? Es que la práctica más situada con la población de adolescentes y niños, y no es resignarse, sino abrir un espacio para la experiencia, dejar de luchar contra los sentimientos o los pensamientos que me abruman, y en mindfulness, nos enseña a estar presentes con una actitud más amable ¿no? Porque ser humano tendemos a

autorreprocharnos o darnos como dicen por ahí “palo”, pero el ideal es que empecemos como vamos poco, más amable, sin insultarme, y cuando el paciente logra observar sus pensamientos y más o menos tomar conciencia, puede elegir responder de una manera más coherente a sus valores. Entonces, en las prácticas clínicas se nota mucho la mejora en la regulación emocional y disminuye la reactividad y aparece una mayor sensación con calma y bienestar. Es más, por ese lado.

Okey comprendo. Muchísimas gracias Yina. Te agradezco mucho, realmente con toda la información que me has estado brindando ahorita nos estas ayudando un montón, es super valiosa, aparte si recuerdo precisamente tu experticia de que no solamente hablas desde la experiencia sino que a lo largo de esta conversación y de esta entrevista has mencionado ya también ese planteamiento teórico, ese fundamento maravilloso. Entonces, te agradezco mucho por eso. Y así como ya dentro de la finalización, me gustaría preguntarte algo muy puntual, y es, ¿has notado de pronto algunos tipos o algunos, podríamos decir, tipos de pacientes a los cuales es más sencillo aplicar terapia de tercera generación y a otros que es más complejo? De pronto, ¿hay alguna razón por la que alguno sea más fácil, alguno sea más difícil? De pronto, ¿el diagnóstico o alguna característica del tipo de paciente?

¿Que sea más difícil? Pues es que digamos que es un tipo casi funcional para todo tipo de pacientes, desde la infancia hasta la adultez, mayor. Tiene ciertos desafíos, depende de ciertos diagnósticos, pero es muy funcional. Por ejemplo, con la ansiedad, la depresión, el trastorno límite de la personalidad. De pronto, pacientes con esquizofrenia, bipolar, puede ser difícil, pero se puede lograr. Entonces, esto se vuelve más como un desafío cuando el compromiso es bajo

también, ¿no? Porque lo que yo te decía ahorita, el paciente busca una respuesta rápida, y es que al corto plazo no se ve tan funcional, pero a largo plazo me ayuda que el paciente tenga herramientas para tolerar el malestar y para que tenga una mejor regulación de esas emociones intensas, ¿sí?. Entonces, solo que el paciente todavía no ha conectado con los valores, hay es donde podemos empezar a trabajar con ellos, desde la clasificación de esas mismas y de las vivencias. Algo que tiene esta terapia es que se puede trabajar desde las metáforas, desde cómo se siente identificado el paciente y diga, ok, voy a empezar a abordar desde esta parte. Entonces, a veces se vuelve un tema más como en autocrítica, satisfacción, pero el tipo de terapia no es como que tiene que ser para un paciente en especial, pero se puede abordar desde varios aspectos o desde varios diagnósticos, por ese lado. Es más, como el compromiso que nazca ahí desde el paciente, pues no es la deficiencia, ¿no? Que suele suceder mucho.

Ok, comprendo. Muchísimas gracias. Entonces, ya comprendo un poquito más que más allá del diagnóstico, que sí hay algunos que pueden tener mayor dificultad. Entonces, se convierte más en esas características de que puede tener el paciente de que está esperando algo un poco más rápido, de que está esperando una solución instantánea. Sin embargo, pues la terapia tiene esa adaptación y esa flexibilidad para poder responder incluso ante estos desafíos, o sea, que se pueda adaptar incluso ante estos.

Muchísimas gracias, Gina, de verdad. Te agradezco mucho por esa valiosa información. Te agradezco muchísimo por tu tiempo, que también es súper valioso. Vamos a utilizar esta información lo mejor posible porque, aunque haya sido como súper cortico, realmente has mencionado muchísimas cosas muy valiosas. Entonces, vamos a sacarle todo el provecho a eso.

Te agradezco de verdad inmensamente por este espacio.

Vale, desde que lo necesites aquí estamos para ayudar.

Te agradezco mucho.