

**AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE
SUICIDIO EN UN COLEGIO DE MEDELLÍN EN 2017: LA PERSPECTIVA DE
LOS PADRES E HIJOS**

ELSA VICTORIA JIMÉNEZ VALDÉS

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA
MEDELLIN**

2018

**AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE
SUICIDIO EN UN COLEGIO DE MEDELLÍN EN 2017: LA PERSPECTIVA DE
LOS PADRES E HIJOS**

ELSA VICTORIA JIMÉNEZ VALDÉS

Monografía para optar al título de Magister en Terapia Familiar Sistémica

Directora temática

MARÍA CLARA VÉLEZ ÁNGEL

Magister En Terapia Familiar Sistémica

Asesora Metodológica

MARÍA EUMELIA GALEANO MARÍN

Magíster en Administración Educativa

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

MAESTRIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

MEDELLIN

2018

31 de Marzo 2018

Elsa Victoria Jiménez Valdés

“Declaro que esta tesis (o trabajo de grado) no ha sido presentada para optar a un título, ya sea en igual forma o con variaciones, en esta o cualquier otra universidad” Art 82 Régimen Discente de Formación Avanzada.



A la memoria de mi madre, que supo entender el significado de la palabra familia y amor.

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Medellín, 31 de Marzo de 2018

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
1.1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	115
1.1.2 Estudios realizados sobre suicidio y familia.....	115
2. JUSTIFICACIÓN.....	204
3. OBJETIVOS.....	226
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	226
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	226
4- REFERENTES CONCEPTUALES.....	237
4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	237
4.1.1 El suicidio en la Edad Antigua (3.500 a.c – 476 d.c).....	237
4.1.2. El suicidio en la Edad Media (476 d.c – 1.453).....	250
4.1.3. El suicidio en la Edad Moderna y Contemporánea (1.453 – 1.789 - Actualidad).....	260
4.2.1 La adolescencia.....	271
4.2.2 Ideación suicida.....	293
4.2.3 Intento de suicidio.....	293
4.2.4 Suicidio y etapas.....	304

4.2.5	La Familia.....	326
4.2.6	Dinámica familiar.	337
4.2.6	Ciclo Vital.	348
4.2.7	Crisis familiares.....	35
4.2.9	Funcionamiento Familiar.	360
4.2.10	Recursos Familiares.	371
4.2.11	Cohesión.....	371
4.2.12	Adaptabilidad.	371
4.2.13.	Afrontamiento Familiar.	371
5.	DISEÑO METODOLÓGICO	415
5.1	MEMORIA METODOLÓGICA.....	437
5.2	TÉCNICA DE REGISTRO, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	448
5.3.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	460
6.	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	482
6.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	482
6.2	CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ENTREVISTADAS	482
6.3	DESCRIPCIÓN RESULTADOS POR CATEGORIAS DE ANÁLISIS	515
6.4	CATEGORIAS DE PRIMER ORDEN	515

6.4.1 Afrontamiento familiar después del intento de suicidio.	515
6.5 CATEGORIAS DE SEGUNDO ORDEN.....	626
6.5.1 Relación padres- hijos.....	626
6.6 ASPECTOS QUE MODERAN EL IMPACTO DEL INTENTO DE SUICIDIO EN LA FAMILIA.....	682
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	715
7.1 COMUNICACIÓN, AFECTIVIDAD Y LÍMITES	726
7.2 FACILITANDO EL CAMBIO: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVAS.....	748
7.4 LINEAMIENTOS PARA LA TERAPIA FAMILIAR A ADOLESCENTES QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE.....	860
<u>8. CONCLUSIONES</u>	¡Error! Marcador no definido.2
9. LIMITACIONES	904
10. REFERENCIAS.....	915
11. ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.3
ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA FAMILIA	993
ANEXO B. GUÍA DE ENTREVISTA PRELIMINAR HIJOS	1048
ANEXO C. GUÍA DE ENTREVISTA PRELIMINAR PADRES.....	1082

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Familiograma familia 1	63.
Figura 2. Familiograma familia 2	63
Figura 3. Familiograma familia 3	64
Figura 4. Afrontamiento que facilita la adaptación.....	5665
Figura 5. Afrontamiento que dificulta la adaptación	70
Figura 6. Relación padres- hijos.....	6876

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características de las familias entrevistadas	64
--	----

RESUMEN

La presente investigación se planteó con el objetivo general de describir la perspectiva de los padres e hijos, las estrategias de afrontamiento familiar que facilitan o dificultan el proceso de adaptación en la familia, posterior a un intento de suicidio realizado por hijos en etapa de la adolescencia.

Se eligió el método cualitativo, con enfoque hermenéutico de tipo descriptivo y se hizo vital un acercamiento a las familias y a sus historias de vida. Los criterios de inclusión para la selección de los participantes fueron: ser adolescente entre 13 y 17 años, que estudiarán en un colegio de Medellín; haber tenido un intento de suicidio realizado entre uno y seis meses antes de la entrevista y que convivieran con al menos uno de sus padres. En la investigación participaron tres adolescentes y sus madres. Se llevaron a cabo entrevistas a profundidad con unas guías previas de preguntas, aplicadas tanto a padres como a hijos, de manera individual. Las preguntas hicieron posible que las participantes explicaran sus miedos, aprendizajes e historias para dar cuenta de su experiencia. El análisis de la información obtenida permitió conocer como ambas partes, afrontaron el hecho.

En general, las estrategias de afrontamiento que actuaron como factor de protección para adaptarse a la experiencia de tener un hijo con un intento de suicidio fueron: amor mutuo, resiliencia, espiritualidad y religiosidad, soporte afectivo, apoyo sanitario y resignificación. Por el contrario, la negación del hecho, la comunicación del suceso, el tabú y la culpa, la Ansiedad Anticipatoria, el soporte familiar inconsistente, la ausencia de soporte de salud y poner el bienestar de los hijos, por encima del bienestar de los padres; fueron las estrategias de afrontamiento que no facilitaron el proceso de adaptación después del intento de suicidio. Por último, cabe destacar que la Terapia de Familia puede ser un espacio de ayuda que permite realizar aprendizajes y contribuye a que las familias puedan resignificar esta experiencia.

Palabras clave: Familia, intento de suicidio, adolescencia, afrontamiento.

ABSTRACT

The current research is aimed at describing from the perspective of the parents, the coping mechanisms that facilitate or obstruct the adaptation process inside the family of teenage kids that have attempted suicide before.

A qualitative method has been chosen, with phenomenological approach of the descriptive type; besides this, a closer look to the families and their stories became vital. The inclusion criterion for selecting the participants were: Being adolescent between 13 and 17 years old, studying in a high school institution in Medellin, having attempted suicide between one and six months prior the interview, and to live together with at least one parent. In the research three teenagers with their mothers participated. In-depth interviews with previously prepared sets of questions were applied individually to parents as well as to children. The questions allowed participants to explain their fears, learning and stories to report their experience.

Analyzing the information gave a light on how both parties faced the fact.

In general, the coping strategies that aided protection factors to adapt to the experience of having a child with an attempt of suicide were: mutual love, resilience, spirituality and religiosity, affective support, health support and reassigning meaning. On the opposite, negation of the fact, communication of the situation, taboo and guilt, posttraumatic stress, inconsistent family reinforcement, the absence of health support and placing children's wellbeing on top of parent's wellbeing were coping strategies that made the adaptation process after the attempt difficult. Lastly, it is worth highlighting that Family Therapy can offer a helping place to generate learning and it allows the families to give these experiences new meaning.

Key words: Family, suicide attempt, adolescence, coping

INTRODUCCIÓN

El suicidio según Durkheim, se define como todo caso de muerte que es llevado a cabo por la propia víctima y que se presenta como resultado bien sea directo o indirecto, de un acto que puede ser positivo o negativo, pero en el que la víctima conoce de antemano que se producirá dicha consecuencia (Durkheim, 1965).

El suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial, en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años. Se estima que para el año 2020 alcanzará 1,5 millones de víctimas. Puesto que detrás de cada suicidio hay muchas más tentativas, se considera un intento de suicidio no consumado, como el factor de riesgo individual más importante (OMS, 2016). Si bien Medellín se caracteriza por tener programas de acción y prevención respecto al suicidio (Alcaldía de Medellín, 2015), esta situación gana relevancia de manera particular en la población adolescente. En el caso de las instituciones educativas, especialmente a nivel de colegios, la ideación suicida es cada vez más frecuente; como lo demuestran estudios realizados.

Entre quienes han elaborado trabajos para medir la ideación suicida se encuentra el realizado por los grupos de investigación en familia de la facultad de trabajo social y la escuela de ciencias sociales de la Universidad Pontificia Bolivariana UPB y de salud mental de la universidad CES (Estrada A et al., 2009), quienes aplicaron un instrumento a 1906 estudiantes de grado quinto a undécimo en colegios para medir la escala de depresión e ideación suicida; llama la atención que el 10,2% siente que no lo quiere nadie, el 14, 5% que casi siempre tiene ganas de llorar, el 7,1% casi siempre se quiere morir. Si se observa los resultados de la investigación realizada por Paniagua S, González P, & Rueda R (2014), quienes realizaron un estudio aleatorio con una población de 604 estudiantes en una institución de Medellín, en donde se encontró que la prevalencia a la orientación hacia el suicidio fue de el 11,3%, destacándose en el nivel de riesgo medio y alto con un 50,3%. Para ellos la

orientación suicida, es el primer paso a la ideación suicida, la cual se relaciona con pensamientos tales como que la desesperanza, el sentirse y pensarse como poco útil en la vida, que no le importa a su familia y que sería mejor morir, cuando se dan este tipo de pensamientos de desesperanza, unidos al dolor y a la desconexión con la vida, o lo que existe alrededor (Klonky 2016) pueden llevar a intentos de suicidio y posiblemente a suicidios consumados. Estudios sobre el tema muestran de manera preocupante que las situaciones depresivas en los adolescentes pueden desencadenar situaciones de riesgo o de autolesiones que pueden conducir a suicidio (Paniagua S et al, 2014) y aunque en la mayoría de casos no se materializa, empiezan a aparecer como factores comunes, la familia, el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos psiquiátricos y la identidad sexual, entre otros (entrevistas propias).

En los rastreos realizados a cerca de cómo la familia afronta un intento de suicidio se ha encontrado que son menos los estudios, en relación con las necesidades de los padres con hijos que han tenido un intento de suicidio (Kendal T, 2016). Los estudios que muestran cómo afronta la familia el intento suicida, la mayoría se han enfocado a resolver preguntas de investigación sobre prevalencia, grupos etarios, factores de riesgo y factores protectores (Campo et al., 2003; Estrada A et al., 2009; Marulanda Toro, Román Buitrago, & Arbeláez Rojas, 2011; Paniagua S et al., 2014; Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago, & Ayala-Aguilera, 2007).

Entre las fuentes consultadas para esta investigación se encuentran: Medline, Mendeley, Dialnet, Science Direct, PubMed, psychology and Behavioral collection, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Consulta a expertos.

Esta investigación aborda las estrategias de afrontamiento familiar posterior a un intento de suicidio que han favorecido o dificultado la adaptación. En la primera parte del texto se presenta el planteamiento del problema, se soportan los antecedentes investigativos y los objetivos del estudio. A continuación, se encuentra el referente

conceptual explicado desde los antecedentes históricos e investigativos de la conducta suicida y algunos referentes sobre adolescencia, Conducta suicida, ideación suicida, intento de suicidio, suicidio consumado, daño a sí mismo no suicida, self-harm, parasuicidio, etapas, familia, ciclo vital y afrontamiento familiar, dinámica familiar. En la metodología se describen los criterios tenidos en cuenta para la selección de los participantes y las actividades realizadas para la obtención de la información. Posteriormente, se analizan los resultados de las entrevistas; se contrastan con los hallazgos de otros estudios y se identifican los factores que favorecen y dificultan el afrontamiento familiar; así como las categorías de segundo orden que constituyen el reflejo de las dinámicas familiares. Por último, se proponen lineamientos para la terapia familiar con adolescentes que han tenido un intento de suicidio y se dan las conclusiones de la investigación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta suicida se define como: “la preocupación, intento u acto de quien intencionalmente busca causarse daño”. Se puede entender como un espectro que abarca ideas y deseos suicidas (ideación suicida), sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) y los suicidios consumados o completados (Cañón Buitrago, 2011, p.63).

La conducta suicida, se concibe como una perspectiva multidimensional, en la que interaccionan de manera compleja factores ambientales, sociológicos, psicológicos, biológicos y genéticos, cada factor es específico de las diferentes sociedades o grupos, sin embargo la mayoría de estos han mostrado ser constantes en las diferentes regiones del mundo (Alcaldía de Medellín, 2015).

Se encuentra que en los adolescentes y jóvenes la conducta suicida se haya asociada a lo que se ha denominado “ausencia de futuro”, comprendida como la imposibilidad de realizar planes y proyectos, lo que se expresa en desesperanza, apatía, soledad y el aislamiento, lo cual puede llevar a intentos de suicidio y suicidios (Dirección de Salud Pública citado en Blanco, 2006).

Según Durkheim (1965), *el suicidio* es todo caso de muerte que es llevado a cabo por la propia víctima y se presenta como resultado bien sea directo o indirecto, de un acto que puede ser positivo o negativo, pero en el que la víctima conoce de antemano que se producirá dicha consecuencia, puede presentar un proceso mental previo al que se denomina *ideación suicida* donde se presentan *pensamientos inconscientes* sobre la muerte auto-ocasionada (*Ideas de suicidio*), las formas en que se quisiera alcanzar y todo lo que rodea la situación misma de morir, como objetos, circunstancias y condiciones que la acompañan. Estos pensamientos de muerte *se repiten de forma constante e invaden la mente* (Eguiluz, 2003).

Klonsky (2015) habla de la teoría del suicidio de los tres pasos (3ST). La cual está constituida así:

La primera: El desarrollo de la ideación suicida: esta comienza con el *dolor*, el cual puede ser físico o psicológico y lleva a una reducción en el deseo de vivir; sin embargo el dolor por sí solo no lleva a tener una ideación suicida, el punto de inflexión para que haya una ideación suicida está en la *desesperanza*; siendo la combinación de ambas la que la produce. Cuando se unen la “miseria emocional” o el dolor y el “sentimiento de desesperanza sobre el futuro”, el resultado más comúnmente observado es *la ideación suicida*, esta concepción hace la salvedad que si una persona siente dolor, pero tiene esperanza, favorecerá la vida. Igualmente si alguien vive sin dolor pero se encuentra desesperanzado no tendrá ideas suicidas (Klonsky, May, & Saffer, 2016).

Segundo: Comportamiento suicida potencialmente letal: aparece el concepto de *Conexión*, relacionado con otra persona, con un proyecto, un propósito, o cualquier motivación que haga que se apueste por la vida. Cuando esta conectividad es mayor que el dolor, la ideación suicida es baja, sin embargo si hay desconexión, la ideación suicida aumenta. El papel principal de la conexión es proteger frente a la idea de muerte.

Tercero: Progresión desde la concepción a los intentos: No todas las personas con ideación suicida, tienen intentos de suicidio. Joiner, (citado en Klonsky et al., 2016) propone que un poderoso protector frente a la ideación suicida es el miedo a la muerte, a pesar de que haya tenido un inmenso deseo de morir. Solo se puede realizar un intento de suicidio si se pierde este miedo.

Por otro lado la 3ST propone tres categorías de variables que contribuyen a que se materialice el suicidio: *Variables de Disposición* (con las que se nace, mayor o

menor sensibilidad al dolor); *Variables Adquiridas* (habitación a las experiencias asociadas al dolor, con el tiempo una mayor capacidad de intento de suicidio); *Variables prácticas* (factores que hagan más realizable el intento de suicidio, debido al fácil acceso a los medios: armas de fuego, pastillas, medios letales).

Estos tres factores contribuyen a un intento de suicidio y los individuos con una fuerte ideación suicida solo tendrán intentos de suicidio si tienen la capacidad para hacerlo (Klonsky et al., 2016).

El intento de suicidio, corresponde a la acción auto-infligida que tiene el propósito de generarse un daño potencialmente letal (OMS, 2014). Según la OMS (2016a), detrás de cada suicidio hay muchas más tentativas cada año, así que el intento de suicidio no consumado, se considera uno de los riesgos más importantes para mantener salud física y mental en una persona.

Aunque se cuenta con estadísticas de suicidio a nivel mundial, se estima que los datos en general son insuficientes, pues muchos casos no se registran al tratarse de un tema tabú, que genera vergüenza a la familia, por los estigmas que trae consigo.(Eguiluz Romo, 2011).

Dentro de estas definiciones, es importante nombrar el daño a sí mismo no suicida o daño auto infligido, estos actos son voluntarios y deliberados para provocarse dolor, también tienen que ver con los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio, estos hechos son realizados por el sujeto sin la intención de morir” (Pérez Barrero & García Ramos, 2008, p.38). Este se relaciona con la conducta parasuicida, término que es utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida. Casullo, afirma que los parasuicidios incluyen varias conductas que van desde gestos e intentos manipuladores, hasta intentos fallidos de terminar con la propia vida, igual que en los daños auto infligidos, se hacen de manera deliberada, no tienen un final fatal, pero que provocan daños

en el propio sujeto que los realiza (Blanco, 2006). El *Self-harm*, se define como autolesión intencionada. En inglés, “deliberate self harm” (shd). Nombre que sirve para designar el intento de suicidio (Pérez Barrero & García Ramos, 2008, p.36). Y por último el *Suicidio consumado*, en el cual hay un Intento de suicidio con resultado de muerte. Es decir, el suicida ha conseguido quitarse la vida como deseaba hacer. Dentro del glosario Suicidológico hay una gran cantidad de definiciones sin embargo para esta investigación estos son los términos más relevantes.

En esta misma línea, se puede observar como el suicidio u intento de suicidio es un problema de salud pública, que impacta la vida de las familias y la sociedad en general. (Alcaldía de Medellín, 2015). Se trata de un fenómeno multicausal, en el que convergen situaciones relacionadas con lo físico, psicológico, familiar, social y espiritual; por su prevalencia, y por tratarse de una conducta que puede prevenirse, es necesario conocer sus factores de riesgo, factores protectores y emprender acciones que disminuyan su frecuencia y amortigüen las consecuencias que se hayan generado a partir de dicha conducta.

En el mundo, según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es la segunda causa de muerte en edades entre los 15 y los 29 años y las cifras aumentan de manera preocupante a través del tiempo, pues se estima que para el 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes. No obstante, detrás de cada suicidio, hay muchas más tentativas cada año, lo que hace que se considere un intento de suicidio no consumado, como el factor individual de riesgo más importante (OMS, 2016a). Por otro lado, la tasa de jóvenes que se suicidan va en aumento y por eso hoy, en un tercio de los países del mundo, se considera éste como el grupo de mayor riesgo.(Alcaldía de Medellín & Universidad CES, 2012).

En Colombia un estudio realizado en el año 2002, mostró una prevalencia del intento de suicidio del 1,2% (Gómez-Restrepo et al., 2002). De igual manera se ha señalado que la población con mayor riesgo de intento de suicidio en nuestro país,

está en un rango de edad entre 16 a 21 años y es importante anotar que se reportan también casos de niños menores de 14 años (Campo et al., 2003) (Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago, & Ayala-Aguilera, 2007). En el 2014 se registraron 1.453 muertes por suicidio y de estos, 232 fueron por adolescentes entre 10 a 19 años (Instituto Nacional de medicina legal y ciencias forenses, 2014).

En Medellín las cifras no son más alentadoras; según el informe realizado por Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en el cuarto periodo del 2018 ha habido 704 intentos de suicidio, es decir 44 por semana epidemiológica. Al evaluar el grupo de edad, los niños, adolescentes y jóvenes reúnen el 70,4 % (menores de 19 años) y de estos, el 17,1% son niños de 10 a 14 años. Además se puede observar que hay un mayor reporte de casos entre mujeres de 15 a 19 años, y en cambio, en los hombres, el grupo es de 20 a 24 años (Secretaría de Salud de Medellín, 2018) .

Entre los principales factores de riesgo que llevan al intento de suicidio están los trastornos psiquiátricos (depresión, psicosis, Trastorno afectivo bipolar); abuso de alcohol y/o sustancias psicoactivas, ser diagnosticado con enfermedades crónicas, especialmente aquellas cuyo síntoma prevalente es el dolor; casos de suicidio en la familia (con su correlato genético y social); tener acceso a medios para cometer el suicidio; pérdida de seres queridos; haber sido víctima de abuso físico o sexual en la niñez y los problemas económicos, familiares, laborales (OMS, 2014).

Si bien, Medellín se caracteriza por tener programas como: *Línea 123 mujer, unidad de Víctimas, Servicios Amigables de Adolescentes y Jóvenes, Escuela Entorno Protector*, entre otros; que son de acción y prevención respecto al suicidio (Alcaldía de Medellín, 2015; Secretaría de Salud de Medellín, 2017) , esta situación gana relevancia de manera particular en la población adolescente. Para el caso de las instituciones educativas, en especial a nivel de colegios, la ideación suicida es cada vez más frecuente y si bien en la mayoría de casos no se materializa,

empiezan a aparecer como factores de riesgo comunes, la familia, el consumo de sustancias psicoactivas, los trastornos psiquiátricos y la identidad sexual, entre otros (entrevistas propias).

Dentro de la interacción que se da en las familias existen algunas pautas que se transfieren entre generaciones de manera consiente e inconsciente, permitiendo que algunos patrones negativos de ese funcionamiento se aprendan y se perpetúen, convirtiéndose en factores de riesgo fundamentales para la conducta suicida, entre los cuales están: la falta de normas, falta de comunicación, peleas constantes, agresiones físicas o psicológicas, familias desestructuradas por falta de alguno de los padres o de ambos, sensación de rechazo, etc. (Guibert Reyes & Torres Miranda, 2001).

También dentro de la familia se encuentran factores de protección como lo son: la comunicación constante y abierta con los padres, compartir actividades de manera frecuente, expresión emocional fluida, así mismo, la comunicación satisfactoria entre los padres permite que se ejerza el poder de manera compartida, convirtiéndose en una manera de salvaguardar a los jóvenes, frente a factores de riesgo que se dan en la adolescencia (Valdés et al., 1997).

La familia es un sistema de interrelación que media entre el individuo y la sociedad (Torres Velázquez, Ortega Silva, Garrido Garduño, & Reyes Luna, 2008), con una función preponderante en el establecimiento de la conducta de los seres humanos (González-forteza, Jiménez, Garfias, & García, 2009), por lo que los estudios señalan que en la estructura suicida puede afectar tanto el ciclo vital individual (primordialmente las primeras etapas del desarrollo), como el contexto familiar, especialmente la estructura y el tipo de relaciones que se establecen al interior de la familia. (Chávez Hernández et al., 2005).

En conclusión, una serie de características y dinámicas de las familias, pueden constituir factores de riesgo y protección frente a la conducta suicida.

Es importante resaltar que el intento suicida en una familia, tiene un impacto que puede ser inicialmente negativo; por un lado, por el temor a la pérdida de un miembro en la familia, y por otro, por los cuestionamientos alrededor de los valores, creencias y la necesidad de encontrar responsables de una conducta donde la persona se hace daño a sí misma. Según Watzlawick citado por (Arcila Sierra, 2003, p.231) “ la percepción que a menudo tiene la familia del problema contribuye a mantenerlo”. Para White “las personas durante la intervención terapéutica van adquiriendo una nueva capacidad de intervenir en su mundo (Citado en Arcila Sierra, 2003, p.231). Posteriormente, la experiencia puede convertirse en una oportunidad, haciendo cambios para adaptarse o transformarse y lograr un equilibrio en el sistema, ya que la resignificación que la familia realiza durante el proceso terapéutico, resalta los propios recursos y lo capacita para el cambio. (Arcila Sierra, 2003).

Los estudios realizados sobre este tema, están enfocados en su mayoría, a resolver preguntas de investigación sobre prevalencia, grupos etarios, factores de riesgo, factores protectores, con enfoque cuantitativo y cualitativo. No obstante, los estudios que muestran cómo afronta la familia el intento suicida, parecen pocos e insuficientes para dar respuesta y acompañamiento a los padres, es por tanto apremiante realizarlos teniendo en cuenta que se pueden prevenir próximos intentos, dependiendo de la manera como la familia aborde la situación.

Intervenciones oportunas fundamentadas en programas de bajo costo, que favorezcan respuestas nacionales eficaces, requieren una estrategia de prevención integral que involucre los diferentes sectores de la población, como lo es el sistema familiar (OMS, 2016a).

Por lo anterior, es pertinente preguntarse ¿Cuáles son, desde la perspectiva de los padres y los hijos, las estrategias de afrontamiento familiar que facilitan procesos de cambio, en familias de adolescentes que han intentado suicidarse?

1.1.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

1.1.2 Estudios realizados sobre suicidio y familia.

1.1.2.1 Ámbito Internacional.

En el 2016 en la Universidad del Norte de Illinois se realizó un estudio para examinar las necesidades de los padres después de un intento de suicidio; para lo cual, se hizo una revisión teórica de tres estudios llevados a cabo.

El primero al sur de Dinamarca 2012, examino de manera profunda como afecta el suicidio de un niño a nivel emocional y social a sus padres. Se efectuó con 14 padres con hijos de 15 años con intento de suicidio, en él se observan sentimientos como: pensamientos repetitivos de lo que ocurrió, culpa, vergüenza, aislamiento e introversión.

El segundo en Torrance, se centró en el impacto del intento de suicidio en las madres. Participaron 6 madres, utilizo entrevistas no estructuradas. En el sobresale la culpa por ser la responsable de la unión familiar, la soledad de las madres, el estigma por parte del personal sanitario, aislamiento.

El tercero en el 2008, reviso el impacto del suicidio de los individuos dentro de las familias y en las redes sociales y familiares. Este artículo examina la repercusión en el sistema familiar. Utilizo herramientas para evaluar el duelo, evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar. Sobresale el silencio sobre el tema para evitar el dolor, la familia extensa vista como un factor de protección, la culpa, trastornos mentales a los sobrevivientes, depresión y el suicidio.

Las conclusiones de este estudio está dirigido a la protección de los supervivientes, resaltar la importancia de las enfermeras para prevenir próximos suicidios, importancia de derrumbar los estigmas de las enfermedades mentales, importancia de los estereotipos y falsas creencias. Remitir a las familias a apoyo orientado a la familia, grupos de educación para trabajar habilidades comunicativas y de afrontamiento (Kendal T, 2016).

Otro de los estudios realizados sobre funcionamiento familiar llamado "Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts" en el año 2013, Tuvo como propósito examinar y comparar el apego materno y paterno, la adaptación y la cohesión familiar. Para este estudio seleccionaron 236 adolescentes psiquiátricos, con intento de suicidio, con una edad promedio de 14 años e hispanos. Para este trabajo formaron dos grupos uno con adolescentes con intento de suicidio y otro, en el no habían tenido. Los hallazgos más consistentes fueron en los adolescentes con intento de suicidio que calificaron significativamente con menor apego materno y paterno, así como una menor capacidad de adaptación familiar y cohesión. En tanto ellos concluyen, que el apego inseguro es probable que actué como una fuente constante de riesgo de intentos de suicidio, sin embargo las terapias, como la terapia de familia, son un eficaz método para reestablecer uniones más seguras, ayudando a identificar la necesidad de más cercanía y una mejora en la crianza (Sheftall, Mathias, Furr, & Dougherty, 2013).

En ese mismo año en Dinamarca en un estudio llamado; Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide, estudiaron las experiencias de padres con hijos que han intentado suicidarse y como responden al aumento de la carga psicosocial después del intento. Participaron dos grupos de padres encontrados en programa para familiares de las personas que han intentado suicidarse. Los hallazgos indican que ser el padre de un niño con comportamiento suicida se experimenta como un doble trauma. Por un lado los efectos en la familia y por otro el miedo, la angustia, ansiedad de un nuevo intento. Se plantea la

necesidad de apoyo a las familias a través de intervenciones psicosociales incluyendo asesoramiento y psicoeducación centrado en las señales de advertencia, las habilidades comunicativas y estrategias de afrontamiento (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager, & Fleischer, 2013).

En el 2000, Wagner, Aiken, Mullaley y Tobin realizaron entrevistas abiertas a 34 madres y 23 adolescentes que intentaron suicidarse, fueron evaluados poco después del intento con respecto a sus reacciones emocionales. Para esto se basaron en la teoría de apego de (Bowlby) 1980 y la teoría de coherción de Patterson (1982).

Concluyeron que los intentos de suicidio provocan sentimientos positivos entre las madres y padres, los sentimientos de hostilidad disminuyeron frente al intento de suicidio de los hijos.

Hubo evidencia de que las madres tenían más probabilidad de sentir y expresar preocupación e interés positivo, más que hostilidad. Además se encontró incremento de tristeza, sentimientos de ansiedad, lo cual hace que el intento de suicidio sea eficaz a la hora de provocar esos sentimientos de manera más permanente. El 50% de las madres reconoció sentir hostilidad antes del intento de suicidio de su hijos, lo cual no es sorprendente pues refleja la relación conflictiva entre madre e hijo, lo cual puede ser un detonante de intentos de suicidio juvenil y un factor de riesgo.

Jiménez et al (2001) a través de un estudio de un caso clínico realizado en España, efectúa una documentación del proceso terapéutico seguido con un consultante con intento de suicidio. En este estudio analiza cuatro contextos de riesgo de suicidio, relacionado estrechamente con el funcionamiento familiar (abusos sexuales, carencias afectivas, sociales o educativas, de violencia y de aislamiento y de relaciones rígidas y disfuncionales. Para este estudio conto con un

joven con intento autolítico, encuadrado en un contexto de abuso de sustancias psicoactivas y dificultades de comunicación con el entorno familiar y social, la orientación se hizo desde una perspectiva sistémica, a través de entrevistas familiares. En el diagnóstico aparece dificultad con una jerarquía clara en el sistema familiar, desestructuración del sistema de manera progresiva. Las técnicas de intervención fueron: Reencauzar al paciente a un entorno sociocultural saludable, mejorar la comunicación familiar, estimular el desarrollo familiar y personal del paciente, dotar a la familia de recursos para la resolución de futuros conflictos. La investigación es importante para esta investigación por las pautas, seguimiento que se hace dentro un proceso de intento de suicidio.

González- Forteza et al (2009) diseñaron un cuestionario que aplicaron a un grupo de 1.549 estudiantes, con un promedio de edad de 14 años en la ciudad de México. Este mide los indicadores parasuicidas, que identifica lesiones autoinflingidas, incluidos los intentos de suicidio, es decir autolesiones con el propósito consciente de quitarse la vida e indicadores para conocer la estructura de la familia, violencia familiar y de pares y evaluar la exposición a oportunidades para uso y consumo de drogas. El resultado mostro que el 27% vivían en familias fragmentadas, en 17% de estas faltaba una de las dos figuras parentales, mientras que 10% faltaban ambas. Asimismo en las familias donde faltaba uno o ambas figuras parentales, hubo un mayor índice de ideación suicida, que en las familias que no faltaban estas.

Por su parte (Cerel, Jordan, & Duberstein, 2008), realizaron un estudio para observar el impacto que tiene el suicidio dentro de las familias, las dinámicas familiares y en las redes sociales.

Este pretendió documentar las dificultades en el funcionamiento familiar, después del suicidio de un hijo; analizaron la cohesión, definida como vinculación entre los miembros de la familia y la adaptación, como la capacidad del sistema civil o familiar

para cambiar su estructura de poder, los roles, las reglas y su respuesta a situaciones estresantes. Para este estudio examinaron como las reacciones de los miembros de la familia influyen entre sí, y en la comunicación familiar. Dentro de los sujetos a estudiar se encontraron los ancianos y los niños, pues afirman que la mayoría de los estudios examinan un solo tipo de superviviente, los padres, hijos, cónyuge. Los resultados muestran la culpa, el secretismo, el estigma como los principales efectos, además de emociones como tristeza, ira, dificultades académicas, problemas sociales en los niños.

1.1.2.2 Ámbito Nacional.

En Antioquia es poco el material que relaciona el tema, sin embargo algunos de los hallazgos que correlacionan el intento de suicidio con las relaciones familiares son los descritos a continuación.

Investigación *familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes* realizada por los grupos de investigación en familia: facultad de trabajo social y escuela de ciencias sociales de la UPB, libro en convenio con la escuela de salud mental del CES, aborda la temática desde un estudio de análisis secundario en 2009, donde retoman como muestra estudiantes desde quinto a undécimo grado en varios colegios de Medellín y área metropolitana, con el fin de estimar la asociación de algunos valores familiares con la prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes del municipio. Dentro de los resultados de este estudio se puede observar que los niños con mayor grado de depresión son los de quinto, sexto y séptimo, mientras que los niños y adolescentes que más expresaron “me quiero morir”, fueron los de grados octavo y noveno, además que quienes más expresan “querer hacerse daño” son del grado noveno. En cuanto a la conformación familiar, las familias nucleares, extendidas y monoparentales femeninas se reportan menos comportamientos de hacerse de daño, o de depresión en especial, donde la presencia de la madre es común. También se observa que la

cohesión familiar, la participación de actividades en familia, la comunicación en especial con la madre; es un factor de protección. Por otro lado cuando los adolescentes no conviven con sus padres por diferentes causas a la separación, se convierte en factor de riesgo, mayor que los que viven un divorcio entre sus padres.

Se observó con preocupación cómo la participación de estos niños y adolescentes en las dinámicas relacionales familiares contribuyen a fomentar y a mantener en ellos las dificultades emocionales. (Estrada A et al., 2009).

Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle Cali, Campo, Roa, Pérez et al. (2003). Estudio clínico descriptivo de menores de 14 años que consulta al Hospital Universitario del Valle por intento suicida. Los objetivos de este estudio son describir las características biopsicosociales de los menores de 14 años con intento de suicidio, los métodos utilizados, las características psicológicas y la estructura y dinámica de las familias de origen.; cada menor se evaluó con la aplicación de la historia toxicológica o de trauma, historia clínica psiquiátrica, el Child Behavior Checklists (CBCL), prueba de la figura humana y de la familia, la Escala Revisada de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-R), y una entrevista semi-estructurada de evaluación familiar. Los resultados obtenidos la mayoría presenta compromiso de la atención, comportamientos violentos, disociales, delictivos, aislamiento, etc. Como características psicológicas predominantes está perturbación en el ámbito sexual, represión emocional, negación de la situación penosa y agresividad, además de disfunción familiar severa en todos los casos.

Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia, Paniagua, Rueda & González (2014), el estudio buscó determinar la asociación del riesgo de orientación suicida con variables sociodemográficas y los indicadores de salud mental: dominios de depresión, funcionamiento familiar, vulnerabilidad familiar y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de la zona noroccidental de Medellín, 2010. Se realizó un estudio de corte transversal con una

muestra aleatoria de 604 estudiantes. Se utilizaron los instrumentos: Inventario de orientación suicida (ISO); Inventario de depresión en niños y adolescentes (CDI-LA); ¿Cómo es tu Familia?; Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI II) y el Apgar familiar. Se realizaron un análisis factorial confirmatoria y una regresión logística. El resultado demostró que existe asociación del riesgo de orientación suicida en un adolescente escolarizado con los indicadores: acumulación de tensiones en la familia, escasa búsqueda de apoyo, mal funcionamiento familiar, vulnerabilidad en valores morales y la presencia de sintomatología depresiva.

Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, Bogotá. Pérez-Olmos, Rodríguez-Sandoval, Dussán-Buitrago & Ayala-Aguilera (2007). Entre 2003 y 2005 se realizó un análisis estadístico univariado y bivariado para caracterizar psiquiátrica y socialmente el intento suicida atendido en una clínica infantil de Bogotá. El Método fue una serie retrospectiva de 96 Casos de 11 a 18 años de edad. Se realizó análisis estadístico univariado y bivariado. Los principales trastornos psiquiátricos encontrados en los menores de edad fueron: trastornos adaptativos, disfunción familiar y trastornos del afecto. El 37,6 % presentaban problemas escolares, pérdida escolar o conflictos con los maestros. El sexo masculino se asoció con agresividad, consumo de sustancias, fracasos escolares o sentimentales y el femenino con ansiedad predominante y maltrato físico. Se resalta la disminución de la edad, el exceso de representación femenina, la frecuencia alta de conflictos familiares o escolares y la asociación del sexo con perfiles específicos socioculturales, conductuales y emocionales. Los conflictos sociofamiliares y escolares son frecuentes en el intento suicida juvenil. Se hace necesario hacer visible la problemática suicida infanto-juvenil para su prevención.

En la búsqueda en bases de datos académicas sobre las secuelas que deja en la familia un intento de suicidio, se encontró el siguiente artículo *¿Qué pasa con el sujeto y la familia después de un intento de suicidio?*

De la Universidad Católica de oriente, en Rionegro Antioquia. (Marulanda Toro et al., 2011).

Esta investigación es de corte cualitativo, específicamente un estudio de caso a profundidad que trata el tema de familia y el sujeto que realiza un intento de suicidio. Donde se concluye que el sujeto recurrió al intento de suicidio como una estrategia para solicitar ayuda de los seres más cercanos, mientras que la familia a partir de este evento, se enfrenta a sentimientos de culpa, impotencia, tristeza y desesperanza al no poder satisfacer todas las demandas de su ser querido, lo que lleva a que la estructura familiar se reorganice y tenga cambios significativos de roles.

En síntesis puede decirse que:

El tema del suicidio ha sido altamente estudiado, empiezan a parecer cada vez más estudios que confirman la relación directa de la familia en los intentos y la ideación suicida, aun mas cuando la familia presenta características de desequilibrio, lo cual crea patrones asociados al riesgo emocional y en el desarrollo de la personalidad, facilitando las condiciones para un intento de suicidio.

Dentro de estos estudios aparecen coincidencias a cerca de la relevancia de la estructura familiar, también aparece de manera recurrente la composición, el ambiente y clima familiar, los bajos niveles de cohesión asociado a la presencia de riesgo suicidad. Las interrelaciones afectivas familiares juegan un papel importante en la formación de la estructura de la personalidad del individuo, lo cual le permite obtener los recursos para enfrentarse a la vida en cuanto a toma de decisiones, autonomía, autocontrol, relaciones con los demás, la creación de vínculos.

Algunos estudios se enfocan en los sobrevivientes de un intento de suicidio, los cuales viven en un estado de alarma aguda, lo cual se manifiesta en hipervigilancia,

miedo constante, angustia; todo esto agravado a la culpa, la vergüenza y la estigmatización a cerca del buen cumplimiento de su rol como madre o padre.

Adicionalmente estos estudios resaltan la importancia de proteger a los supervivientes, debido a los efectos que este hecho tiene en sus vidas y en el clima familiar, se observa como a través de las terapia de familia , las asesorías se puede lograr mejorar el apego y la adhesión, las habilidades comunicativas, las estrategias de adaptabilidad y de afrontamiento.

También se resaltan la capacidad de las familias para la resolución de problemas, la regulación del afecto, el apoyo emocional, la supervisión adecuada, la adaptación como factores protectores en la prevención del suicidio.

2. JUSTIFICACIÓN

La familia como sistema cumple con varias funciones sociales, entre ellas, velar por la estabilidad de sus miembros en términos económicos y afectivos. Cuando el grupo se enfrenta a situaciones como enfermedad, accidentes, o eventos adversos, que ponen en riesgo la vida de una de sus miembros; se altera también la estabilidad que la familia venía teniendo (Marulanda Toro et al., 2011). Uno de los efectos o eventos adversos que puede impactar hasta cambiar la vida de una persona y de su familia, es tener una experiencia cercana a la muerte, como el caso de un intento de suicidio.

Se han realizado varias investigaciones que describen lo que sucede con la familia después de un suicidio (Alcántar Escalera, 2002), sin embargo, son menos estudios referidos al intento de suicidio (Alcántar, 2002); (González-forteza et al., 2009) ; (Paniagua et al., 2014); (Pérez-Olmos et al., 2007); (Alcaldía de Medellín, 2014); (Raheb, Bielsa, Batlle, Rafael, & Tomàs, 2006); (Monge Holguín, Cubillas Rodríguez, Román Pérez, & Valdez, 2013; Estrada A et al., 2009).

Por ello, esta investigación pretende profundizar la experiencia vivida por las familias de adolescentes que han intentado suicidarse. La literatura y las investigaciones han avanzado en actualizar las definiciones alrededor de éste fenómeno, en las cuales se han estudiado factores protectores y de riesgo y a pesar que el enfoque principal de esta investigación es el afrontamiento familiar después de un intento de suicidio, es importante recordar que es precisamente la familia quien menos recibe apoyo durante de estos momentos de crisis y si la observamos desde una mirada sistémica, tras un intento de suicidio o un suicidio, cada miembro es afectado, pues se influyen mutuamente. Por tanto los cambios en su estructura, repercuten a nivel individual y familiar (Kendal T, 2016), por tal razón y aunque no es el principal fin de esta investigación, no se puede dejar de resaltar como el

sistema familiar podría salir beneficiado y lograr convertirse en un agente que prevenga nuevos intentos.

Identificar las estrategias de afrontamiento familiar que facilitan o dificultan la adaptación posterior al intento de suicidio, es útil para las familias que atraviesan esta experiencia, dado que les permitirá realizar aprendizajes y vivirlo como un oportunidad para crecer. También es de valor para el equipo de salud que atiende pacientes en estas circunstancias, toda vez que puede orientar a la familia y comprenderla, y además para los terapeutas de familia, que pueden realizar intervenciones tomando como referencia la guía que este trabajo presenta.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las estrategias de afrontamiento familiar que facilitan o dificultan el proceso de adaptación en la familia, posterior a un intento de suicidio realizado por hijos en etapa de la adolescencia, según la percepción de padres e hijos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer la percepción de los padres sobre la relación con sus hijos, antes y después del intento de suicidio.

- Describir la percepción del hijo con intento de suicidio, sobre la relación con sus padres antes y después del intento.

- Identificar las estrategias de afrontamiento familiar que han favorecido o no, su adaptación.

- Aportar según la literatura y soporte documental lineamientos para la terapia familiar a adolescentes que han intentado suicidarse.

4- REFERENTES CONCEPTUALES

4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Para poder entender y conocer más acerca del suicidio es importante hacer un recorrido histórico y así comprender cuál era su significado para algunas culturas, cuáles eran sus ritos y costumbres respecto a este.

El término suicidio en cuanto acción es bastante antiguo, en cambio la palabra en sí, no lo es tanto. Si se repasa la historia se encuentran diferentes vocablos utilizados desde hace bastante tiempo para referirse a dicha acción. Esta palabra se puede encontrar en una época más temprana nombrada por un teólogo francés llamado Gauthier de Saint Victor, en su obra "Etimología del suicidio". Según escritores como de Benítez, Van Hoof, e Hinojo, todos ellos estudiosos de este tema, el término suicida aparece empleado desde el año 1.177-1.178 por dicho teólogo (Salman Rocha, 2011).

4.1.1 El suicidio en la Edad Antigua (3.500 a.c – 476 d.c).

Cuando se hace una revisión bibliográfica de este tema, existen gran cantidad de historias que hablan y que están documentadas acerca de cómo se vivió y se dimensionó el suicidio en diferentes momentos de la historia. En la antigüedad, el suicidio se valoraba según fueran las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada pueblo, además, era importante según la función del sistema religioso y filosófico. (De Zubiria Samper, 2007).

En el antiguo oriente, la muerte era vista como un cambio de forma, por esta razón era percibido como un acto indiferente o elogiado. En China y en el Tíbet bajo el impulso de Siddhartha Gautama, durante el gobierno de Chi Hoang - Ti, tras la

quema de los libros sagrados, 500 filósofos de la escuela de Confucio, se lanzaron al mar para protestar por su pérdida, lo cual sugiere que existían dos tipos de suicidio: por la búsqueda de la perfección o por huir del enemigo (Moron, 1992).

En Japón, se describe el suicidio como mártires, practicado por los devotos de la divinidad de Amidas que se tiraban al mar o se enterraban vivos. También era un acto ceremonial por expiación o derrota (Almanzar, n.d.).

Según Raheb, Bielsa, Batlle, Rafael, & Tomàs, (2006) algunos pueblos como los Galos, Celtas Hispanos, Vikingos y Nórdicos consideraron que suicidarse era razonable por vejez, muerte de los esposos, muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa.

En la antigua Grecia, el suicidio se castigaba cortando la mano derecha y enterrándola en un lugar diferente al cuerpo. Se prohibía su sepultura (Cano- López & Velasco- García, 2002). La connotación cultural que la Antigua Grecia daba al suicidio se basaba en los sentimientos tales como la decepción, venganza, locura y culpabilidad, la mayoría de ellos reprochables a la terminación de la existencia, ya que solo los dioses tenían la potestad de dar y por ende quitar la vida. (Muelas & Mangado, 2007)

Uno de los suicidios más populares de la época clásica sin duda alguna es el del filósofo Sócrates por ingesta de cicuta, este fundamentaba el suicidio en sus ideas de la inmortalidad del alma y la teoría de la transmigración y el desprecio por el cuerpo, tal como se describe en el libro *Los Diálogos de Platón* (Rosselli & Rueda, 2011, p.148).

En Roma, los suicidios se consideraban honorables entre políticos e intelectuales; fueron constantes en la última parte de decadencia del imperio. Para Seneca (4 a.C.-65 d.C.) pensar en muerte era pensar en libertad y esa libertad era propia del ser humano, por tanto si se consideraba que esa vida era indigna e

impropia de su razón, se podía abandonar. Sin embargo, los esclavos no tenían permitido quitarse la vida y si alguno sobrevivía a un intento, era castigado fuertemente (Muelas & Mangado, 2007).

4.1.2. El suicidio en la Edad Media (476 d.c – 1.453).

El cristianismo, en sus inicios lo aceptó como una manera de sacrificio voluntario y una forma de expiar las culpas; sin embargo, San Agustín describió el suicidio como "detestable y abominable perversidad", además afirmaba que si era Dios quien otorgaba la vida y los sufrimientos, estos se tenían que soportar. De la misma manera, el Islamismo lo condenó de tal forma que lo consideró un hecho más grave que el homicidio (Barriga- Soto, 2012). Ambos establecen una ruptura en el pensamiento a cerca de la muerte voluntaria con respecto a las culturas clásicas basando sus creencias en las prácticas religiosas y teorías como los mandamientos cristianos (no matarás), estableciendo así un cambio de concepción ideológica frente a la muerte.

Para Santo Tomás de Aquino (1225-1274), el argumento más poderoso contra el suicidio era que correspondía a un pecado, ya que se ponía por encima de Dios al tomar la decisión sobre la vida y la muerte, debido a que la propia vida no pertenece al ser humano. De igual manera afirmaba que la vida la daba Dios, y aunque se tiene la libertad de finalizarla esto no le corresponde a las personas (Bonet Perales, 2005).

En la época feudalista del Japón la clase samurái tenía una práctica suicida la cual formaba parte del código de honor, esta se conocía como Harakiri o Sepuko, se usaba para evitar ser capturados por los enemigos o por haber cometido serias ofensas. Estas prácticas eran realizadas ante un público y consistía en incrustarse una espada corta en el abdomen y hasta dejarlo abierto. Más adelante durante la

segunda guerra mundial aparecieron los Kamikazes que eran pilotos japoneses que estrellaban sus aviones contra sus enemigos ya fueran barcos o bases militares (Cano -López & Velasco- García, 2002).

4.1.3. El suicidio en la Edad Moderna y Contemporánea (1.453 – 1.789 - Actualidad).

Para esta época, autores como Gian Paolo Masetto establecen un punto de vista desde lo jurídico para dar esclarecimiento al comportamiento suicida, argumentando en libros como *“Il suicidio nella dottrina dell’età di mezzo”* que el suicidio coincide con el homicidio en cuanto este último es entendido como la acción de causar la muerte al prójimo mediante acto doloso o culposo, así entonces, la practica suicida sería un crimen contra la propia vida del homicida, catalogando al sujeto en una extraña posición con rasgos psicológicos muy especiales (Sandobal Parra, 2017).

Falret en 1820, hace un planteamiento médico al suicidio y lo atribuye a un trastorno mental. Después en 1838, Esquirol lo asocia a una crisis afectiva. Entre los siglos XIX y XX, el suicidio destaca como problema social y en ese sentido, (Almanzar, s.f.).

Por otra parte, Emile Durkheim proporciona un razonamiento sociológico al fenómeno del suicidio, desligando el acto de la mera individualidad del sujeto y relacionándolo a una respuesta social, a lo cual da explicación agrupándolo en tres grandes categorías: el suicidio egoísta, el suicidio altruista y el suicidio anómico, reflejando que para esta época se empieza a tener una concepción más problemática que obedece a una dinámica social externa y que como tal debe ser científicamente identificado y tratado (Rosselli & Rueda, 2011), (Durkheim, 1965).

Freud en su libro más allá del principio del placer, habla acerca de la pulsión de muerte y de vida que rige a los seres humanos. La pulsión de muerte tiene como orientación "restablecer un estado anterior" a la vida, es decir, la tendencia de los organismos a hacer únicamente lo que les resulta placentero. La pulsión de muerte dirigida hacia el exterior tiene su manifestación en las pulsiones destructivas o agresivas (Castro- Meléndez, 2011).

Como puede observarse, el suicidio ha estado presente con distintas visiones en la historia de la humanidad. Hoy día es considerado un grave problema de salud pública que debido a su complejidad, involucra diversos factores y por ende, no contempla una sola respuesta (OMS, 2016a).

4.2. REFERENTES

Este estudio plantea como referentes conceptuales el adolescente y los momentos en su desarrollo, el suicidio, las etapas de la conducta suicida particularmente el intento de suicidio y por último, las relaciones destacando la comunicación, la afectividad y los límites como factores de riesgo o de protección.

4.2.1 La adolescencia.

El término adolescencia se remonta al latín "adoleceré" que significa "crecer hacia" o "crecer" (ad: crecer "hacia" y olescere: "crecer" o ser alimentado) (Alcántar, 2002).

La adolescencia es una etapa de la vida en la que se experimentan una serie de cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Inicia con la pubertad y finaliza cuando dichos cambios alcanzan mayor estabilidad, lo que comúnmente sucede alrededor de los 19 años. El inicio de esta etapa está marcada por la pubertad, que con frecuencia ocurre entre los 10 y los 13 años de edad y se

caracteriza por evidentes cambios físicos. Su inicio está asociado a factores genéticos, socioculturales, nutricionales y económicos (Profamilia, 2015).

Para López y Castro la adolescencia se entiende, como una época de cambios y transformaciones, esencialmente en lo que se refiere al cuerpo, la relación con él y además de la vivencia de la propia identidad. Así, se puede entender la adolescencia como una etapa de transición de la niñez, hacia un proceso donde se da una maduración y unos cambios a nivel biológico, psicológico y social (López Castro citado en Correa Ramírez & García, 2016).

En general, la adolescencia se considera una etapa decisiva en el camino hacia la edad adulta pues el desarrollo físico (cambios sexuales y corporales) que se produce, va acompañado de importantes cambios psicosociales. Se han descrito tres áreas de desarrollo principales (OMS, 2016b):

- Física: marcada por la pubertad, el desarrollo sexual y cerebral.
- Psicológica: que comprende el desarrollo cognitivo (cambios en la manera de pensar) y el afectivo (sentimientos negativos o positivos, relacionados con experiencias e ideas). Esta área constituye la base de la salud mental.
- Social: representada en las relaciones con la familia, los compañeros y demás personas.

No obstante, resulta difícil separar estas áreas pues se encuentran estrechamente vinculadas entre sí. Por ejemplo, los cambios físicos conllevan cambios cognitivos y en la pubertad, hay un desarrollo tanto físico como emocional. De igual manera, el ritmo de desarrollo en cada una de estas tres áreas puede variar, como en el caso de algunos adolescentes que aunque parezcan físicamente maduros, pueden no estar plenamente desarrollados desde el punto de vista psicológico (OMS, 2016b).

En el proceso de crecimiento de los adolescentes es frecuente que se presenten trastornos del desarrollo, lo que puede repercutir en la salud general y a su vez, reflejarse en la incidencia elevada de depresión, suicidio, abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas (Paniagua, González, & Rueda, 2014).

4.2.2 Ideación suicida.

La ideación suicida se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringido, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. (Eguiluz, 2003).

Para Medina Mora y González Forteza del Instituto de Salud Mental, señalan que el suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse, pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte autoinfringida es decir con el suicidio consumado (Citado en Eguiluz, 2003, p.2).

4.2.3 Intento de suicidio.

Se considera intento de suicidio un acto que el individuo realiza en forma voluntaria, para hacerse daño y con el cual busca la muerte; no obstante, independientemente de la gravedad de la lesión, se ve frustrado, pues no consigue llegar a ese estadio. (Gómez-Restrepo et al., 2002).

Egiluz lo define “como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinflingida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (Egiluz, 2003, p.2).

4.2.4 Suicidio y etapas.

El suicidio se define como todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la propia víctima, sabiendo de antemano que se producirá dicho resultado (Durkheim, 1965). Se han propuesto dos etapas generales, la preparación y la ejecución, cada una de ellas compuesta por una serie de pasos que llevan a la persona a realizar el acto (De Zubiria -Samper, 2007):

4.2.4.1 Etapa de preparación.

Comprendida por tres momentos, “*el pesimismo*” que se caracteriza por la manifestación de señales como cambios en la forma de actuar y la expresión de ideas desesperanzadas; “*la ideación*” o pensamiento suicida propiamente dicho pero sin tener un plan específico y “*el plan suicida*” en el que se decide el método, el lugar y el momento para hacerlo, a espera del evento que lo active.

4.2.4.2 Etapa de ejecución.

Compuesta por cuatro pasos, “*el evento detonante*” o hecho que parece desencadenar el suicidio, “*la preparación*” que involucra la adquisición de los elementos necesarios para llevar a cabo el plan (en este momento es difícil dar marcha atrás), “*el intento*” que es la ejecución del plan preparado y por último, “*la consumación*” que es cuando el plan suicida tiene “éxito”.

Se ha señalado que el factor que más predispone a un intento de suicidio es haber realizado uno previo (Gómez-Restrepo et al., 2002) y por ende, es importante llevar a cabo estudios sobre el intento, como medida para prevenir el suicidio propiamente dicho, pues permiten visualizar los factores y dinámicas que conllevan a un individuo a optar por quitarse la vida, al tiempo que muestran como su entorno puede ayudar a detectar y prevenir posibles desenlaces fatales (Marulanda- Toro, Román- Buitrago, & Arbeláez- Rojas, 2011).

Para de Zubiria, los cambios ocurridos en los últimos dos siglos en la familia y en su dinámica, son los responsables de que el suicidio y el intento se estén convirtiendo en una epidemia. Para él, antes las familias estaban compuestas un gran número de miembros (las familias extensas vivían juntas), debido a las migraciones del campo a la ciudad de los jóvenes, las familias se hicieron más pequeñas, y por tanto los niños a pasaban más tiempo solos, estudiando o trabajando. Perdiendo el sostén de la familia extensa que era su principal formador de competencias sociales y afectivas básicas. En épocas más recientes el número de divorcios y la píldora anticonceptiva, liberó la sexualidad, haciendo que muchas mujeres salieran de su hogar a trabajar, empiezan a aparecer las nuevas modalidades familiares, como las familias monoparentales, por lo general una madre cabeza de hogar, en Colombia uno de cada tres niños vive con un solo padre. Los niños se tuvieron que acostumbrar a la ausencia de sus padres en su proceso formativo. Estas familias disfuncionales, incompletas generan fisuras en la adquisición de habilidades interpersonales e intrapersonales de los niños, siendo cada vez más incompetentes en dos actividades centrales de la vida, el interactuar con uno mismo y con los otros (De Zubiria Samper, 2007).

Este razonamiento dado por de Zubiria, a cerca de como la familia ha cambiado nos permite entender el rol y la gran relevancia de esta después de un intento de suicidio, estrategias como la comprensión del rol del paciente en su familia y el trabajo familiar que involucra el desbloqueo comunicativo y la búsqueda de entornos

favorables, conllevan a evoluciones positivas tanto para el paciente como para el conjunto familiar (Jiménez -Díaz, Villanueva- Anton, García- Soto, Ibeas-Causante, & Hernando del Pino, 2001).

El paciente puede superar la situación si siente suficiente apoyo de su familia y si esta, le ofrece la ayuda solicitada, lo acompaña y le brinda la comprensión necesaria. La familia es uno de los aspectos significativos para la recuperación del sujeto, pues es allí donde se reviven los primeros vínculos que de alguna manera lo han marcado y por ende, es en este entorno donde se deberían brindar las primeras manifestaciones de ayuda (Marulanda- Toro et al., 2011).

4.2.5 La Familia.

Se entiende por familia el grupo social que tiene un punto de residencia común y que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. En esta organización los individuos que la componen, actúan desde sus respectivas posiciones, cumpliendo roles específicos para conseguir propósitos más o menos designados, lo que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define las conductas y facilita la interacción recíproca. Estas familias pueden tener lazos de consanguinidad, afinidad y adopción y a partir de estos vínculos, se generan distintas formas de organización familiar (Minuchin & Fishman, 1981; Estrada Arango, 1996; Programa Medellín Solidaria, 2010).

Las familias están compuestas por personas que luchan por unos objetivos, desempeñan roles, vinculados por el destino, lo cual está sujeto a momentos históricos, por lo tanto son consecuencia y reflejo de la sociedad (Satir, 2002). Rivas resalta la importancia de no confundir familia con hogar. “Hogar” tiene que ver con un grupo de personas sean parientes o no que habitan juntas, en cambio el término “Familia”, es un grupo de personas que viven juntas, con una relación de parentesco, ya sea consanguinidad o afinidad, que comparten una identidad moral y simbólica,

que permite se perciban o sean percibidos por los otros como familia, además pueden vivir o no juntas (Rivas Rivas, 2008). Para Valdés la familia no solo es un importante agente socializador en el bienestar y desarrollo integral de sus miembros, sino además en la prevención de riesgos (Valdés et al., 1997).

Lo anterior permite observar que no hay una única definición y característica de familia y característica que esta obedece a historias particulares, perspectivas teóricas donde los individuos determinan su familia valiéndose de los criterios nombrados (Valdés citado en Correa Ramírez & García, 2016).

Para que la vida familiar se desarrolle de forma armónica es indispensable que cada integrante de la familia conozca y se apropie de su rol al interior del núcleo familiar, de esta manera se facilita la adaptación a la dinámica interna de su grupo.

4.2.6 Dinámica familiar.

La dinámica familiar se puede interpretar entonces como los encuentros entre las particularidades de cada miembro de la familia. Sin embargo, aunque las familias en su dinámica compartan una historia común a todos los miembros del grupo, la forma de asumir retos, éxitos y fracasos son propios de cada individuo (Gallego-Henao, 2012).

La dinámica interna de la familia comprende variedad de procesos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales incluyen la afectividad, la comunicación, la autoridad, las normas, los roles, los límites y el uso del tiempo libre (Programa Medellín Solidaria, 2010). La comunicación juega un papel fundamental, debido a que las relaciones familiares están marcadas por el intercambio de pensamientos, emociones y sentires entre las personas vinculadas al grupo familiar, y que se expresan a través de acción y/o lenguaje verbal o no verbal (Agudelo- Bedoya,

2005). Otro aspecto relevante es el relacionado al afecto, ya que sentirse amado, respetado y reconocido potencia la satisfacción personal y a su vez, el desarrollo humano al interior del grupo familiar (Gallego- Henao, 2012). Los vínculos afectivos son la expresión de la unión entre padres e hijos, aspecto que va más allá de la relación de parentesco y está presente en todas las tareas educativas, facilitando la comunicación familiar, seguridad en los momentos difíciles, el establecimiento de límites y normas cumplimiento.

Las familias poseen una dinámica propia, en la que cada cual actúa y participa a través de roles como son los conyugales, parentales y fraternales, estos roles nos permiten relacionarnos con otros sistemas externos, escuela, amigos, trabajo (Pérez- Contreras & Támara- Arrázola, 2013).

4.2.6 Ciclo Vital.

La familia se puede entender como un grupo que es dinámico y flexible y que por tanto es capaz de adaptarse a diferentes situaciones que tiene que vivir no solo por influencias externas, sino por cambios que ocurren al interior, los cuales llevan a transformaciones en la estructura de sus relaciones.

El ciclo vital familiar, se entiende como los diferentes procesos de cambio y desarrollo que transita la familia al vivir diferentes etapas y situaciones, las cuales la llevan a modificar sus tareas y relaciones. Dentro de estas etapas se encuentran: El noviazgo, adaptación y ajuste al matrimonio, la llegada del primer hijo la escolaridad, la adolescencia, salida de los hijos del hogar, nido vacío, jubilación y muerte (Programa Medellín Solidaria, 2010). Para Charlem F, et al, el ciclo vital familiar se define como “serie de etapas por las cuales atraviesa la familia desde su conformación hasta su disolución (Charlem F et al citado en Ortiz, 2012. p.111).

Cada familia, vive de manera particular el ciclo vital, así, es posible que algunas familias hayan vivido varias etapas, mientras que otras no vivan ninguna (Lasabagaster, citado en Ortiz, 2012, p.111)

4.2.7 Crisis familiares.

“Las crisis son definidas como un estado que experimenta una persona al enfrentar un obstáculo que parece insuperable desde sus métodos de resolución de problemas” (Ortiz, 2012, p.118).

Las crisis funcionan como estresor haciendo que la familia tenga que adecuar sus recursos para asumir los cambios y las demandas, estas colapsan el equilibrio de las familias, mediante cambios profundos que inmovilizan, bloquean o incapacitan al sistema (Ortiz, 2012).

Cuando un sistema se encuentra inestable trata de mantenerse balanceado, lo mismo ocurre con la familia, intenta mantenerse balanceado utilizando sus competencias para enfrentar sus demandas o exigencias (estresores y tensiones), es cada familia quien dota de significado a las dificultades. La fase de ajuste, es un periodo tranquilo dentro de la familia que no le exige ninguna demanda especial es predecible y estable. Cuando la demanda excede las capacidades existentes, aparecen las crisis o estados de desequilibrio. El momento en que la familia intenta restaurar el equilibrio es durante la fase de adaptación, y lo hace adquiriendo nuevos recursos, reduciendo las demandas cambiando su visión de la situación y desarrollando nuevas conductas de afrontamiento (Marulanda Toro et al., 2011).

Según Calderón y Arroyave (1995), “la familia vive un ciclo de iniciación, desarrollo y extinción, donde se verá abocada a normativas y no normativas que desviarán su equilibrio para entrar nuevamente en homeostasis” (Marulanda Toro et al., 2011, p.93).

Dentro de las crisis se encuentran, las normativas o evolutivas, están relaciones con las situaciones que generan estrés o tensión y tienen que ver con el pasar de una etapa a otra durante su evolución en el ciclo de vida, como el nacimiento de un hijo, adolescencia, separación de la familia de origen.

Las crisis no normativas o accidentales, son los estresores que se dan de forma súbita, repentina y dramática, generalmente son negativos, algunos pueden ser positivos, sin embargo en general desatan patrones familiares para los cuales la familia no tenía recursos elaborados, en general son difíciles de aceptar y traumáticos, entre estos está la muerte de un familiar mayor.

Otro tipo de crisis no normativa se da por situaciones agudas producidas por los hijos, intento de suicidio, delincuencia.

Existen también los estresores crónicos, estas son circunstancias atípicas por largos periodos de tiempo, Suicidio, embarazo adolescente, fuga de un hijo (Ortiz, 2012).

4.2.9 Funcionamiento Familiar.

Se entiende como la organización, respecto al manejo del poder, las reglas, roles, jerarquías y Límites al interior de un sistema; se refiere además, a los conceptos de adaptabilidad, cohesión y comunicación Rolland (Bedoya Hernández & Builes Correa, 2012, p.19). También se refiere al equilibrio ente las demandas o crisis y los recursos de la familia, las cuales enfrenta a lo largo de su vida vital. El funcionamiento tiene que ver con la estructura interna Hernández (Citado en Bedoya Hernández & Builes Correa, 2012).

4.2.10 Recursos Familiares.

Son los propios recursos de la unidad familiar, son usados como protector de la familia de los estresores.

4.2.11 Cohesión.

Definido como la vinculación emocional que los miembros de la familia tienen los unos hacia los otros (Cerel et al., 2008). Charlem lo define como “el vínculo de unión que se mantiene tras la vida familiar, tiene que ver con el apoyo, la confianza, el aprecio, la integración y el respeto a la individualidad” Charlem (Citado en (Ortiz, 2012). Las familias que tienen el potencial de tomar decisiones en conjunto, poseen un gran recurso para enfrentar las problemáticas de la vida familiar (Ortiz, 2012)

4.2.12 Adaptabilidad.

Capacidad de la familia para afrontar los cambios, adaptarse al medio social, habilidades para cambiar las relaciones, los roles y las reglas según las necesidades de la nueva situación (Ortiz, 2012). Para Cerel, la capacidad de un sistema civil o familiar de cambiar su estructura de poder, los roles y las reglas en relación al estrés (Cerel et al., 2008).

4.2.13. Afrontamiento Familiar.

El afrontamiento familiar se expresa entonces como la capacidad de la familia para movilizarse y poner en acción medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios (McCubbin, Thompson & McCubbin, 1996; Louro, 2005). Las

estrategias de afrontamiento en familias no se crean en un solo instante, se modifican en el tiempo (Galindo & Milena, 2003); además, Lazarus y Folkman (1984) mencionaron que no hay un estilo único de afrontamiento, sino que se emplean diferentes estrategias dependiendo de las demandas que surgen a lo largo del proceso (María Amarís Macías, Madariaga Orozco, Valle Amarís, & Zambrano, 2013).

Para Macías et al el afrontamiento se define como un proceso dinámico, el que sujeto utiliza como un conjunto de recursos para resolver situaciones problemáticas, reducir las tensiones que las situaciones generan y para mejorar (María Amarís Macías, Orozco, & Valle, 2013). “Estos recursos pueden ser creencias, motivaciones, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales” (Martínez-montilla, Amador-marín, & Guerra-martín, 2017, p 2).

Una tendencia encontrada por Hernández (1991) fue hacia la adaptabilidad en las familias con hijos adolescentes; las familias centran la solución del conflicto a través de la reestructuración. Dentro de estas estrategias de afrontamiento externo fue muy importante el apoyo social de parientes y de amigos (Hernández citado en María Amarís Macías et al., 2013).

Potencialmente el afrontamiento familiar puede mantener los recursos de la familia, con el fin de protegerla de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica (Martin et al citado por Martínez-montilla et al., 2017).La cual se puede manifestar a través de los vínculos, la comunicación y promoción de una autoestima positiva entre sus miembros (María Amarís Macías et al., 2013).

El estrés ha sido analizado a nivel individual por los estudiosos, sin embargo para Ceballos & Vélez también es posible hacerlo a nivel familiar y comunitario, si

se piensa como una acción para eliminar o manejar los estresores y las tensiones en conjunto (Ceballos Ramírez & Vélez Ángel, 2012).

Para Ceballos y Vélez, la solución de los problemas, necesitan una conducta coordinada y una integración entre los esfuerzos de los miembros para así lograr un afrontamiento familiar. La función del afrontamiento es mantener o recuperar el equilibrio entre demandas y recursos, lo cual puede lograrse de cinco grandes formas:

1. Empezar acciones específicas para reducir el número y/o la intensidad de las demandas.
2. Empezar acciones concretas para adquirir recursos adicionales no disponibles en la familia.
3. Mantener los recursos existentes para reutilizarlos en función de la satisfacción de las demandas.
4. Manejar la tensión asociada a las presiones del momento.
5. Evaluar el evento, para realizar cambio en cuanto a la atribución dada y hacerlo más manejable, modificando expectativas, reconociendo los recursos y revisando como visionamos la vida, ya sea de forma positiva o negativa (Ceballos Ramírez & Vélez Ángel, 2012).

Es importante recordar, que dependiendo del estresor, la severidad, el alcance, la variedad, la acumulación de demandas, la cantidad de perturbaciones del sistema familiar, el uso de recursos intrafamiliares y comunitarios el afrontamiento cambia. Por lo cual las estrategias de afrontamiento familiar se transforman y se modifican con el tiempo, no sean en un instante (Martínez-montilla et al., 2017).

Una familia cohesionada, expresiva, organizada y que anima a la independencia según Fallon y Bowles, le permite al adolescente ajustarse mejor Fallon (Citado en María Amarís Macías et al., 2013).

Tal como lo menciona Macías en una síntesis que hace recogiendo la información de otros autores la comunicación que se lleva a cabo de forma positiva y eficaz en un ambiente apropiado de la familia, redundan positivamente en los adolescentes ya que les permite crear sus opiniones y, hacerse cuestionamientos que sobre la base de generar y proveer a los adolescentes a la hora de plantear proyectos que luego pueden ser socializados abiertamente dentro de un contexto que refleje la capacidad de sentido del adolescente en crecimiento (María Amarís Macías et al., 2013). Por el contrario, cuando la disfuncionalidad y el maltrato está presente en la familia puede generar una disfuncionalidad psicológica en el niño (Higgins & McCabe, 2003) (Citados en María Amarís Macías et al., 2013, p. 16) .

5. DISEÑO METODOLÓGICO

Para esta investigación “Afrontamiento familiar de adolescentes con intento de suicidio en un colegio de Medellín en 2017: la perspectiva de los padres e hijos”, se eligió el método cualitativo, con enfoque Hermenéutico, de tipo descriptivo.

La metodología cualitativa pretende describir conductas observables, así como las palabras propias de las personas que pueden ser escritas o habladas (Ray Rist 1977, citado por Taylor, 1986). Dentro de la investigación cualitativa, Bruyn (1966), argumenta “el investigador cualitativo ve las cosas como si ellas estuvieran ocurriendo por primera vez. Nada se da por sobrentendido. Todo es un tema de investigación” (Bruyn 1966, citado por Taylor, 1986, p.21).

El enfoque cualitativo de investigación social tiene en cuenta las realidades subjetivas e intersubjetivas de las personas, es decir que parte desde la lógica de sus protagonistas, rescata su diversidad y particularidad y así los legitima como objeto de conocimiento científico. Cómo su función es entender las creencias y los motivos que tienen las personas para realizar determinadas acciones, privilegia técnicas activas de recolección de información como posibilidad de entender la intersubjetividad, las mentalidades, prejuicios, ideas, pensamientos y modos de vida de los sujetos sociales que viven y producen la realidad sociocultural (Galeano M, 2004).

Lewis (1965) enunciaba a cerca de los estudios cualitativos: “he tratado de dar voz a personas que raramente son escuchadas” (citado por Taylor, 1986, p.21); si se tienen en cuenta todas las bondades del enfoque cualitativo, y el objetivo de este estudio, constituye la forma de dar voz a los padres de familia, que han vivido la experiencia de tener un hijo adolescente con un intento de suicidio.

La Hermenéutica asume que es a través del lenguaje como las personas ven el mundo y este proporciona la comprensión y el conocimiento de los individuos. “El

término hermenéutica procede del griego "hermnéia" e indica la eficacia de la expresión lingüística, al principio la hermenéutica estuvo unida a la experiencia de transmitir mensajes (Hermes el mensajero de los dioses)" (Solano Ruiz, 2006, p.1). Esta disciplina fue importante porque iba unida a la interpretación de los textos bíblicos, no obstante adquiere su auge en el Renacimiento cuando aprovechando que esta se utiliza además no solo se ocupa de la Biblia, sino de todo tipos de texto (Solano Ruiz, 2006).

Las personas en su vida diaria relacionan los aspectos objetivos y subjetivos, lo cual permite que no se reduzca a un solo extremo objetivo o subjetivo, así cuando se estudia fenómenos se apoya en los resultados que obtienen otros investigadores en otros contextos, por tanto el conocimiento de un fenómeno es un consenso intersubjetivo, a esto hace referencia la interpretación hermenéutica de segundo orden, donde el observador hace parte de la investigación y es reflexivo (Sotolongo y Delgado citado en Correa Ramírez & García, 2016).

Se puede decir que la fenomenología hermenéutica es una filosofía de lo personal, de lo individual que se ejerce contra un conocimiento previo del carácter evasivo del logos del "otro", el "todo", lo "común" o lo "social" (Solano Ruiz, 2006, p.2).

En coherencia con esto, en esta investigación, las narraciones de las adolescentes y las madres son parte del mismo fenómeno, pues permite comprender su sistema familiar, cuáles fueron las estrategias comunes que permitieron la adaptación o lo dificultaron, tanto en las adolescentes, como en las madres, y suministró la posibilidad de entender los esfuerzos para seguir adelante, y los obstáculos que han tenido para lograrlo.

La categoría de primer orden que se estudió fue las Estrategias de Afrontamiento familiar desde la perspectiva de los padres, tanto las que facilitaban el proceso de

adaptación como las que dificultaban, posterior a un intento de suicidio realizado por hijos en etapa de la adolescencia. Como categoría de segundo orden esta la Relación padres-hijos, en la que se indagó específicamente cambios en la comunicación, autoridad y afectividad después del intento de suicidio.

5.1 MEMORIA METODOLÓGICA

Para la ejecución de esta investigación llamada "Afrontamiento familiar de adolescentes con intento de suicidio en un colegio de Medellín en 2017: la perspectiva de los padres e hijos" se seleccionó una muestra de manera intencionada, debido a la incidencia de ideación suicida e intentos de suicidio dentro de las instituciones educativas.

El criterio de selección en este caso de las familias, fue el intento de suicidio de las tres estudiantes, de la institución educativa en la que laboraba la entrevistadora como "psicóloga"; además el deseo de participar tanto de las madres, como de las hijas.

Después de varios meses del intento de suicidio de las tres adolescentes de la institución, contactó telefónicamente a las madres y adolescentes, para plantearles la posibilidad de realizar esta investigación y participar en ella de manera voluntaria.

Para esta investigación se aplicó una entrevista de manera estructurada, que permitió indagar en la forma en que la familia afronto el intento de suicidio.

Para la aplicación de la entrevista, inicialmente se hizo de manera individual con las hijas, sin embargo las respuestas fueron monosilábicas, no permitiendo ahondar

en las preguntas, por tanto se propone una segunda entrevista con las madres lo cual permitió obtener mejores resultados.

Determinación de las fuentes y participantes:

Para la **selección de los participantes** los criterios de inclusión fueron:

- Adolescente entre 13 y 17 años, que estudian en un colegio de Medellín.
- Intento de suicidio realizado entre uno y seis meses antes de la entrevista.
- Que convivan con al menos uno de sus padres.

Con respecto a las fuentes bibliográficas se utilizaron las bases de datos, artículos de revistas, libros, informes de investigación, tesis de grado, ponencias, páginas web institucionales, entre otras; utilizando como descriptores ideación suicida, intento de suicidio, suicidio, dinámica familiar, afecto, comunicación y familia. Se revisaron conceptos generales sobre adolescente, etapas del desarrollo, suicidio, conducta suicida, ideación e intento de suicidio, suicidio consumado, parasuicidio, daño a sí mismo no suicida, daño autoinflingido, self-harm, dinámica familiar, relaciones ciclo vital, comunicación, afectividad y factores de riesgo o de protección y como fuentes primarias: Entrevista a padres y al adolescente.

5.2.TÉCNICA DE REGISTRO, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la realización de los registros de la información se realizaron fichas bibliográficas, entrevistas a profundidad las cuales tuvieron unas guías previas de preguntas, aplicadas tanto a padres como a hijos (Anexo B y C), Estas se hicieron de manera individual, primero a los madres, luego a las adolescentes.

Es importante aclarar que al realizar la entrevista tanto la madre, como la hija estaban presentes. Se intentó entrevistar a las hijas de manera separada, sin embargo no se mostraron cómodas estando solas, respondiendo de manera monosilábica a las preguntas, por lo tanto se propuso una segunda entrevista con las madres con resultados bastante diferentes, donde se logró una conversación más fluida y más amplias en sus respuestas. Los ítems a pesar de ser preguntas abiertas, estaban orientadas a observar las categorías de estudio como eran la comunicación, la autoridad y la afectividad antes del intento de suicidio y como cambio o continuo igual después de este. La aplicación de dichas preguntas permitieron tanto a las madres, como a las adolescentes que pudieran explicar sus miedos, aprendizajes e historias que accedieran dar cuenta de su experiencia, lo cual hizo posible un mejor afrontamiento y mejoramiento de la relación por ambas partes, enfatizando en estas que se han implementado en el sistema parento-filial.

Para la aplicación se realizaron unas entrevistas piloto para observar la pertinencia de dichas preguntas. Una vez realizadas las correcciones, se prosiguió a aplicar 6 entrevistas, tres a los padres de familia y tres a los hijos con intentos de suicidio.

Todas las entrevistas fueron grabadas, tuvieron una duración promedio entre 50 y 60 min, para lo cual se solicitó de manera escrita, previa lectura y explicación del consentimiento informado. Las entrevistas fueron realizadas en la oficina de psicología de la institución de procedencia de las estudiantes.

A continuación a las transcripciones de las entrevistas, se organizó la información en tres matrices diseñadas según las categorías primarias y secundarias. Una vez finalizado el vaciado de la información en la matriz, se realizó el análisis de la información, tomado como fuente el marco conceptual.

5.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo del presente estudio se tendrán en cuenta las disposiciones contempladas en la resolución N° 8430 de 1993 que describe la normativa para la investigación en salud y la ley. Se respetará el derecho a la dignidad de los participantes en la investigación y se protegerán sus derechos. Se prevalecerá la seguridad de los beneficiarios y se le expresarán claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución. Se contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. El estudio solo iniciará cuando se tengan las respectivas autorizaciones del representante legal de la Universidad, la de los participantes y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

De igual manera, como indica el Código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología, emitido por el Colegio Colombiano de Psicólogos (2016), se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Por último, se contemplará la ley 1090 de 2006 que reglamenta el ejercicio de la Psicología.

La información obtenida con el adolescente y sus padres sobre el intento de suicidio y la relación con la dinámica familiar, será sometida a reserva y por tanto se garantizará por escrito el compromiso de usar la información solo con fines educativos y académicos. Los datos suministrados por los participantes de la investigación se presentarán de manera anónima.

Conforme lo establecido por la Corte Constitucional Colombiana en la sentencia T-1028 de 2003. Se realizará un consentimiento informado por parte del investigador y por parte del adulto responsable del adolescente quien tomará parte del presente

estudio. Este consentimiento se realizará de forma clara, y antes de la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Al finalizar la investigación se hará el retorno social de la información a los participantes.

6. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

6.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Con respecto a la edad, se evidenció que las madres de familia estaban en un rango entre 36 años y 48 años; mientras que para las adolescentes la edad fluctuó entre 16 y 17 años.

En cuanto a la escolaridad se observó que dos de las madres habían terminado el bachillerato y una de ellas había realizado una técnica superior, mientras que la madre restante había realizado hasta el grado 9°. El 100% de las entrevistadas son madres cabeza de hogar, dos de las cuales estaban divorciadas y una de ellas era viuda. La convivencia con sus parejas oscilaba entre 5 años la más baja y 20 años la más alta. En cuanto a los estratos socioeconómicos todos vivían en estrato 3. Respecto a la actividad laboral o la ocupación actual, una es ama de casa, mientras las otras dos laboran en jornadas muy largas de trabajo.

Dos de las menores de edad entrevistadas continúan tratamiento desde la Entidad Prestadora de Salud (EPS) con psicólogo y con psiquiatría, a diferencia de una, la cual solo recibió apoyo de la EPS por dos meses. De las madres atendidas ninguna tuvo acompañamiento profesional después del intento de suicidio de sus hijas.

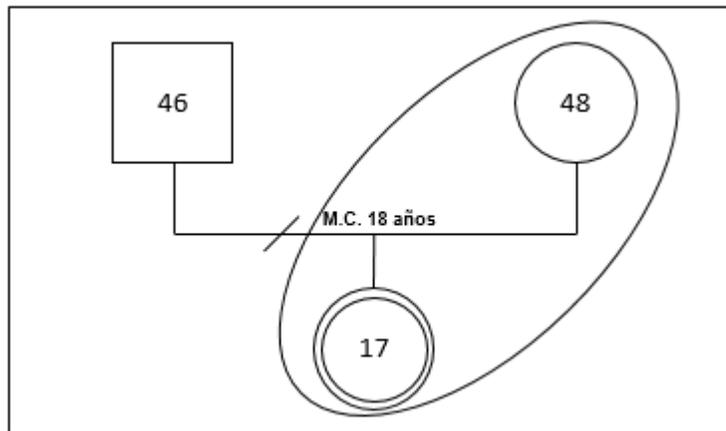
El promedio de atención por parte de los profesionales de la salud para las menores ha sido entre dos y cuatro meses.

6.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS ENTREVISTADAS

En el siguiente cuadro se puede observar de manera resumida las características de las familias, los cuadros resaltados hacen referencia a los miembros de la familia que participaron en la investigación.

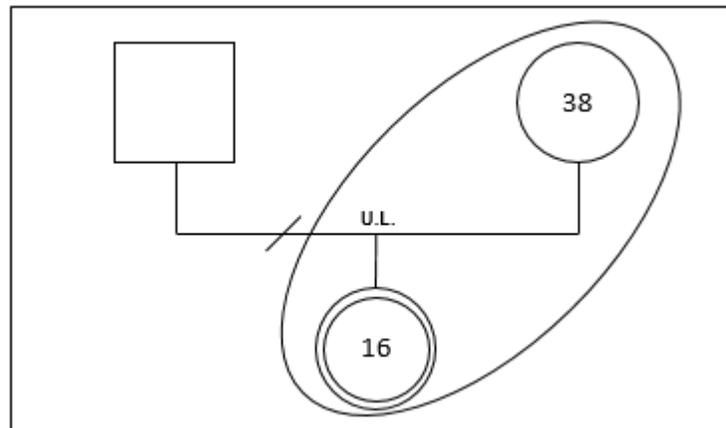
Familiograma familias entrevistadas

Figura 1-Familia 1



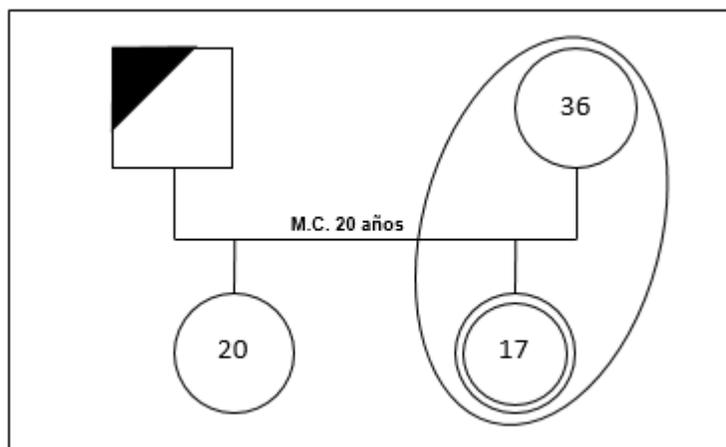
Fuente: Elaboración propia

Figura 2-Familia 2



Fuente: Elaboración propia

Figura 3-Familia 3



Fuente: Elaboración propia

Masculino = □ Femenino = ○ Suicidio = ◼ Hijo entrevistado = ⊙
 Matrimonio civil = M.C. Unión libre= U.L. Separación = ✕ Hijos biológicos = ⊖

Tabla 1. Características de las familias entrevistadas

Familia	Estrato Socioeconómico	Integrantes	Edad	Estado civil	Nivel Educativo	Tipología familiar
1	3	Madre	48	Casada	Noveno	Monoparental femenino
		Padre	46	Casado		
		Hija	17	Soltera	Bachillerato	
2	3	Madre	38	Soltera	Técnico	Monoparental femenino
		Hija	16	Soltera	Estudiante bachillerat	
3	3	Madre	36	Viuda	Bachillerato	Monoparental femenino
		Hija	17	Soltera	Estudiante bachillerat	
		Hermana	20	Soltera	Universitaria	

Fuente: Elaboración propia

6.3 DESCRIPCIÓN RESULTADOS POR CATEGORIAS DE ANÁLISIS

En este capítulo se describirán los resultados de las categorías de análisis según las respuestas dadas por los entrevistados.

Para la codificación de la entrevista se utilizaron los siguientes códigos.

F1: Familia 1 F1 H1: Familia 1, Hija 1 F1 M1: Familia1, Madre 1

F2: Familia 2 F2 H2: Familia 2, Hija 2 F2 M2: Familia2, Madre 2

F3: Familia 3 F3 H3: Familia 3, Hija 3 F3 M3: Familia3, Madre 3

Es importante aclarar que para dichas entrevistas no fue posible contar con los padres de familia: uno de ellos por fallecimiento (suicidio), y los padres de las otras dos familias no participaron debido a que se encuentran alejados de sus hijas y en este momento no tienen contacto con ellas.

6.4 CATEGORIAS DE PRIMER ORDEN

6.4.1 Afrontamiento familiar después del intento de suicidio.

6.4.1.1 Afrontamiento que facilita la adaptación.

<p>1. Amor mutuo: Las tres familias entrevistadas refirieron que el amor que sienten por sus hijas es lo que les</p>	<p><i>-Yo siempre he amado a mi hija desde siempre, desde antes de concebirla yo la amo, pero un amor muy loco, es impresionante yo me</i></p>
---	--

<p>ha ayudado a seguir adelante después del intento de suicidio, además ahora se los demuestran más.</p>	<p><i>aferre a ella después del intento, es mucho amor yo siempre lo he sentido, pero ahora lo manifestó más (F2 M2).</i></p> <p><i>- Lo que me ha permitido seguir adelante es el amor, por encima de lo que sea, el amor a mi hija, el amor a mi hogar, que es de ella, eso ha sido (F2 M2).</i></p> <p><i>- Yo le demuestro el amor, hablándole lo que siento, yo le digo “es por un bien para usted misma, usted es mi hija y yo la quiero, como no la voy a querer, si por usted es que todos los días me levanto a trabajar” (F3 M3).</i></p>
<p>2. Resiliencia: Para las tres familias que han pasado por un intento de suicidio, a pesar de lo doloroso de la experiencia, hay una percepción de aprendizaje y de fortalecimiento a nivel personal y relacional.</p>	<p><i>- De alguna forma hemos tomado conciencia y tratamos de resolver las dificultades que se nos presentan en la forma correcta, Ha sido una evolución (F2 H2).</i></p> <p><i>- Yo pienso que lo enfrenta de una manera más fuerte, creo que eso la ha hecho más fuerte en todos los sentidos, ha podido reaccionar un poco más de lo que era antes, pues antes era como más inmadura ahora la</i></p>

	<p><i>veo más centrada en las cosas (F3 M3).</i></p> <p>- La relación de nosotras ha cambiado bastante a comparación de como éramos antes, el cambio ha sido favorable, entre nosotras dos (F1 M1).</p>
<p>3. Espiritualidad-Religiosidad: Para la mayoría de las familias, la fe en un ser superior, les ha ayudado a la hora de superar este momento de crisis.</p> <p>Para una de las familias esta experiencia ha sido una bendición que favorece cambios positivos para sus vidas.</p>	<p><i>- Yo pienso que las cosas de Dios son perfectas, por algo pasan pues uno no debería decir, lo malo pasa para que lleguen cosas buenas, pero en esta vez creo que hemos sido bendecidas por Dios, porque las cosas cambiaron, cambiaron para bien cada día tienden a mejorar así lo percibimos, así lo sentimos (F2 M2).</i></p> <p><i>- Estamos de acuerdo, estamos aferradas Dios todo el tiempo (F2 H2).</i></p>
<p>4. Soporte Afectivo: La mayoría de las familias entrevistadas concuerdan en lo importante que ha sido el afecto de la familia después del intento de suicidio, pues gracias a él, han logrado</p>	<p>- Ahora mi mamá me aguanta más, me tiene más paciencia, soy más apegada a ella, antes ella era en el primer piso y yo en el tercero, ahora ya somos de la misma camita (F1 H1).</p>

<p>dar soporte y contención.</p>	<p><i>-A raíz de esta situación, la relación con mi madre en general ha cambiado absolutamente todo; pero sí, eso fue algo que nos ha ayudado a dar un cambio positivo, se nota en el comprendernos, en ser conscientes que en ocasiones no nos encontramos ante un estado de ánimo positivo. Ella Busca todas las maneras posibles para manifestarme el amor que ella tiene hacia mí como por ejemplo abrazarme decir te quiero ese tipo de manifestaciones cuando tienes ganas de llorar (F2 H2).</i></p> <p><i>-Para la familia esta experiencia fue algo que marcó porque en realidad esa no era la opinión en la que me tenía mi familia, me veían como una persona fuerte, que no se dejaba derrumbar por situaciones insignificantes y al notar la debilidad trataron de manifestarme que realidad ellos estaban conmigo y de darme una voz de aliento (F2 H2).</i></p>
<p>5. Apoyo sanitario: La mayoría de las familias valoran la atención recibida por el personal sanitario, médico, psiquiatra, psicólogo, para lograr</p>	<p><i>-Ella está con psiquiatría y psicología, nosotras solas no hubiéramos sido capaz por más voluntad y aparte de eso, medicamentos, pero el psiquiatra le ha</i></p>

<p>contención y estabilización de las adolescentes.</p>	<p>quitado medicamentos (F2 M2).</p> <p>- <i>Hace poco nos encontramos con el psicólogo que la atendió y nos felicitó tanto a ella, como a mí, porque se ha visto el cambio; él lo ha visto y nos ha felicitado por esa situación (F2 M2).</i></p> <p>- Actualmente está recibiendo tratamiento médico, psiquiátrico y la está viendo el psicólogo del mental, la está viendo cada 3 meses. La última vez que fuimos a ella la vio como no estaba mal del todo, pero tampoco bien, está como regular (F1 M1).</p>
<p>6. Resignificación: Para las tres familias entrevistadas esta experiencia se ha convertido en una posibilidad de darle un buen significado y encontrarle sentido a lo que sucedió.</p>	<p>- <i>Para mí ha significado una oportunidad; una segunda oportunidad de vivir y hacer mejor las cosas y es otra oportunidad que le da la vida para hacer las cosas bien, tratar de estar lo más que se pueda, tratar de cambiar como persona como mamá tratar de hablar más con ella (F3 M3).</i></p> <p>- <i>Mi familia siempre lo dicen y dicen que a ellos les parece increíble que yo haya resistido una situación como esa cuando eso pasó, ellos temían por la niña, pero también temían por mí, que no me veían como con esa fuerza, que yo iba a desfallecer, que yo no iba a</i></p>

	<p><i>ser capaz, pero ahora ellos me ven como una luchadora (F2 M2).</i></p> <p><i>-Mi mamá ha afrontado esta situación de una forma positiva y alguna manera ha sido consciente de algunas situaciones (F2 H2).</i></p>
--	--

Figura 4. Afrontamiento que facilita la adaptación

Fuente: Elaboración propia con base en testimonios de los entrevistados

6.4.1.2 Afrontamiento que dificulta la adaptación.

<p>1. Negación del hecho: Para una de las familias entrevistadas asumir lo que ocurrió, le ha sido más difícil, por eso intenta poder olvidar y no recordar lo que sucedió.</p>	<p><i>- Trato de no pensarlo, trato de pensar en otras cosas y no pensar en eso, así se me van a olvidando las cosas, me van doliendo menos porque si le echo mente, nunca se me van a olvidar, va a quedar la espinita (F3 H3).</i></p> <p><i>- Para mí es difícil hablar de lo que paso, no lo quiero recordar, quiero olvidar, La razón es que me duele, de que no duela más, porque si uno se recuerda y recuerda duele más (F3 H3).</i></p>
--	--

2. Comunicación del suceso, tabú y culpa:

Para la mayoría de las familias, el intento de suicidio lo han vivido con culpa, debido a lo doloroso de la situación para los padres, además del tabú que se maneja por parte de los familiares y allegados.

En la mayoría de las familias entrevistadas se observó señalamientos tanto por parte de los hijos hacia los padres, como de los padres hacia sus hijos por haber cometido el acto. También se da el señalamiento de las familias y el medio donde se desenvuelven. Incluso el señalamiento se observó entre los mismos padres.

- Yo le dije a ella que para mí una persona que intenta quitarse la vida para mí es una persona cobarde totalmente, usted piensa que a mí me parece mucha gracia lo que su papá hizo, no hija; a mí ni gracia, ni nada, me pareció simplemente, me parece una cobardía (F3 M3).

- Lo que me hizo no volver a pensar en eso, e intentarlo de nuevo; es que ella una vez me dijo, como le dijo a mi papá cuando ya había muerto, bueno usted se quiso morir, yo nunca se lo voy a perdonar y a mí no me gustaría que mi mamá dijera eso para mí, me dijera a mi (F3 H3).

- La he amado Lo que quiera, la he amado con toda mi vida. Decirle te amo hasta el día de hoy con toda mi vida, igual que ame a su papá y usted sabe cuánto amaba a su papá, pero si usted se quiere morir yo no se lo voy a impedir (F3 M3).

- Yo no quería volver a estudiar ni siquiera, quería terminar el año con talleres, no quería ver a nadie, que nadie me viera quería estar encerrada en la casa, tenía como un sentimiento de culpa, como agonía, como pena,

rabia con el mundo, conmigo misma (F1 H1).

- Toda la familia estamos pendiente de ella todo mundo sabe lo que pasó, pero nadie dice nada para no ofenderla ella ni hacerla sentir mal, todos saben que es así, ninguno va a volver a decir nada de eso (F3 M3).

- Hay que aceptar la realidad, obvio, que yo sé que fue un error y todo, pero no es un tema como... recordemos que yo me corté, es como un tabú, cosas que no se pueden hablar, todavía la sociedad no se acostumbra eso (F3 H3).

- *Me sentí muy mal cuando ella fue allá donde mí y me dijo, yo que tengo que hacer, deme una nueva oportunidad (F3 H3).*

- En ese momento yo entré en shock, no reaccioné cómo debía haber reaccionado, cómo llevarla al médico o algo, en ese momento hablé con ella le dije ¿qué quería hacer en ese momento?, ella me dijo no quiero vivir con usted no quiero vivir más, le di varias opciones, pero yo estaba en shock, fue lo único que hice, yo vine a reaccionar al otro día y eso porque me

	<p>abrieron los ojos como se dice, me hicieron caer en razón (F2 M2).</p> <p>-El papá me echa la culpa a mí de lo que ella hace, yo a veces le digo a ella, yo no quiero que a usted le pase algo malo porque la responsable soy yo y la culpa va recaer es sobre mi (F1 M1).</p> <p>- Yo no me siento culpable, Pero él me hace sentir que yo soy la culpable porque ella está bajo mi responsabilidad (F1 M1).</p> <p>- El día que yo estaba en el hospital me dijo que si era que yo no lo quería porque hacía eso (F1 H1).</p>
<p>3. Ansiedad Anticipatoria: Para todas las familias el intento de suicidio de sus hijas género estrés, angustia, miedo, estados de hipervigilancia que aún se mantiene después de un tiempo de haber sucedido.</p> <p>La ansiedad es una vivencia universal. La ansiedad normal surge en respuesta a exigencias de la vida cotidiana y opera como señal para buscar la adaptación, suele ser transitoria y la</p>	<p>-Si usted supiera el miedo que a mí me da cuando ella sale, que se demora, que no me contesta cuando el teléfono suena, que me llama como para algo (F1 M1).</p> <p>- <i>Eso no es nada fácil porque es como una película repetitiva, es algo que le marca a uno, que uno trata de disimular y hacer de cuenta es que aquí no ha pasado nada y la vida continúa, pero a uno le cambia la vida yo creo que un 100% si no, es más, es</i></p>

<p>persona la percibe como nerviosismo y desasosiego (Universidad de Chile, 2009). En este caso esta Ansiedad está caracterizada por hipervigilancia constantes y es Expectativa, porque está proyectada a futuro.</p>	<p><i>muy difícil (F2 M2).</i></p> <p><i>- Yo no tenía vida, yo no me quería moverme de ahí, yo estaba sufriendo más que cualquiera. Ya para salir que yo qué voy a hacer, quién me la va a cuidar, como si fuera una niña chiquita, yo jamás en mi vida la trataba así, ni cuando eran chiquitas (F3 M3).</i></p>
<p>4. Soporte familiar inconsistente:</p> <p>Para las tres familia el soporte inconsistente, entendido como el soporte que está relacionado con el trabajo, el dinero, la falta de tiempo y de apoyo del padre a los hijos, es una de las causas que más dificulto el afrontamiento familiar.</p>	<p><i>-Yo toda mi vida estuve sola, siempre estuve sola, porque mi mamá era trabajando, porque salía a las 10 y empezar a las 5, toda la vida estuvo así y siempre me dejó sola y yo con mi hermanita pues ni mucho que hablemos o sea que por si yo toda mi vida estuve sola, entonces eso fue como bueno yo mantengo sola entonces no hago falta o cosas así y sigues pensando lo mismo no ya no; ya la verdad me acostumbré a estar sola ya no me importa si están conmigo o no (F3 H3).</i></p> <p><i>-La situación ha sido más difícil para mi madre, porque a mi padre en realidad no le interesó el hecho de que yo hubiese intentado hacer ese tipo de cosas; él no mostró ningún tipo de interés frente a esa situación, mi</i></p>

	<p><i>mamá sí se vio bastante afectada (F2 H2).</i></p> <p><i>-Pues el papá no se ha pronunciado para nada, desde el primer momento lo supo, no dijo nada en absoluto (F2 M2).</i></p>
<p>5. Ausencia de soporte de salud:</p> <p>Para una de las familias el acompañamiento a nivel de salud, fue un factor de riesgo debido a que no encontraron ningún apoyo y no fue posible la atención en los centros de salud.</p>	<p><i>- Las ayudas externas que tuvimos, la iglesia, a Dios; porque de resto no hay donde, no hay quien, en el momento que usted lo necesita, la gente no está, está ocupada, no hay cita, imagínese de que la cita del neurólogo ni siquiera hay agenda, ni el que la pesa, ni el que la ve, por ejemplo (F3 M3).</i></p>
<p>6. Bienestar de los hijos por encima del bienestar de los padres:</p> <p>La mayoría de las familias coincide en que lo más importante es el apoyo y la ayuda que reciban las menores, sin embargo perciben poco apoyo profesional para ellas.</p>	<p><i>- Yo pienso que en todo este proceso el alivio mío es verla que está bien, lo que pasa conmigo me ha tocado enfrentarlo, yo no he recibido ninguna ayuda fuera de la espiritual y de los docentes(F2 M2)</i></p> <p><i>- Yo pensaría que es bueno que le presten como más atención al joven está perfecto, pero como que se ha olvidado del padre porque uno no sabe qué hacer uno no saber cómo actuar(F2 M2).</i></p>

	<p>- Lo que yo necesitaría, es que no le vuelva a pasar eso, porque a mí que me va a pasar ya... por Dios, a nivel de familia yo tengo el apoyo de mi hermana, pero como ella ha recibido ayuda, yo creo que con esa ayuda nos basta y nos sobra, porque me interesa más ella (F1 M1)</p>
--	---

Figura 5. Afrontamiento que dificulta la adaptación

Fuente: Elaboración propia con base en testimonios de los entrevistados

6.5 CATEGORIAS DE SEGUNDO ORDEN

6.5.1 Relación padres- hijos

<p>Comunicación:</p> <p>La mayoría de las hijas describen cambios positivos en la comunicación con sus madres, posteriores al intento de suicidio, expresando que ahora pasan más tiempo juntas, ven en sus madres paciencia, contención, y apoyo afectivo. Antes del intento coinciden en percibir una comunicación conflictiva, sin posibilidad de acuerdos.</p>	<p>- Siempre vivíamos peleando por todo, manteníamos como perros y gatos(F1 H1)</p> <p>- No existía la comunicación, los diálogos que teníamos era por diferencias y eso generaba conflicto (F2 H2).</p> <p>- Yo antes era muy grosera con ella, no me gustaba cuando me empezaba a hablar (F3 H3)</p>
---	--

<p>De la misma manera las madres refieren que sus hijas contestaban mal, no sabían lo que pasaba con sus hijas y posterior al intento, ellas comparten más, lo que parece favorecer la construcción de una relación más estrecha y de mayor confianza mutua.</p>	<p>-Mi mama me aconseja, me dedica más tiempo, tiene más paciencia, ha mejorado la comunicación (F1 H1)</p> <p>- Cuando me encuentro en conflicto o siento que no encuentro la solución a un problema, yo acudo a ella y ella de una manera u otra me trata de estabilizarme, de darme una voz de aliento (F2 H2).</p> <p>-Ahora como que la trato de escuchar, algunas cosas se las cuento, no todas, porque no tengo el 100% para decirle todo, pero algunas cosas si (F3 H3).</p> <p>-Antes por cualquier cosa peleábamos, era una relación muy tirante, ella no me podía hablar y yo tampoco porque nos contestábamos feo (F1 M1).</p> <p>-La relación entre nosotras no era buena, no había comunicación, o sea era tan difícil que yo desconocía lo que estaba pasando con ella (F2 M2)</p> <p>-Nunca hemos hablado mucho, yo trabajo mucho, antes la comunicación era más poquita (F3 M3)</p>
--	--

	<p>-Tenemos una comunicación más amplia, ella me cuenta las cosas, encuentra en mí una persona para contarme las cosas y yo también le cuento (F1 M1).</p> <p>-Por encima de todas las cosas la comunicación, estamos mucho más unidas, mucho más comunicativas, nos comunicamos todo (F2 M2).</p> <p>-Ahora si hablamos más, intento que sea más (F3 M3)</p>
<p>Límites: Coinciden las tres adolescentes entrevistadas en percibir que las madres son más flexibles en la autoridad, después del intento de suicidio, expresando que antes existían más restricciones.</p>	<p>-No podía salir ni a la esquina era como ¿puedo salir?, No. Porque no y ahora sí me deja tener más libertad siempre y cuando no le llegue tarde porque si le llego tarde me regaña, pero como yo no le respondo (F1 H1).</p> <p>-Claro existirán reglas, No ha habido cambios (F2 H2).</p> <p>-Antes yo también limpiaba, pero estaba mi hermanita y me daba rabia que ella no lo hiciera y yo tuviera que hacerlo y ella estaba acostada (F3 H3).</p> <p>- .Ahora sí me deja tener más libertad siempre y cuando no le llegue tarde porque si le llego tarde me regaña (F1 H1).</p>

<p>Las madres en cambio refieren en común que mantener las normas, antes y después del intento, es un aspecto muy importante, inherente a ser madre cuidadora. Aun así, manifiestan que frente a permisos se han flexibilizado posterior al intento de suicidio.</p>	<p>-El padre siempre deben plantear reglas y el deber del hijo es cumplirlas y llevarlas a cabo, entonces yo estoy de acuerdo con eso (F2 H2).</p> <p>-Ella siempre me ha dejado hacer lo que yo quiera, pero no hacer lo que yo quiera de como dijo sí hay más normas, ahora llegar al otro día no y tampoco se me ha pasado por la cabeza de llegar al otro día porque se las consecuencias de que me mata, no se me ha pasado por la cabeza (F3 H3).</p> <p>- Yo primero no la dejaba salir (F1 M1).</p> <p>-Siempre se ha tenido como esa responsabilidad, sólo que antes era más complejo como que tomará conciencia, voy a hacer esto (F2 M2).</p> <p>-Yo siempre he sido flexible con ella (F3 M3).</p> <p>-Ahora un poquito, no es mucho, pero si la dejo como salir más, aunque no dejó hasta muy tarde, si se está tomando ese medicamento tampoco la dejo que se vaya a tomar (F1 M1).</p> <p>-He sido clara que ante todo hay</p>
--	---

	<p>reglas, que ante todo hay normas y sobre todas las cosas .Soy la mamá no la que impone sino que yo estoy ahí para acompañarla pero no a todo se le puede decir sí, yo creo que lo hemos manejado con claridad (F2 M2).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siempre trato de ser muy flexible hasta donde se pueda (F3 M3).
<p>Afectividad: Las tres adolescentes entrevistadas concuerdan, en que después el intento se sienten más unidas a sus madres, se demuestran más cariño y se consienten más. Antes las expresiones afectivas eran escasas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Antes éramos como perros y gatos (F1 H1). -Yo como que planteaba restricciones en el momento en el cual deseaba manifestarle mi interés o mi amor hacia ella, porque yo analizaba y concluía que realmente eso no le interesaba el hecho de que yo le manifestara mi amor de esas formas (F2 H2). -Me gusta porque antes no era cariñosa, no hacía eso (F3 H3). -Estoy más apegada a ella, hablamos más en el día, vemos televisión juntas y antes no (F1 H1). -Ella busca todas las maneras posibles para demostrarme el amor, que tiene hacia mí, abrazarme, decirme te quiero, decirme ese tipo de

<p>También las tres madres entrevistadas concuerdan en que después del intento de suicidio el amor por sus hijas es mucho más grande, le demuestran mucho más el afecto con palabras, gestos y caricias.</p>	<p>cosas (F2 H2).</p> <p>-Después de "eso" se puso muy mimada, muy sentimental, ¡ay Dios mío! Ella me mimaba más, me consiente más (F3 H3).</p> <p>-Antes por cualquier cosa peleábamos, por cualquier cosa. Veíamos programas diferentes, ella se acostaba dormir y yo me quedaba viendo televisión (F1 M1).</p> <p>-Siempre he amado a mi hija desde siempre desde antes de concebirla yo la amo, pero un amor muy loco (F2 M2).</p> <p>-Ella pasa mucho tiempo sola en la casa (F3 M3).</p> <p>-Soy más apegada a ella (F1 M1).</p> <p>-Es impresionante yo me aferre a ella después del intento, pero es un amor impresionante, es mucho amor yo siempre lo he sentido, pero ahora lo manifestó más a través de caricias a través de ciertas palabras (F2 M2).</p> <p>-El afecto se lo demuestro hablándole lo que siento, yo lo que le digo es por un bien para usted misma, usted es mi hija y yo la quiero, como no la voy a querer si por usted es que</p>
--	--

	<p>todos los días me levanto a trabajar (F3 M3).</p>
--	--

Figura 6. Relación padres- hijos

Elaboración propia con base en testimonios de los entrevistados

6.6 ASPECTOS QUE MODERAN EL IMPACTO DEL INTENTO DE SUICIDIO EN LA FAMILIA

Para las familias el hecho de ser madres cabeza de hogar, el ingreso hospitalario de las menores represento una gran dificultad a nivel económico: una de las familias se sostenía con un solo salario. Se presentó en otra familia, que ante la ausencia del apoyo económico del padre, tuvieron que recibir ayuda de otras personas de la familia a quienes querían mantener al margen del intento de suicidio de las chicas.

A esto se suma la dificultad para el desplazamiento y las dificultades por la solicitud de permisos en el trabajo, por la exigencia del acompañamiento permanente de las chicas durante la hospitalización.

“En ese momento se presentaron muchas dificultades en cuanto a lo económico fue muy difícil cambiaron muchísimo porque fueron citas tras citas y medicamentos y del factor tiempo, si ha sido muy difícil esos dos factores han sido muy complicados” (F2 M2).

“Lo más duro de tenerla hospitalizada, todo; tenerla que ir a visitar allá, tener que venir y dejarla, eso es muy duro” (F1 M1).

Ahora bien, se observó que las tres familias acudieron a estrategias de afrontamiento similares como fueron: el amor mutuo, la resiliencia frente al hecho,

la religiosidad, el soporte afectivo y la resignificación, para hacer frente a las situaciones relacionadas con el ciclo vital de la adolescencia. En dos de las tres familias entrevistadas, la menor era única hija.

Es importante resaltar que la adolescencia; es un momento crítico de separación y duelo, donde los hijos desidealizan a los padres viéndolos como seres reales, los cuales no comulgan con sus ideas. Para los padres los cambios de sus hijos, hacen que parezcan que están frente unos extraños y por tanto se comportan cada vez más exigentes por el temor de perder el control (Correa Ramírez & García, 2016). En las respuestas dadas tanto por las adolescentes como por las madres se puede observar dicha evidencia que da cuenta de estos cambios:

Me sentí defraudada totalmente como madre porque uno piensa que le está dando lo mejor a los hijos y resulta que no, increíble que ella, que es una muchacha tan contenta, tan despierta, tan habladora, entonces la familia diría yo no lo puedo creer, ellos no pudieron creer que lo hubiera hecho.(F3 M3).

“Aceptar el hecho de que yo hubiese sido una consumidora, a ella le afecto bastante el hecho de que yo consumiera”. (F2 H2).

Para los hijos comienza un proceso de individualización el cual los aleja cada vez de sus padres mientras que al mismo tiempo los padres inician el reconocimiento de que los hijos han crecido, lo que hace necesario una reacomodación en la forma de relacionarse (Aberastury y Knobel, 2014 citado en Correa & García, 2016). Referente a esto una de las madres comentaba:

“Muchas veces uno sabe que esté pensando, que está sintiendo, qué quiere decir o qué va a decir, o qué va hacer no se sabe porque ella, es muchas personas al mismo tiempo” (F3.M3).

A medida que los hijos crecen se deben iniciar las negociaciones las cuales han de ser diferentes a las que se tenían en la edad escolar, estas, están ligadas a una permitir una mayor autonomía, mientras se exige una mayor responsabilidad (Minuchin & Fishman, 2004) Cuando estas negociaciones no se logran y hay demasiadas exigencias, se inician las dificultades frente a la norma y los límites, la comunicación y por tanto el alejamiento de los padres. En estas respuestas se evidencia las negociaciones realizadas en las familias:

“Ahora sí me deja tener más libertad siempre y cuando no le llegue tarde porque si le llego tarde me regaña”. (F1. H1).

“Yo primero no la dejaba salir, ahora un poquito, no es mucho, pero si la dejo como salir más, aunque no la dejó hasta muy tarde, si se está tomando ese medicamento tampoco la dejo que se vaya a tomar” (F1 M1).

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

**“Si no está en tus manos cambiar la situación que te produce dolor,
Siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes este sufrimiento”
Viktor Frankl.**

En estas familias entrevistadas, se logró profundizar en aspectos dolorosos, inquietantes, que las llenaron de dudas, que les hicieron entrar en conflicto y en crisis, y al mismo tiempo, hicieron conciencia de los aspectos que las fortalecieron a nivel individual y relacional, a través del amor, el perdón, la aceptación y la paciencia. El intento de suicidio de un hijo, es imposible que pase desapercibido para una familia, por esta razón se puede observar como algunas potenciaron sus recursos al servicio de un equilibrio familiar, de un mejor bienestar, un aprendizaje que les ha permitido continuar fluyendo hacia la vida.

Para esta investigación se tuvo la oportunidad de entrevistar a las madres y a las hijas en conjunto, cada una compartió su experiencia, su sentir, la emoción que las acompañaba antes y después del intento de suicidio. Este espacio permitió que se pudieran escuchar desde sus miedos, sus angustias y temores, a la vez desde el profundo amor que cada una se tiene y que irradia. La vida de estas familias jamás volverá a ser la misma, y según sus experiencias todo esto para bien.

En el rastreo documental realizado se encontró que son menos investigaciones que estén referidas o enfocada en las relaciones y en especial en el afrontamiento de los padres después de un intento de suicidio de sus hijos, por esta razón ha sido vital observar que elementos permitieron o dificultaron este afrontamiento, pues estos parecen estar relacionados con todos los cambios suscitados. En este sentido se halló similitud con lo que plantea (Arcila Sierra, 2003) a cerca de los factores protectores, para él, las familias tienen la capacidad de adaptarse y transformar las

experiencias difíciles en experiencias posibilitadoras que le permitan lograr un equilibrio en el sistema familiar.

7.1 COMUNICACIÓN, AFECTIVIDAD Y LÍMITES

Los hallazgos encontrados referentes al tipo de familia, permiten observar que las tres familias entrevistadas son monoparentales femeninas, Estrada A et al. (2009) afirma en la investigación llamada familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes, que se reportan menos casos de intentos de suicidios en este tipología familiar, lo cual no coincide con esta investigación, posiblemente esté relacionado con el rol de las madres cabeza de familia y la necesidad de trabajar muchas horas fuera de casa, para poder cumplir con las necesidades, lo cual obliga a las hijas a pasar mucho tiempo solas, además sumado a esto la edad en la que se encuentran, que es la adolescencia. Es importante recordar que las heridas de la infancia con respecto a los padres se actualizan constantemente, precipitando a ideaciones o intentos de suicidios, disfrazados de situaciones actuales.

Sin embargo si concuerda en cuanto a que es mayor la ideación suicida en los hijos que no viven con sus padres, (González-forteza et al., 2009) también coincide en la incidencia superior de intentos de suicidio cuando hay familias fragmentadas y con uno solo padre. Se podría pensar que estos hijos que crecen en un hogar con un solo padre les cuesta más encontrar un sentido a la vida y aferrarse a ella, además podría estar relacionado con el dolor de la soledad, debido a que el padre que está a cargo debe trabajar y hay pocas o ninguna familia que los sustente o los acompañe.

En la figura 4, se puede evidenciar como todas las familias entrevistadas presentan un común denominador con respecto al tema de la comunicación. En todas se presentó comunicación conflictiva antes del evento de suicidio y posterior

a este una mejora en la comunicación madre e hija. Esto coincide con (Estrada A et al., 2009), quienes indican que los niños y adolescentes con falta de dialogo, especialmente con la madre manifiestan más deseos de morirse y padecen más depresión, (Cantoral-Cancino & Betancourt-Ocampo, 2011) encontraron que adolescentes con intento de suicidio cuentan con menos oportunidades de expresar lo que sienten, es posible que tenga relación con los puntos anteriores, pues la soledad, la separación de los padres, la falta de dinero puede llevar a que estas hijas sientan resentimientos con sus madres, las culpen de la separación y debido a la dificultad para comunicarse este hecho empeore.

Con respecto al tema de la afectividad, se puede evidenciar que antes del intento de suicidio la relación madre- hija en las tres familias carecían de tiempo, de afecto, de muestras de cariño, se peleaban más, como lo menciona (Cantoral-Cancino & Betancourt-Ocampo, 2011) quien afirma que los hijos con intento de suicidio percibían las familias menos unidas. Monge Holguín et al., (2013) expone que los conflictos en la familia aumentan este tipo de comportamientos. Las familias entrevistadas posteriores al evento se mostraron más afectuosas, se decían cuanto se querían, y trataban por todos los medios que el otro lo supiera. El mostrarse afectuoso como padre, podría ser la posibilidad de lograr sanar heridas a través del acercamiento con estas hijas.

Los límites en las familias estaban establecidos, sin embargo después del intento, se mantuvieron y se dieron de manera más flexible y negociada, lo encontrado por este estudio también coincide con el realizado por (Estrada A et al., 2009) quienes afirman que es mayor la depresión y el intento de suicidio cuando son familias monoparentales las que ejercen la autoridad. En este sentido se puede pensar que son los límites los que le permiten a estas hijas sentirse amadas y que son importantes para sus madres, incluso se podría inferir en que se sienten cuidadas a través de estas normas, si me cuidan es porque me quieren, en contraste al

exceso de libertad de antes del intento, sino me vigila, si puedo hacer lo que quiera es por no le importo a mi mama.

Estas tres familias mejoraron sus relaciones familiares, esta experiencia les permitió hacer cambios que antes no habían realizado, usando estrategias de afrontamiento para lograrlo a continuación profundizaremos en ellas.

7.2 FACILITANDO EL CAMBIO: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ADAPTATIVAS

En cuanto el afrontamiento que realizó la familia después del intento de suicidio fue diferente en cada una, sin embargo hay algunos elementos que fueron comunes en ellas.

La primera estrategia que se encuentra es el amor mutuo, aparece como uno de los principales motores a la hora de mejorar la relación y como uno de los principales factores protectores, Cyrulnik y colaboradores, hablan del concepto de tutor de resiliencia, entendiéndose este como la figura con la cual se crean figuras de apego madre, padre, o cualquier adulto. Este tutor de resiliencia permite tener un apego seguro, lo cual ayuda a aprender de los hechos ocurridos y así crear esperanzas para un futuro mejor (Pereira, 2010) .

Para las madres el darse cuenta que sus hijas no querían vivir y podrían perderlas hizo que fueran más conscientes del gran amor que sienten por ellas y esto les permitió hacer cambios en sus propias vidas a nivel de laboral, emocional, a nivel de flexibilidad, a la hora de demostrar los sentimientos.

Dice Bermejo (2002) en su libro “La escucha que sana”

Un corazón herido también a la vez que sanador, firme y vigilante, en el que se fraguan los mejores planes y donde se cultiva la mansedumbre. Un corazón inteligente como el de una madre que tuviera que cuidar su único hijo enfermo (p.81).

En estas palabras, se ve reflejado como el amor de estas madres es tan grande como para continuar luchando, a pesar del dolor y del miedo, ellas continúan adelante con el único fin de ver bien a sus hijas.

La segunda estrategia, es la resiliencia, para las tres familias que han pasado por un intento de suicidio, a pesar de lo doloroso de la experiencia, esta ha resultado ser positiva para la relación que tienen con sus hijas, pues ellas sienten que han salido fortalecidas. Aparece entonces el concepto de resiliencia, entendiéndose como la “fiabilidad para resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva” según definición del Instituto para la resiliencia infantil y familiar (ICCB, 1994 citado por Pereira 2010, p.9) dentro de ellas se contempla la fortaleza emocional, positivismo, consciencia y madurez.

Para que se dé, la resiliencia necesita un equilibrio entre los factores de riesgo, factores protectores, la personalidad y la estructura familiar, esta no es estática y puede variar debido a las influencias del tiempo y el contexto (Pereira, 2010).

De acuerdo a este enfoque se puede observar como dos de las familias sienten que sus hijas han crecido a nivel emocional con la experiencia, las ven más conscientes, más maduras. Se percibe el estar vivas, como una nueva oportunidad para realizar cosas y proyectarse. A pesar de que hay dificultades estas se gestionan mejor, los conflictos son hablados y se procuran resolver.

Con respecto a la espiritualidad y religiosidad, como tercera estrategia, se observa como la espiritualidad cumple un papel muy importante a la hora de afrontar

acontecimientos tan traumáticos como es el intento de suicidio de un hijo. Se puede tomar en consideración, como Dios se convierte en fuente de consuelo, de auxilio ante la angustia y el miedo por la situación.

“Los expertos consideran la espiritualidad y religiosidad como elementos adicionales y complementarios a las intervenciones psicosociales tradicionales, para un mejor manejo de los cuadros depresivos con riesgo suicida” (Taha, Florenzano, Sieverson, Aspillaga, & Alliende, 2012, p.9).

En la psicología de la religión, hay evidencia y existe un creciente interés que destaca el rol protector de la espiritualidad y religiosidad en la salud y bienestar en general, sea físico o mental (Taha et al., 2012). Mafla manifiesta que la religión cumple la función de poder y sentido en cuanto a lo psicológico, señala que a las personas religiosas su fe les hace preguntarse por el sentido de la vida y creer que lo encontraron, además que este sentido parte de sí mismo y no es infundido desde el exterior (Mafla citado en Carlos & Nolasco, 2017).

Partiendo de la premisa de que el hombre es una unidad conformada por diferentes dimensiones encontramos que ante situaciones que lo conmueven profundamente, como la posibilidad de perder a un ser querido, la faceta espiritual llega como un bálsamo a sanar el profundo dolor que se siente. Es a través de la oración, la fe y el consuelo de creer en un Ser superior, como ese profundo dolor por el que se pasa, se va superando poco a poco. Para Girard “la literatura señala que la espiritualidad y religiosidad pueden prevenir las conductas suicidas en muchos casos, aunque en algunos puede representar un factor de riesgo” (Girard citado en (Taha et al., 2012). En la disminución de conductas suicidas fue conceptualizada por Durkheim quien consideraba el posible rol protector de la espiritualidad y la religiosidad (Smith citado en (Taha et al., 2012).

Los expertos opinan que la espiritualidad y religiosidad son elementos adicionales útiles y complementarios a las intervenciones psicosociales habituales en casos de depresión con riesgo suicida (Taha et al., 2012).

Se ha evidenciado que cerca de un cuarto de las personas con diagnóstico psiquiátrico han buscado ayuda religiosa y/o espiritual antes de solicitar ayuda con profesionales de la salud. Mientras que Hill y Pargament (2003); citados por (Salgado, 2014; Carlos & Nolasco, 2017) mencionan que las creencias espirituales brindan apoyo y estabilidad en las crisis, otorgan la sensación de un sentido último, inclusive en situaciones estresantes, facilitando una filosofía unificadora de la vida.

El experimentar la presencia de Dios en una segunda oportunidad de vida permite afianzar los lazos familiares, integra a su vez un componente de arraigo y manifestación de la fe que se convierte en agradecimiento al Dios que ha proporcionado consuelo y tranquilidad para mirar la vida con otra perspectiva.

El poder de la oración y las manifestaciones de espiritualidad entre la familia, los amigos y el entorno de una comunidad que de una u otra manera se sensibiliza ante un intento de suicidio, permite transmitir un apoyo de superación a dicho evento, crea un ambiente de renovación de energías, de acompañamiento, fomentando el entusiasmo por vivir en armonía con los valores que proporcionan estabilidad emocional y fortaleza ante las dificultades.

La cuarta estrategia es el Soporte Afectivo, en estas circunstancias, la familia toma nuevamente todo el protagonismo, los hechos, situaciones y desencuentros que en otros momentos hicieron que se alejaran, ahora son motor para ayudar a la cercanía, acompañamiento y el encuentro.

Después de un intento de suicidio la familia ha de convertirse en factor protector que guíe y brinde soporte emocional desde la comprensión, el acompañamiento, la motivación y la autoconfianza (Burlenson, 2003, citado por Velez & Ceballos, 2012).

Apoyo profesional sanitario para las adolescentes, como quinta estrategia, una persona que tiene pensamientos suicidas o emocionalmente se encuentra perturbado, que pueda contar con un profesional que se muestre interesado, le escuche y le permita sacar sus pensamientos puede ser ayuda suficiente (Alcaldía de Medellín, 2015). Ante estos intentos de suicidio se vuelve de vital importancia que el adolescente reciba el cuidado de un equipo capacitado para su contención y estabilización, por esta razón contar con un psiquiatra, psicólogo, que apoye este proceso es fundamental, en el caso de la F1 y La F2, esto fue posible, contaron con un equipo de profesionales que las apoyaron en todo momento, incluso aún mantienen el tratamiento.

“Ante una crisis emocional la persona necesita de alguien que la escuche con respeto; es importante entender el problema que está detrás de lo que se está escuchando” (Alcaldía de Medellín, 2015, p.28).

Sexta estrategia, Resignificación de la experiencia, la interacción de las familias esta mediatizada por los dominios lingüísticos, durante el ciclo vital familiar hay cambios que originan crisis, por tanto se requiere de una adaptación constante, que permita el crecimiento de sus miembros. Hay dificultades que aparecen en las familias que no necesitan ser resueltos, sino disueltos, pues los problemas surgen según la connotación e interpretación que se le dé, cuando se modifica la interpretación, o la percepción esta puede aparecer como una oportunidad y una posibilidad (Arcila Sierra et al., 2005).

Para las familias entrevistadas el poder resignificar la experiencia les permitió darle un buen lugar y aprovechar el suceso para mejorar la relación con sus hijos

en todos los sentidos especialmente aprovechando las estrategias antes mencionadas.

Dentro de estas estrategias de afrontamiento que facilita, también se encuentran la comunicación, los límites, el afecto pero se desarrollaran más adelante dentro de las categorías del segundo orden.

7.3 DIFICULTADES PARA VER EL CAMBIO COMO OPORTUNIDAD

El afrontamiento que dificulta se puede entender como todas las acciones, emociones que hacen parte de la vivencia después de un intento de suicidio, allí se agolpan un montón de sentimientos que no permiten que la familia pueda transitar por este periodo de duelo, entendiéndose duelo como cualquier acto que involucra una pérdida. En este caso aparecen reflejadas varias perdidas como son la relación aparentemente funcional de la familia, el hecho de estar tan cerca a la muerte, por tanto entender que las personas que se aman pueden desaparecer de la vida en cualquier momento, el perder la tranquilidad de saber que todo está bien, la rabia y el dolor de sentirse traicionado por ese hijo que a pesar de darle todo, de entregarle la vida, se quiere morir, sin pensar en el dolor que esto causara a sus familias, en estos casos en especial a sus madres, el dolor de saber cuántos momentos de estar y disfrutar con sus hijos se han desperdiciado por estar preocupados de cosas que en este momento pierden toda la importancia y la trascendencia.

Para las familias las herramientas con las que cuentan para enfrentar estos problemas pueden no ser suficientes para que le permitan lograr un equilibrio, por esta razón a muchas familias les es más difícil salir de la crisis. Es también importante resaltar que estas emociones no son solo propias de los padres también los hijos que tuvieron el intento las viven, para ellos hacer frente a estas dificultades no es nada fácil, pues además de hacerse cargo de las propias emociones, se sienten responsables de hacerse cargo de las de sus padres.

Entre estas acciones y emociones que dificultan el afrontamiento encontramos:

La primera estrategia es la negación del hecho. Dentro de las dificultades que se pueden observar del proceso de afrontamiento, está la negación, Kúbler-Ross (2010) lo enuncia como una de las primeras etapas del duelo, ella sostiene que es un mecanismo de protección de la psique delante de la pérdida. En esta, el mundo se torna absurdo, la vida no tiene sentido, hay una conmoción y negación de los hechos. La negación funciona como un amortiguador ante una situación que es inesperada y agobiante. La negación es provisional cuando se realiza el duelo, este va remitiendo y permitiendo que haya una aceptación parcial. Cuando no se realiza esta aceptación hace que sea más difícil este afrontamiento, en el caso de la F3, el padre de la adolescente se suicidó, para la madre debido a lo doloroso del proceso, no ha permitido a sus hijas, ni se ha permitido vivir el duelo. Esto además dificulta la aceptación del propio intento de suicidio de la hija, quien no tiene permitido pasar por la etapa de sufrimiento y dolor que corresponde a dicho momento.

La segunda estrategia tiene que ver con; comunicación del suceso, tabú y culpa. Dentro de esta investigación cobra vital importancia la forma en que los padres se dan cuenta de que el adolescente ha tenido un intento de suicidio, pues este hecho marca de manera traumática. Con frecuencia se asocia a emociones extremas, como son confusión, ambivalencia, quebrantamiento de la confianza en sí mismo y en los demás; aparecen las dudas sobre las propias creencias emociones (Rocamora, 2013). Las tres familias concuerdan en que no tenían ninguna sospecha de que sus hijas estuvieran planeando suicidarse y en ningún momento se les pasó por la cabeza que este hecho pudiera ocurrir.

Para las familias y en la sociedad aún existen muchos tabús respecto al suicidio, pues se considera un acto vergonzoso y hay que ocultar, pues causa dolor, miedo e incluso deshonra (Eguiluz, 2003).

Cuando ha habido un intento o un suicidio en las familias hay muchas preguntas que quedan sin respuesta, permanece también el estigma social, y el miedo constante de que vuelva a ocurrir en otro miembro del grupo familiar (Eguiluz, 2011).

Kendal afirma que el suicidio afecta directamente a la madre, pues la sume en un estado de confusión emocional, en un estado de crisis, pues es vista con frecuencia como la responsable de mantener a la familia unida (2016).

Dentro de todo este proceso también aparece el enfado o la ira; Kübler-Ross, “sostiene que a estas emociones, se llega después de no poder continuar manteniendo la primera etapa de la negación, está acompañado con preguntas tales como: ¿por qué a mí?” ((Kübler-Ross, 2010, p. 73).

Debido a que la rabia se mueve y se dispara en todas las direcciones es una de las etapas más difíciles de afrontar; es difícil saber a quién culpar de lo sucedido, ante esto aparece una sensación de indefensión total, de impotencia, de no tener el control de la situación que hasta hace poco se creía se podía controlar, para los padres es un duro golpe que los hace enfrentarse a una sociedad que evalúa sus destrezas, sus habilidades y de cierto modo su incapacidad de no poder prever el intento de sus hijos (Hoyos Nuñez, 2009, p.13).

Los señalamientos negativos sobre el hecho, también forman parte de esta estrategia, obra como un patrón interaccional evidenciado en la comunicación, donde los padres culpan y enfatizan en culpar al chico de un acto poco moral, que reta a Dios y esto en ocasiones poco favorece procesos de elaboración reflexiva y positiva en los chicos. Además de la culpa de los padres por lo que no hicieron bien, al final todos terminan culpándose esta se da, después de sentirse enfadado con el otro, con Dios, culpables por haber cometido el acto, por no haber presentido que podría ocurrir, por no estar más tiempo en casa; es una manera de decir habría podido evitarlo (Bucay, 2004).

Para Kendal (2016), las primeras emociones experimentadas por los padres están relacionadas con sentimientos de odio, ira hacia sus hijos, sin embargo estos se puede convertir luego en sentimientos de culpa, además se enfrentan al sentimiento de estigma asociado a dicha circunstancia. Algunas personas, sintieron incomodidad de compartir su historia, lo cual provoco sentimientos nocivos de retraimiento, introversión y aislamiento(Buss, et al citado por Kendal T, 2016).

Tercera estrategia, Ansiedad Anticipatoria, La ansiedad es una vivencia universal. La ansiedad normal surge en respuesta a exigencias de la vida cotidiana como tener que rendir un examen, o ante una operación quirúrgica; frente a la amenaza de un despido laboral, o por el riesgo de reprobado un semestre académico, etc. En casos como los nombrados opera como señal para buscar la adaptación, suele ser transitoria y la persona la percibe como nerviosismo y desasosiego., entre los síntomas que se contemplan están: reexperimentación persistente del evento traumático, evitación de los estímulos asociados al trauma, disminución de la capacidad de reacción y síntomas persistentes de activación aumentada, dificultades para conciliar el sueño, lloro constante, dificultad para concentrarse (Universidad de Chile, 2009, p.1).

Si se observan estos síntomas, es fácil reconocer en ellos los relatados por los padres de las menores de edad después de tener un intento de suicidio, entre los cuales se observa, miedo constante de que vuelva ocurrir el suceso, repetición de la película una y otra vez, en la que se ve la adolescente cometiendo el acto, intranquilidad cuando suena el teléfono, zozobra cuando la hija se retrasa para regresar a casa.

Para los padres que han pasado una experiencia de este tipo, la angustia y el temor se convierten en el día a día, cuando esto ocurre pueden suceder conductas y comportamientos de sobreprotección, de no querer salir a trabajar, de no poder continuar la vida diaria, pues el peligro y el riesgo son amenazas reales. En las

familias entrevistadas estos síntomas son constantes y en las tres familias se pueden reconocer fácilmente, lo cual hace necesario no solo el apoyo de los profesionales para las hijas, sino también para los padres de familia.

La estrategia cuatro, es el soporte familiar inconsistente, el poder ofrecer un soporte afectivo, este depende de muchos factores; entre ellos gozar de salud, estabilidad afectiva, el dinero, el tiempo, las ayudas externas, la pareja; cuando alguno de estos o ninguno no está, se dificulta aún más dar soporte afectivo y consistente a sus hijos.

La familia es un sistema en todo el sentido de la palabra ya que está formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cual acción, interacción o cambio en uno de ellos repercute sobre los demás y viceversa (Goldenberg citado por Beorlegui, 2015).

Si se tiene en cuenta este enunciado, se puede deducir como esta familia que en principio debe ser protectora, se convierte en una familia con grandes vacíos y dificultades que no están siendo un buen soporte para estos hijos, los cuales están atravesando crisis en su desarrollo y además de esto se encuentran con padres debilitados por sus propias carencias y necesidades, por tanto hace falta un recurso externo que facilite el apoyo y la contención para estas familias.

La ausencia del soporte del sistema de salud como estrategia cinco. En el punto anterior se nombra el sistema de salud como una ayuda que favorece a la hora de afrontar un intento de suicidio, sin embargo también aparece como una de las causas que dificulta ese afrontamiento; debido a que a diferencia de las F1 Y F2, que tuvieron acompañamiento constante por parte de los psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, incluso en el caso de F2 terapeuta ocupacional, en el caso de la F3, después del ingreso por urgencias, no fue posible que la atendieran en algunos centros de salud, pues ellos argumentaban que no había convenio por parte

de la entidad con la EPS. Por tanto esta menor de edad, no contó con el debido apoyo, ni proceso y menos aún con el seguimiento que un caso como este requería, teniendo en cuenta los antecedentes de suicidio en la familia paterna.

Y finalmente el bienestar de los hijos por encima del bienestar de los padres, como estrategia seis; para los padres de familia entrevistados que sus hijas se encuentren bien, es uno de los mayores logros y lo que les da tranquilidad, ellos comentan que mientras sus hijos sean atendidos y se encuentren estables eso es suficiente. Cuando se pregunta a los hijos por sus padres, de cómo los perciben, se puede apreciar como son conscientes de las dificultades por las que ellos atraviesan y lejos de mostrarse insensibles o poco interesados, se muestran angustiados y preocupados por su situación.

En este mismo sentido, si se hace una revisión de la teoría de los sistemas en la que se enuncia como “un conjunto de miembros en interacción dinámica entre ellos mismos y con el entorno; en donde el estado de cada uno viene determinado por el estado de cada uno de los demás miembros.” (Miller, 1978, citado por Mendieta Garcia, 2001, p.3) se puede observar como el bienestar tan deseado por los padres para sus hijos, es difícil de lograr plenamente mientras ellos mismos no se encuentren estables y tranquilos, una vez sale a relucir la importancia de la atención profesional no solo para las menores de edad, sino también para sus padres como soportes familiares y como una manera de restablecer el equilibrio familiar.

Para Ángela Hernández (1997) “un sistema es un todo resultante de partes independientes” (Hernández, 1997). En la aproximación sistémica, “la familia se concibe como un todo diferente a la suma de las individualidades de sus miembros, cuya dinámica se basa en mecanismos propios y diferentes a los que explican la del sujeto aislado” (Marulanda Toro et al., 2011, p. 92).

La familia entonces se concibe como un sistema pues está constituida por una red de relaciones y se considera natural porque responde a necesidades biológicas y psicológicas esenciales a la supervivencia humana. A pesar de su intensa interacción con el ambiente, cada familia es un organismo social que conserva su organización y su identidad, aunque con el tiempo cambien las relaciones afectivas que tienen sus integrantes. La estructura de la familia debido a esto conserva su autonomía y su identidad, solo se modifica en su parte externa y así es como se conserva como organización (Hernández, 1997, p. 30),

7.4 LINEAMIENTOS PARA LA TERAPIA FAMILIAR A ADOLESCENTES QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE

Dentro de los lineamientos que a continuación se ofrecen, es importante resaltar, que son lineamientos, en ningún momento pretende ser un manual para la atención de familias que han pasado por un intento de suicidio., sin embargo pueden servir de modelo de atención para prevenir o disminuir el riesgo de conducta suicida y apoyar los procesos con familias que han pasado por esta situación.

7. Dentro de la dinámica familiar la comunicación entre padres e hijos tiende a ser problemática, tanto de los hijos hacia sus padres y de los padres hacia sus hijos. Utilizar técnicas de intervención que mejoren y abran canales de comunicación son necesarias para favorecer un cambio en la vida familiar (Agudelo Bedoya, 2005).(Guibert Reyes & Torres Miranda, 2001), (Cerel et al., 2008), (María Amarís Macías et al., 2013), (Estrada A et al., 2009).

8. Otra de las dificultades en las relaciones familiares es la afectividad, la cual viene muy ligada a la comunicación; que las familias vuelvan a restablecer el afecto, la cohesión, el vínculo es primordial. Intervenciones que profundicen la capacidad de amar en el subsistema parentofiliial puede resultar muy útil (Sheftall et al., 2013), (Diamond et al., 2010), (Sheftall et al., 2013).

9. Realizar reencuadres y construir resignificaciones con la familia orientadas a mantener el principio de la teoría de los sistemas, cuando uno de los miembros de la familia se afecta, el resto también lo hacen, por tanto, si uno está bien, el resto de la familia también lo estará. El que el hijo haya tenido un intento de suicidio es asunto de todos, al final cada padre y cada familiar debe de examinar su cuota de responsabilidad, no para buscar culpables, sino en cambio para poder darse cuenta que errores se cometieron y tratar de enmendarlos (Marulanda Toro et al., 2011), (Cerel et al., 2008).

10. Es vital construir nuevas historias, a partir de los nuevos significados, para este fin, la terapia familiar constructivista es de gran ayuda (Arcila Sierra, 2003), (Marulanda Toro et al., 2011).

11. Apoyarse en las preguntas circulares, preguntas reflexivas que permitan ampliar la visión de la experiencia y no se queden en conceptos morales y culpabilizantes.

12. Buscar siempre la connotación positiva de lo que paso, la resignificación es fundamental (Arcila Sierra, 2003), (Marulanda Toro et al., 2011).

13. Acompañar a los padres durante el proceso de crisis, de angustia que significa que un hijo haya tenido un intento de suicidio, un padre que elabora su proceso, podrá acompañar mejor a su hijo y brindarle las herramientas necesarias para su vida (Buus et al., 2013), (Kendal T, 2016), (Buus et al., 2013).

8. CONCLUSIONES

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por las familias para adaptarse a la experiencia de tener un hijo con un intento de suicidio fueron: amor mutuo, la resiliencia, la espiritualidad y la religiosidad, el soporte afectivo, el apoyo sanitario, la resignificación, todas ellas actuaron como factor de protección.

Las estrategias de afrontamiento que facilitaron la adaptación estuvieron orientadas a descubrir los propios recursos internos y las fortalezas que tienen como familia, entre estas se encuentran: la comunicación, la afectividad, los límites, la flexibilidad, las cuales les permitió mejorar sus vidas y la convivencia.

Los hallazgos sobre el intento de suicidio y la relación entre padres e hijos referente a las dinámicas familiares concuerdan con otros estudios a cerca de como la comunicación, la afectividad y los límites son fundamentales a la hora de contener un intento de suicidio, en el caso de la madre estos estudios demostraron como la falta de comunicación con esta última afecta en aspectos tales como la depresión querer hacerse daño y querer morirse; en cuanto la autoridad, este mismo estudio demostró, que los hijos en donde había límites claros en la familia, la depresión y la ideación suicida es menor.

Para los padres reconocer de qué manera se daban las dinámicas familiares y como cambiaron después del intento de suicidio les permitirán tener herramientas para contener un nuevo intento.

Si bien la adolescencia es una etapa marcada por los cambios, estos no siempre tienen que terminar con los padres o los adultos convertidos en enemigos, ponerse en los zapatos del otro, permite a un acercamiento real y satisfactorio para ambas partes.

Las estrategias de afrontamiento que facilitaron el proceso después de un intento de suicidio fueron la resiliencia, el amor mutuo que permitieron dar una resignificación a lo que pasó y ponerlo en un buen lugar, obteniendo nuevos recursos y fortaleciendo las relaciones. Las estrategias de afrontamiento que no facilitaron el proceso de adaptación después del intento de suicidio fueron: la negación del hecho, la comunicación del suceso, el tabú y la culpa, la Ansiedad Anticipatoria, el soporte familiar inconsistente, la ausencia de soporte de salud y poner el bienestar de los hijos, por encima del bienestar de los padres; todas estas tienen que ver con la falta de acompañamiento de los padres, con la soledad en que se vive el hecho, la dificultad para contar lo que sucedió, esto impidiendo reelaborar y resignificar lo sucedido..

La capacidad de las familias de resignificar lo sucedido, el poder darse cuenta que tienen una segunda oportunidad para disfrutar con sus hijas, para corregir lo que hicieron mal, para lograr acercarse y sanar las heridas entre madres e hijas.

La Terapia de Familia puede ser un espacio útil para ayudar a las familias en su proceso de cambio ante la experiencia de un hijo adolescente con un intento de suicidio.

9. LIMITACIONES

14. Realizar la entrevista con las hijas y las madres de manera conjunta podría haber sido una limitante por omitir información de alguna de las partes, sin embargo en el caso de las hijas se observó una postura diferente al momento de responder a las preguntas estando solas y estando con las madres. Posiblemente escuchar la opinión de la madre acerca de la experiencia pudo haber movilizado emociones, pensamientos y enriqueció la entrevista.
15. Haber realizado la entrevista en la institución educativa por no ser un espacio neutral para las familias y las estudiantes.
16. Aunque el suicidio es prevalente a nivel mundial, en la institución donde se realizó el estudio la frecuencia de intentos de suicidio es poca, por lo tanto la consecución de la muestra fue difícil, adicional a que puede ser un tema difícil de tratar.
17. Identificar los casos de estudiantes con intento de suicidio, debido a que la comunicación entre la familia y el colegio no es tan estrecha para favorecer un acompañamiento oportuno, pues algunas veces la familia no tiene conocimiento de los profesionales con que cuenta la institución, los cuales están capacitados para ayudar en situaciones de crisis como lo es un intento de suicidio.
18. El tamaño de tamaño de la muestra fue limitado por los condicionamientos nombrados en los dos puntos anteriores.

10. REFERENCIAS

- Agudelo Bedoya, M. E. (2005). 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. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(1), 1-19. Recuperado a partir de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/311>
- Alcaldía de Medellín. (2014). *Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida* (Bienestar estudiantil - subproceso atención en salud No. GBE.81). Bucaramanga. Recuperado a partir de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf
- Alcaldía de Medellín. (2015). *Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud* (Alonso Esc). Medellín: Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud. <https://doi.org/ISBN:978-958-8888-35-4>
- Alcaldía de Medellín, & Universidad CES. (2012). *Primer Estudio poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012. Secretaría de Salud de Medellín - Grupo de Salud Mental*. Medellín: L Vieco e Hijas Ltda. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Alcántar Escalera, M. I. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familia*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado a partir de <file:///C:/Users/elsav/Desktop/Bibliografía/2002, Alcántar Escalera, M-Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes.pdf>
- Arcila Sierra, G. E. (2003). *Resignificación de los síntomas: dificultades infantiles y*

dificultades de pareja, a través del lenguaje en la terapia familiar sistémica constructivista en algunas familias atendidas en el centro de familia de la Universidad Pontificia Bolivariana. Universidad Pontificia Bolivariana.

Arcila Sierra, G. E., Arroyave Gómez, M. C., Gallego Cano, C. E., Garnica Osorio, A. L., Gómez Santa, G. M., Maldonado Maldonado, L. A., & Serna Bedoya, N. A. (2005). *Terapia familiar sistémica, experiencias, saberes y conocimientos.* Medellín: UPB.

Bedoya Hernández, M. H., & Builes Correa, M. V. (2012). *La familia Contemporanea como relato de posibilidades.pdf* (1.^a ed.). Medellín.

Beorlegui, C. (2015). *Percepción del soporte familiar en personas con trastorno mental, una aproximación fenomenológica.* Pompeu Fabra.

Bermejo, J. C. (2002). *La escucha que sana. Dialogo en el sufrimiento* (2°). Madrid: San Pablo.

Blanco, T. (2006). Suicidio en Adolescentes: Prevención y Tratamiento. *Suicidio en Adolescentes*, 1-38.

Bonet Perales, E. (2005). Filosofía para el morir. El suicidio en la filosofía.

Recuperado 7 de noviembre de 2016, a partir de

<http://filosofiaparalavida.blogspot.com.co/2005/09/filosofia-para-el-morir-el-suicidio-en.html>

Bucay, J. (2004). *El camino de las lagrimas* (8°). Barcelona: Grijalbo.

Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E., & Fleischer, E. (2013).

Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Advanced Nursing*, 70(August), 823-832.

<https://doi.org/10.1111/jan.12243>

Campo, G., Roa, J. A., Perez, A., Salazar, O., Carolina, P., Lopez, L., & Ramirez, C. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*, 34(1), 9-16.

Cañón Buitrago, S. C. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes., 11(1), 62-67.

Cantoral-Cancino, D. C., & Betancourt-Ocampo, D. (2011). Intento de suicidio y

- ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Revista de Educación y Desarrollo*, 8(19), 59-66. Recuperado a partir de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/19/019_Cantoral.pdf
- Carlos, J., & Nolasco, E. (2017). Bienestar psicológico e involucramiento religioso en estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Investigación en Psicología*, 20(2), 327-345.
- Ceballos Ramírez, M. E., & Vélez Ángel, M. C. (2012). *Afrontamiento familiar de la Fibromialgia cuando se presenta en esposas/madres*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The Impact of Suicide on the Family. *Crisis*, 29(1), 38-44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38>
- Correa Ramírez, C., & García, C. (2016). *Narrativas de adolescentes y sus padres en torno al riesgo en la adolescencia*. Universidad de Antioquia. Universidad de Antioquia.
- De Zubiria Samper, M. (2007). Cómo prevenir el suicidio en niños y jóvenes. En *Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes* (p. 6). Bogotá: Editoria Aguilar. Recuperado a partir de <file:///C:/Users/USER/Downloads/376698257310o20100925.pdf>
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation : A Randomized Controlled Trial. *JAAC*, 49(2), 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.002>
- Durkheim, E. (1965). *El Suicidio*. Buenos Aires: Editorial Schapire S.R.L.
- Eguiluz, L. de L. (2003). Ideación suicida. *Perspectivas Sistémicas*, 78(Septiembre-Octubre). Recuperado a partir de <http://www.redsistemica.com.ar/suicida.htm>
- Eguiluz Romo, L. de L. (2011). Estrategias de intervención en jóvenes con intento o ideación suicida, 8(16), 66-90.
- Estrada A, P., Torres de G, Y., Agudelo B, M. E., Montoya V, L., Álvarez S, M. V.,

- Posada C, F. A., & García, A. (2009). *Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes*. Medellín: UPB-CES.
- Galeano M, M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa* (1ª). Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT. Recuperado a partir de <http://www.eafit.edu.co/cultura-eafit/fondo-editorial/colecciones/Paginas/disenio-de-proyectos-en-la-investigacion-cualitativa.aspx>
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez Malagón, N., Bohórquez P, A., Diazgranados F, N., Ospina García, M. B., & Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(4), 271-286. Recuperado a partir de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v31n4/v31n4a02.pdf>
- González-forteza, C., Jiménez, J. A., Garfias, N., & García, F. (2009). Problemática suicida en familias fragmentadas. *JOVENes*, 32, 78-89. Recuperado a partir de <https://amsmx.files.wordpress.com/2014/02/gonzc3a1lez-forteza-c-jimc3a9nez-j-a-garfias-n-garcc3ada-f-2014-problemc3a1tica-suicida-en-familias-fragmentadas.pdf>
- Guibert Reyes, W., & Torres Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460. Recuperado a partir de <file:///F:/TRABAJO DE GRADO/Bibliografía/GlosarioSuicidologico.pdf>
- Hernández, A. (1997). *Familia, Ciclo Vital y Psicoterapia Sistémica Breve*. (E. Buho, Ed.). Bogotá: Buho, El.
- Hoyos Nuñez, M. (2009). *El suicidio de un hijo: un asunto de todos* (1ª). Bogotá: Fundación lazos.
- Kendal T, K. (2016). *The Effects of an Uncompleted Suicide Attempt A Parent's Perspective*.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide , Suicide Attempts , and Suicidal Ideation. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 12, 26.

<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>

- Kübler-Ross, E. (2010). *Sobre la muerte y los moribundos* (1°). Barcelona: Grupo editorial Random House Mondadori, S.L.
- Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Recuperado a partir de file:///C:/Users/USER/Desktop/Estrategias de afrontamiento individual y familiar.pdf
- Macías, M. A., Orozco, C. M., & Valle, M. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30, 123-145. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>
- Martínez-montilla, J. M., Amador-marín, B., & Guerra-martín, M. D. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar : Una revisión de la literatura Family coping strategies and impacts on family health : A literature review ABSTRACT : *Revista trimestral de enfermería*, 47, 576-591.
- Marulanda Toro, N. X., Román Buitrago, L. M., & Arbeláez Rojas, M. C. (2011). ¿Qué pasa con el sujeto y su familia después de un intento de suicidio? *Revista Universidad Católica de Oriente*, 31, 85-106. Recuperado a partir de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/63-187-1-SM.pdf
- Mendieta García, P. (2001). XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana. Real Patronato sobre discapacidad, 29 y 30 de Noviembre de 2001. Mesa Redonda: C (pp. 1-9).
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de terapia familiar* (1ª). Buenos Aires: Paidós.
- Monge Holguín, J. A., Cubillas Rodríguez, M. J., Román Pérez, R., & Valdez, E. A. (2013). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Colombia Forense*, 17(3), 45-51.

- Moron, P. (1992). *El Suicidio* (1.^a ed.). Mexico: Publicaciones Cruz O., S.A.
- OMS. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Luxembourg: World Health Organization 2014. <https://doi.org/ISBN: 978 92 4 156477 9>
- OMS. (2016). Suicidio. Recuperado 1 de octubre de 2016, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Ortiz, C. (2012). *Ciclo Vital Familiar*. (F. Edeitorial, Ed.) (1°).
- Paniagua S, R. E., González P, C. M., & Rueda R, S. M. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 32(3), 314-321. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/120/12031816008.pdf>
- Pereira, R. (2010). Trabajando con los Recursos de la Familia: Factores de Resiliencia Familiar. *Sistemas Familiares*, 26(1), 93-115.
- Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. M., & Ayala-Aguilera, J. P. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *revista de salud publica*, 9(92), 230-240. <https://doi.org/S0124-00642007000200007> [pii] ET - 2007/10/27
- Pérez Barrero, S., & García Ramos, J. C. (2008). *Suicidio: Manual para la familia y Glosario de Términos Suicidológicos*. Querétaro: Impresos Guillén, S.A. de C. V. Recuperado a partir de <file:///F:/TRABAJO DE GRADO/Bibliografía/GlosarioSuicidologico.pdf>
- Programa Medellín Solidaria. (2010). *Módulo dinámica familiar*. Medellín.
- Raheb, C., Bielsa, A., Batlle, S., Rafael, A., & Tomàs, J. (2006). Psicopatología y conducta suicida en la adolescencia. En *7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis* (Vol. 1735, pp. 1-19). Psiquiatria.com. Recuperado a partir de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/16/75/63/167563488120829345954818629549048822164>
- Rivas Rivas, A. M. (2008). Las nuevas formas de vivir en familia: el caso de las familias reconstituidas. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(1), 179-202. Recuperado a partir de <file:///C:/Users/elsav/Downloads/33417-33433-1-PB.PDF>

- Rocamora Bonilla, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rosselli, D., & Rueda, J. D. (2011). El deseo de muerte y el suicidio en la cultura occidental. *Rev Colomb Psiquiat*, 40(1), 148. Recuperado a partir de file:///C:/Users/Usuario/Desktop/suicidio.pdf
- Salman Rocha, D. G. (2011). *Futuro Imperfecto: Dimensión Hermenéutico-Simbólica del Suicidio en la Obra de Jorge Semprún*. Universidad Iberoamericana.
- Sandobal Parra, V. (2017). *El Crimen de suicidio en la Edad Moderna. Tratamiento institucional en la literatura moral y jurídica Europea* (1.ª ed.). Dykinson. S.L.
- Satir, V. (2002). *Nuevas Relaciones humanas en el nucleo familiar*. (P. México, Ed.) (2º). Mexico.
- Secretaria de Salud de Medellín. (2018). *Informe Periodo Epidemiológico 4* (Vol. 16). Medellín.
- Secretaría de Salud de Medellín. (2017). *Boletín de Periodo Epidemiológico Medellín* (Programa vigilancia Epidemiológica No. 13 de 2017) (Vol. 13). Medellín.
- Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security , family functioning , and suicide attempts. *Attachment & Human Development*, 15(4), 368-383. Recuperado a partir de file:///C:/Users/elsav/Desktop/Bibliografía/2013, Sheftall et al-Adolescent attachment security, family .pdf
- Solano Ruiz, M. del C. (2006). Fenomenología-Hermenéutica y enfermería. *Cultura de los cuidados, Año X*(19), 1-2. Recuperado a partir de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/961/1/culturacuidados_19_01.pdf
- Taha, N., Florenzano, R., Sieverson, C., Aspillaga, C., & Alliende, L. (2012). Espiritualidad y Religiosidad como Factor Protector en Mujeres Depresivas con Riesgo Suicida: Consenso de Expertos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 49(January), 15. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272011000400006>
- Taylor, S. J., & R., B. (1986). INTRODUCCIÓN IR HACIA LA GENTE. En

Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La Búsqueda de significados (pp. 1-33). Buenos Aires: Paidós.

Torres Velázquez, L. E., Ortega Silva, P., Garrido Garduño, A., & Reyes Luna, A. G. (2008). Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 31-56. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80212387003.pdf>

Universidad de Chile. (2009). Ansiedad y trastornos de ansiedad, 17.

Valdés, M., Serrano, T., Rodríguez, J., Roizblatt, A., Florenzano, R., & Labra, J. F. (1997). Características del funcionamiento familiar que predicen conductas de riesgo en adolescentes y sus familias. *Cuad. Méd. Soc.*, XXXVIII(4), 14-21. Recuperado a partir de [file:///C:/Users/USER/Desktop/caracteristicas del funcionamiento familiar que predicen.pdf](file:///C:/Users/USER/Desktop/caracteristicas%20del%20funcionamiento%20familiar%20que%20predicen.pdf)

11. ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA FAMILIA

**UNIVERSIDAD BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN TERAPIA DE FAMILIA**

Título de la investigación

Afrontamiento familiar de adolescentes con intento de suicidio en un colegio de Medellín en 2017: la perspectiva de los padres e hijos

Descripción

Ustedes han sido invitados(as) a participar en una investigación sobre el afrontamiento que realizan los padres después de un intento de suicidio de su hijo adolescente. Esta investigación es realizada por una estudiante de la Maestría en Terapia de Familia de la Universidad Pontificia Bolivariana: Elsa Victoria Jiménez Valdés.

Objetivo

El propósito de esta investigación es describir las estrategias de afrontamiento familiar que han favorecido y dificultado, la adaptación de la familia después de un intento de suicidio de un hijo adolescente, estudiante de una institución pública de Medellín.

Justificación

Esta investigación se justifica porque cuando en una familia hay un adolescente que comete un intento de suicidio a pesar de que el menor está acompañado en este proceso, la familia se encuentra muy desamparada, lo cual va generando cada vez más angustia y temor por un posible nuevo intento. Esto lleva a pensar que si una familia es acompañada en este proceso, esta podrá fortalecerse y lograr una mejor adaptación tanto del menor como de la familia.

Selección de participantes

Ustedes fueron seleccionados(as) para participar en esta investigación por tener un hijo o hija adolescente, que tuvo un intento de suicidio.

Se espera que en este estudio participen tres familias, con un promedio de más o menos 2 a 3 personas por grupo, para un total más o menos de 6 personas, que manifestarán si quieren participar como voluntarias de este proceso.

Participación voluntaria

Ustedes fueron invitados(as) a participar en este estudio por constituir la familia de un menor que tuvo un intento de suicidio y fue asesorada para ser es atendida por un especialista en salud mental. Su decisión de participar fue primero explorada por su familiar- estudiante de una institución educativa. Al aceptar su participación se convendrá con ustedes la fecha y la hora en que asistirán como mínimo a una entrevista en donde se les harán unas preguntas que den cuenta de lo que se quiere investigar, en este caso estrategias que han sido favorables o que han dificultado la adaptación como familia, esposo o hijos al haber un intento de suicidio por parte de un adolescente. Si ustedes como familia deciden no participar no se afectará absolutamente el acompañamiento que se viene realizando desde la institución.

El participar en este estudio les tomará aproximadamente los meses de octubre, noviembre, diciembre con mínimo una entrevista y máxima tres sesiones número que se convendrá con ustedes y la estudiante.

Los riesgos asociados con este estudio son mínimos, estarían asociados a que ustedes se sintieran incómodos en la entrevista por alguna pregunta, o alguna reacción por parte de cualquier miembro del grupo que esté participando de la misma, frente a alguna respuesta que ustedes hayan dado.

Para prevenir o minimizar este riesgo las preguntas serán respetuosas, reflexivas y circulares y usted tendrá la libertad de responder o no a ellas; así mismo la entrevista se procurará realizar en un lugar tranquilo, privado y en un ambiente de cordialidad y respeto que de pautas para un diálogo tranquilo y sosegado que antes que poner en peligro la integridad de los miembros participantes redunde en un beneficio para el núcleo familiar al poder expresar asertivamente las estrategias que han favorecido y dificultado la adaptación a un intento de suicidio.

Confidencialidad

La identidad de los participantes será protegida, no se usarán los nombres propios, ni se registrará ningún dato que permita inferir o deducir de quién se trata; así mismo toda la información compartida será revisada única y exclusivamente para fines académicos, por las encargadas de la investigación.

Procedimiento

La entrevista será grabada con el fin de que los datos sean transcritos, almacenados y analizados en el computador personal de una de las investigadoras mientras se realiza la investigación; es decir, más o menos desde septiembre hasta diciembre del 2017, cuando se cierra este proceso

Una vez concluya este estudio, es compromiso adquirido para la investigadora, proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio, a los participantes principalmente, a los demás miembros de la Maestría en Terapia Familiar, a la institución educativa y a cuantos se manifiesten interesados. Por último se presentará el informe general del estudio realizado, cumpliendo con todos los requisitos que exigen los jurados para la aprobación definitiva. Una vez realizada esta fase, se procederá a guardar cuidadosamente toda la información recolectada, durante el proceso de la investigación, para garantizar la confidencialidad de la misma.

Beneficios o incentivos

La investigación no dará ningún incentivo en dinero. Ustedes recibirán las conclusiones a las que se llegue en este estudio, herramienta que les servirá para seguir adaptándose a la experiencia de vivir en familia con un adolescente con un intento de suicidio. Su experiencia será útil a otras familias que estén atravesando por la misma vivencia.

Derechos

Si han leído este documento y han decidido participar, por favor entiendan que su participación es completamente voluntaria y que ustedes tienen derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tienen derecho a recibir una copia de este documento.

Gastos

Los gastos serán los inherentes de desplazamiento al lugar de la entrevista por parte de las investigadoras, para las sesiones que se programen.

Si tienen alguna pregunta o desean más información sobre esta investigación, por favor comuníquense con Elsa Victoria Jiménez Valdés al correo electrónico elsavictoria2000@yahoo.es o al número telefónico 3175254648.

De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante, reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio, puede comunicarse con la Universidad Pontificia Bolivariana, con María Clara Vélez Ángel, al correo electrónico mariaclara.velez@upb.edu.co

La firma de ustedes en este documento, significa que han decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en este documento de consentimiento informado.

Nombre del Padre o Madre. Firma y fecha

Nombre del hijo(a). Firma y fecha

He discutido el contenido de este documento de consentimiento informado con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre de la investigadora. Firma y fecha

ANEXO B. GUÍA DE ENTREVISTA PRELIMINAR HIJOS

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nombre y apellido _____

T.I _____ **Edad** _____ **Escolaridad** _____

Ocupación Actual _____

2. DATOS CLÍNICOS

¿Está realizando tratamiento actualmente? _____

Profesional: Medico__ Psicólogo__ trabajador social __ Psiquiatra __ T. F __

Tiempo de tratamiento: _____

Fecha de inicio del tratamiento _____

Estrategias de afrontamiento familiar

1. ¿Cuándo fue el intento de suicidio?
2. ¿Cómo se dio cuenta su familia?
3. ¿Qué han logrado entender de este intento?
4. ¿Qué ha significado para la familia esta experiencia?

5. ¿Cómo percibe la familia que el estudiante haya tenido un intento de suicidio?
6. ¿Qué cambios perciben en la familia a raíz de este intento?

7. ¿Han cambiado las dinámicas familiares, las tareas domésticas o alguna otra responsabilidad?

8. ¿Qué impacto en las relaciones familiares se han generado a partir de las crisis?

9. ¿Si le preguntamos a un familiar cercano que cambios perciben en su familia desde el intento de suicidio, qué nos diría?

PREGUNTAS DE AFRONTAMIENTO QUE FACILITA Y DIFICULTA

10. ¿Qué creen que ha sido útil en las relaciones familiares para afrontar el intento de suicidio?

11. ¿Se han presentado situaciones en las relaciones familiares que dificulten la aceptación del intento de suicidio?

12. ¿Para cuál miembro de la familia ha sido más difícil afrontar el intento de suicidio?

13. ¿Qué ayudas externas (profesionales, religiosas, educativas, familiares, culturales) han buscado como apoyo, cuáles sienten que han sido más útiles?

SUBSISTEMA PARENTOFILIAL (COMUNICACIÓN, AUTORIDAD Y AFECTIVIDAD)

SUBSISTEMA FILIAL

14. ¿Cómo perciben los hijos a los padres en el afrontamiento de ésta situación familiar?

15. ¿Cómo hijo que cree que se les ha dificultado más a los padres en esta situación?

16. ¿Qué estrategias utilizadas por los hijos han facilitado la adaptación a la situación?

17. ¿Qué creen que ha sido lo más difícil que hayan tenido que afrontar como hijos en el proceso después de este intento de suicidio?

18. ¿Para cuál de los dos padres ha sido más difícil esta situación y en qué lo perciben?

19. ¿Qué explicación le dan a que sea más difícil para el uno que para el otro?

20. ¿Cómo era la relación con sus padres antes del intento de suicidio?

- 21.** ¿En qué siente que ha cambiado su relación a raíz de esta situación?
- 22.** ¿Qué diferencia encuentran en la manera de comunicarse actualmente con sus padres a la que mantenían anteriormente?
- 23.** ¿Cuándo tiene algún pensamiento, o situación que le preocupe puede hablar o comunicarlo a sus padres? ¿Encuentra alguna diferencia a como era antes del intento de suicidio?
- 24.** ¿Cómo se demuestra el afecto actualmente en la familia, encuentra alguna diferencia a como se demostraba anteriormente?
- 25.** ¿Cuándo tiene ganas de llorar encuentra algún apoyo o respuesta en su familia?
- 26.** ¿Encuentra actualmente algún cambio respecto a las normas en casa, los permisos para salir o para realizar alguna actividad diferente a como era antes del intento de suicidio?
- 27.** ¿Qué tendrían que hacer como hijo para afrontar favorablemente esta situación?
- 28.** ¿Si usted conociera a otros padres que están atravesando por una situación similar a la suya que le dirían para que afrontaran mejor la situación?

ANEXO C. GUÍA DE ENTREVISTA PRELIMINAR PADRES

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nombre y apellido _____

C.C _____ Edad _____ Escolaridad _____

Estado civil _____ Años de convivencia _____

Telefono _____ Dirección _____

Barrio _____ Estrato _____

Ocupación Actual _____

2. DATOS CLÍNICOS

¿Está realizando tratamiento actualmente? _____

Profesional: Medico __ Psicólogo __ trabajador social __ Psiquiatra __ T. F __

Tiempo de tratamiento: _____

Fecha de inicio del tratamiento _____

3. COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre y Apellidos	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación

Etapas del Ciclo Vital Familiar

Tipología Familiar

Estrategias de afrontamiento familiar

1. ¿Cuándo fue el intento de suicidio?
2. ¿Cómo se dio cuenta su familia?
3. ¿Qué han logrado entender de este intento?
4. ¿Qué ha significado para la familia esta experiencia?
5. ¿Cómo percibe la familia que el estudiante haya tenido un intento de suicidio?

6. ¿Qué cambios perciben en la familia a raíz de este intento?

7. ¿Han cambiado las dinámicas familiares, las tareas domésticas o alguna otra responsabilidad?

8. ¿Qué impacto en las relaciones familiares se han generado a partir de las crisis?

9. ¿Si le preguntamos a un familiar cercano que cambios perciben en su familia desde el intento de suicidio, qué nos diría?

PREGUNTAS DE AFRONTAMIENTO QUE FACILITA Y DIFICULTA

10. ¿Qué creen que ha sido útil en las relaciones familiares para afrontar el intento de suicidio?

11. ¿Se han presentado situaciones en las relaciones familiares que dificulten la aceptación del intento de suicidio?

12. ¿Para cuál miembro de la familia ha sido más difícil afrontar el intento de suicidio?

13. ¿Qué ayudas externas (profesionales, religiosas, educativas, familiares, culturales) han buscado como apoyo, cuáles sienten que han sido más útiles?

SUBSISTEMA PARENTOFILIAL (COMUNICACIÓN, AUTORIDAD Y AFECTIVIDAD)

SUBSISTEMA PARENTAL

14. ¿Cómo siente usted que tomó la noticia al darse cuenta que su hijo o hija intento suicidarse?

15. ¿Los padres cómo han visto a los hijos en el afrontamiento después del intento de suicidio?

16. ¿Los familiares o amigos más cercanos si les preguntáramos cómo perciben a los hijos afrontando esta situación qué nos dirían?

17. ¿Si le preguntáramos al profesional que los trato, cómo percibe a su hijo, después de un intento de suicidio que nos diría?

18. ¿Cómo padres que creen se le ha dificultado más a su hijo en el proceso de adaptación a nivel familiar, educativo después del intento de suicidio?

19. ¿Ustedes como padres que logros han obtenido con las estrategias realizadas a partir del intento de suicidio?

20. ¿Qué creen que ha sido lo más difícil que hayan tenido que afrontar como padres en el proceso después de este intento de suicidio?

21. ¿Para cuál de los dos padres ha sido más difícil esta situación y en qué lo perciben?

22. ¿Qué explicación le dan a que sea más difícil para el uno que para el otro?

23. ¿En que sienten que ha cambiado su relación de pareja a raíz de esta situación?

24. ¿Esos cambios que perciben favorecen o dificultan la relación de ustedes como padres?

25. ¿Qué ayudas han necesitado como padres para afrontar esta situación?

26. ¿Cómo percibe la comunicación actualmente con su hijo después del intento de suicidio?

27. ¿Qué nos dirían los familiares o amigos más cercanos si les preguntáramos cómo los perciben afrontando esta situación?

28. ¿Cree que su hijo encuentra en usted una persona a quien contarle sus problemas?

29. ¿Cuándo su hijo se equivoca, le va mal en el colegio, o llega tarde después de un permiso, usted cómo reacciona?

30. ¿Siente que ha cambiado su nivel de flexibilidad a nivel de normas con su hijo después del intento de suicidio?

31. ¿Cómo manifestó usted como padre o madre los sentimientos después del intento de suicidio?

32. ¿Cómo era la relación con su hijo antes del intento de suicidio?

33. ¿Qué tendrían que hacer como padres para afrontar favorablemente esta situación?

34. ¿Qué tendría que pasar para adaptarse mejor a la experiencia de vivir con hijo que ha tenido un intento de suicidio?

35. ¿Si usted conociera a otros padres que están atravesando por una situación similar a la suya que le dirían para que afrontaran mejor la situación?