

# PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA Y LA IDEACIÓN SUICIDA

## PERSON-CENTERED PSYCHOTHERAPY AND SUICIDAL IDEATION

**Alejandro López Marín**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1482-0515>

Espacio ECP - Núcleo de estudios y formación en psicología humanista. Chile

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

López, A. (2021). Psicoterapia centrada en la persona y la ideación suicida. *Revista de Psicoterapia*, 32(120), 89-103. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i120.574>

### Resumen

*El presente artículo corresponde a un ensayo teórico que explora el trabajo centrado en la persona con clientes que presentan ideación suicida. Inicialmente se presenta un panorama general sobre el suicidio, luego, se plantea una mirada comprensiva sobre el fenómeno de la ideación suicida desde el enfoque centrado en la persona, y, finalmente, se plantean algunas reflexiones sobre el proceso psicoterapéutico para trabajar con personas que presentan ideación suicida. Se concluye que este enfoque puede contribuir al trabajo terapéutico en personas que presentan ideación suicida, y, por lo mismo, la necesidad de realizar mayores investigaciones sobre el tema.*

**Palabras claves:** *enfoque centrado en la persona, Carl Rogers, suicidalidad, ideación suicida, psicoterapia centrada en la persona*

### Abstract

*This article regards to a theoretical work in which person-centered approach with suicidal ideation people was analyzed. First of all, it is introduced a general panorama on suicide. After that, a comprehensive look at the suicidal ideation phenomenon is presented through a person-centered approach. At the end, the article offers some reflections on the psychotherapeutic process to work with suicidal ideation people. It is concluded through this article, that this approach can contribute to therapeutic work in people who present suicidal ideation, and, therefore, the need for further research on the subject.*

**Keywords:** *person-centered approach, Carl Rogers, suicidality, suicidal ideation, person-centered psychotherapy*



El suicidio es un tema definitivamente sensible y complejo, en las últimas décadas ha tenido un aumento considerable en Sudamérica, a pesar de las estrategias de prevención y las políticas públicas que se implementan. En general, el suicidio es un tema tabú, por lo que existe escasa información en la población, que es proclive a diversos mitos respecto al tema (Ministerio de Salud de Chile, 2019).

El suicidio no tiene una etiológica única, es básicamente multifactorial, por lo tanto, el trabajo de prevención requiere un abordaje integral y multidisciplinario (Mora et al., 2019), además, esto requiere de un entrenamiento y formación específica, no sólo de profesionales de la psicología, sino de otros actores de la salud, de la medicina, trabajo social, enfermería, etc.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021) la mortalidad por suicidio es superior a la mortalidad total causada por la guerra y los homicidios. El suicidio es considerado un problema de salud pública a nivel mundial y se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años y la segunda en el grupo entre los 15 y 29 años.

Los datos señalan que una persona muere por suicidio cada 40 segundos, más de 700.000 personas al año aproximadamente (Organización Mundial de la Salud, 2021). De las personas que intentaron suicidarse y fallaron, se estima que una tercera parte vuelve a intentarlo en el año siguiente (Alfonso, 2014). También, existe una fuerte asociación entre quienes repiten un intento suicida y quienes lo consuman (Azcárate-Jiménez et al., 2019).

La suicidalidad incluye un continuo que va desde la a) ideación suicida, la cual abarca pensamientos sobre la muerte o sobre morir, deseos de morir, pensamientos de hacerse daño, e incluso un plan específico para suicidarse; b) el intento de suicidio, implica una serie de conductas o actos con los que una persona intencionalmente busca causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando su consumación; y el c) suicidio consumado, que se refiere al término que una persona, en forma voluntaria e intencional, hace de su vida (Ministerio de Salud de Chile, 2012).

Entre los factores de riesgo respecto al suicidio, podemos encontrar los aspectos socioeconómicos, disfunciones familiares, falta de redes de apoyo, consumo de drogas, características personales, entre otros (Tizón, 2016). Además, la evidencia señala que un 90% de las personas que intentan el suicidio presentan un diagnóstico de salud mental, de los cuales entre el 40 y 70 % son cuadros depresivos (Echeburúa, 2015). Entre los factores protectores se puede encontrar un adecuado soporte familiar, relaciones interpersonales saludables, sistema de creencias y espiritualidad, habilidades personales para enfrentar las dificultades de la vida, entre otros.

En general, el tema del suicidio causa controversia y suele ser un tema de difícil abordaje para los psicólogos y profesionales de salud en general, muchas veces por falta de preparación, creencias personales y prejuicios respecto a las personas que hacen intentos o presentan ideación suicida.

En psicología, en el nivel de pregrado habitualmente no existen espacios formativos para la intervención clínica en personas con riesgo de suicidio. Esto

también suele ocurrir en otras profesiones de salud y de ciencias sociales. Además, es necesario comprender que no se trata sólo de aprender procedimientos y técnicas, sino que implica un entrenamiento a nivel personal, es decir, de la persona del terapeuta. Por lo tanto, no sólo sería necesario instaurar capacitación teórica, sino un entrenamiento experiencial.

Respecto a la psicología humanista, es importante señalar que no se trata de un enfoque psicológico que tenga un núcleo común, más bien, es un conglomerado que reúne a un grupo de modelos psicológicos con algunos puntos de encuentro centrales (López, 2018, 2019; Valdivia, 2019). Los elementos en común se relacionan con una visión del ser humano como un individuo autónomo, responsable de sus actos, holístico, y capaz de desarrollar sus potencialidades. El enfoque centrado en la persona (ECP) es uno de estos modelos que pertenece a la denominada psicología humanista.

El enfoque centrado en la persona surge de la investigación, Carl Rogers fue un pionero en la investigación en psicoterapia y quien desarrolló este modelo a comienzos de los años cuarenta (Carrenho et al., 2010). La obra de Rogers tuvo una constante evolución, inicialmente se denominó terapia no directiva, luego como psicoterapia centrada en el cliente y en la última década y hasta la actualidad como enfoque centrado en la persona (Castelo, 2019; Cury, 1987; Hart, 1970; Moreira, 2010; Wood, 1983). Esta última denominación surge considerando que este enfoque se puede aplicar a diferentes esferas del quehacer psicológico, e incluso en otras áreas como la educación, mediación de conflictos, etc. La psicoterapia centrada en la persona sería la aplicación del enfoque centrado en la persona al quehacer psicoterapéutico.

El presente artículo corresponde a un ensayo teórico basado en la experiencia clínica del autor, y la revisión de la teoría del enfoque centrado en la persona clásica y contemporánea, con el objetivo de comprender las posibilidades terapéuticas que ofrece este enfoque para trabajar con población en riesgo de suicidio en el contexto psicoterapéutico. A partir de este propósito, se busca responder las siguientes interrogantes: ¿existe un modo específico desde la psicoterapia centrada en la persona para trabajar el riesgo suicida? ¿cómo puede aportar el enfoque centrado en la persona al trabajo psicoterapéutico con personas que están con riesgo suicida?

Para responder estas interrogantes, se realizó inicialmente una contextualización y descripción de la teoría básica del Enfoque Centrado en la Persona de Carl Rogers. A continuación, se plantean algunas ideas sobre la comprensión del suicidio desde este enfoque, a la luz de su teoría. Y, finalmente se plantean algunas propuestas para trabajar el riesgo de suicidio en el espacio psicoterapéutico individual.

La importancia de este escrito radica en dos elementos claves, en primer lugar, la literatura académica en español sobre el suicidio desde el enfoque centrado en la persona es sumamente escasa; en segundo lugar, tal como se ha señalado, las estadísticas sobre el suicidio no son alentadoras, por este motivo se hace imperioso seguir explorando posibilidades para trabajar este tema desde la psicología clínica

y la psicoterapia. Y en este sentido, la psicoterapia centrada en la persona ofrece posibilidades para el abordaje y acompañamiento de estas experiencias.

### **Enfoque Centrado en la Persona**

Entre diversas influencias epistemológicas en el pensamiento de Carl Rogers, es prudente considerar el contexto donde se forma y desarrolla. En este sentido, Rogers se forma cómo terapeuta e investigador en un contexto donde es influenciado por la psicología funcionalista y pragmática estadounidense, la teoría de la gestalt alemana (Castelo, 2019), y algunos autores neo-freudianos como Karen Horney y Otto Rank (Castelo et al., 2016). También es importante considerar el contexto histórico estadounidense (Meireles et al., 2018).

El enfoque centrado en la persona surge a través de la investigación científica, a mediados de los años 40, con Carl Rogers en la Universidad de Chicago y luego de Wisconsin (Castelo y Cirino, 2016; López, 2020). Estos estudios fueron claves para demostrar con evidencia que los psicólogos clínicos podían practicar la psicoterapia con éxito, ya que hasta ese momento sólo podía ser ejercida por médicos psicoanalistas y psiquiatras (P. Castelo, comunicación personal, julio de 2020). Los psicólogos en general se dedicaban a la investigación, y la práctica aplicada se relacionaba con la aplicación de diversas pruebas psicológicas y procesos muy breves de consejería u orientación.

La psicoterapia centrada en la persona proporciona la posibilidad de acompañar empáticamente a personas que viven diversas experiencias, privilegiando el encuentro genuino y en profundidad (Rogers, 1961). Este enfoque prioriza la relación por sobre las técnicas, y ese sentido aporta una mirada opuesta a otros modelos que plantean intervenciones estandarizadas, sin considerar la particularidad de la experiencia humana.

Rogers fue descubriendo que, si el terapeuta facilita un clima psicológico apropiado, el proceso terapéutico ocurriría de forma favorable (Rogers y Kinget, 1962). Para que este clima esté presente existen ciertas condiciones terapéuticas que se espera sean parte de las actitudes esenciales mostradas por el psicoterapeuta centrado en la persona, estas son, a) comprensión empática, b) consideración positiva e incondicional y c) congruencia (Rogers, 1959). Además, Rogers (1957) describe tres condiciones más para que el proceso terapéutico sea eficaz, a) contacto psicológico, b) el cliente se encuentra en un estado de incongruencia, c) el cliente percibe las actitudes del terapeuta.

El enfoque centrado en la persona ha seguido su su evolución con varias líneas de desarrollo, entre ellas, el modelo experiencial de Eugene Gendlin, la pre-terapia de Garry Prouty (1994, 1997, 2007), incorporación de perspectivas fenomenológicas-existenciales (Segrera, 2008), la terapia de juego centrada en el niño de Virginia Axline (Axline, 1975), la conexión creativa de Natalie Rogers (Rogers, 1993), entre otros.

## El Concepto de Organismo

El enfoque centrado en la persona tiene una visión integral del ser humano, en este sentido, define al individuo como un organismo, que refiere a un “sistema total que funciona en el individuo y es el lugar de todas sus experiencias, simbolizaciones de conciencia, pensamientos, emociones y percepciones” (Castelo, 2019, p. 53).

Esta noción contiene elementos biológicos, funciones psicológicas básicas y un aspecto relaciona. El ser humano es individual y relacional/social a la vez.

## La Tendencia Actualizante

Para Carl Rogers (1959) la tendencia actualizante define que “todo organismo tiene la tendencia innata a desarrollar todas sus potencialidades para conservarlo o mejorarlo” (p. 24). La tendencia actualizante es la única fuerza de motivación (Mearns y Thorne, 2009), está siempre presente en el individuo, independiente su contexto y sus cualidades personales (Rogers y Kinget, 1962).

Sobre la tendencia actualizante, a considerar:

No es una visión ingenua de los seres humanos como “seres salvajes”, ni es un juicio de valor de que las personas sean intrínsecamente buenas. El crecimiento no está en el ámbito de la moral; tiene que ver con el desarrollo y la adaptación, no con el bien y el mal. La tendencia al crecimiento, pues, es esencialmente una tendencia biológica hacia la supervivencia y la satisfacción de las propias necesidades en el ambiente social complejo. Funciona como parte de un proceso dialéctico de restablecimiento constante del equilibrio entre un organismo y su ambiente siempre cambiantes, y al hacerlo, aumenta el bienestar del organismo. Los seres humanos, además de estar orientados hacia el crecimiento, tiene la capacidad de elegir y esto es lo que determina, en último término, si sus acciones son buenas o malas. (Greenberg et al., 1996, p. 96)

A partir de estas definiciones, se puede plantear tres reflexiones importantes, a) la tendencia actualizante está funcionando, en cualquier problema humano, incluido en la ideación suicida; b) la tendencia actualizante no define que el organismo siempre va a lograr desarrollar todo su potencial, c) las condiciones ambientales y relacionales influyen considerablemente, y son un aspecto importante en el desarrollo de las personas; d) el individuo tiene la posibilidad de elegir y tomar decisiones, y decide según como percibe la realidad.

## La Noción del Yo

La noción del yo es definida como “una estructura perceptual, es decir, un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren al sujeto” (Rogers, 1959, p. 30). Esto significa que las personas organizan parte de su experiencia en una estructura organizada, que se compone de percepciones acerca de sí mismo, de los demás y del entorno en general.

Rogers (1951) plantea que “la conducta es básicamente el esfuerzo intencional

del organismo por satisfacer sus necesidades tal como las experimenta, en el campo tal como lo percibe” (p. 417). Entonces, las personas actúan de acuerdo con como perciben la realidad, es decir, toman decisiones y realizan las acciones que crean necesarias y favorables para sí misma, desde su marco de referencia, no desde una realidad objetiva.

Rogers (1951) señala que “el mejor punto de vista para comprender la conducta es desde el propio marco de referencia del individuo” (p. 419). Esta definición, entre otras, fundamentan la práctica habitual de un psicoterapeuta centrado en la persona, donde prioriza trabajar desde la experiencia del consultante, o, dicho de otro modo, desde el marco de referencia del consultante, sin buscar imponer el propio.

Es importante señalar que este conjunto organizado de percepciones puede ser más de uno. Algunos autores lo denominan pluralidad del sí mismo o configuraciones del self, es decir, la persona parece funcionar en distintas partes, voces internas, o configuraciones (Mearns y Thorne, 2009).

### **Congruencia e Incongruencia**

Una persona congruente percibe las experiencias tal como ocurren, sin negarlas o distorsionarlas, está abierto a las nuevas experiencias, su centro de valoración es su propia experiencia (Rogers y Kinget, 1962). Por lo tanto, está menos determinado por valoraciones externas. Como señala Rogers (1959) la persona que funciona plenamente está constantemente cambiando, adaptándose creativamente y actualizándose.

En ocasiones, cuando una experiencia no coincide con la noción de yo que tiene el individuo, esta tiende a ser ignorada, negada o distorsionada (Rogers y Kinget, 1962), esto puede ocurrir cuando la experiencia es demasiado abrumadora, compleja y/o dolorosa de aceptar. Este proceso da cuenta de un estado de incongruencia, es decir, existe una “discrepancia entre la noción del yo y la experiencia del organismo” (Rogers, 1959, p. 34).

En el caso de la incongruencia, el individuo está vulnerable a la angustia y la desorganización (Rogers, 1959). Rogers (1951) describe que “cualquier experiencia incompatible con la organización o estructura de la persona puede ser percibida como una amenaza, y cuanto más numerosas sean estas percepciones, más rígidamente se organizará la estructura de la persona para preservarse” (p. 436). El mismo autor señala que “en ausencia total de amenaza para la estructura del sí mismo, se pueden percibir y examinar experiencias incompatibles, y se puede revisar la estructura de sí-mismo para asimilar e incluir tales experiencias.” (Rogers, 1951, p. 437). La incongruencia es un proceso que ocurre frente a la percepción subjetiva de experiencias amenazantes. Esto no quita que eventualmente las situaciones sean objetiva y legítimamente amenazantes o dolorosas.

### **Ideación Suicida desde el Enfoque Centrado en la Persona**

En la ideación suicida se puede comprender que el consultante se encuentra en un estado de vulnerabilidad, es decir, en un estado de incongruencia que manifiesta el peligro a la desorganización. Este estado puede ser gatillado por factores ambientales, interpersonales y/o personales. Schmid (2014) plantea que el sufrimiento se comunica a través de síntomas, y estos síntomas indican que ha fallado el proceso de alcanzar la congruencia o autenticidad, y que se necesita ayuda para aquello, por lo tanto, el síntoma es una forma de ser visto y de pedir ayuda.

La persona percibe la opción del suicidio como la única salida, tiene la idea de que la vida no se puede vivir de otra manera. El suicidio es una forma de lidiar con la angustia, y una manera desesperada de apropiarse de la vida (Dutra, 2001).

Desde el enfoque centrado en la persona, la ideación suicida no es una tendencia innata hacia la autodestrucción, sino una forma de buscar salida al sufrimiento. Esto se puede observar en relatos en el espacio terapéutico como: “si lo hago, voy a estar mejor”, “suicidándome, dejaré de sufrir”, “si estuviera muerta/o estaría feliz junto a Dios”, “si muero, dejaré de hacer sufrir a mis seres queridos”.

Nadie querrá morir si percibe que la vida es valiosa o hay esperanzas de ello, las personas que se quitan la vida lo hacen porque la encuentran dolorosa, humillante, vacía de sentido y de esperanza, morir es una mejor opción que seguir viviendo (García-Haro et al., 2018).

Como se mencionó anteriormente, el self en ocasiones funciona en más de una configuración (Mearns y Thorne, 2009), esto es relevante, dado que en diversas situaciones es sólo una de las partes del sí mismo del consultante que desea morir. La persona suele percibir una lucha interna de experiencias y sentimientos encontrados, vive la ideación suicida como algo intrusivo con lo que debe lidiar, siente que hay una parte que quiere acabar con la vida, y que la otra no, esto suele vivenciarse con gran angustia.

Existen también consultantes que tiene mayor recurrencia a tener ideaciones suicidas o conductas autolesivas, habitualmente diagnosticados desde la psiquiatría con trastornos de personalidad o cuadros afines. Algunas de estas experiencias se pueden asociar a lo que Margareth Warner (2008) denomina proceso frágil. Según Warner (2003) las personas que viven un proceso frágil son consultantes que suelen tener dificultades para modular la intensidad de sus experiencias, para reaccionar emocionalmente a demandas sociales, o adoptar el punto de vista de otra persona sin romper el contacto con su propia experiencia.

Los clientes que están viviendo un proceso frágil, presentan dificultades para permanecer con experiencias complejas por un determinado tiempo, aceptándolas y permitiendo nuevos significados (Warner, 2008). Ante la intensidad de estas experiencias, y la dificultad de regularlas, es comprensible que desde una mirada externa se observe inestabilidad emocional, dificultades interpersonales y conductas autolesivas.

Es relevante evitar suponer que la ideación suicida se da sólo por aspectos

personales del individuo. El sistema sociopolítico, económico, y como funcionamos como sociedad genera impacto en las personas. En este sentido, cabe mencionar que el enfoque centrado en la persona considera a la persona como un ser social y en relación con otros, no solamente individual-biológico, por lo tanto, todo lo que refiere a la persona, es también un proceso relacional-social (Schmid, 2014).

Debemos considerar a la persona como un ser individual y colectivo simultáneamente, relacionado constantemente con el mundo que la rodea, con su cultura, con su historia. “La persona es, al mismo tiempo, sujeto en la creación de la sociedad en la que vive y objeto de ella” (Moreira, 2001, p. 90). Debemos evitar atribuir sólo factores psicopatológicos donde hay factores socioculturales, económicos y/o políticos, como señala Virginia Moreira (2007) “es un desafío moral y ético diario para el profesional del área de la salud mental, luchar con la psicopatología y la pobreza sin confundirlas” (p. 136).

## **Psicoterapia Centrada en la Persona en la Ideación Suicida**

### **Las Condiciones Facilitadoras**

Es fundamental que el terapeuta, en la consulta con un cliente en riesgo suicida, se mantenga de forma congruente en dicha relación, esto significa que es consciente de su propia experiencia durante la sesión, momento a momento, lo que permite que el cliente experimente empatía y aprecio por parte del terapeuta (Greenberg et al., 1996).

La congruencia, en el contexto de la suicidalidad ubica al clínico en un lugar complejo, debe relacionarse con el significado propio que le da a la muerte, con las acciones que debe cumplir desde el rol profesional/legal, con sus prejuicios, temores, y también con su deseo de movilizar al cliente hacia un mayor bienestar. Esto paradójicamente puede causar que el terapeuta confronte, critique o tome acciones que generen más fragilidad y vulnerabilidad del vínculo y en el consultante.

Para lograr la congruencia es relevante soltar las expectativas, dado que, si el trabajo del clínico se centra sólo en el resultado, estará pasando por alto la experiencia tal como la vive el cliente. Desde este enfoque lo fundamental es acompañar la experiencia, con el cliente tomando la dirección del proceso. El terapeuta debe estar atentos a los objetivos implícitos que se generan en el espacio clínico, por ejemplo, en el contexto del riesgo suicida puede ser común la necesidad del terapeuta por “mejorar” al consultante, llegando a sugerir soluciones rápidas, tratar de mejorar el ánimo del cliente con alguna frase cliché o de sentido común, o dar una larga charla de consejería sin que le haga sentido al consultante, esto suele no ayudar al proceso, aunque puede ser entendible desde la angustia del terapeuta.

Moreira (2001) señala que es necesario que el terapeuta tenga presente sus sentimientos, sus experiencias personales y comprender que la teoría y práctica no debe ser considerada como verdad absoluta y, a priori, el terapeuta debe dudar de su conocimiento para poder darse cuenta de él. Para lograr esto, el terapeuta



debe haber integrado los conocimientos antropológicos, teóricos y prácticos del enfoque desde el cuál trabaja, de lo contrario, necesitará tenerlos en su consciencia todo el tiempo.

Que el terapeuta se mantenga congruente en la relación, no significa que debe sentir sólo sentimientos positivos, o una tranquilidad extrema, por el contrario, significa que será consciente momento a momento de sus temores e inseguridades, y esto no tendrá que ser un problema, tal como señala Preston (2014) “puedo estar al lado del otro siendo empático con mis propias luchas interiores”. La congruencia también significa que como terapeuta se va diferenciando qué experiencias se relacionan con temas personales, y cuáles con los aspectos del consultante y de la relación.

Otro aspecto es la consideración positiva e incondicional, la consideración o aceptación es una pieza fundamental en la triada de las actitudes terapéuticas, y es un desafío a la vez. Suele ser difícil aceptar al cliente cuando manifiesta querer morir, que lo está pensando, o que es la mejor alternativa que ve en ese momento.

Como se ha descrito anteriormente, aceptar no significa aprobar, quiere decir que se es capaz de entender que desde su marco de referencia la opción del suicidio es comprensible y una opción posible. Considerar es esencialmente percibir como normal y esperado que las personas tengan experiencias, opiniones y que resuelvan sus problemas de una forma distinta a la propia, y que merecen ser consideradas sólo por el hecho de ser persona.

Para aceptar a otro, influirá que tanto uno mismo se puede aceptar, es decir, si como terapeuta existen dificultades para aceptar ciertos sentimientos, experiencias, o ciertas partes del sí mismo, indudablemente se tendrán dificultades para aceptar las experiencias del otro en el espacio terapéutico. Especialmente cuando estas experiencias sean ajenas a las propias, o, por el contrario, demasiado cercanas. En este sentido, es tremendamente relevante lo que señalan Mearns y Thorne (2009):

Un terapeuta centrado en la persona que se rechaza, se castigue y no pueda ejercitar la compasión comprensiva hacia sí mismo, está en peligro de actuar una farsa que va a ser rápidamente percibida por la mayoría de los consultantes y, con toda certeza, por quienes están más gravemente heridos. (p. 70)

Respecto a la comprensión empática, se entiende como el proceso de captar y sumergirse en el mundo del otro, sin perder la noción del “como si”, es decir, saber que estas experiencias son del otro, distintas a las mías (Rogers, 1957). Mantener este equilibrio es difícil, especialmente al acompañar experiencias complejas, puede que el terapeuta se aleje hacia la apatía, por el rechazo, o temor a lo que expresa el consultante, o se identifique y se inunde con sus propias experiencias, lo que algunos llaman simpatía (Bermejo, 2012).

La comprensión empática se ejecuta a través de un proceso de resonancia del terapeuta. Algunos autores identifican tres formas de resonar, la auto-resonancia, resonancia empática y resonancia dialógica, la primera se relaciona con las expe-

riencias personales del terapeuta, la segunda con las del cliente y la tercera con lo que ocurre con ambos (Schmid y Mearns, 2014).

### **Profundidad Relacional**

El terapeuta centrado en la persona busca cultivar un tipo de relación en que el consultante se sienta aceptado como otro igual, lo que le permitirá arriesgarse a ser vulnerable y abrirse a explorar aspectos dolorosos y difíciles de su experiencia. Como señalan Mearns y Thorne (2009) para lograr un encuentro realmente profundo, se requiere que el terapeuta no coloque barreras que obstaculicen el desarrollo de la intimidad, evitando refugiarse en sus habilidades de diagnóstico o aplicación de una serie de técnicas, que pudieran ser útiles, pero no es lo esencial desde este enfoque.

El enfoque centrado en la persona favorece una posibilidad de intervención que no se reduce a manuales o procedimientos estándar, por el contrario, entiende y es coherente con el hecho de que cada persona es única. Este enfoque permite al terapeuta transitar desde la universalidad de la teoría a la singularidad de cada persona como un ser humano único (Moreira, 2001).

Siguiendo las ideas planteadas por Peter Schmid (2014), el enfoque centrado en la persona siempre se propone de la misma forma, independiente de las problemáticas y características del consultante, siempre lo relevante es construir una relación y las condiciones que faciliten el crecimiento de la persona que consulta. Y, por otro lado, nunca una sesión desde el enfoque centrado en la persona será igual a otra, es decir, cada encuentro terapéutico, con cada consultante, será siempre una relación distinta, única.

El terapeuta no realiza intervenciones mecánicas, por el contrario, busca facilitar una relación que sea sanadora desde la especificidad de cada encuentro, atendiendo a la experiencia de la persona desde su marco de referencia (del consultante y del terapeuta). Esto es, en términos generales, lo que significa estar centrado en la persona.

El concepto de persona en este enfoque incluye a la persona del consultante y a la persona del terapeuta (Schmid y Mearns, 2014). Este enfoque propone una terapéutica basada en la relación, como describen Mearns y Cooper (2011) la psicoterapia centrada en la persona es un modelo dialógico donde el énfasis está en la entrega del terapeuta al encuentro de una forma transparente, donde busca generar momentos de profundo encuentro. En este sentido, es fundamental lo que señala Rogers (1942), que la primera cualidad de un terapeuta es que debe ser una persona sensible a la relación humana, y esto va incluso más allá del espacio profesional.

Sin duda, en el trabajo con personas en riesgo de suicidio, el terapeuta debe manejar los protocolos propios de su institución, el marco legal-administrativo, y las evaluaciones respecto al nivel de riesgo para hipotéticas derivaciones. Una intervención activa en relación con la exploración de los riesgos de suicidio es totalmente necesaria (Sanders, 2014). Ahora, el mirar este tema sólo desde una

mirada médica-farmacológica, o centrarse sólo en el problema y los síntomas, es restringir las posibilidades de abordaje. Igualmente, existirán diversas situaciones donde se necesita el abordaje médico-farmacológico y multidisciplinar y, en este enfoque, es perfectamente compatible el trabajo conjunto con profesionales de otras áreas como psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc. Acompañar a un consultante con ideación suicida es una situación compleja, el cliente se encuentra con gran vulnerabilidad, en ocasiones el suicidio es la única opción visible a su sufrimiento, además, en ocasiones el consultante siente desconfianza o desesperanza frente a la ayuda terapéutica.

Lo primero que busca el terapeuta en el espacio clínico es generar una relación, un vínculo, un espacio de seguridad mínimo donde el consultante en el contexto de su experiencia extremadamente vulnerable logre percibir la presencia de un terapeuta que está ahí para él/ella. Para Rocha et al. (2012) cuando las personas son capaces de enfrentar y lidiar con sus temores y experiencias dolorosas, suelen encontrar oportunidades y aprendizajes para el crecimiento. En cambio, cuando lo evalúan negativamente, buscarán formas para evitar volver a vivir esta experiencia. Sólo en un ambiente libre de amenazas el consultante podrá examinar y explorar las experiencias que no han sido adecuadamente simbolizadas (Rogers, 1951).

Crear las condiciones facilitadoras del cambio no se aplica de un modo mecánico, como un procedimiento que se puede aprender en un manual. Es esencialmente una posición humana, ética y política. Implica un encuentro existencial entre dos personas, ambas con sus experiencias y sus vulnerabilidades.

El terapeuta buscará facilitar un clima libre de amenazas para el consultante, que, a la vez, sólo a través de un encuentro profundo permitirá la autenticidad del terapeuta. El terapeuta debe lograr estar presente, y por presencia se entiende, estar totalmente allí, de forma constante durante la relación (Schmid y Mearns, 2014).

Facilitar un encuentro de este tipo requiere dejar entre paréntesis las “técnicas”, si estamos pendientes a implementar una técnica o un procedimiento de manual, nuestra atención estará centrada en el procedimiento, y no en la persona particular que tenemos en frente. Es más relevante escuchar e invitar a los consultantes a explorar el significado de sus palabras, atendiendo a la totalidad de la experiencia, con la suficiente apertura para ser tocado por el consultante (Mearns y Cooper, 2011).

Gran parte de los consultantes, incluidos los con ideación suicida, han tenido experiencias de daño en sus relaciones interpersonales, o no han tenido suficiente contención por parte de otras personas. Por lo mismo, la importancia de ofrecer una relación sanadora es fundamental. Es un gran desafío profesional y personal alcanzar este nivel encuentro, más con personas que tienen miedo de recibir ayuda, o no la creen posible.

También es relevante señalar que ningún tipo de intervención es garantía de salvar vidas, sin embargo, si el consultante encuentra que se le entiende, y que sus experiencias son aceptadas, puede esto marcar una gran diferencia (Fukumitsu, 2014).

Este tipo de relación, que algunos autores llaman profundidad relacional (Mearns

y Cooper, 2011), va más allá de lo que se denomina alianza terapéutica. Profundidad relacional es “un estado de profundo contacto y compromiso entre dos personas, en el cual cada una es profundamente real con el Otro y es capaz de comprender y valorar en muy alto nivel las experiencias del Otro” (Mearns y Cooper, 2011, p. 16). En el contexto de la ideación suicida, el psicoterapeuta necesita estar preparado para este encuentro, donde el otro puede manifestar la posibilidad de acabar con su vida (Fonseca y Lôbo, 2015).

Acompañar el sufrimiento que acompaña a la persona que piensa en el suicidio, implica entender que no tenemos una receta mágica para que el consultante se sienta mejor, que nuestra labor es estar presente en profundidad relacional.

Trabajar desde este enfoque en este nivel de relación, requiere de un profundo trabajo personal, el terapeuta debe experimentar en sí mismo la aceptación, congruencia y empatía, es decir, en la medida que tenga mayor congruencia consigo mismo, más facilitará que los demás sean congruentes, cuando más se acepte, más fácil le será aceptar a otros, cuanto más empático sea consigo mismo, más fácil será empatizar con los demás.

### Conclusiones

El suicidio es uno de los principales problemas a nivel mundial, no sólo en cuanto a salud, también desde lo político, social, económico, etc. Se realizan constantemente diversos esfuerzos en cuanto a políticas públicas y privadas para su prevención. A pesar de ello, las cifras no son alentadoras.

Como fue descrito, se estima que una persona muere cada 40 segundos en el mundo, y que las muertes por suicidio representan una mayor cantidad que las muertes por las guerras y por desastres naturales. Estos datos realmente son preocupantes y dolorosos, y hacen notar que no se trata de un problema de salud, sino que implica un funcionamiento global de la sociedad, estilos de vida y de cómo funcionan los sistemas sociopolíticos que generan que las personas tomen estas decisiones drásticas respecto a su existencia.

El enfoque centrado en la persona parte de la premisa que el individuo posee una orientación natural hacia el crecimiento, adaptación y desarrollo de sus potencialidades, denominada *tendencia actualizante*. *Esto propone una mirada radical respecto a la comprensión antropológica del ser humano, que indudablemente tiene implicancias prácticas, como el foco en las relaciones, en cultivar actitudes más que técnicas y trabajar desde la particularidad de cada persona y no desde procedimientos estandarizados y desconectados de la experiencia de la persona que está frente a nosotros.*

La principal característica en la orientación psicológica y psicoterapia desde este enfoque es la dimensión relacional, existen actitudes del profesional que favorece el cambio terapéutico, como la *congruencia, comprensión empática y aceptación positiva incondicional*. El énfasis, entonces no está puesto en el aprendizaje de procedimientos estándar y mecanizados, lo que también implica una

mirada radical de la terapia.

La psicoterapia humanista, específicamente el enfoque centrado en la persona ofrece una posibilidad de abordaje y acompañamiento para personas en riesgo suicida, en que se prioriza la relación terapeuta-consultante. Partiendo de esta relación sanadora, las personas pueden explorar experiencias dolorosas, lo que les permite percibir nuevas posibilidades y alternativas en sus vidas.

En consultantes con riesgo suicida, cuando practicamos psicoterapia centrada en la persona es esencial facilitar encuentros en profundidad relacional, es decir, un encuentro existencial entre dos seres humanos (terapeuta-consultante), ambos luchando por su autenticidad.

Este tipo de encuentro interpela al clínico ir más allá de las teorías, técnicas y protocolos, es traer al espacio terapéutico toda su humanidad, incluido sus vulnerabilidades y temores. Para lograr esto, el terapeuta requiere tener integrado profundamente los aspectos antropológicos, teóricos y técnicos del enfoque, además, un profundo trabajo personal, de autoconocimiento, desarrollo personal y supervisión.

Es necesario incluir el abordaje del suicidio a nivel de pregrado y posgrado, es tremendamente necesario contar con profesionales entrenados y lo suficientemente humanos para acompañar a personas que están sufriendo tanto, que llegan a percibir que la mejor opción para sus vidas es precisamente acabar con ella.

También es necesario que desde la psicología humanista se siga trabajando en desarrollar trabajos teóricos y de investigación en áreas y problemáticas específicas. Este trabajo representa ideas preliminares sobre el suicidio desde el enfoque centrado en la persona que deben seguir desarrollándose, especialmente en la literatura académica en español.

## Referencias

- Alfonso, C. (2014). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de Suicidio*. Instituto Nacional de Salud.
- Axline, V. (1975). *Terapia de Juego*. Diana.
- Azcárate-Jiménez, L., López-Goñi, J., Goñi-Sarriés, A., Montes-Reula, L., Portilla-Fernandez, A. y Elorza-Pardo, R. (2019). La repetición del intento de suicidio: un estudio de seguimiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47(4), 127-136.
- Bermejo, J. (2012). *Empatía terapéutica*. Desclee.
- Carrenho, E., Tassinari, M. y Pinto, M. (2010). *Praticando a abordagem centrada na pessoa [Practicar el enfoque centrado en la persona]*. Carrenho.
- Castelo, P. (2019). *Fundamentos Epistemológicos da abordagem centrada na pessoa [Fundamentos epistemológicos del enfoque centrado en la persona]*. Via Verita.
- Castelo, P. y Cirino, S. (2016). Reflexões sobre a consciência na fenomenologia e na abordagem centrada na pessoa [Reflexiones sobre la conciencia en fenomenología y el enfoque centrado en la persona]. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 9(2), 241-258.
- Castelo, P., Meireles, E., Cirino, S. y Moreira, J. (2016). Influências da Psicanálise neofreudiana na psicoterapia de Carl Rogers [Influencias del psicoanálisis neofreudiano en la psicoterapia de Carl Rogers]. *Contextos Clínicos*, 9(2), 279-289. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.92.12>
- Cury, V. (1987). *Psicoterapia centrada na pessoa: evolução das formulações sobre a relação terapeuta-cliente [Psicoterapia centrada en la persona: evolución de formulaciones sobre la relación terapeuta-cliente]* [Trabajo fin de Máster, Universidade de São Paulo, Brasil].

- Da Rocha, M., Boris, G. y Moreira, V. (2012). La experiência del suicídio en una perspectiva humanista fenomenológica [La experiencia del suicidio en una perspectiva fenomenológica humanista]. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 69-78.
- Dutra, E. (2001). Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa [Comprender los intentos de suicidio de los jóvenes desde un enfoque centrado en la persona] [Tesis Doctoral, Universidad de São Paulo, Brasil]. <https://repositorio.usp.br/item/001180864>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(22), 117-126. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Fonseca, E. y Lôbo, W. (2015). Tentativa de suicídio: reflexões em base a clínica centrada na pessoa [Intento de suicidio: reflexiones basadas en una clínica centrada en la persona]. *Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity*, 7(2), 152-165.
- Fukumitsu, K. (2014). O psicoterapeuta diante do comportamento suicida [El psicoterapeuta frente a la conducta suicida]. *Psicología USP*, 25(3), 270-275. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140001>
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
- Greenberg, L., Rice, L. y Elliott, R. (1996). *Facilitating emotional change. The moment by moment process* [Facilitando el cambio emocional. El proceso de momento a momento]. Guilford.
- Hart, J. (1970). The development of client-centered therapy [El desarrollo de la terapia centrada en el cliente]. En J. Hart y T. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (pp. 3-22). Houghton Mifflin.
- López, A. (2018). Psicoterapia experiencial orientada al focusing: una visión general. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 241-256. <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.236>
- López, A. (2019). Reflejar en el enfoque centrado en la persona y experiencial. *En-foco*, 1(3), 11-15. <http://www.focusing.es/en-foco/209-en-foco-numero-3-enero-2019.html>
- López, A. (2020). Nociones sobre el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers: teoría, práctica e investigación. *Espacio ECP*, 1(1), 4-15.
- Mearns, D. y Cooper, M. (2011). *Profundidad relacional en counseling y psicoterapia*. Gran Aldea Editores.
- Mearns, D. y Thorne, B. (2009). *Counseling centrado en la persona en acción*. Gran Aldea Editores.
- Meireles, V., Pinheiro, P., Moreira, J. y Guerra, A. (2018). Prosperidade, contestação e tecnocracia o pensamento rogeriano em seu contexto de gestação [Prosperidad, contestación y tecnocracia. El pensamiento rogeriano en su contexto de gestación]. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 24(3), 300-311. <https://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.4>
- Ministerio de Salud de Chile. (2012). *Prevención del Suicidio*. Uvirtual.
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Programa Nacional de Prevención de Suicidio*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf>
- Mora, M., Moya, D. y Calderón, J. (2019). Suicidio en Costa Rica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 36(2), 28-45. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040443>
- Moreira, V. (2001). *Más allá de la persona: hacia una psicoterapia fenomenológica mundana*. Universidad de Santiago.
- Moreira, V. (2007). Significados posibles de la depresión en el mundo contemporáneo: Una lectura fenomenológica mundana. *Psyche*, 16(2), 129-137. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000200011>
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa [Revisando las fases del enfoque centrado en la persona]. *Estudos da Psicologia Campinas*, 27(4), 537-544. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>
- Organización Mundial de la Salud. (junio 2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Preston, L. (2014). The relational heart of focusing-oriented psychotherapy [El corazón relacional de la psicoterapia orientada al focusing]. En G. Madison (Ed.), *Theory and Practice of Focusing-Oriented Psychotherapy: Beyond the Talking Cure* (pp. 98-112). Jessica Kingsley Publishers.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical evolutions in person-centered/experiential therapy. Applications to schizophrenic* [Evoluciones teóricas en la terapia centrada en la persona / experiencial. Aplicaciones para esquizofrénicos]. Praeger.
- Prouty, G. (1998). Pre-Therapy and the pre-expressive self [Pre-terapia y el yo pre-expresivo]. *Person-Centered Practice*, 6(2), 80-88.

- Prouty, G. (2007). Pre-Therapy: The application of contact reflections [Preterapia: la aplicación de reflejos de contacto]. *American Journal of Psychotherapy*, 61, 283-295. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.285>
- Rogers, C. (1942). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Narcea.
- Rogers, C. (1951). *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Paidós.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change [The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change]. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. (1959). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Nueva Visión.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Rogers, N. (1993). The creative connection [La conexión creativa]. En S. K. Levine y E. G. Levine (Eds.), *Foundations of Expressive Arts Therapy* (pp. 113-132). Science & Behavior Books.
- Rogers, C. y Kinget, M. (1962). *Psicoterapia y Relaciones Humanas*. Juan Pablos Editor.
- Sanders, P. (2014). *Counselling for depression [Asesoramiento para la depresión]*. Sage
- Schmid, P. (2014). Volver al consultante: un enfoque fenomenológico del proceso de comprensión y diagnóstico. En A. Segrera, J. Cornelius-White, M. Behr y S. Lombardi (Eds.), *Consultorias y psicoterapias centradas en la persona y experienciales* (pp. 227-248). Gran Aldea Editores.
- Schmid, P. y Mearns, D. (2014). Estar-con y estar-contra: psicoterapia centrada en la persona como un proceso de personalización co-creativo en profundidad. En A. Segrera, J. Cornelius-White, M. Behr y S. Lombardi (Eds.), *Consultorias y Psicoterapias Centradas en la Persona y Experienciales* (pp. 141-162). Gran Aldea Editores.
- Segrera, A. (2008). El enfoque centrado en las personas después de Rogers: Reflexiones y bibliografía en español. *Miscelánea Comillas*, 66(128), 63-82.
- Tizón, J. (2016). Aspectos clínicos del paciente con riesgo de suicidio: ¿atender como “enfermedad” o como comunicación? *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 23(2), 61-76. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.05.010>
- Valdivia, E. (18 de marzo de 2019). En qué consiste la psicoterapia humanista centrada en el cliente (entrevista a Alejandro López Martín). *Revista Psiconetwork*. <https://psiconetwork.com/en-que-consiste-la-psicoterapia-humanista-centrada-en-el-cliente/>
- Warner, M. (1991). *Fragile Process*. En L. Fusek (Ed.), *New Directions in Client-Centered Therapy: Practice with*. Chicago Counseling and Psychotherapy Center.
- Warner, M. (2003). *Proceso Frágil*. En D. Mearns y B. Thorne (Eds.), *Terapia Centrada en la Persona Hoy*. Gran Aldea Editores..
- Warner, M. (12-15 de octubre de 2008). *Client-centered approach to difficult client experiences [Enfoque centrado en el cliente para las experiencias difíciles del cliente]* [Conferencia]. Congress of the World Council for Psychotherapy, Beijing, China.
- Wood, J. (1983). Terapia de grupo centrada na pessoa [Terapia de grupo centrada en la persona]. En C. Rogers, J. Wood, J., M. O'Hara, M. y A. Fonseca (Eds.), *Em busca de vida: da terapia centrada no cliente à abordagem centrada na pessoa* (pp. 21-89). Summus.