

# LO QUE NOS DICEN LOS PADRES:

## PERSPECTIVAS DE LOS PADRES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR IDEACIÓN O INTENTO SUICIDA

Tracy Taylor, Susana Morales S.,  
Fabiola Zuloaga, Orietta Echávarri V.  
y Jorge Barros B.\*

### Resumen

Se realizaron once entrevistas semi estructuradas a padres y madres chilenos de pacientes hospitalizados por ideación o por intento suicida. Es un estudio cualitativo, exploratorio que indaga la percepción de los padres respecto de los factores de riesgo, factores protectores y la percepción de la conducta suicida de sus hijos/as en el tiempo previo a la hospitalización. Esta investigación contribuye al conocimiento, dentro de los escasos estudios que existen, respecto de la percepción de las personas cercanas de pacientes suicidas y demuestra que los padres constituyen una valiosa fuente de información. Se aporta además, un modelo de entrevista semi estructurada, de utilidad clínica, para explorar factores protectores y de riesgo suicida, desde la perspectiva de familiares significativos.

**Palabras clave:** intento suicida, factores protectores, factores de riesgo, teoría fundamentada.

**Key words:** attempted suicide, protective factors, risk factors, Grounded Theory.

### Introducción

A pesar de la creciente investigación con respecto al suicidio, este fenómeno ha aumentado un 60% en los últimos 45 años, y si las tasas siguen su patrón, se estima que las víctimas podrían ascender a 1,5 millones en el 2020 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, 2012). Aunque la mayor parte de los países de América Latina suelen tener las tasas de suicidio más bajas del mundo occidental, en Chile, el promedio de las tasas de suicidio ha experimentado un incremento desde un 4,2% por 100.000 personas en 1950 hasta 10,3% en el 2005 (OMS, 2009; Díaz y Barría, 2006). Las tasas de suicidio en jóvenes chilenos entre 15 y 24 años en particular, han ido en aumento (Ventura-Juncá y cols., 2010). Se observa que el suicidio representaba alrededor del 5,5% del total de fallecimientos entre los 10 y los 24

años durante los años ochenta, y en el 2003, la cifra alcanzó el 15,9% en el mismo rango de edad (Salvo y Melipillán, 2008). Un estudio realizado por Salvo y Melipillán (2008) encontró que, en los últimos doce meses, 19,1% de 763 estudiantes de la Comuna de Chillán entre I y IV de enseñanza media había intentado suicidarse; de ellos, 50% había realizado dos o más intentos de suicidio. Otro estudio chileno que se realizó con alumnos entre 14-19 años de edad en la Región Metropolitana (RM) también encontró una prevalencia de intento de suicidio de 19% en la muestra, pero la prevalencia de la ideación suicida fue 62%, un valor que triplicó los intentos (Ventura-Juncá y cols., 2010). Ellos observaron que por cada tres adolescentes de enseñanza media que pensaba que la vida no valía la pena, dos pensaban terminar con ella y uno lo intentaba (Ventura-Juncá y cols., 2010). El estudio de la ideación e intento suicida suele ser particularmente relevante ya que hasta el momento, este último es el mejor predictor de un suicidio completado, precediendo hasta un 50% de los suicidios (Gould, Greenberg, Velting y Shafer, 2003; Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000; Salvo y Melipillán, 2008).

\* Tracy Taylor, Susana Morales S., Fabiola Zuloaga, Orietta Echávarri V. y Jorge Barros B., Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Clínica UC San Carlos de Apoquindo en Santiago, Chile  
E-Mail: tracytaylor8@gmail.com  
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXI p.p. 271-280  
© 2012 Fundación AIGLÉ.

### *El campo de investigación actual*

A pesar del aumento de publicaciones en el campo de suicidología en las últimas dos décadas, se critica que pocas teorías nuevas han surgido a raíz de ellas, ni han generado mayor insight (de Wild, 2002; Hjelmeland y Knizek, 2010). Se critica que aún existe una implementación dominante de metodología cuantitativa enfocada en *las explicaciones* de suicidio. Sin embargo, algunos autores, como Hjelmeland y Knizek (2010), plantean que esta tendencia ha llevado a la investigación de suicidio a un callejón sin salida de estudios repetitivos. Para resucitar el desarrollo de conocimiento en el campo de la suicidología, ellos se proponen un mayor foco en el *entendimiento* del suicidio, y por lo tanto, el uso de investigación cualitativa (Hjelmeland y Knizek, 2010). No obstante, la investigación cualitativa sigue escasa (de Wild, 2002; Hjelmeland y Knizek, 2010; Toomela, 2007). De hecho, entre los años 2005-2007, solamente 3% de los artículos publicados en las tres principales revistas internacionales (*Archives of Suicide Research, In Crisis, Suicide and Life Threatening Behavior*) implementaron métodos cualitativos (Hjelmeland y Knizek, 2010).

El conocimiento acerca de la epidemiología de suicidio aún es bastante limitado, tal como la capacidad de predecir la conducta suicida, especialmente entre adolescentes (Roberts, Roberts, Xing, 2010). La mayoría de los estudios que examinan factores de riesgo y protectores implementan diseños transversales, como encuestas, o diseños retrospectivos, como la autopsia psicológica (Barros, y cols., 2009; Roberts y cols., 2010). No obstante, la consciencia de esos factores no ha contribuido a reducir las tasas de suicidio. De hecho, aún se dispone de poca información acerca de la forma en cómo los factores de riesgo se relacionan con la conducta suicida, ya que las evaluaciones cuantitativas actuales no siempre captan la información crítica de una experiencia (Jobes, Nelson, Peterson y cols., 2004).

Se aprecia que las personas cercanas al paciente, como los familiares o amigos importantes, pueden construir una fuente de información importante con respecto al riesgo o síntomas del paciente (DeJong y Overholser, 2009; Magne-Ingvar y Öjehagen, 1999a). DeJong e Overholser (2009) encontraron que los pacientes psiquiátricos y sus familiares o amigos cercanos, tendieron a estar de acuerdo sobre la presencia de síntomas depresivos, la ocurrencia de eventos estresantes de la vida, y las acciones implementadas por parte del paciente durante su crisis de suicidio, lo que sugiere que los individuos cercanos al paciente pueden proporcionar información útil sobre éste. Adicionalmente, Shneidman (1994) plantea que un elemento interpersonal común en el ries-

go de suicidio, es la comunicación del intento. De hecho, las autopsias psicológicas de personas que han cometido suicidio, revelan que existían señales o insinuaciones presentes en el 80% de los casos, apuntando a lo que la persona iba a hacer (Shneidman, 1994). Otros estudios muestran que los amigos y familiares son los más probables de ser contactados antes de que un individuo realice un intento de suicidio (Seymour-Barnes, Ikeda y Krensnow, 2001). No obstante, se conocen pocos estudios publicados a nivel internacional que se acerquen al mundo interior de la persona suicida desde la perspectiva de los familiares, y tales estudios no existen en Chile.

Los datos expuestos apuntan a la necesidad de buscar un abordaje distinto y más comprehensivo para profundizar nuestro entendimiento del suicidio. En este estudio cualitativo, padres cuyos hijos/as han sido hospitalizados por ideación o intento suicida fueron contactados inmediatamente después de su ingreso, como parte de su evaluación psiquiátrica. Como objetivo de la investigación, se buscó explorar la percepción de los padres chilenos respecto a lo siguiente:

1. Los factores de riesgo involucrados en la ideación o intento de suicidio de su hijo/a
2. La conducta suicida de su hijo/a previo a su hospitalización por ideación o intento de suicidio
3. Los factores de protección involucrados en la ideación o intento de suicidio de su hijo/a

### **Método**

Se realizaron once entrevistas semi estructuradas con el consentimiento informado de padres y madres chilenos de pacientes hospitalizados por ideación ( $n = 2$ ) o por intento suicida ( $n = 9$ ) en el Servicio de Psiquiatría de la Clínica UC San Carlos de Apoquindo, durante el año 2010. Este estudio se encontraba integrado a una investigación más amplia de pacientes con riesgo suicida, que fue aprobada por los Comités de Ética de la Escuelas de Psicología y de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### *Recolección de la información*

Los padres de los pacientes fueron entrevistados por la psicóloga del equipo tratante de su hijo/a, quien a su vez formaba parte del equipo de investigación. Se realizó una entrevista clínica semi-estructurada diseñada con el equipo investigador, junto a los profesionales tratantes del servicio de hospitalización. Las entrevistas fueron grabadas en video, transcritas y posteriormente analizadas

en grupos de a tres personas investigadoras, con el propósito de minimizar los sesgos individuales. El diseño contó con la flexibilidad de ajustarse a los conocimientos emergentes, actualizando el guión de la entrevista e incorporando nuevos criterios de selección en el muestreo en las diferentes etapas de la investigación.

### Participantes

Participaron once padres (madre y padre) de pacientes hombre ( $n = 7$ ) y mujer ( $n = 4$ ) entre 15 y 25 años de edad, hospitalizados por intento o ideación suicida (Ver Tabla 1). En aquellos casos en que ambos padres no pudieron participar en el estudio, se permitió que solo uno de ellos realizara la entrevista. Se incluyó en el estudio padres de pacientes con diagnóstico de trastorno del ánimo, quienes vivían con sus padres y dependían económicamente de ellos. Fueron excluidos del estudio padres de pacientes diagnosticados con adicciones a sustancias, con trastornos psicóticos, de pacientes que negaron su ideación suicida, que se negaron a participar de la investigación y finalmente padres de pacientes que no estuviesen estabilizados dentro de la hospitalización y aún se encontraban en crisis.

### Análisis de la información

La recolección de la información cualitativa y sus análisis fueron realizados de forma sistemática y paralela a medida que avanzaba el estudio de acuerdo a los procedimientos consignados por el modelo de la Teoría Fundamentada por Glaser y Strauss (1967). Es un método generativo, cuyos procedimientos pretenden desarrollar una explicación teórica basada en los datos, y por lo tanto está centrado en el contenido del discurso de los participantes. Durante la fase inicial de la codificación abierta, la información de las entrevistas fue fragmentada, codificada y conceptualizada línea por línea. Luego se organizaron los conceptos en categorías según sus propiedades y dimensiones (Glaser y Strauss, 1967). Este artículo presentará los resultados del análisis descriptivo del proceso.

## Resultados

### Percepción de los factores de riesgo

Cuando los padres consideraron en retrospectiva lo que pudiera haber influido en la ideación o intento suicida de su hijo/a, se observa que no eligieron una causa o un suceso puntual, sino que tendieron a

referirse a múltiples componentes que pudieron haber afectado por un período de tiempo al paciente, de distintas maneras, contribuyendo al riesgo suicida. La mayoría de los entrevistados consideraron la ideación o intento suicida como el resultado de un proceso que estaba en marcha por algún tiempo. De hecho, llama atención que tres entrevistados usaron la misma frase para expresar lo que pensaban estaba afectando al paciente “*se viene arrastrando hace rato*”.

“Yo creo que [el hijo] es como el auto que se prende la luz que marca cuando se está empujando a calentar. Calentar así es todo el periodo previo, y llega un momento que el auto se calentó a concho” (IF, 26).<sup>1</sup>

En este proceso los padres distinguen factores de riesgo del largo plazo (predisponentes), del corto plazo, (precipitantes) y en el tiempo justo antes la hospitalización del paciente (gatillantes) que influyeron en la evolución del riesgo suicida de su hijo/a. Si bien los padres consideran que el gatillante es lo que desencadenó la intensificación de la conducta suicida, o la gota que rebalsó el vaso, son los predisponentes y precipitantes que llenaron el vaso a su capacidad máxima e hicieron que una simple gota causara tanto impacto. Cuando el gatillante se presentó en un contexto que superó los recursos del paciente, tuvo un efecto más influyente del que hubiese tenido en ausencia de los sucesos antecedentes.

Se aprecia que independientemente del periodo del tiempo en que ocurrieron, *los predisponentes, precipitantes y gatillantes señalados estuvieron principalmente conformados por factores familiares, dificultades académicas o profesionales, conflictos interpersonales y ciertas características propias del paciente*. En cuanto a situaciones familiares que pudieron haber influido en el riesgo suicida, los padres nombraron hechos como: la pérdida o ausencia de algún miembro de la familia (debido a distancia física o muerte por suicidio en uno de los casos); disfuncionalidad familiar; baja estabilidad matrimonial de los padres; una disminuida alianza parental; agresión intrafamiliar; sobreprotección del paciente o instancias de desprotección de este. Además, algunos padres percibieron que sus hijos/as experimentaron dificultades para adaptarse a las exigencias académicas o profesionales y que se les hizo difícil avanzar al mismo ritmo que sus padres. Estos hechos señalados, habrían influido en la vulnerabilidad del paciente según la perspectiva de sus padres. Adicionalmente, los padres distinguieron conflictos interpersonales, tal como peleas, rupturas de relaciones significativas o poca aceptación

(1) Se calentó a concho (Expresión local)= llegar al límite.

por parte de los demás. Estas serían situaciones que habrían aumentado el riesgo suicida de su hijo/a, según sus padres. Por otro lado, mencionaron ciertas características propias del paciente que habrían influido también. Por ejemplo: una baja tolerancia a la frustración; impulsividad; hipersensibilidad; excesiva auto-exigencia; dificultades para organizarse; tendencia a esconder emociones; propensión a la desregulación emocional y relaciones interpersonales intensas, inestables y conflictivas. Es importante señalar que aunque en este artículo se hace hincapié en algunos factores de riesgo comunes entre los pacientes, la manera en que estos factores se presentaron y la historia de cada paciente son distintas y varían entre un paciente y otro.

*Percepción de la conducta suicida antes de la hospitalización: observaciones, interpretaciones y manejo*

Los padres entrevistados describieron cómo vieron a sus hijos/as en el tiempo anterior a su hospitalización, destacando lo que les llamó la atención o lo que les alarmó en ese momento. No obstante, dos entrevistadas describieron que su hijo/a estaba igual que siempre, e incluso mejor que en periodos anteriores. No obstante, en general, los padres recuerdan haber visto *manifestaciones de angustia intensa, síntomas depresivos, quejas físicas o cambios significativos en la vida diaria del paciente*, tales como *una marcada pérdida de motivación, falta de interés en actividades que antes solía interesarse, distanciamiento de amigos y escaso deseo de salir de la casa o asistir al colegio o a la universidad*. Se aprecia que una entrevistada observó cómo su hijo empezó a beber alcohol y a salir de noche con los amigos en forma excesiva, mientras que otra pareja percibió cómo su hijo participaba en múltiples actividades, sin detenerse. Por otro lado, tres de los entrevistados reportaron que *sus hijos les comunicaron sus deseos de no seguir viviendo y de morir*.

La manera en que los padres interpretaron estas observaciones fue distinta en cada caso, pero *ninguno de los padres (madres) entrevistados (as) interpretó estas observaciones como señales de riesgo de suicidio*. Una pareja insiste que nunca vieron “nada malo” en su hija, solamente la vieron distinta, pese a haber observado con claridad toda su sintomatología. Ellos reportaron que atribuyeron su cuadro depresivo y su manera intensa de relacionarse, como una característica propia de la adolescencia:

“...Yo pensaba es un adolescente o sea es una adolescente de libro. Yo veo, o veía una hija desde el punto de vista de la edad que tiene, de la adolescencia normal, con una intensidad especial en las relaciones personales, nunca

pensé que eso pudiera ser una anomalía (IIF, 14). Nosotros asumíamos que era parte de cómo los adolescentes van sufriendo su metamorfosis de niño a adolescente” (IIF, 22).

En cambio, otros padres comentaron que intentaron bajar el perfil de los síntomas del paciente o simplemente no los consideraron tan intensos ni extremos. En otros casos, los entrevistados atribuyeron lo observado a otros factores y no señales de riesgo de sus hijos/as. Por ejemplo, una entrevistada atribuyó las dificultades de la paciente, a los medicamentos que se encontraba tomando en ese momento.

Aunque ninguno de los padres entrevistados sospechó algún riesgo suicida en su hijo/a, se aprecia que recurrieron a diferentes formas de ayuda para el paciente, dependiendo de la gravedad que atribuyeron a su situación. *Los entrevistados que no visualizaron mayor gravedad en lo observado en sus hijos en los momentos previos a su hospitalización, tendieron a buscar ayuda de tipo más alternativa o tomaron medidas más ligeras para ayudar*. Por ejemplo, algunos padres no buscaron ayuda profesional hasta que el paciente realizó su intento suicida, o en un caso, buscaron terapias alternativas. Al parecer, esos padres prefirieron no ahondar en el tema de las ideas de muerte con su hijo/a y en general buscaron no invadir su espacio esperando no ser intrusivos con sus hijos/as. *En cambio, los padres que solían atribuir mayor riesgo a sus observaciones, tendieron a buscar ayuda profesional de manera activa (e.g. psicólogos, psiquiatras y neurólogos)*. También, *la mayoría de estos padres trataron de conversar con su hijo/a acerca de cómo se estaba sintiendo y sobre la ideación suicida, también contenerlo y acompañarlo en sus momentos angustiosos, evitando dejarlo solo*. Además, *cuando lo encontraron necesario, esos padres intervinieron en el ámbito escolar o laboral*, pidiendo una licencia médica o conversando con empleadores para mitigar las exigencias.

En retrospectiva, algunos entrevistados reflexionaron acerca de lo que hubieran hecho diferente o lo que recomendarían a otras familias que pasen por una situación similar. Una entrevistada comentó que se habría impuesto más con el equipo tratante, desconfiando de algunas de sus indicaciones y siguiendo más sus intuiciones de madre. En la misma línea, otra pareja relató que hubiera internado al paciente antes que les dijera el doctor, aunque reconocieron que ellos no sospecharon riesgo suicida en ese momento. Una entrevistada recomendó ayuda profesional, lo que a ella le parece necesario cuando uno mismo no cuenta con las herramientas. Otra entrevistada comentó que habría tomado diferentes decisiones en el ámbito familiar para mejorar

la calidad de las relaciones familiares, protegiendo e integrando su hija de mayor manera con el resto de la familia. Otros entrevistados se preguntaron si no habría sido mejor haber accedido a las peticiones de sus hijos/as en el momento previo a su intento suicida (e.g. no forzarla a ir al colegio, o dejarla comprar lo que quisiera). Otra entrevistada comentó que habría promovido más instancias de comunicación y contención frente a episodios que angustiaban a su hija. Resulta importante señalar que es tal vez por esto mismo, que *se repite la recomendación a otras familias que conversen más con su hijo/as cuando observen alteraciones en el ánimo*. Esta madre señala que uno *no debe ignorar lo que no es habitual o "normal" para sus hijo/as*. En la misma línea, otra entrevistada aconseja que es necesario dar importancia a la angustia y a la ansiedad que uno observa en los hijos, porque son emociones fuertes para los niños y necesitan ayuda para lidiar con ellas:

“Los niños cuando están angustiados y ansiosos, no están bien...eso no se pasa solo, ni es puro mamonerío<sup>2</sup>, ni hay que tirarlo a los leones para que se endurezca, no, no. Las emociones que ellos sienten son tan fuertes...tan duras y solidas como una mesa.” (XXIIF, 44)

En síntesis, en retrospectiva, los padres percibieron una evolución en la conducta suicida de sus hijo/as, influida por situaciones predisponentes, precipitantes y gatillantes que interactuaron para aumentar su riesgo. No obstante, durante este tiempo, los padres señalaron haber tenido dificultad para interpretar los síntomas y señales que percibieron en sus hijos/as y considerarlos indicadores de riesgo suicida. La manera en que los padres interpretaron lo que observaron influyó en su forma de cuidar al paciente y muchos de ellos manifestaron arrepentimiento acerca del manejo que tuvieron de la situación.

#### *Factores potencialmente protectores*

Si bien los padres identificaron sucesos o elementos que habrían influido en el riesgo del paciente, también destacaron elementos que podrían ser de ayuda y de protección frente a la conducta suicida. *Cuando los entrevistados reflexionan acerca de lo que disfruta o motiva a vivir a su hijo/a, la mayoría se refiere a la red social del paciente y sus intereses*. Además, se observa que *algunas de las estrategias de auto regulación percibidas en sus hijos/as también podrían jugar un rol protector en conjunto con ciertas características de su personalidad*.

Con respecto a la red social, muchos entrevistados encontraron que los amigos y los familiares del

paciente le ofrecieron estabilidad y apoyo importante. Otros padres destacaron que la cercanía entre los miembros de la familia, tanto en las relaciones como en las expresiones físicas de afecto, resulta de ayuda para su hijo/a. Otra pareja señaló que su matrimonio era fundamental para su hijo y que él no resistiría una separación. También, dos entrevistadas encontraron que el buen nivel de comunicación que mantuvieron con sus hijos/as ayudó a conversar y compartir lo que le estaba pasando. Además, dos entrevistados creyeron que el amor de la familia y el deseo de evitar que los otros sufran, serían un motivo para vivir de su hijo.

Los padres también percibieron algunos intereses o actividades que a su hijo/a le gusta realizar habitualmente o que le ponen contento/a. Los intereses nombrados fueron: Realizar actividades en forma solitaria (e.g. jugar en la computadora, tejer, hacer postres, entre otros.) o actividades más bien de tipo social (e.g. juntarse con amigos, reunirse con la familia, estar con la pareja, hacer asados, beber alcohol, salir fuera de casa, hacer deporte, entre otras). Otra entrevistada destacó que a su hija le gusta realizar actividades para sentirse útil o haciendo algún aporte, como por ejemplo reunir fondos para su curso del colegio. De hecho, casi la mitad de los entrevistados expresaron que sus hijos/as suelen asumir responsabilidades y que realizan actividades para sentirse útiles.

Aunque en general los padres identificaron todo lo anterior como elementos que ayudan a su hijo/a a sentirse mejor, a estar contentos o motivados, en algunos casos los padres percibieron que algunos de estos elementos podrían haber jugado en contra, aumentando la vulnerabilidad o poniendo en riesgo suicida a sus hijos/as. Esto nos lleva a pensar que los factores protectores, para que cumplan efectivamente su función de proteger del riesgo suicida, es necesario que cumplan criterios para el bienestar general del paciente, más que cumplir con los gustos o deseos de este. Es decir, algunas actividades que agradan a los pacientes, pueden también ponerlos en riesgo.

Adicionalmente, los padres reflexionaron acerca de los elementos que ayudan a sus hijos/as a manejar las vivencias emocionales desagradables e intensas, tales como la rabia y la angustia. Tres entrevistados reportaron que nada, o muy poco, sirve de ayuda a su hijo/a para aliviarse, señalando que estos no tienen estrategias de regulación emocional cuando se sienten sobrepasados por la angustia o por la rabia. En cambio, otros entrevistados observaron que algunas acciones como la expresión de cariño, la contención emocional a través

(2) Mamonerío (Expresión local)= comportamiento infantil; una necesidad desesperada de la compañía materna.

del diálogo, el contacto físico y la contextualización de la angustia, como por ejemplo mostrarle que no se sentirá así para siempre, que esta sensación va a pasar, pueden ser estrategias de ayuda para aliviar a sus hijos/as de sus estados emocionales intensos. En este sentido, se puede pensar que algunos pacientes se benefician de ciertas formas de regulación externa, lo que les ayuda a manejar su vivencia afectiva. En la misma línea, otra entrevista observó que ofrecer al paciente otro panorama, como por ejemplo incluirlo en otras actividades de distracción, que lo hagan cambiar el foco, ayuda a su hijo a sentirse mejor. Igualmente, una entrevista comentó que cuando su hijo no se encuentra muy alterado, le calma conversar; sin embargo, cuando se encuentra muy perturbado, el conversar lo altera más. Cuando su hijo se encuentra así, su forma de lidiar con este estado emocional intenso, suele ser golpear las paredes. Otros entrevistados reportaron que los pacientes recurren a la computadora o a la televisión para evadir lo que están sintiendo.

En general, los padres observaron que a sus hijos/as les resulta bastante difícil regular su vivencia afectiva, aunque en algunos casos, la participación de otras personas les ayuda en su regulación emocional. A la vez, algunos entrevistados se consideran ellos mismos los agentes que pueden ayudar a su hijo/a a aliviarse de estados emocionales desagradables e intensos.

Finalmente, si bien los padres refirieron ciertas características de su hijo/a que podrían haber aumentado su vulnerabilidad, también subrayaron algunas cualidades que ellos consideran que podrían proteger a su hijo/a de pensar en suicidarse. Entre estas cualidades personales, algunos padres describieron ciertos recursos personales de sus hijos/as, tales como ser "*tirador para arriba*," ser buen compañero, amistoso, optimista, inteligente, exitoso, motivada y "*sana*." Si bien, estas fortalezas no eliminaron las dificultades del paciente, desde la perspectiva de sus padres, estas cualidades serían herramientas para enfrentar las dificultades.

## Discusión

Los resultados del estudio confirman y profundizan algunos hallazgos que han sido señalados dentro la investigación de riesgo suicida, ampliando nuestro entendimiento de este fenómeno, a través de la percepción de las personas que se encuentran cercanas al paciente en riesgo suicida.

El uso de esta técnica de entrevista permitió, por un lado, indagar las percepciones de los padres y, por otro, les ofreció un espacio terapéutico en el que pudieron contemplar su experiencia. También pro-

movió un diálogo comprensivo sobre temas que aún son estigmatizados en Chile, resultando aliviador para los padres poder hablar abiertamente de estos temas.

Se recomienda el uso de la entrevista semi-estructurada implementada en este estudio (Ver Anexo). Para ello se sugiere que en su aplicación, se realice con un inicio abierto y que vaya cada vez más dirigida a los detalles particulares. Se sugiere que las preguntas sean formuladas de manera que alienten a los padres a explorar cómo se sienten y piensan respecto del riesgo suicida de su hijo/a, promoviendo sus recuerdos y reflexiones. El objetivo del entrevistador clínico es buscar extraer todo lo posible de los contenidos que surgen del discurso de los padres, esperando y escuchando sin imponer sus propias impresiones. Se puede dedicar otra reunión más adelante a las intervenciones psicoeducativas.

Esta forma directa y empática de conversar sobre el riesgo suicida del paciente con sus padres, puede ayudar al equipo clínico a obtener de los padres de pacientes en riesgo, información valiosa para el tratamiento indagando acerca de su experiencia en retrospectiva. Los padres pueden ofrecer una visión única sobre los factores de riesgo y de protección de sus hijos/as, que resulta útil y necesaria a considerar durante el trabajo con el paciente y su familia y mientras que se diseña un plan de tratamiento. Junto a esto, el diálogo con los padres puede ofrecer un espacio terapéutico de elaboración de la crisis y servir de modelo a los padres, promoviendo la conversación en torno al tema del suicidio con sus hijos/as. Esto último podría resultar beneficioso para el paciente, ya que se sabe que la percepción del individuo de que se puede conversar sobre sus ideas de suicidio ayuda para aliviar la intensidad de estas (Borowsky, Resnick, Ireland, y Blum, 1999; Randell, Wang, Herting, y Eggert, 2006; Schreiber, 2010).

En este estudio casi todos los padres percibieron la suicidalidad de su hijo/a como un proceso que involucró múltiples factores que se acumularon a través del tiempo, un hallazgo que también coincide con la literatura (Guibert y Torres, 2001; Fergusson, Beautrais y Horwood, 2003). La percepción por parte de los padres de que el riesgo suicida es algo que evoluciona, implica que existe la posibilidad de intervenir en este proceso en el futuro, idealmente ayudando al paciente alejarse de aquello que lo pone en riesgo. Estos hallazgos ofrecen un apoyo cualitativo a los resultados cuantitativos ya señalados en la investigación acerca del riesgo suicida (Fergusson, Beautrais y Horwood, 2003; Roberts, Roberts y Xing, 2010). En nuestro estudio, la vulnerabilidad del paciente deprimido y en riesgo suicida, parece ser influido por un efecto combinado de

varios componentes, como los factores familiares, eventos académicos o profesionales y sucesos interpersonales, en conjunto con ciertas características de la personalidad del paciente. Ciertas configuraciones negativas de estos componentes suelen aumentar la vulnerabilidad del paciente, acercándolo al riesgo suicida, mientras que otras configuraciones más positivas de estos componentes, pueden favorecer su capacidad de lidiar con las dificultades, alejándolo del riesgo. Estas combinaciones positivas de componentes, tendrían, desde nuestra perspectiva, un potencial protector para el paciente en el futuro. De hecho, la investigación señala que el hecho de identificar, aumentar y fortalecer los factores protectores resulta más efectivo que el hecho de reducir los factores de riesgo suicida (Borowsky, Resnick, Ireland, y Blum, 1999).

No obstante, es importante señalar el hecho de que los padres solamente percibieron la evolución del riesgo suicida de su hijo/a en retrospectiva, a partir de su experiencia subjetiva al momento de la entrevista. Aunque la mayoría de los padres recordaron haber observado ciertas conductas preocupantes en sus hijos/as, no lo interpretaron como señales de riesgo suicida en ese momento. Este hallazgo apoya los resultados de Stanley (2005) que sugieren que las conductas percibidas por los padres es demasiado amplia y diversa para que identifiquen en ellas algún riesgo suicida. Aunque los resultados muestran que los pacientes presentan similitudes en cuanto a sus factores de riesgo, también muestran que cada paciente es distinto, y por lo tanto, no existe un manejo universal o "estándar" para afrontar el riesgo suicida. Es decir, por ejemplo, lo que para un paciente puede constituirse en un factor gatillante, puede que no lo sea para otro; o que las características de personalidad percibidas en algunos pacientes, no estén presentes en otros. En esta línea de análisis, Stoelb y Chiriboga (1998) describen los adolescentes con riesgo suicida como un grupo de heterogéneo y señalan que la evaluación de riesgo requiere que se considere esta diversidad. Por la misma razón, es importante trabajar con los padres para transformar lo que Stanley (2005) describe como "señales de riesgo perceptibles sólo gracias a la retrospectiva" (p. 26), en señales que indiquen riesgo suicida, cuando se presenten en el futuro. Resulta importante utilizar la capacidad de los padres para evaluar su experiencia en retrospectiva y aprovechar esta nueva comprensión de lo que ocurre con su hijo/a, para traducirla en estrategias de manejo particulares. Puesto que la evidencia indica que el tiempo inmediatamente después del alta es un tiempo de mayor riesgo (Appleby, Shaw, Amos, McDonnell, Harris, McCann, y cols., 1999), es imprescindible que los padres cuenten con un plan de cuidado con el que se sientan cómodos y capaces de implementar para la protección de sus

hijos/as, aumentando su sensación de autoeficacia y aliviando el sentimiento de culpa.

#### *Indicaciones para futuros estudios*

En este estudio, las perspectivas de los padres no fueron analizadas según el nivel de riesgo suicida del paciente hospitalizado. Es decir que no se estudiaron las diferencias entre las percepciones de los padres a partir de la intencionalidad suicida o gravedad de la ideación/intento de su hijo/a. No obstante, en la misma manera en que se investigan las diferencias entre pacientes que manifiestan distintos niveles de riesgo (González, Martínez, Portilla, Seijo, y García, 2000; Morales, Echavarrí, Zuloaga, Barros, y Taylor, 2011), también se podría comparar las perspectivas de los padres de pacientes en riesgo. Esta información profundizaría, no solamente nuestro entendimiento acerca de la evaluación de riesgo suicida, sino que también podría guiar intervenciones familiares acotadas y oportunas. También sería interesante comparar las perspectivas de los padres de pacientes hospitalizados por riesgo suicida, con las perspectivas de los propios pacientes respecto de su propio riesgo. El poner mayor énfasis en descubrir factores de riesgo y de protección, en particular desde el punto de vista de los pacientes y de sus cercanos, podría complementar nuestra comprensión actual del riesgo de suicidio y enriquecer la investigación en este campo.

Finalmente, aunque se reconoce que la entrevista implementada para este estudio fue una intervención, no se sabe si tiene algún efecto en el corto o largo plazo en los entrevistados. Sería interesante medir si esta entrevista dirigida a entender el riesgo suicida del paciente tiene el potencial de promover cambios en los que han sido entrevistados, puesto que les otorga la oportunidad de reflexionar y elaborar lo que ocurrió con sus hijos/as en un espacio seguro, con profesionales y en un ambiente de hospitalización. Además, sería beneficioso explorar la evolución de casos que integran una entrevista así en comparación con la evolución de casos que reciben el protocolo estándar (en los que no se haya realizado una entrevista dirigida).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, K., McCann, K., Kiernan, K., Davies, S., Bickley, H. y Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, 318, 1235-1239.
- Barros, J., Echavarrí, O., Marty, C., Maino MP., Morales, S., Cumsille, P. y Ventura, T. (2009). A comparative study of inpatients with different degrees of suicidality.

- Presented in the Psychiatric Department Annual Meeting of Psychiatry, IV. Suicide: Prevention, assessment and treatment. The Pontifical Catholic University of Chile, Santiago, November 6th, 2009.
- Borowsky, I., Resnick, M., Ireland, M. y Blum, R. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native youth. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153, 573-580.
- DeJong, T y Overholser, J (2009). Assessment of Depression and Suicidal Actions: Agreement between Suicide Attempters and Informant Reports. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 1, 38-46.
- De Wild, E. (2002). Quantitative research in suicidology: still a well-disguised blessing? *Archives of Suicide Research*, 6, 55-59.
- Díaz, E. y Barría, R. (2006). Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 343-359.
- Fergusson, D., Beautrais, A., y Horwood, L. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61-73.
- Glaser, B.G y Strauss, A. (1967). *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Sociology Press.
- Gould, M., Greenberg, T., Velting, D y Shafer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- González, F., Martínez, S., Portilla, G., Seijo, G. y García, B. (2000). Tentativa suicida versus intención suicida: un estudio de las características. *Actas Españolas Psiquiátricas*, 28(4), 224-230.
- Guilbert, W. y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(5), 452-460.
- Hjelmeland, H. y Knizek, B. (2010). Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 73-80.
- Jobes, D., Nelson, K., Peterson, y cols. (2004). Describing Suicidality: An investigation of Qualitative SSF Responses. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, 34(2), 99-112.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3).
- Magne-Ingvar, U., y Öjehagen, A. (1999a). Significant others of suicide attempters: Their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 73-79.
- Morales, S., Echávarri, O, Zuloaga, F., Barros, J., y Taylor, T. (2011). Cómo perciben su propio riesgo suicida Pacientes psiquiátricos hospitalizados por intento o por ideación suicida. *Revista Terapia Psicológica. Sociedad Chilena de Psicólogos Clínicos*. Artículo sometido a publicación.
- Randell, B., Wang, W., Herting, J. y Eggert, L. (2006). Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 255-270.
- Roberts, R., Roberts., C. y Xing, Y. (2010). One-year incidence of suicide attempts and associated risk and protective factors among adolescents. *Archives of Suicide Research*, 14, 66-78.
- Salvo, L. y Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2) 115-123.
- Schreiber, J. (2010). Suicidal ideation and behavior in adults. Downloaded on February 9, 2010 from <http://www.uptodate.com/home/index.html>. Accessed Feb. 9, 2010.
- Seymour Barnes, L., Ikeda, R. y Kresnow. (2001). Help-seeking behavior prior to nearly lethal suicide attempts. *Suicide y Life Threatening Behavior*, 32, 68-72.
- Shneidman, E. (1994). *Definition of Suicide*. Jason Aronson INC: Northvale, New Jersey.
- Stanley, N. (2005). Parents' perspectives on young suicide. *Children & Society*, 19, 304-315.
- Stoelb, M. y Chiriboga, J. (1998). A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 21, 359-370.
- Toomela, A. (2007). Culture of science: Strange history of the methodological thinking in psychology. *Integrative Psychological y Behavioral Science*, 41, 6-20.
- World Health Organization. (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Accessed November 11th, 2009 from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.
- World Health Organization. (2012). Suicide prevention (SUPRE). Accessed August 15th, 2012 from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html)
- World Health Organization. (2009). Suicide rates (per 100,000), by gender, Chile, 1950-2005. Accessed January 7<sup>th</sup>, 2010 from [http://www.who.int/mental\\_health/media/chil.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/chil.pdf).
- Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. y Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile. *Rev Med Chile*, 138, 309-315.

Recibido: 22-6-11  
Aceptado: 17-11-11

**Abstract:** Eleven semi-structured interviews were conducted with Chilean parents whose children had been hospitalized for suicide ideation or a suicide attempt. This qualitative, exploratory study explored the perception of parents regarding their children's suicide risk factors, protective factors and suicidal behavior prior to their hospitalization. The study contributes to the few that exist that focus on the perception of significant others of suicidal patients and demonstrates that parents constitute a valuable source of information. Additionally, the use of a clinical semi-structured interview is proposed to explore suicide risk and protective factors from the perspective of significant others.



## ANEXO

A) Tabla 1

DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES								
CASO	EDAD (AÑOS)	SEXO	DIAGNÓSTICO a	OCUPACIÓN	MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN	MÉTODO	LETALIDAD c	ENTREVISTADO
1	15	H	TDM <sup>b</sup>	Estudiante enseñanza media	Intento de suicidio	Ingesta de fármacos	Moderada	Padre y madre
2	17	M	TDM <sup>b</sup>	Estudiante enseñanza media	Intento de suicidio	Ingesta de fármacos	Severa	Padre y madre
3	24	H	TDM <sup>b</sup>	Egresado de la universidad	Ideación suicida	Sin método	Sin letalidad	Padre y madre
4	22	H	TDM <sup>b</sup>	Estudiante universitario	Ideación suicida	Sin método	Sin letalidad	Madre
5	22	H	T. Adaptativo	Estudiante universitario	Intento de suicidio	Intento de ahorcamiento	Moderada	Madre
6	25	H	TDM <sup>b</sup> y Ludopatía	Estudiante universitario	Intento de suicidio	Ingesta de fármacos	Severa	Madre
7	24	H	TDM <sup>b</sup>	Estudiante universitario	Intento de suicidio	Ingesta de fármacos	Moderada	Madre
8	19	H	TDM <sup>b</sup>	Estudiante universitario	Intento de suicidio	Ingesta de fármacos	Leve	Madre
9	25	M	TDM <sup>b</sup>	Cesante	Intento de suicidio	Ingesta de fármacos	Moderada	Madre
10	16	M	TDM <sup>b</sup> y T. Ansioso	Estudiante enseñanza media	Intento de suicidio	Ingesta de fármacos	Moderada	Madre
11	15	M	TDM <sup>b</sup>	Estudiante enseñanza media	Intento de suicidio	Ingesta de fármacos	Severa	Madre

<sup>a</sup> Según el DSM-IV

<sup>b</sup> Major Depressive Disorder

<sup>c</sup> Según el criterio de SADS

## B) Pauta de la primera entrevista semi-estructurada con el familiar de pacientes hospitalizados por ideación o intento suicidio en la Clínica UC San Carlos de Apoquindo

Quisiera agradecerle participar de esta investigación y recordarle que puede retirarse si a usted le parece. Tal como conversamos, nuestra conversación será filmada, manteniendo su identidad en forma anónima. El uso de esta información es con fines de investigación y académicos.

### *De cómo se siente en estos momentos*

- Para comenzar, quisiera preguntarle ¿cómo se siente en estos momentos, luego de lo sucedido?
- ¿Cómo ha sido su experiencia frente la ideación/intento de (paciente)?
- ¿Su familia ha reaccionado de alguna manera?
- ¿Ha observado cambios en ustedes mismos o en el entorno familiar?

### *Percepción del paciente en el tiempo previo a su ideación/intento suicida*

*¿Qué observó en el paciente en el tiempo previo a su hospitalización por ideación/intento suicida?*

- En ese momento, ¿Qué estaba pensando que eso significaba?
- ¿Tomó algún curso de acción?
- ¿Qué puede recordar que estaba pasando cuando (nombre del paciente) realizó su intento?

- ¿En algún momento le parecía como si la vida de (nombre del paciente) estaba empezando a perder sentido para él/ella?
  - ¿Cuándo?
  - ¿Qué estaba pasando durante este tiempo?
- ¿Imaginó que (nombre del paciente) podría tomar una decisión como esta (o que pudiera tener estas ideas)? ¿En qué momento pensó en que (paciente) podría estar en riesgo?
- ¿Qué cree era lo que (nombre del paciente) esperaba que ocurriera con lo que estaba haciendo?
- ¿Piensa que (nombre del paciente) se daba cuenta del grado de peligro que corría?

#### *De los factores de riesgo*

- ¿Cómo se explica (cómo lo entiende) lo que le ha pasado a su hijo (a)?
- ¿Qué cree le habrá afectado en el último tiempo a (nombre del paciente) para tratar de suicidarse ahora (o influyó en su/sus pensamientos suicidas en el caso de ideación suicida)?
- ¿Conoce alguna situación que gatilló su ideación/intento suicida?
- ¿Qué piensa usted que puede ser peligroso en la vida de (nombre del paciente)?
- ¿Qué lo (a) llevaría a intentar suicidarse nuevamente?
- ¿Qué situaciones han provocado con anterioridad que (nombre del paciente) atente contra su vida? (si es el caso)
- En el caso de intentos repetidos ¿Qué ha provocado a (nombre del paciente) a tratar de suicidarse en el pasado?
- Usted ve alguna situación común en estas situaciones, algún elemento que haya estado presente en estas situaciones?

#### *De los factores protectores*

- Si es un primer intento: ¿Por qué cree que (nombre del paciente) no consideró o intentó suicidarse anteriormente?
- ¿Qué piensa usted son los aspectos de la vida de (nombre del paciente) que lo hacen apegarse a la idea de mantenerse con vida?
- ¿Quiénes son las personas que usted cree que a (nombre del paciente) quiera y que lo unan a la vida?
- ¿Con quién cree usted conversa el paciente sus preocupaciones, sentimientos y/o experiencias difíciles?
- ¿Qué piensa usted, cuáles son las cosas que ayudan a (nombre del paciente) a sentirse mejor cuando se siente deprimido/ansioso/triste/enojado?
- ¿Qué lo ha llevado a desistir de querer de suicidarse en otras oportunidades? (si es el caso)
- ¿Qué piensa podría ayudar a (nombre del paciente) a sentirse mejor en su vida en el futuro?
- ¿Qué cree que a (nombre del paciente) le gustaría, si pudiera pedir un deseo...por ejemplo si se encontrara con un genio en una lámpara?
- ¿Qué le gustaría a usted, si pudiera pedir un deseo?
- Pensando en la perspectiva que ha ganado a partir de esta experiencia, ¿Que le recomendaría a otras familias pasando por algo similar?
- ¿Hay algo que le gustaría agregar?

Muchas gracias por su valioso aporte a esta investigación, nos permite desarrollar programas de intervención ajustados a lo que nuestros pacientes necesitan.