

Afrontamiento familiar en personas que presentaron intento de suicidio: relatos de sobrevivientes

Family Coping in People who Presented Suicide Attempt: Reports of Survivors

Enfrentamento familiar em pessoas que tentaram suicídio: relatos de sobreviventes

Cristian Correa Ramírez, Psic., Mg.^{1*}

Karina Andrea Martínez Pérez, Est. Psic.¹

Daniel Marulanda Saldarriaga, Est. Psic.¹

Yojan Steven Vélez Martínez, Est. Psic.¹

Recibido: 2 de febrero de 2024 • **Aprobado:** 3 de septiembre de 2024

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.12774>

Para citar este artículo: Correa Ramírez C, Martínez Pérez KA, Marulanda Saldarriaga D, Vélez Martínez YS. Afrontamiento familiar en personas que presentaron intento de suicidio: relatos de sobrevivientes. Rev Cienc Salud. 2024;22(3):1-23.

Resumen

Introducción: el intento de suicidio se ubica como un problema de salud pública, en el cual la familia de los sobrevivientes tiene un claro protagonismo antes y después del evento. La investigación buscó acercarse a aquella población que ha cursado con conducta suicida, atendida en el entorno hospitalario, con el objetivo de identificar, desde sus relatos, su percepción acerca del afrontamiento y dinámica familiar después de presentarse tal conducta. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo de corte fenomenológico hermenéutico, que recoge narrativas de siete pacientes que recibieron atención hospitalaria. Se usó la entrevista semiestructurada como principal instrumento para recolectar información. **Resultados:** el afrontamiento familiar muestra cómo las reacciones iniciales de las familias transitan sobre un fuerte componente emocional, al tiempo que emergen estrategias de afrontamiento como el apoyo emocional familiar, la búsqueda de apoyo externo, la vigilancia y la evasión. El afrontamiento familiar se ve favorecido por el acceso oportuno a servicios de salud, lo que muestra que no se reduce a mecanismos internos. La dinámica familiar posterior suele centrarse en una práctica de cuidado y reacomodación de

¹ Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia).

Cristian Correa Ramírez, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3217-6663>

Karina Andrea Martínez Pérez, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6547-8249>

Daniel Marulanda Saldarriaga, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1519-1255>

Yojan Steven Vélez Martínez, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2869-0547>

* Autor de correspondencia: cristiancorrea06@gmail.com

roles. **Conclusiones:** la percepción del afrontamiento familiar es un fenómeno en el que aparecen los significados otorgados por el sobreviviente y la familia a partir de la tramitación de emociones, despliegue de conductas y presencia de recursos sociales que facilite dialogar con la capacidad o no de construir un escenario resiliente que reconfigura la crisis y favorece una reacomodación del entorno doméstico, clave en el restablecimiento de la salud individual y familiar.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento; intento de suicidio; dinámica familiar; salud familiar; investigación familiar.

Abstract

Introduction: Suicide attempts are considered a public health issue in which the families of survivors play a significant role both before and after the event. This research aimed to approach a population that has exhibited suicidal behavior and received hospital care, with the objective of identifying, through their narratives, their perception of family coping and dynamics after the occurrence of such behavior. **Materials and Methods:** Qualitative study with a hermeneutic phenomenological approach that collects narratives from seven patients who received hospital care. A semi-structured interview was used as the main tool for information gathering. **Results:** Family coping shows that the initial reactions of families involve a strong emotional component, while coping strategies such as family emotional support, seeking external support, vigilance, and avoidance emerge. Family coping is facilitated by timely access to healthcare services, indicating that it is not limited to internal mechanisms. Post-event family dynamics typically focus on caregiving practices and role re-adjustment. **Conclusions:** The perception of family coping is a phenomenon in which the meanings attributed by the survivor and the family emerge from the processing of emotions, the deployment of behaviors, and the presence of social resources. These factors facilitate dialogue regarding the ability to construct a resilient scenario that reconfigures the crisis and promotes the re-adjustment of the domestic environment, which is crucial in the restoration of individual and family health.

Keywords: coping strategies; suicide attempt; family dynamics; family health; family research.

Resumo

Introdução: as tentativas de suicídio são um problema de saúde pública em que a família dos sobreviventes desempenha papel fundamental antes e depois do evento. A presente pesquisa buscou abordar uma população que vivenciou o comportamento suicida, atendida em ambiente hospitalar, com o objetivo de identificar, a partir de seus relatos, a percepção que têm sobre o enfrentamento e a dinâmica familiar após a ocorrência desse comportamento. **Materiais e métodos:** estudo qualitativo de corte fenomenológico hermenêutico que coleta narrativas de sete pacientes que receberam atendimento hospitalar. A entrevista semiestruturada foi utilizada como o principal instrumento de coleta de informações. **Resultados:** o enfrentamento familiar mostra como as reações iniciais das famílias são baseadas em um forte componente emocional, enquanto surgem estratégias de enfrentamento como apoio emocional familiar, busca de apoio externo, vigilância e evitação. O enfrentamento familiar é facilitado pelo acesso oportuno aos serviços de saúde, o que mostra que ele não se reduz a mecanismos internos. A dinâmica familiar subsequente geralmente se concentra na prática do cuidado e na reorganização de papéis. **Conclusões:** a percepção do *coping* familiar é um fenômeno em que os significados atribuídos pelo sobrevivente e pela família surgem a partir do processamento de emoções, do desdobramento de comportamentos e da presença de recursos sociais que facilitam o diálogo com a capacidade ou não de construir um cenário resiliente que reconfigura a crise e favorece um rearranjo do ambiente doméstico, fundamental na restauração da saúde individual e familiar.

Palavras-chave: estratégias de enfrentamento; tentativa de suicídio; dinâmica familiar; saúde familiar; pesquisa familiar.

Introducción

En una búsqueda por indagar acerca de los recursos de afrontamiento familiar desplegados tras la conducta de *suicidalidad* de uno de sus integrantes, la investigación tuvo por objetivo identificar, a través de los relatos de personas que cursaron un intento de suicidio, su percepción respecto al afrontamiento y dinámica familiar posterior al suceso. Para ello, se propone brindar un contexto global y nacional que permita situar el suicidio y el intento de suicidio como fenómenos de interés para la salud pública. Seguidamente, se plantea el lugar de las familias desde sus formas de afrontamiento, mostrando que la conducta de suicidalidad deberá entenderse bajo un entramado relacional y no solamente individual. Por último, se abordan algunos estudios relevantes que se acercan al tema propuesto.

El suicidio es una de las mayores problemáticas de salud pública, cuyas cifras alcanzan los 800 000 casos consumados al año y un estimado de 20 intentos no consumados por cada suicidio (1). Durante 2021, en Colombia se destacó la semana catorce del año, por haberse contabilizado un total 6132 casos, con una incidencia superior en el grupo etario de adolescentes de 15 a 19 años, con un 29.7%; seguido por el grupo de 20 a 24 años, con un 18.8%, que dejaron un total del 47.6% de los casos entre los 15 y los 24 años (2). En el contexto colombiano, el 63.5% de estos casos se presentan en mujeres, y ocurre en el 82.1% de las veces en zonas urbanas. Respecto a la ocupación, las poblaciones más afectadas en estos datos son la estudiantil, con un 32.7%, y las personas que se dedican al hogar, con un 17.2% (2). El mecanismo de intento de suicidio más común es la intoxicación, con un 67.4% de prevalencia (2).

Para el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el intento de suicidio o conducta autolítica es “Toda conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte” (2). Considerando la anterior idea como una definición que enmarca de forma apropiada este componente que pertenece al fenómeno global de suicidalidad, es necesario partir de una mirada crítica del acto, es decir, comprenderlo desde una perspectiva biopsicosocial, pues la vivencia de un intento de suicidio genera repercusiones de gran complejidad en los planos individual e interpersonal.

Frente a la comprensión del intento de suicidio, Figueroa (3), Valladolid (4), Posner et al. (5) e Interian et al. (6) señalan que la investigación acerca del intento de suicidio debe ir más allá de apuntar solo a las razones evidentes; por lo cual debe profundizarse en la intencionalidad del acto, para no errar con determinismos que reducen el fenómeno a la experimentación individual del deseo de morir.

Alrededor de quien ha llevado a cabo uno o varios intentos de suicidio, se experimenta la complejidad de una vida familiar transformada por este evento. Es importante reconocer que la familia no se limita a los lazos de sangre; incluye también vínculos emocionales y propósitos compartidos, que abarcan la afinidad y la adopción. Esta comprensión ampliada nos

lleva a entender que la familia es un grupo dinámico, propenso al cambio y que trasciende las limitaciones físicas. En situaciones como estas, es esencial fomentar el apoyo mutuo y la comunicación abierta dentro del entorno familiar para enfrentar los desafíos y fortalecer los lazos afectivos (7). En esta dirección, la familia se revela como un ámbito central donde se comparten y enfrentan los riesgos sociales de sus miembros, si bien es importante recordar que no es el único entorno ni la única fuente de estos riesgos.

Por tanto, cualquier evento que implique un potencial estresor en el interior del grupo familiar, generará respuestas de carácter activo o pasivo que buscan mantener la estabilidad familiar por medio del despliegue de estrategias adecuadas. El afrontamiento se refleja en los comportamientos y estilos de interacción de los individuos que llegan a enfrentarse a situaciones de estrés vital. Estas estrategias son definidas por Lazarus et al. (8) como esfuerzos que la persona lleva a cabo con el fin de utilizarlos como mecanismos de protección ante las demandas del entorno. Concebidas como acciones de naturaleza cognitiva y conductual, las estrategias de afrontamiento son recursos psicológicos que se encuentran en el sujeto para responder adecuadamente a las situaciones que le producen estrés; sin embargo, aunque buscan promover una estabilidad en el sujeto y en su entorno, por medio de una respuesta adaptativa frente a demandas específicas, su uso no es sinónimo de un resultado positivo para el individuo (9).

De acuerdo con lo anterior, es importante resaltar que en la literatura científica también se ha estudiado el afrontamiento desde el plano familiar, teniendo en cuenta que comprende la capacidad de las familias para movilizarse ante situaciones de alta complejidad vital y que demandan cambios a corto o largo plazo, por ejemplo, una reacomodación del grupo familiar producto de las demandas y exigencias a las que se ven sometidos tanto los integrantes de la familia como los sujetos alrededor de ella (9, 10).

En este sentido, la dinámica de la vida familiar se puede considerar un conjunto de situaciones de carácter biológico, psicológico y social, presentes en el relacionamiento entre los miembros, que se encuentran reguladas mediante reglas y afectos para lograr el crecimiento de cada integrante (11). De manera que un evento estresor como un intento de suicidio provoca el despliegue de estrategias de afrontamiento familiar, bien sea para favorecer o dificultar los procesos de ajuste.

Según Vargas Jaimes et al. (12), no son numerosos los estudios en torno a la temática del intento de suicidio en relación con los efectos que genera después dentro del grupo familiar. La mayoría de la literatura se enfoca, o bien en la identificación de factores de riesgo, o bien en la formulación de modelos teóricos para la intervención de casos asociados con la conducta suicida. Se han identificado estudios que evalúan los efectos posteriores en la dinámica familiar, comprendiendo características que van desde un patrón de relacionamiento armonioso entre sus integrantes hasta otras de carácter potencialmente desfavorable. A estas últimas se les ha dado especial atención, ya que pueden llegar a ser factores de riesgo para la reincidencia del intento (13).

En el estudio de Vargas-Jaimes et al. (14) se identificaron cambios en la dinámica familiar en torno a la aceptación de los padres frente al intento de suicidio de sus hijos. Entre las estrategias de afrontamiento desplegadas, predominó la comunicación y la resolución de problemas, que propició un ambiente funcional de involucramiento afectivo. En consonancia, Aiken et al. (15) concluyen en su estudio que una resolución constructiva de problemas entre los padres y sus hijos puede disminuir en estos el riesgo de presentar ideación e intentos suicidas, posteriores al intento inicial.

Otros hallazgos han sugerido un deterioro progresivo de la salud física y mental de la familia, debido al cuidado constante de quien llevó a cabo el intento, al tiempo que puede presentarse un escenario de desintegración familiar y de estigmatización (14,16-20). Se describen respuestas psicológicas marcadas por la ansiedad, el pánico y el miedo constante ante un nuevo acto autolesivo, que generan dinámicas como la hipervigilancia con el integrante de la familia y, por consiguiente, la pérdida de las actividades sociales a las que estaban habituados, por una serie de reacomodaciones internas.

Si bien se reconoce el papel de las familias en función de los distintos factores de riesgo que pueden propiciar la aparición de conductas autolíticas como respuestas situadas en entornos específicos, la revisión efectuada permite concluir la importancia de integrar a las dinámicas familiares previas una integración ulterior al evento que permita destacar los relatos, los comportamientos, las creencias y los afectos que acompañan a las familias, en el marco de sus formas de afrontamiento. Por lo anterior, el presente estudio resalta la importancia de comprender el intento de suicidio no solo desde una perspectiva individual, sino también desde la compleja dinámica relacional que envuelve a las familias.

Metodología

El estudio se realizó bajo un enfoque cualitativo de corte fenomenológico hermenéutico. Dicha perspectiva parte de la vivencia hecha relato, expresado en el escenario de encuentro entre los participantes y los investigadores, cuya finalidad permite transitar los significados y sentido otorgado al afrontamiento familiar percibido por la población. El camino propuesto por la fenomenología privilegia la vivencia y el relato propio de los participantes en un espacio de encuentro intersubjetivo, en el que se suspenden temporalmente los saberes propios del experto para dar lugar al relato, la historia y la palabra de los participantes en función del fenómeno estudiado (21).

Para ello, se precisó la formulación de interrogantes y temas iniciales que delimitaran el tema y entorno donde se desarrollaría el estudio. Seguidamente, se procedió con el ingreso a la situación y un análisis reflexivo: contacto intuitivo con la población. La construcción de sentido se da desde un marco vivencial que privilegia el encuentro, mientras el relato

de los participantes se sitúa como protagonista. Finalmente, los relatos y las experiencias nombradas pasan del plano íntimo al público, buscando tematizar, contrastar y establecer un diálogo con teorías, modelos y reflexiones construidas desde otros lugares, a fin de dar paso a un marco hermenéutico (22).

Criterios de inclusión de la población

- Personas que hayan cursado con intento de suicidio.
- Personas que hubieran recibido atención en una institución de salud y cuyo intento de suicidio se encontrara consignado en la historia clínica.
- Participantes que tuvieran un egreso o alta médica superior a un mes para participar en la investigación, según se consignaba en la historia clínica.

Técnicas e instrumentos

- Se accedió a una base de datos de 23 pacientes hospitalizados entre mayo y octubre de 2021, suministrada por sistemas de información de la Clínica Universitaria Bolivariana, ubicada en la ciudad de Medellín (Colombia). El motivo de hospitalización debía estar asociado con eventos de conducta autolítica. Para esto, se validó que en la nota clínica de psiquiatría o psicología se encontrara evidencia de que la hospitalización estaba asociada con conductas de intento de suicidio. Lo anterior permitió depurar de forma inicial la base de datos y descartar aquellos casos no vinculantes con el tema de investigación.
- Se usó la entrevista semiestructurada como instrumento principal para el diálogo con la población, teniendo en cuenta las categorías centrales de la investigación: contexto familiar (previo al intento de suicidio, afrontamiento familiar y dinámicas familiares posteriores al evento).

Plan de análisis

Cada una de las entrevistas efectuadas a los participantes se transcribieron y, posteriormente, se efectuó un proceso de codificación que dio lugar al desarrollo de una matriz general, en la que se ubicaron las categorías propias de la investigación y aquellas que se consideraron emergentes dentro del estudio. Luego, de forma manual, se agruparon los códigos en una base de datos, encontrados en redes de sentido más amplio que dio lugar a la presentación de resultados.

Procedimiento

El trabajo de campo se desarrolló en cinco fases. Durante la primera etapa se tuvo acceso a la base de datos de la clínica de pacientes que estuvieron hospitalizados entre mayo y octubre de 2021 y

cuyo motivo de ingreso hubiera sido intento de suicidio; en esta primera parte se identificaron 23 pacientes. En la segunda fase se revisaron las historias clínicas, a efectos de confirmar el historial de intento de suicidio y de omitir pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual o aquellos que no guardaran relación con problemáticas de intento de suicidio. Durante la tercera fase se contactó vía telefónica a los pacientes identificados y se les invitó a participar de la investigación a la población; independiente de su aceptación o rechazo, dada la sensibilidad clínica de la población, se valoró la presencia de riesgo de suicidio y, mediante psicoeducación, se les orientó sobre la prevención de conductas autolíticas. Durante la cuarta fase se realizó el trabajo propiamente de campo con aquellas personas que aceptaron participar en la investigación. Esta fase se llevó a cabo durante el primer semestre de 2022. En la última fase se transcribieron las entrevistas y se analizaron los datos propios del ejercicio investigativo.

Criterios éticos

La investigación recibió la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, según el Acta 19 de 2021. Posteriormente, se presentó al Comité Investigativo de la Clínica Universitaria Pontificia Bolivariana, que dio la respectiva aprobación.

Se implementaron medidas para cuidar la salud mental de los participantes durante las entrevistas a partir de espacios de psicoeducación y valoración de remisión a servicios de emergencia de la Clínica Bolivariana, en caso de encontrar un nuevo riesgo de conducta autolítica. Esto incluyó un entorno seguro y confidencial, respeto al lenguaje y sensibilidad en el abordaje de temas delicados. Durante las entrevistas, se permitieron pausas y se brindó apoyo emocional, según fuera necesario. Además, se hizo un seguimiento posterior para asegurar su bienestar y ofrecerles recursos de apoyo si lo necesitaban, a fin de garantizar así un ejercicio ético dentro de la investigación. Así mismo, con el objetivo de cuidar la identidad de los entrevistados, se codificaron sus nombres para impedir saber sus identidades.

Resultados

Los participantes de la investigación corresponden a siete personas residentes en la ciudad de Medellín que fueron hospitalizadas en la Clínica Universitaria Bolivariana, por haber cursado con un intento de suicidio. Se realizó un proceso de indagación previo a las entrevistas, para conocer el diagnóstico clínico de los participantes en el momento de la atención, si habían tenido seguimiento por parte de psiquiatría y psicología, y su percepción general sobre la atención en salud mental, tal como se muestra en la tabla 1. La codificación inicial E1M indica *E* de entrevista, el número correspondiente a dicha entrevista y *M* para mujer o *H* para hombre.

Tabla 1. Resultados de las entrevistas y de la base de datos de la historia clínica de la clínica

Entrevista	Edad	Sexo	Ocupación	Tipología familiar	Diagnóstico clínico	Atendido en psiquiatría	Atendido en psicología	Riesgo activo de suicidio	Percepción atención salud mental
EM1	24 años	Mujer	Estudiante de medicina	Nuclear	T432. Envenenamiento por psicotrópicos, otros antidepresivos y los no especificados	Sí	Sí	No	Satisfacción con todo el servicio
EH1	48 años	Hombre	Constructor	Extensa	X630. Envenenamiento autoinfligido por exposición a otras drogas en vivienda	No	No	No	Temor a la mediación por falta de seguimiento
EH2	56 años	Hombre	Pensionado por invalidez	Nuclear	X640. Envenenamiento autoinfligido por exposición a otras drogas y no especificados en vivienda	No	No	No	Dificultad ^{EPS} para asignación de citas
EM2	26 años	Mujer	Auxiliar administrativo en salud	Extensa	X630. Envenenamiento autoinfligido por exposición a otras drogas en vivienda	No	Sí	No	Temor a la mediación por falta de seguimiento
EM3	41 años	Mujer	Cuidadora y manicurista	Nuclear con presencia de familia extensa	X690. Envenenamiento autoinfligido por exposición a productos químicos y sustancias nocivas en vivienda	No	Sí	Sí	Dificultad ^{EPS} para asignación de citas
EM4	38 años	Mujer	Contadora	Extensa	X600. Envenenamiento autoinfligido por exposición a analgésicos no narcóticos en vivienda	Sí	Sí	No	Inconformidad por la frecuencia de los controles
EM5	35 años	Mujer	Mercaderista	Monoparental con jefatura femenina	Sin especificar	Sí	No	Sí	No reporta

La muestra recoge un total de dos hombres y cinco mujeres cuyo promedio de edad se ubica en los 38 y oscila entre los 24 y los 56 años. Por la sensibilidad clínica vinculada con el tema, no se pudo contar en la investigación con presencia de jóvenes menores de 18 años. En términos de caracterización de acceso posterior a servicios de salud mental, la muestra da cuenta de un claro déficit en la atención por parte de psiquiatría y de psicología, al informar sobre obstáculos que van desde la falta de atención hasta la inconformidad con el modelo de atención desarrollado. Las restricciones en el acceso a servicios de salud mental posteriores al alta deben comprenderse en el marco del despliegue de la búsqueda de apoyo que efectúan las familias y el paciente, que finalmente puede agravar la problemática o que esta se reitere.

A partir de las entrevistas efectuadas, como se muestra en la figura 1, se concibe una visión del afrontamiento familiar como un fenómeno cuya complejidad es necesario entender desde tres componentes subyacentes: la reacción inicial de los integrantes de las familias ante el intento de suicidio, las estrategias de afrontamiento desplegadas a partir del evento y los efectos en la dinámica familiar posterior. El hilo narrativo de los sobrevivientes muestra el trayecto de la crisis y el marco relacional de la actuación familiar tras la hospitalización originada por la conducta autolítica. Las interacciones entre los sobrevivientes y su familia transitan en dos contextos específicos: el hospital, el cual aparece como escenario inicial de atención y recoge las reacciones iniciales de la familia, y, tras el alta médica, el hogar y el retorno a la vida cotidiana, que dará cuenta de las estrategias y dinámica familiar instaurada.

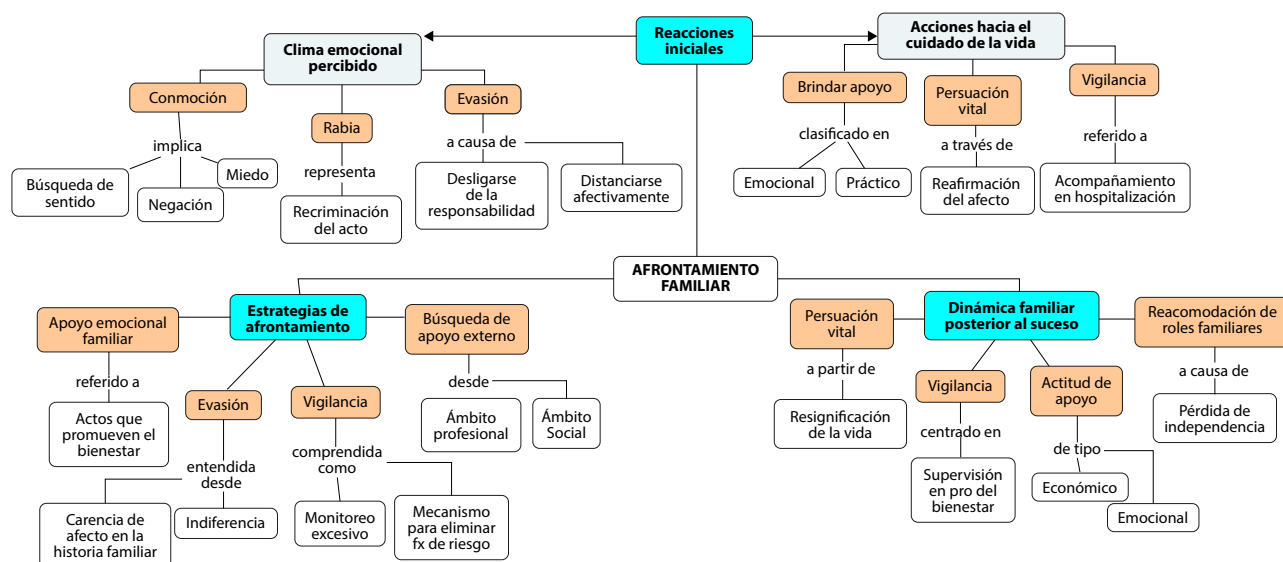


Figura 1. Categorías identificadas en los relatos de las entrevistas

Reacciones iniciales

Al indagar por las circunstancias inmediatas que rodearon al grupo familiar tras ocurrir el episodio autolítico, se identifican respuestas variadas que van desde las reacciones emocionales

presentes en las interacciones hasta respuestas conductuales inmediatas, enfocadas en la protección de quien ejecuta la conducta. Las reacciones iniciales transitan sobre el plano de distintas emociones que acompañan a la familia durante el momento inicial.

Conmoción

Los participantes hacen referencia a respuestas emocionales como protagonistas del comienzo. Se nota un ambiente emocional marcado por la conmoción, descrito como un momento de choque experimentado por sus familiares al enterarse del evento: “Yo creo que para mi papá fue una especie de choque de realidad, porque siempre crecí con esa actitud de darlo todo” (EM1).

Según sus relatos, la conmoción experimentada puede manifestarse de diversas formas. En este caso, se identifica la negación como una reacción en la que el acto suicida no es fácilmente procesado por quienes están cercanos, dado que la imagen construida de este miembro de la familia resulta disonante con la situación generada tras el episodio:

Fue una prima la que me recogió con el novio y con el hijo de ella. Ella dice que entró y me vio como un papel tirado en la cama, como que había vomitado porque ella dice que al lado había como un vómito, pero también entró como en *shock* de verme así [...] Me dijo “yo no podía creer lo que estaba viendo porque yo siempre te he visto como una mujer muy fuerte”. (EM4)

La búsqueda de sentido del acto se reporta como otra forma de reacción inicial, producto de la conmoción experimentada. Los participantes refieren que el momento del intento generó fuertes cuestionamientos alrededor de su accionar y percibieron en sus familiares confusión y angustia por lo sucedido: “La pregunta que siempre le hacen a uno cuando incurre en ese, en este error ¿por qué lo hiciste?” (EH2). “Todos en ese momento me preguntan ‘pero ¿por qué?’ y realmente yo no tengo una explicación, no sé qué decir” (EM4).

Además, hablan del miedo como una emoción transversal al proceso de afrontamiento inicial del intento, una vivencia del impacto emocional provocado por el acto suicida que genera temor y, al mismo tiempo, puede suscitar una respuesta empática por parte de los familiares cercanos:

Luego le dijo a mi papá que estaba ahí afuerita en la clínica, mi papá obviamente se asustó, porque no entendía, después... Pues, jamás, nunca me sentí como juzgada, nunca sentí como el regaño por lo que hice, más bien me decían que cuando me sintiera así que les dijera, que ellos me apoyaban. (EM1)

Rabia

No obstante, algunos participantes percibieron en sus familiares sensaciones de rabia o ira que se manifestaron en el momento mismo del acto suicida y que se mantuvo durante los días más recientes al intento. Lo describen como un reproche que, a diferencia de la búsqueda de sentido mencionada, tiene el objetivo de recriminar por el acto cometido y suele estar

asociado con una dinámica familiar que desde antes del intento ya se inscribía en un marco de problemáticas relacionales:

Ellas dijeron que estaban enojadas que porque eso no se hacía [...] Cuando yo salí de acá (de la casa), yo escuché, porque yo no perdí el conocimiento, y yo escuché cuando ellas dijeron que eso no se hacía, que demás que era que yo llamaba la atención. (EM3)

Cuando él volvió de Bogotá, él se quedó en el hospital y me dijo: “si no te contesto, si no te respondo un mensaje entonces te querés matar”. (EM5)

Evasión

En el relato de algunos participantes aparecen respuestas asociadas con la evitación, referidas a la evasión de la carga emocional producida por el evento estresor. Ello da cuenta del distanciamiento afectivo como la naturaleza común de estas relaciones familiares: “Mi hijo sí dijo que no quería hablar conmigo que por lo que había hecho” (EM3). También se ve manifestada en conductas que buscan desligar al paciente de la responsabilidad desencadenada por el intento:

Solo recuerdo que él vino y me puso dizque a vomitar, me dio un vaso de leche, me acostó y esperó que me durmiera. Cuando me desperté como a las dos de la mañana, no estaba, pues me dejó acostada y se fue, total. Empecé a llamar y llamar, hasta que me contestó, yo le dije “¿por qué te fuiste?”, me dijo: “no... quería pensar, dejarte que descansaras”. Y yo ya me desesperé. Me dijo: “mañana hablamos”. (EM5)

Búsqueda de apoyo

Por otro lado, en los relatos se identifican reacciones iniciales enfocadas en el despliegue de conductas de ayuda que intentan proveer seguridad y bienestar a quien comete el acto suicida. Dentro del rango de las acciones narradas por los participantes se encuentran los actos de apoyo que buscaron la comprensión de la situación, así como un intento de aliviar el dolor producido por el evento: “Yo siento que él lo tomó de una manera muy bonita... Y muy madura también, cero, no me la armó, no me juzgó ni nada, él llamó al toxicólogo, habló con él y él le dijo que lo mejor era que me llevara a la clínica” (EM1).

Así mismo, en los relatos se distinguen dos dimensiones del apoyo: en la primera dimensión, los participantes muestran haber sido ayudados de forma práctica, ya que las acciones de sus familiares intentaron solucionar aquello que en el momento no podían gestionar por sí mismos: “ellos lo único que hicieron fue tomar, pues, como la actitud de actuar lo más pronto posible para llevarme a un centro médico para lograr [...] afortunadamente hubo mucho que hacer” (EH2).

Algunos participantes perciben que esa ayuda fue suscitada más por una obligación que por un deseo real y genuino de querer auxiliarlos en el momento. Dichos participantes, en

general, suelen describir un ambiente de convivencia problemática antes y después de la hospitalización:

Yo no perdí el conocimiento, yo solo sentía mucho mareo, pero no. Sentí que mi hija fue la más afectada [...] ella llegó y ya, ella llamó a las tías para que me llevaran al médico. (EM3)

El que entre comillas me acompañaba porque le toca como adulto, porque era menor de edad, es mi papá. Es decir, le tocaba correr conmigo a urgencias, como él era paramédico, pues más de una vez casi me desangro porque me corté la mano. Una vez me tomé un límpido, también fueron pastillas, entonces casi siempre es mi papá. Mi papá es el que me ha llevado a todo. (EM2)

Una segunda dimensión del apoyo se enfoca en la ayuda de carácter emocional que recibieron los participantes cuando llevaron a cabo el acto suicida, al experimentar una actitud reconfortante en sus familiares, que les permitió sobrellevar de forma más apropiada el momento de tensión:

La verdad ese día, yo al que busqué fue a mi hermano. Como te conté, no había nadie en la casa; mi mamá estaba lejos, mi papá está trabajando y lo contacté, entonces él como que en ese momento como que me abrazó, lloró un momentico ahí conmigo [...] Y ya como que él me dijo como pues, a quién llamo, dime qué hago. (EM1)

Mi mamá no se quería despegar del lado. Mi mamá quería estar ahí. No se me despegaba un segundo, “le traigo un juguito”, me limpiaba, peinaba, me organizaba las cositas. Cuando se iba para la casa, me traía ropa, traía el cepillo para peinarme, el champú.... (EM5)

Persuasión vital

Otro elemento destacado fue la devolución verbal que algunos familiares hicieron al implicado, con la intención de persuadirlo sobre la visión de sus problemas y preservar en él el deseo de vivir: “me dijo: ‘piensa en P’ [hija], piensa en que hay muchas personas en esta familia que te queremos mucho, cierto, entonces por qué lo haces” (EM4).

El acto de comunicar el afecto y afirmar la presencia del sobreviviente emerge en una situación coyuntural que muestra la cercanía y el peligro del abismo. La vía para ello es convocar a la reacción. Hay un contexto situacional que le da otro tono a lo que se comunica, un tono que grita el afecto, para interrumpir el silencio que ambienta el peligro de muerte, convocando al sobreviviente a elevar la mirada a su horizonte relacional, donde aparecen los rostros de quienes le rodean:

Me dijo que por qué lo había hecho, que quién me había impulsado a hacerlo. Entonces le comenté lo que les dije a ustedes, pero me dijo “eso no es motivo para que lo hubieras hecho, todo tiene solución en esta vida y todavía tienes mucho por compartir, no compartiste conmigo mi niñez, mi infancia, ni mi adolescencia, pero ahora estoy contigo,

entonces... no me explico por qué lo hiciste, tienes mucho todavía por delante, por hacer y por cumplir”. Entonces, él en parte me hizo mucho reaccionar, de no volver, de no volver nunca a cometer este tipo de daño. (EH1)

Vigilancia

Finalmente, se identificaron conductas de monitoreo constante hacia quien presentó la conducta, sobre todo en el periodo de hospitalización. Se dispone como una forma de atender sus necesidades, pero también de cerciorarse de que no está intentando reincidir, asunto que es percibido en los participantes como incómodo y en ocasiones molesto:

Mi mamá estuvo todo el tiempo conmigo. Si mi mamá se iba a cambiar, entonces iba una amiga mientras mi mamá volvía, ella relevaba a mi mamá en las noches. (EM5)

Se alternaron porque siempre como eso fue, me parece que fue un viernes en la noche y me tenían que remitir al psicólogo en Samein. Eso se tardó hasta el lunes entonces se alternaron, pero en ningún momento estuve solo; de hecho, en la hospitalización estuvieron los 3 hijos. (EH2)

De esta manera, las reacciones iniciales se sustentan en emociones que pueden ser ambivalentes, pero que posibilitan tejer una serie de significados que se concretan en acciones precisas orientadas al cuidado de los sobrevivientes.

Estrategias de afrontamiento

Los relatos dan cuenta de los recursos utilizados por el grupo familiar conviviente para superar el estado agudo de la crisis desencadenada por el intento. La percepción de los sobrevivientes gira en torno a la búsqueda de apoyo y los comportamientos extremos, es decir, exceso de ayuda o total distanciamiento afectivo. A diferencia de las reacciones iniciales, las estrategias de afrontamiento se configuran como acciones o respuestas de las familias que perduran después de la hospitalización de sus familiares y que procuran algún grado de restablecimiento de la dinámica familiar.

Apoyo emocional familiar

Se traen a este apartado aquellas narrativas en torno al acompañamiento que los familiares brindaron luego del suceso. Una descripción de lo emocional como una vivencia significativa del “estar presente” para consolidar, a su vez, una estrategia práctica de apoyo como agente esencial en el afrontamiento del evento vital:

Mi familia iban, me recogían, me traían, me facilitaron mucho como que el volver a empezar. Y yo digo que, como que, si uno está solo, fácilmente a los tres días puede intentar porque, porque en realidad nada ha cambiado [...] Yo creo que para mí lo que más como que me ha impactado a mí, es como el acompañamiento, el no dejarme sola, o sea, no

dejarme sola ni física ni emocionalmente [...] yo creo que eso es lo que le agradezco a mi familia, que ellos han entendido los momentos en que los necesito y los momentos en que también me quiero alejar. (EM1)

Pues, no, ellos ya estaban más pendientes de mí y mucho más ahora que me separé de ellos... porque para separarme de ellos, no, muy difícil había que tener una fuerza mayor y lo que pasó este fin de semana, pues que ya si nos tocó separarnos, pero siempre están muy pendientes de mí. (EH1)

Búsqueda de apoyo externo

En otras circunstancias relatadas, la familia reconoció explícitamente que, aunque deseaban brindar apoyo y seguridad, reconocían la importancia de buscar ayuda profesional para complementar su apoyo. Expresaron que, además de su esfuerzo y voluntad, la situación requería conocimientos especializados para garantizar el bienestar y la seguridad de todos los involucrados:

Para mi mamá, yo sé que ella estaba muy en contacto con la psiquiatra y todo le preguntaba, todo era como muy pendiente de eso. (EM1)

... fueron 4 días de control en el hospital. Empecé a ir donde la psiquiatra, ella me dijo que también debía de solicitar al psicólogo. Perdí una cita con la psicóloga y no la volví a pedir, pero en este momento sí porque ya mi mamá hizo las vueltas y la volvió a pedir. (EM5)

Se evidencia un afrontamiento que no solo gira alrededor de los recursos internos del sistema familiar, sino también en la búsqueda de apoyo profesional, como herramienta para transitar un camino de fortalecimiento y esclarecimiento de la situación. Por lo tanto, el afrontamiento familiar no está dirigido solo a los recursos internos que posee la familia, sino que el acceso a los servicios de salud y la posibilidad de contar con la asesoría de profesionales expertos se constituye en un elemento esencial que nutre el afrontamiento de la familia. Por otro lado, las barreras frente a tratamientos posteriores del alta médica añaden una mayor carga de estrés al grupo familiar. Los participantes del estudio destacaron deficiencias en la cobertura y acceso a tratamientos de salud mental después del alta médica:

Después de que me dieron el alta, no me volvieron a llamar, hacer seguimiento, además pedir la cita con psicología... Mmm es un lío, muy difícil. (EM1)

Yo pedía citas con psicología y me decían que, en un mes, que, en dos, pero después las pasaban más allá, entonces no quise insistir. (EH1)

Vigilancia

En las entrevistas realizadas se observó también una tendencia por parte de las familias a usar la vigilancia, no solo como reacción inicial, sino como acción frecuente, a fin de estar en un acompañamiento constante a su pariente. Una estrategia dispuesta como mecanismo para reducir la incertidumbre de la familia respecto a los requerimientos de ayuda de quien tuvo el intento fue la de acciones de monitoreo y atención continuas, para confirmar durante el mayor tiempo posible que su familiar estaba seguro:

Eliminaron todos los medicamentos de la casa, hasta los medicamentos de mi mamá que es hipertensa, los guardaban y solo le daban a ella el medicamento diario, con temor de que yo volviera a recaer o hacer una cosa de esas... pero principalmente eso, muy pendientes de mí. (EH2)

Sí porque ya ese episodio de cierta manera generó una desconfianza muy grande que me incomodó, porque ya no me dejaban solo, ya no, yo les decía que quería ver una película o que quería dormir, que quería leer un libro y entonces querían que todo lo hiciera con las puertas abiertas y no, no soy un niño chiquito pues para que me estuvieran que estar supervigilando, además que yo ya tenía muy claro qué era lo que había hecho y qué era lo que no debería volver a hacer. (EH2)

Evasión

Adicionalmente, aparece en los relatos la indiferencia como recurso de afrontamiento presente en la familia, más en aquellos casos en los cuales no hay claridad de cómo abordar las secuelas emocionales que deja el suceso traumático. Así, la evasión se expresa a través del aplazamiento constante de conversaciones, reuniones o situaciones de comunicación sobre lo sucedido. Se silencia el dolor y cada uno intenta tramitarlo de manera individual, aunque el sufrimiento sea compartido:

Pero mi mamá me trae y me deja acá, pero nunca se sienta conmigo a hablar... Yo trato de entablarle una conversación y ella llora, entonces eso obviamente no me ayuda. (EM3)

Para todos es muy fácil, como lo dijo mi esposo, él no vino porque yo no estaba enferma, que yo lo había hecho porque yo lo quise hacer... bueno [...] No quiso hablar conmigo, nunca. (EM4)

Dinámica posterior

La dinámica posterior alude a aquellas acciones o estilos de relacionamiento que terminan instaurando una serie de acciones o respuestas emocionales que perduran en el tiempo y que pueden propiciar cierta reconfiguración familiar alrededor de sus interacciones y con su entorno social. En las entrevistas se describen cuatro acciones que se repiten en las familias de los entrevistados, denominadas como *persuasión vital*, *práctica de cuidado*, *apoyo* y *reacomodación de roles*, según su naturaleza relacional.

Persuasión vital

La persuasión vital, como dinámica familiar, muestra que hay un intento de la familia por generar anclajes vitales desde el afecto y apoyo al sobreviviente. En tal sentido, aparece una práctica de persuasión. Algunos miembros de la familia asumen un rol activo del lado motivacional, que no solo se asocia con una reacción inicial sino, incluso, reestructurante de las interacciones posteriores al intento de suicidio:

Eso cambió, cambió en el hecho de que ahora, él [refiriéndose al papá] es como muy, ¿cómo lo digo? Él trata de quitarme todo tipo de preocupación. Entonces, yo soy como “no, hay que hacer esto, tengo que comprar tal cosa”, y él es como “no te preocupes, la vida no es para preocuparse”, ya como que trata de mostrarme ese “todo tiene solución”, más que “todo es cuestión de actitud”. (EM1)

Aparece también como una manera de resignificar la relación que existía entre la familia y el miembro que intenta suicidarse, debido a que buscan dejar claro lo importante que es para ellos tener la certeza de que continúa con vida y que el sistema familiar permanece completo:

Mi mamá me llevó... Me recibieron mis hijos de crianza, mi sobrina, mis hermanas que estaban ahí... Estaban muy pendientes de mí cuando llegué a la casa, aunque a los días... Eh... Como los reclamamos, no reclamamos no, sino como consejos... Vuelvo y lo reitero: “Por qué lo había hecho, que, si yo no pensaba en mi hijo, en mi papá, en mi mamá”. (EH1)

Prácticas de cuidado

Las familias construyen un tejido del cuidado para trascender los simples diálogos alrededor de las conductas autolíticas, sin descuidar el objetivo de evitar que estas aparezcan nuevamente. Se presenta, en últimas, como una estrategia mantenida en el tiempo, que termina por configurar, en algunos casos, una dinámica de relacionamiento cotidiana, caracterizada por conductas protectoras, como preguntar por el estado anímico, estar pendiente de las necesidades, entre otras:

Con él [el hijo], desde que sucedió lo que me pasó, ha estado muy pendiente de mí... Desde ese momento, hubo un giro de 180 grados. Está pendiente, todos los días hablamos constantemente... No falta el día que no hablemos, lo que no se pudo haber hecho hace muchos años. (EH1)

Reacomodación de roles

A partir del intento suicida, el grado de libertad del implicado se reduce y la familia procura hacerse cargo de tareas básicas y complejas de la cotidianidad. La pérdida de la independencia fue el aspecto predominante, al relatar sobre los roles que se asumen en el hogar luego del evento. Los límites del sobreviviente respecto a su familia se desdibujan, hasta el punto que sus parientes procuran no solo proveerle un apoyo económico completo, sino que también

optan por efectuar tareas domésticas y reducir responsabilidades que, en ocasiones, puede suscitar una sensación de frustración ante su entorno:

Cuando usted vive solo le toca responder mucho pues, cuando vivía sola con P [hija], yo tenía que responder por todo, tanto económica como en la casa [...] Mi mamá eso no lo deja hacer porque yo trabajo toda la semana, entonces mi mamá prácticamente, ya el domingo no hay nada que hacer porque ella ya lo hizo todo. (EM4)

La molestia por la pasividad se incrementa a raíz de diferentes cambios que pueden, incluso, generar un retorno a la familia de origen. Se pierde autonomía en función de garantizar un escenario de mayor cuidado y que suele ser aceptada en el marco de las recomendaciones médicas: “Tuve que vivir con ellos, yo viví sola durante un año, con mi hijo, mi pareja y mis gatos, pero por el tema del corazón [problema de salud derivado del intento], tuve que vivir con ellos, por recomendación del médico” (EM2).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue identificar, desde el relato de los sobrevivientes de conductas autolíticas, su percepción acerca del afrontamiento y dinámica familiar tras el suceso. En esa lógica, el afrontamiento familiar puede rastrearse desde sus relatos siguiendo tres ejes: reacciones iniciales, estrategias de afrontamiento y dinámica familiar posterior. En primer lugar, el afrontamiento familiar inicial se ubica como vivencia inmediata posterior al evento vital, en el que se puede dar una discrepancia paradójica entre la experiencia emocional y conductual de los integrantes del hogar. En el estudio se describen reacciones emocionales de alta intensidad por parte de la familia que surgen como respuesta al estrés experimentado, y que es coherente con el clima emocional descrito en el estudio de Frey et al. (23), donde predominan sentimientos iniciales de culpa, frustración y hostilidad en los parientes cercanos.

Las reacciones emocionales en la familia son un eje inicial de tramitación del malestar y el estrés generado ante el episodio autolítico del integrante. Entonces, atender dichas emociones, implica validar los significados, preguntas e interrogantes que se derivan para el sobreviviente y la familia después de la conducta autolítica. A su vez, ello da paso al desarrollo de acciones puntuales que, en la mayoría de casos identificados, promueven esfuerzos por preservar la vida del afectado.

El apoyo práctico experimentado por los participantes amerita una mirada crítica, en términos del alcance que dichas acciones tuvieron en su experiencia vital, pues algunos estudios sugieren que el apoyo no siempre implica comportamientos protectores, sobre todo cuando están mediados por afectos relacionados con la angustia y la impotencia que llevan a conductas de hipervigilancia (18, 20, 24, 24).

Respecto a las estrategias de afrontamiento, las familias descritas en esta investigación comparten la búsqueda de apoyo profesional y de integrantes de su entorno familiar o social cercano, como recurso para sobrellevar el estresor y los afectos relacionados, tal como se expone en investigaciones previas, donde se muestra que el acompañamiento por parte de expertos es vital en el despliegue de estrategias adaptativas para el bienestar integral del paciente con intento de suicidio (25-27). También, recurrir a los círculos sociales cercanos para sobrellevar lo sucedido, de la mano de aquellas personas que se posicionan desde la confianza y la cooperación (19, 28).

El afrontamiento familiar implica una búsqueda de ayuda activa que se extiende hacia los servicios de salud. Este se ve afectado si las familias no perciben la ayuda profesional como un recurso disponible (16). En el presente estudio se observó que las personas que han pasado por intentos de suicidio y sus familias enfrentan obstáculos significativos para recibir una atención adecuada de salud mental tras el alta médica. En un contexto investigativo amplio, persisten distintas barreras de acceso en salud mental que incluyen la insuficiente disponibilidad de servicios especializados, la discontinuidad en el seguimiento del tratamiento y la falta de coordinación entre los distintos profesionales de salud. Estas deficiencias generan una situación de vulnerabilidad que dificulta la recuperación efectiva y aumentan el riesgo de recaídas; de ahí que se subraye la necesidad urgente de mejorar la infraestructura y la coordinación en la atención de salud mental (25,29-32). Lo anterior da cuenta de limitaciones importantes en aquellos servicios de salud que centran su esfuerzo en la atención inmediata e individual, pero que abandonan ejes de acción y diálogo orientados a la rehabilitación familiar, social y comunitaria de los pacientes.

En general, se encontró una dinámica familiar orientada al apoyo del sobreviviente, lo cual es respaldado en otras investigaciones y señala que las familias buscan implementar acciones que demuestran el apoyo a quien intentó suicidarse (15,17,23,33-36). Por otro lado, en menor medida, se encontraron algunos casos que van en la vía de lo reportado en estudios anteriores, donde se incrementaron los conflictos, aumentó la tensión en las relaciones familiares e, incluso, predominó el estrés familiar. Esto último está asociado con nuevas prácticas autolíticas y con el deterioro de la salud mental individual y familiar (19,22,36).

Frente a la reacomodación de roles, sobresale la vigilancia como acción de afrontamiento familiar, en la que se pueden presentar tensiones frente a la percepción de pérdida de independencia de los sobrevivientes. Algunos participantes de la investigación describieron este reajuste de forma ambivalente: en lo positivo, han recuperado interacciones familiares importantes; pero, a su vez, la experiencia de asumir nuevos roles es agobiante, ya que nuevamente se subordinan a su familia de origen. Un par de investigaciones reseñaron que, luego del intento, los familiares debían realizar funciones que antes no llevaban a cabo, como cuidar al sobreviviente o asumir nuevos roles frente a los cuales no estaban acostumbrados (16,18).

El afrontamiento familiar ante el intento de suicidio es un fenómeno que varía entre las respuestas emocionales, subjetivas, comportamentales y sociales que se dan antes del suceso, durante su vivencia y como resultado evidenciado en las interacciones posteriores. Su comprensión se enmarca, o bien en el reconocimiento de la propia familia como agente protector y con recursos disponibles para el reajuste sistémico, o bien puede comportarse como un entorno hostil que incrementa los factores de riesgo en salud mental.

Es importante la indagación de la dinámica familiar previa a un intento de suicidio, ya que el entorno donde se encuentra la persona ofrece un panorama importante para situar el fenómeno, en el marco de tejidos relacionales y biográficos. Por otro lado, el presente estudio aporta a la comprensión de trayectorias establecidas en la dinámica familiar posterior al evento, lo cual puede dar paso a los expertos en salud mental a plantear acciones de prevención y de intervención temprana, para facilitar que la familia, con el apoyo de la entidad o institución prestadora de salud, reconozca y ponga en funcionamiento una serie de estrategias enfocadas en el afrontamiento y la prevención de nuevas conductas autolíticas.

La dificultad en el acceso a los servicios de salud mental luego de que se da el alta médica posterior a un intento de suicidio es un reto para los sistemas de salud. Las familias y los pacientes que se enfrentan a estos casos requieren una atención apropiada y continuada, ya que la falta de seguimiento o calidad en la atención aumentan el riesgo de una reincidencia. Así mismo, se recalca la necesidad, en el contexto de salud, de contar con un protocolo de seguimiento para pacientes hospitalizados por intento de suicidio, para que, posterior al alta médica, las familias reconozcan el acompañamiento profesional y aprendan a desarrollar mecanismos de superación de la crisis de acuerdo con su dinámica relacional.

Limitaciones del estudio

La complejidad para contactar a personas dispuestas a participar del estudio hizo que la muestra no pudiera ser más amplia y que la comprensión de la dinámica familiar, así como de las estrategias de afrontamiento, se analizaran desde la percepción del protagonista del intento. Ello no permitió la generalización de resultados; sin embargo, estructuró la base para que futuras investigaciones tengan en cuenta de forma directa la narrativa de los familiares y contribuyan a una mejor comprensión fenomenológica de los efectos generados dentro del sistema familiar.

Al enfocarnos en un grupo limitado de pacientes que recibieron atención hospitalaria en un contexto particular, los hallazgos no son representativos de todas las experiencias familiares que se presentan en otros contextos.

Financiamiento

El estudio se realizó con recursos propios de los investigadores.

Contribución de los autores

Todos los autores nombrados hicieron parte activa del estudio; para esto se detallan funciones dentro del proceso:

Cristian Correa Ramírez, investigador principal: planteamiento del problema, construcción de la metodología, participación en la realización de las entrevistas, su análisis y la construcción narrativa de los resultados y la discusión. Enlace con el Comité de Ética y la Clínica Bolivariana.

Karina Andrea Martínez Pérez, coinvestigadora: contacto inicial con la población, búsqueda de antecedentes investigativos, participación en la construcción de la entrevista semiestructurada, trabajo de campo, realización de las transcripciones, participación en el análisis de resultados y la discusión.

Daniel Marulanda Saldarriaga, coinvestigador: búsqueda de antecedentes investigativos, participación en la construcción de la entrevista semiestructurada, trabajo de campo, realización de las transcripciones, participación en el análisis de resultados y en la discusión.

Yojan Steven Vélez Martínez, coinvestigador: búsqueda de antecedentes investigativos, participación en la construcción de la entrevista semiestructurada, trabajo de campo, realización de las transcripciones, sistematización de datos sociodemográficos, participación en el análisis de resultados.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington; 2014.
2. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Boletín de salud mental, conducta suicida. Bogotá; 2017.

3. Figueroa G. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Seventh edition [comentario]. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2002;40(3):279-81. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000300011>
4. Valladolid MN. Suicidio. Rev Peru Epidemiol. 2011;15(2):1-5.
5. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry. 2007;164(7):1035-43. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
6. Interian A, Chesin M, Kline A, Miller R, St Hill L, Latorre M, et al. Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to classify suicidal behaviors. Arch Suicide Res. 2018;22(2):278-94. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334610>
7. Gómez EO, Villa Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Justicia Juris. 2014;10(1):11-20.
8. Lazarus RS, Miyaer MV, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Madrid: Martínez Roca; 1986.
9. Macías MA, Orozco CAM, Amarís MV, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicol Caribe. 2013;30(1):123-45.
10. McCubbin H, Thompson A, McCubbin M. Family assessment: resiliency, coping and adaptation: inventories for research and practice. Wisconsin: University of Wisconsin; 1996.
11. Agudelo ME. Descripción de la dinámica interna de las familias monoparentales, simultáneas, extendidas y compuestas del municipio de Medellín, vinculadas al proyecto de prevención temprana de la agresión. Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 2005;3(1):153-79.
12. Vargas Jaimes C, Villafañá Montiel LG, Moysén Chimal A, Eguluz Romo LL. Estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar en padres de hijos con intento suicida. Enseñ Invest Psicol. 2019;1(2):231-43.
13. Greene-Palmer FN, Wagner BM, Neely LL, Cox DW, Kochanski KM, Perera KU, et al. How parental reactions change in response to adolescent suicide attempt. Arch Suicide Res. 2015;19(4):414-21. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1094367>
14. Vargas-Jaimes C, Villafañá-Montiel G, Moysén-Chimal L, Eguluz L. Perfil de padres con un hijo con tentativa suicida: indicadores afectivos y conductuales. Investig Cienc Univ Autón Aguascalientes. 2019;27(78):64-73.
15. Aiken CS, Wagner BM, Benjamin Hinnant J. Observed interactions in families of adolescent suicide attempters. Suicide Life Threat Beha. 2019;49(1):104-19. <https://doi.org/10.1111/sltb.12423>
16. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Arensman E. How do people experience a family member's high-risk self-harm? An interpretative phenomenological analysis. Arch Suicide Res. 2020;24(1):280-302. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1574248>
17. Sun F-K, Long A, Boore J. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. J Clin Nurs. 2007;16(2):255-63. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01479.x>
18. Marulanda Toro NX, Román Buitrago LM, Arbeláez Rojas MC. ¿Qué pasa con el sujeto y su familia después de un intento de suicidio? Rev Univ Catol Oriente. 2011;24(31).

19. McLaughlin C, McGowan I, O'Neill S, Kernohan G. The burden of living with and caring for a suicidal family member. *J Ment Health*. 2014;23(5):236-40. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.928402>
20. Broncano-Rivera K, Contreras-Pizarro CH, Valle R. Noticias de suicidio en canales de televisión peruanos: evaluación del cumplimiento de las recomendaciones de la OMS para su notificación. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2023;40(3):307-16. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.403.12776>
21. Sassenfeld A, Moncada L. Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Rev Psicol*. 2006;15(1):91.
22. Tobón J, Correa C. Psicología clínica una perspectiva humanista [internet]. Medellín: Fondo Editorial María Cano; 2022. Disponible en: https://www.fumc.edu.co/documentos/elibros/psicologia_clinica_una_perspectiva_humanista_.pdf
23. Frey LM, Hans JD, Cerel J. An interpretive phenomenological inquiry of family and friend reactions to suicide disclosure. *J Marital Fam Ther*. 2017;43(1):159-72. <https://doi.org/10.1111/jmft.12180>
24. Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *J Adv Nurs*. 2014;70(4):823-32. <https://doi.org/10.1111/jan.12243>
25. Castelli Dransart DA, Guerry S. Help-seeking in suicidal situations: Paramount and yet challenging. Interactions between significant others of suicidal persons and health care providers. *J Clin Med*. 2017;6(2):17. <https://doi.org/10.3390/jcm6020017>
26. McLaughlin C, McGowan I, Kernohan G, O'Neill S. The unmet support needs of family members caring for a suicidal person. *J Ment Health*. 2016;25(3):212-6. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101421>
27. Sellin L, Kumlin T, Wallsten T, Wiklund Gustin L. Caring for the suicidal person: a Delphi study of what characterizes a recovery-oriented caring approach. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(6):1756-66. <https://doi.org/10.1111/inm.12481>
28. Asare-Doku W, Osafo J, Akotia CS. The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1336-9>
29. Staudt M, Massengale K. Parents involved with child welfare: their perceptions of mental health services. *Social Work Mental Health*. 2014 Oct 30;13(4):336-48. <https://doi.org/10.1080/15332985.2014.936544>
30. Iskra W, Deane FP, Wahlin T, Davis EL. Parental perceptions of barriers to mental health services for young people. *Early Interv Psychiatry*. 2015 Oct 20;12(2):125-34. <https://doi.org/10.1111/eip.12281>
31. Paton K, Gillam L, Warren H, Mulraney M, Coghill D, Efron D, et al. Clinicians' perceptions of the Australian Paediatric Mental Health Service System: problems and solutions. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021 Jan 18;55(5):494-505. <https://doi.org/10.1177/0004867420984242>
32. Van NHN, Thi Khanh Huyen N, Hue MT, Luong NT, Quoc Thanh P, Duc DM, et al. Perceived barriers to mental health services among the elderly in the rural of Vietnam: a cross sectional survey in 2019. *Health Serv Insights*. 2021 Jan; 14:117. <https://doi.org/10.1177/11786329211026035>

33. Bouwman R, de Graaff B, de Beurs D, van de Bovenkamp H, Leistikow I, Friele R. Involving patients and families in the analysis of suicides, suicide attempts, and other sentinel events in mental healthcare: a qualitative study in the Netherlands. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):110. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061104>
34. Ngwane VE, van der Wath AE. The psychosocial needs of parents of adolescents who attempt suicide. *J Psychol Afr*. 2019;29(4):375-82. <https://doi.org/10.1080/14330237.2019.1647494>
35. Cornejo-Guerra N. Conductas autolíticas suicidas y no suicidas en víctimas de violencia sexual infantil. *Apunt Psicol*. 2023;42(1):41-8. <https://doi.org/10.55414/ap.v42i1.1542>
36. Ardila Osorio S, González Durango M. Comportamiento suicida: subjetividades en la dinámica interna familia. *Rev Latinoam Est Fam*. 2020;12(1):82-101. <https://doi.org/10.17151/rlef.2020.12.1.6>