

Tesis de Magíster en Constructivismo Social:

Narrativas en torno a la historia de vida en pacientes hospitalizados por intento suicida

Fernanda Crestuzzo¹

Resumen

El suicidio es un tema de relevancia mundial, pues las tasas de suicidio siguen aumentando. Siendo unas de las principales causas de muerte en nuestra sociedad, Chile no se queda fuera de este problema, considerado como abordaje prioritario en sus políticas actuales y futuras. El presente estudio se fundamentó desde la perspectiva del Construcciónismo Social.

El suicidio es consecuencia de una serie de factores, principalmente socioambientales, psiquiátricos y de comportamiento.

El objetivo fue identificar las narrativas en torno a la historia de su vida de pacientes hospitalizados por intento suicida. Para ello se utilizó una metodología cualitativa descriptiva, con un diseño narrativo, basado en la Teoría Fundamentada, con el fin de poder indagar en las experiencias subjetivas. La estrategia utilizada para la recolección de datos fue la revisión de entrevistas clínicas semi-estructuradas.

Brindar un acercamiento en profundidad a la forma en que los pacientes viven el intento suicida, comprendiendo desde su mirada los conceptos que tienen en torno a éste, la manera en que lo significan, lo que opinan de éste y como lo relacionan con el concepto de vida y futuro. Se muestran narrativas en torno a sus historias de vida, asociadas a no quedarse estancados en discursos del déficit, sino en abrir nuevas posibilidades para encontrar un sentido de vida y lograr suprimir de cierta forma el vacío interior que se identificó en ellos.

Palabras claves: suicidio, intento suicida, narrativas en torno a la vida, construcciónismo social.

Narratives around the life story in patients hospitalized for suicide attempt

Summary

Suicide is a worldwide issue, as suicide rates continue to rise. Being one of the main causes of death in our society, Chile is not left out of this problem, considered as a priority approach

in its current and future policies. The present study was based from the perspective of Social Constructionism.

Suicide is the result of a number of factors, mainly socio-environmental, psychiatric and behavioral.

The objective was to identify narratives around the life story of patients hospitalized for suicide attempt. For this purpose a descriptive qualitative methodology was used, with a narrative design, based on the Grounded Theory, in order to be able to investigate subjective experiences. The strategy used for data collection was the review of semi-structured clinical interviews.

Provide an in-depth approach to the way patients live the suicide attempt, understanding from their perspective the concepts they have around it, the way they mean it, what they think about it and how it relates to the concept of suicide, life and future. Narratives are shown around their life histories, associated with not staying stuck in speeches of the deficit, but in opening new possibilities to find a sense of life and to achieve to some extent to eliminate the interior void that was identified in them.

Key words: suicide, suicide attempt, narratives around life, social constructionism.

Introducción

El suicidio es un tema de relevancia mundial, en todas las regiones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), anualmente se suicidan alrededor de 804.000 personas, En particular, en los jóvenes entre 15 y 29 años, el suicidio es la segunda principal causa de muerte a nivel mundial (OMS, 2014).

A lo anterior se suma que en el caso de Chile las tasas de suicidio continúan en aumento, obteniendo el segundo lugar después de Corea (OCDE, 2014). De acuerdo con los datos disponibles en el Ministerio de Salud, a nivel país mueren por suicidio entre cinco a seis personas al día (MINSAL, 2011).

Este problema se incrementa si consideramos que por cada suicidio consumado se estima que existen hasta 20 intentos de

1. Psicóloga Clínica. Universidad Adolfo Ibáñez. Tesis para optar al grado de Magíster. Programa de Magíster en Psicología Clínica Mención Construcciónismo Social y Psicoterapias Contemporáneas. Financiamiento del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT de Iniciación de Investigación N° 11121390. Además, recibió apoyo del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, Proyecto IS130005.

suicidio en adultos (OMS, 2014). Como todas las conductas humanas, el suicidio es un acto complejo. Una de las causas que más se menciona son las enfermedades mentales. Hay ciertos estados psicológicos que también pueden incrementar el riesgo suicida como la desesperanza, anhedonia, depresión y ansiedad; se pueden agregar la impulsividad, déficit en la resolución de conflictos, entre otras cosas (Chehil & Kutcher, 2012).

Dentro del suicidio se pueden encontrar una serie de conceptos y definiciones. En esta ocasión nos centraremos en las definiciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual entiende el suicidio como el acto de matarse deliberadamente. En cuanto al intento suicida, lo entiende como todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación auto infligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal. Por comportamiento suicida entiende una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho (OMS, 2014, p.12).

El comportamiento suicida se puede manifestar en tres etapas, las cuales son: ideación suicida, planificación del suicidio y por último intento de suicidio; cada una de estas conductas se asocia a distintos grados de riesgo. Es necesario evaluar la intencionalidad de la conducta, la letalidad del método empleado y la atención médica requerida en caso de sobrevivencia (Dyer & Kreitman, 1984). Otros autores postulan que el momento posterior al intento, ya sean semanas o meses, hasta el año, es el momento de mayor riesgo de reintentarlo (Appleby et al., 1999). La OMS calcula que el riesgo de muerte en quienes hacen intentos de suicidio es 100 veces superior a la población general, y que entre el 10-15% de quienes han intentado suicidarse terminan logrando su objetivo. De estos, el 2% lo hacen en el año siguiente de su intento frustrado (OMS, 2009).

Por tanto surge el interés en investigar qué experiencias, vivencias, sentimientos, significados transversales son posibles de narrar, debido a que no se han encontrado estudios que expongan aquello.

¿Cómo son las narrativas en torno a la historia de su vida de pacientes hospitalizados por intento suicida?

El fundador de la Suicidología fue el psicólogo Edwin S. Shneidman, el cual definió el suicidio como "el acto consciente de auto aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución" (Shneidman, 1985 en Leenaars, 2010, p. 7).

Shneidman describió diez rasgos comunes a todo suicidio (Shneidman, 1985 en Cardona, Del Pilar, Ladino, & Franci, 2009).

1. El estímulo común en el dolor psíquico es lo insoportable.
2. El estresor son necesidades psicológicas frustradas e insatisfechas.
3. El propósito común del suicidio es buscar una solución.
4. El objetivo común del suicidio es cesar la conciencia.
5. La emoción es la desesperanza-impotencia.
6. El estado cognitivo común es la ambivalencia.
7. El estado perceptual es la constricción.
8. El acto interpersonal es comunicar la intención suicida.
9. La acción común es escapar.
10. La consistencia común es con los mismos patrones de afrontamiento de toda la vida.

La crisis suicida se presenta en un periodo acotado de tiempo, debido a que el riesgo puede aumentar rápidamente, al reaccionar impulsivamente por el malestar emocional que está sintiendo y que no logra controlar, ya que lo percibe como insoportable. La persona puede presentar ideas suicidas y/o intentos suicidas en una crisis, lo cual dependerá del grado de gravedad que la persona le otorgue a dicha situación junto a otras variables dependientes del momento (Gómez, 2012). La crisis no se explica por sí misma, sino que necesita la perspectiva del pasado para comprenderla (Rocamora, 2013).

Otro estudio realizado por Fowler (2012), propone la evaluación del riesgo suicida en la práctica clínica. La evaluación, la gestión y el tratamiento de pacientes suicidas son una de las tareas más estresantes para los médicos.

O'Connor & Nock (2014), en su estudio describen los últimos acontecimientos fundamentales de la ciencia teórica, clínica, y empírica psicológica sobre la aparición de pensamientos suicidas y comportamientos. Describen los siguientes factores de riesgo psicológico y de protección para la ideación y comportamiento suicida. En cuanto a la personalidad y diferencias individuales: desesperanza, impulsividad, perfeccionismo, el neuroticismo y la extroversión, el optimismo y la resiliencia. En cuanto a los factores cognitivos: rigidez cognitiva, la rumiación, supresión del pensamiento, sesgos en la memoria autobiográfica, la ausencia de miedo acerca de la lesión y la muerte, falta de sensibilidad del dolor, la resolución de problemas y afrontamiento, agitación, asociaciones implícitas, sesgos atencionales, pensamiento futuro, ajuste de meta, razones para la vida, la derrota y el atrapamiento. Y los factores sociales: la transmisión social, el contagio, homicidio selectivo, la exposición a las muertes por suicidio de los demás y aislamiento social. Por último, en cuanto a los eventos negativos de la vida: adversidades en la niñez, los eventos traumáticos en la vida durante la edad

adulta, enfermedad física, otros factores estresantes interpersonales y respuesta al estrés psicofisiológico.

La propuesta posmoderna sobre el conocimiento postula que éste *está construido socialmente a través del lenguaje*. Supone que *no podemos tener una representación directa del mundo*, sólo podemos conocerlo a través de nuestra experiencia del sí mismo (Anderson, 2006). Surgieron muchos enfoques, siendo uno ellos el Construccinismo Social, que plantea que el conocimiento se construye socialmente en el lenguaje y los significados se construyen a través de un trabajo colaborativo (Gergen, 2010), presenciando una transición construccionista de la mente al discurso, *otorgándole un lugar central a la relación* (Gergen & Warhus, 2001).

Es decir, las palabras que tenemos para describirlo derivan de acuerdos sociales. Por otro lado, los términos a partir de los cuales comprendemos el mundo son resultado de intercambios sociales emplazados de manera histórica, siendo una acción activa y cooperativa, de cada persona y son transformadores en sí mismos. (Anderson, 2012). Donde la comprensión así lograda exige excluir toda posibilidad de gozar de una visión privilegiada, lo que pone a ambos hablantes en una posición simétrica, para así llegar a explicar y expandir lo no dicho.

El enfoque narrativo se enmarca en la terapia narrativa (White & Epston), puesto que su modo de conversar es a través de los relatos. Las narrativas nos sirven para poder contar una historia y ayudar a comprender diferentes significados que emergen de estas, así podemos lograr una mayor conexión con el discurso de la persona. Dentro del enfoque narrativo podemos encontrar diferentes autores (White, 1994; Anderson, 1999; Gergen, 2009) que se centran en distintos aspectos de las historias que cuentan las personas.

Una de las técnicas de este enfoque es la *externalización* como modo de trabajo en psicoterapia, que ayuda a las personas a objetivar los problemas que resultan abrumadores, y es en este proceso que el problema se convierte en algo externo a la persona o relación con las que estaba inicialmente asociado (White, 1989 en Payne, 2002). Con este abordaje se logra que las personas sientan que puede existir una posibilidad diferente de ver las cosas.

El trabajo terapéutico desde esta perspectiva permite revisar los *discursos dominantes*, recontar historias, entre otras cosas. Las personas son aquellos que prevalecen a partir de verdades normalizadoras y pretenden representar las experiencias vividas (White y Epston, 1993). Es importante señalar que cuando no hay dificultades, no existe la necesidad de abrirse a otras posibilidades. Sin embargo, cuando esos discursos dominantes

impiden algo, generan dificultades y sufrimiento en la persona. El objetivo de este trabajo es describir las narrativas en torno a la historia de su vida de pacientes hospitalizados por intento suicida.

Preguntas

¿En qué momento los pacientes pueden narrar su experiencia? ¿Cómo es la percepción singular en torno al suicidio que llevó a estos pacientes a hospitalizarse? ¿Qué les estaba pasando en ese momento a estos pacientes? ¿Qué es lo que los llevó a hacer un intento suicida? ¿En qué momento los pacientes toman conciencia de su problema?

¿Qué aspectos de su vida se van modificando luego del intento suicida? ¿Cómo los pacientes narran su vida antes y después del intento suicida? ¿Qué elementos relacionados con la vida aparecen en las narraciones de los pacientes en torno al antes y después de su intento suicida?

¿Cómo construyen los pacientes su futuro luego de la hospitalización? ¿De qué forma los pacientes hablan sobre el futuro? ¿Qué aspectos de la vida son los que más aparecen en sus narraciones sobre el futuro?

Metodología

La presente investigación corresponde a un enfoque metodológico de tipo cualitativo, descriptivo, con un diseño narrativo. Para abordar el objeto de estudio, se ha de emplear la Teoría Fundamentada o Grounded Theory, desarrollada por Glaser y Strauss (1967) y posteriormente por Strauss & Gorbín (1990).

Los participantes fueron diez pacientes hospitalizados psiquiátricamente por intento suicida, de distinto género, cinco hombres y cinco mujeres, de diferentes edades. En este proceso se les realizó la entrevista semi-estructurada.

Se utilizó un *muestreo intencionado*, con los siguientes criterios de inclusión: presentar diagnóstico de trastorno del ánimo, encontrarse en condiciones cognitivas para participar en una entrevista y consentir informadamente su participación.

Fueron *excluidos* otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos por dependencia a sustancias, trastornos alimentarios, trastornos psicóticos y trastornos cognitivos. Y además se excluyeron los pacientes con ideación suicida para el presente trabajo. Todos los pacientes fueron diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor, según el DSM IV-R.

La técnica de recolección de datos fue la revisión de entrevistas clínicas semiestructuradas, en la cual se exploró la perspectiva

del paciente en relación a los siguientes aspectos: a) Cómo se explica, en retrospectiva, la situación que lo trajo a la hospitalización; b) Qué antecedentes de su historia pudieran haberlo afectado para llegar a esta situación; c) Qué cambios experimentó durante la hospitalización; d) Qué considera que lo pone en riesgo; e) Qué considera que lo protege; f) Proyección hacia el futuro. (Morales, Echávarri, Zuloaga, Barros, y Taylor, 2016)

Plan de análisis

Se realizó codificación abierta, axial y selectiva, la cual permite relacionar e integrar los datos empíricos (Campo-Redondo & Labarca, 2009).

La codificación abierta va desde el análisis de los datos en bruto hasta la obtención de categorías, por lo que las categorías conceptuales de los datos se trabajaron con categorías emergentes obtenidas a partir de los datos y que sean relevantes para el objetivo del estudio. La codificación axial explora relaciones causales a través de la agrupación de categorías, características y dimensiones para fomentar explicaciones más precisas y complejas sobre los fenómenos. La codificación selectiva es el proceso de integrar la teoría, identificando el objetivo central de las narraciones y que incorpora las categorías en el modelo de codificación inicial, lo cual da paso a la *teoría emergente* (Strauss & Corbin, 1990). El análisis de las codificaciones se terminó al lograr la *"saturación teórica"* de las categorías conceptuales, al identificar que los nuevos datos ya no agregaban información nueva.

Resultados descriptivos

Codificación abierta

A partir de los datos recopilados por medio de las entrevistas, emerge la codificación abierta compuesta por diez categorías principales:

(I) Emociones y sentimientos asociados al momento previo del intento suicida, (II) Motivación del intento suicida, (III) Desencadenante, (IV) Precipitante, (V) Cambios en su vida luego del intento suicida, (VI) Logros, (VII) Red de apoyo, (VIII) Posibilidad de volver a realizar un intento suicida, (IX) Expectativas para el futuro y (X) Relaciones interpersonales.

Cada categoría contiene subcategorías que se explicarán con sus citas correspondientes.

I. Emociones y sentimientos asociados al momento previo del intento suicida

Dentro de la presente categoría se observan las principales emociones y sentimientos que los pacientes sintieron antes de cometer el intento suicida. Es posible identificar esta categoría a partir de los relatos de los pacientes, al preguntarles cómo ven hoy las situaciones que vivieron y qué sienten al respecto.

En esta categoría los pacientes refieren sentimientos de dolor no encausados ni procesados, como sentir pena, angustia, depresión, tristeza, soledad, entre otras cosas, al verse invadidos por alguna situación que en sí no pueden controlar: "...lo veo como un momento muy difícil que viví, estaba muy angustiado, a tal punto de que no era solo no querer vivir, sino que tenía el impulso de terminar mi vida..."

La soledad se observa repetidas veces en las narraciones de los pacientes, al vivirla como angustiante: "...ya ahí sentía que no tenía más que hacer, no tenía a quien recurrir, a mi familia ya no la tenía...nada. Y dije ya esto no lo puedo soportar, no tengo nada más por qué vivir y ahí pensé en suicidarme..."

Otro significado emergente que aparece en los relatos es el sentimiento de vacío: "... Me sentía muy sola, que me sentía muy triste, profundamente triste, que sentía un vacío, no sé cómo describirlo, un vacío..."

II. Motivación del intento suicida

Respecto a los aspectos que motivaron a los pacientes a realizar el intento suicida se puede encontrar diversas causas. Sin embargo, la mayoría tenía el mismo fin, el cual consistía en terminar con su vida.

En relación con la intención del intento suicida se pueden identificar diferentes motivos. En primer lugar, se logra identificar la sensación de querer liberar a sus familias de sus problemas, al sentir que su vida no valía la pena y la creencia de que, al no estar, libera a los demás de su presencia, es decir, de "sentirse una carga y que no hay esperanzas al respecto".

En segundo lugar, se identifica la frustración al sentirse incapaz de realizar sus proyectos: "... la frustración de no poder cumplir con mis deberes, de sentirme incapaz de sacar adelante mi carrera, de estar decepcionando a mis padres en eso, de hacerlos gastar plata en tratar de educarme y que yo no pudiera..."

En tercer lugar, se observa muchas veces una clara intención de morir como fin principal, al vivir sus problemas como insostenibles para ellos: "... Emmm, si intenté acabar con mi vida era morirme, eso era lo que esperaba, acabar con todo, o sea como aburrido ya de lo que... del sentimiento que se repetía, que estaba solo, como que ya no eran suficientes los esfuerzos del trabajo, de la vida quizás, como que ya nada me importaba mucho en ese sentido, eso..."

Por último, se identificó en algunas ocasiones la ambivalencia en la intención del intento suicida, ya que por un lado querían marcar un punto, establecer una postura para comunicar algo a sus respectivas parejas o familiares y por otro, querer morir:

"... que me durmiera y que no supiera más de nada, y un poco que él se diera cuenta, mi marido, de lo que yo era capaz de hacer, era una forma de demostrarle, incluso atentando contra mí de lo mal que estaba..."

III. Desencadenante y IV Precipitante

En esta categoría se identificaron diferentes desencadenantes, es decir, el evento que gatilló el intento suicida, el cual suele ser un desencuentro en los lazos y que la persona lo vive como insoportable.

Se logran identificar varias subcategorías: Por quiebres vinculares, especialmente por la pareja: "... Ahí solo sin ella no pensaba en nada, estaba escuchando música, veía oscuro, veía negro, no veía salida, no tenía salida ni solución a ninguno de los problemas que había tenido..."

En otros casos por un fracaso universitario por la exigencia familiar o por no sentirse capaz de poder terminar su carrera: "... Se acercó y me dijo que estaba preocupado, si estaba bien, que él quería que me pusiera las pilas para que fuera un buen profesional..."

Distanciamiento con su marido: "... el hecho de que mi marido estuviera en la misma casa y yo estuviera en la pieza y que no haya mostrado interés, no haberlo sentido cerca..."

Por último, por duelos no elaborados, lo cual los lleva a sentirse solos y abandonados.

V. Cambios en su vida luego del intento suicida y VI Logros

En esta categoría se logran identificar diferentes cambios en sus vidas durante la hospitalización, se trata de cambios que llevan a conectarse con la esperanza, con la ilusión de que todo tiene solución si la persona lo permite. Algunos de los cambios que los pacientes identificaron podrían ser transitorios, y que de volver a antiguas dinámicas familiares o relacionales que los pusieron en riesgo, se podría acrecentar el riesgo suicida nuevamente.

Un primer aspecto que considerar es que emerge como categoría el autoconocimiento, es decir, la capacidad de ser honesto consigo mismo, de darse cuenta qué cosas tiene que cambiar para que ellos (los pacientes) estén mejor, y así poder lograr una mayor capacidad de reflexión en sus vidas. "... El viernes tuve mi primera salida y salí muy eufórico, tuve muchos altos y bajos y fui honesto conmigo mismo, me sentí frágil y preferí prepararme mejor pa salir..."

Un segundo aspecto, es el reconocimiento de emociones, aceptando la rabia, el enojo, la pena, para así poder aprender a trabajarlas y no verse invadidas por estas sin saber manejarlas.

Un tercer aspecto, la categoría de valoración de sí mismo y tener ganas de vivir, el poder darse cuenta de lo que vale su vida y valorarla tal cual es. Esto se produce generalmente al lograr identificar en su familia o amigos que los extrañaban y que se notaba su ausencia en sus respectivos lugares y al mismo tiempo sentir el apoyo incondicional de ellos. "... ya no quiero morirme, quiero vivir y vivir por mí y por mis hijas, tengo una chiquitita que me echa de menos..." (E IX; 58).

Un cuarto aspecto, es lograr generar espacios para conversar sobre su jornada, poder obtener una comunicación más sana y transparente de los problemas que van teniendo en el día a día, ya que, al hablar las cosas, sienten que los problemas tienen solución, lo cual los lleva a ser más optimistas y tener mayor proyección hacia el futuro. Ya que logran poner en palabras aquello que les ocurre, que es importante, y compartirlo con otros.

Un quinto aspecto que emerge es de sentirse queridos, de saber que existe otro que los quiere, que los valora y que cuenta con ellos, "... Me siento querido, me siento bien querido, siento que soy tomado en cuenta, no da lo mismo si no estoy..."

Por último, es relevante mencionar que dentro de las narraciones que surgieron de las entrevistas, la mayoría de los pacientes expresaron *sentirse avergonzados* por haber intentado suicidarse y se arrepienten de haberlo hecho: uno de los principales motivos de ese arrepentimiento se entiende por el sufrimiento causado a sus familias o amigos cercanos.

VII. Red de apoyo

Respecto a la categoría redes de apoyo, ésta emerge al momento de identificar personas significativas en sus vidas que los ayudarán y protegerán con su apoyo y acompañamiento a sobreponerse a situaciones difíciles. Es importante mencionar que las redes de apoyo son factores protectores.

La mayoría de los pacientes identifican a sus familias como la principal red de apoyo, ya que es la más cercana y siempre está el apoyo y cariño incondicional por parte de ellos: "...Yo sé que tengo el cariño y el apoyo de ellos siempre..."

Otra red de apoyo significativa son los amigos, ya que encuentran en ellos muchas veces la ayuda para salir adelante, en las actividades que hacen juntos o en la misma compañía y apoyo que sienten por parte de ellos y que no la encontraban en otro lado.

Se identifica el trabajo para algunos pacientes como otra red de apoyo, como una forma de cambiar de ambiente y distraerse de sus problemas: "... Me ayuda mi trabajo, lo que más quiero es entrar el lunes a trabajar..."

También se logra identificar el ambiente en que se encuentran como un factor protector en la red de apoyo.

VIII. Expectativas para el futuro

En la presente categoría, se puede identificar dos tipos de expectativas, por un lado, las *expectativas realistas* y por el otro las *expectativas poco realistas*, aludiendo a cuan concretas o no son las expectativas de los pacientes.

Algunas de las expectativas realistas que se identifican son el poder compartir con su familia y seguir teniendo momentos agradables junto a ellos, ya que esta sería la principal razón por la que no lo volverían a intentar, estar con sus seres queridos: "... Lo que me motiva a vivir en un futuro es estar bien con mi familia..."

En relación con los acontecimientos importantes de la vida, se identifica el poder terminar la carrera y obtener un título profesional como otra expectativa realista para su futuro: "... Después me quiero ver yo con mi cartón, con mi título, y más adelante yo con mi familia..."

Por otro lado, dentro de las expectativas poco realistas se puede ver que emergen como subcategoría ser feliz, lo cual sería un factor de riesgo, ya que es algo que no se puede comprobar concretamente, por lo que muchas veces lleva a que la persona se frustre antes de creer que lo está consiguiendo: "... Qué cosas me motivan a vivir...ser feliz, quiero estar feliz..." Lo anterior es algo difícil de observar por el hecho de que no hay parámetros objetivos.

X. Relaciones interpersonales

La siguiente categoría tiene correlación con aquellos aspectos de la relación entre las personas en las cuales están implicados las emociones y los sentimientos. Estos nos permiten desarrollar nuestras habilidades sociales y sentirse parte de una comunidad.

En cuanto a los amigos, identificados como muy importantes para la vida de ellos, a veces más que la familia, ya que con ellos sienten que pueden ser comprendidos por los pares sin ser juzgados "... Amigos y polola... antes que la familia..." (E I; 112). Gracias a los amigos muchos identifican que pueden salir adelante, ven en ellos la ayuda y el espacio necesario para poder conversar sus problemas y también "despejarse" si es necesario. Por otra parte, otros identificaron como parte de las relaciones interpersonales la pareja; para ellos es muy importante tenerla para poder ser feliz: "... alguien que esté conmigo, alguien con quien poder disfrutar las cosas, mm, disfrutar la vida con ella, yo creo que es lo más, es lo que más necesito luego..."

Relacionales

Codificación Axial

A partir de la codificación axial, se articularon *tres modelos relacionales comprensivos*, en esos se integra la información obtenida y se propone una comprensión con mayor profundidad de los fenómenos que surgieron de la codificación abierta de las entrevistas.

En primer lugar, se muestra el proceso que desencadena el intento suicida, a continuación, las reflexiones acerca del intento suicida, y para terminar las transformaciones en sus vidas luego de una hospitalización psiquiátrica por intento suicida. (Figura 1)

Este esquema pretende resumir el proceso que desencadenó el intento suicida en los pacientes hospitalizados por ese motivo. Para comprender este fenómeno es muy importante estudiar el contexto en donde se encuentra la persona, ya que son una serie de acontecimientos y sentimientos que los lleva a tomar esa decisión.

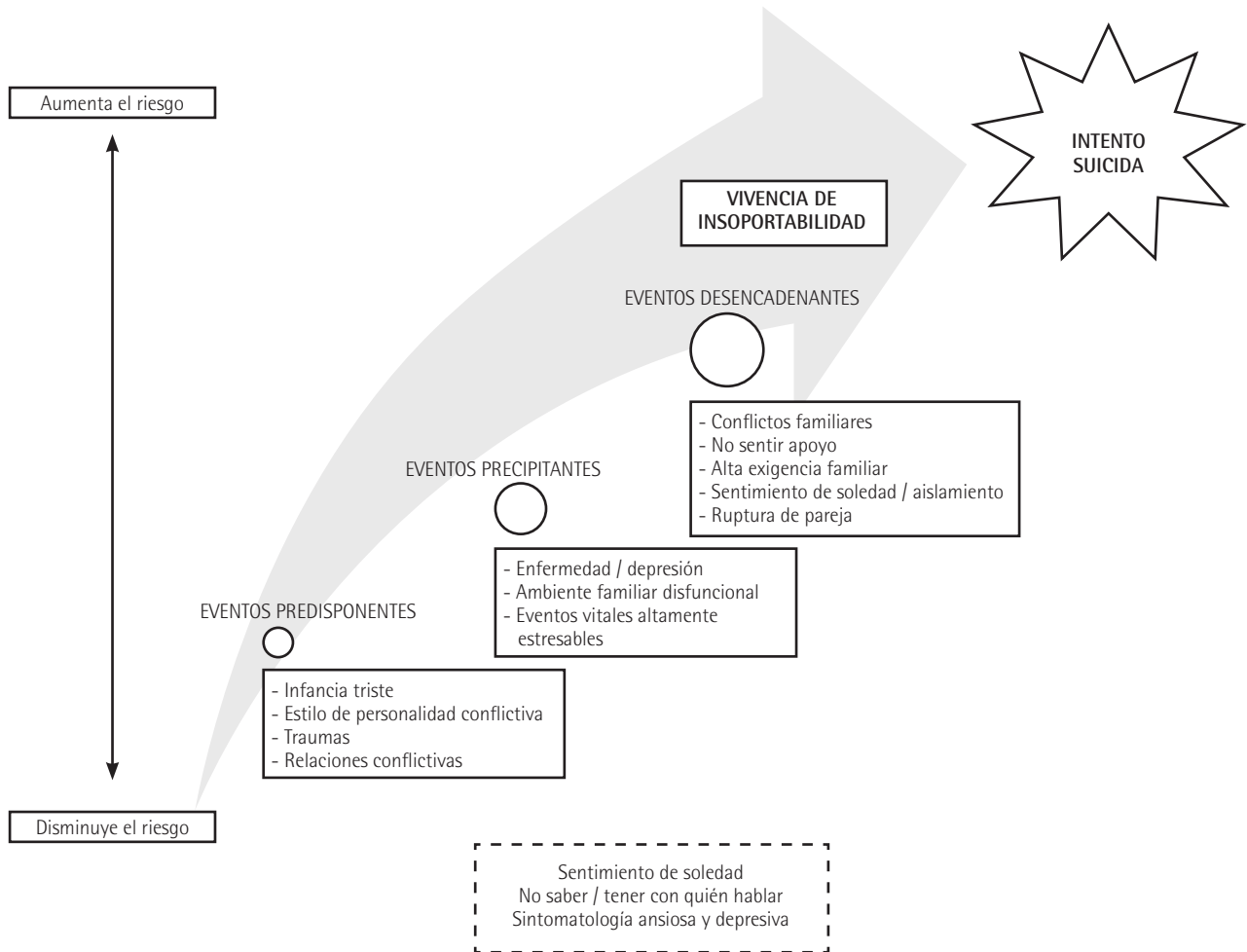
A la base de los eventos que se mencionaran, es decir, de los eventos predisponentes, precipitantes y desencadenantes, se pueden encontrar sentimientos de soledad, no saber o no tener con quien hablar y una sintomatología ansiosa y depresiva; ya que son situaciones transversales presentes en todos los pacientes. Los que más destacan en estos pacientes es haber tenido una infancia triste, relaciones conflictivas, traumas y estilos de personalidad conflictivos.

El haber vivido una infancia triste consiste en haber vivido diferentes eventos que sufrieron y los fueron marcando en su crecimiento, lo cual les produjo una marca difícil de borrar y aceptar. Un paciente menciona: "...Mi historia de niña fue mala, mala, sufrí mucho; cuando nos pegaban, nos pegaban con unas varillas, hasta dejarnos las piernas morás o la espalda morá, siempre fue así. Después con los años fuimos creciendo, creciendo y no fue así porque yo no le iba a aguantar que me pegaran así, pero siempre cuando nos portábamos mal nos pegaban..."

En cuanto a las relaciones conflictivas, las identifican como algo que siempre ha estado, ya que por su modo de relacionarse creen que es la única forma que existe para ello. Un paciente hace referencia a aquello cuando menciona: "... siempre he tenido problemas en las relaciones, en los pololeos o en las amistades..." (E VI; 49).

En cuanto a los estilos de personalidad conflictivos como eventos predisponentes, nos referimos a aquellos rasgos de los pacientes que ellos identificaron como diferentes características que influyen en sus comportamientos y modos de actuar. En general, los rasgos que más se identificaron fue reconocerse

Figura N°1
Axial 1: Proceso que desencadena el Intento Suicida



como *personas introvertidas*, prefieren no contar sus cosas para no preocupar, lo cual lo refiere un paciente: "... Como que evito contarle mis cosas para que no se preocupen..."

Por último, haber sufrido algún trauma, tiene relación con aquellos eventos o situaciones negativas que produce en ellos una fuerte carga emocional siendo muy difícil de superar u olvidar, lo cual produce un daño psicológico y afecta su bienestar emocional.

En segunda instancia, podemos encontrar los eventos precipitantes, los cuales son los eventos del último año que van poniendo a la persona en riesgo de caer en depresión y cometer un acto suicida. Los eventos que identificaron en los pacientes fue tener alguna enfermedad o depresión, estar en un ambiente familiar disfuncional y eventos vitales altamente estresantes.

En relación con ser diagnosticado con alguna enfermedad o depresión, nos referimos a aquellos diagnósticos médicos que influyeron en su condición de pensar en suicidarse. La depresión es algo que generalmente está presente en estos pacientes, pero el factor que acentúa el diagnóstico es que no se tomen los fármacos correctamente. Uno de ellos refiere: "... Yo estaba en tratamiento por depresión desde mediados del año pasado, y creo que fue porque tuve una muy mala adherencia al tratamiento al principio, estuve varios meses sin tomarme los medicamentos, sin tomarme los antidepresivos, estaba sin ansiolítico, y empecé a tomármelos regularmente diría aproximadamente este verano, recién porque empezaba a tomármelos y los dejaba un mes..."

En relación con el ambiente familiar, se identificó que al estar alterado puede ser un motivo para que se desencadene el pen-

samiento suicida, es decir, existir una disfuncionalidad familiar en su hogar. Los pacientes identificaron diferentes situaciones de su ambiente familiar que afectaron en su decisión de quitarse la vida.

En cuanto a los eventos vitales altamente estresantes, al ser considerados un estado mental que influye considerablemente en sus pensamientos, también se identificó como un evento precipitante muy importante. Un paciente veía como estresante el no poder conseguir pareja. Otro refiere el exceso de trabajo y las complicaciones económicas como fuente de gran estrés para su vida.

En tercera instancia, encontramos los eventos desencadenantes, los cuales son eventos que gatillan el intento suicida -también conocidos como la "gota que rebalsa el vaso". Para que aquello ocurra, este suele ser un quiebre vincular, educacional o laboral, los que pueden ser de distinta magnitud, pero el paciente lo vive como insoportable.

Los pacientes identificaron diferentes acciones que hicieron que tomaran la decisión de suicidarse. Cada paciente tiene sus motivos individuales. Sin embargo, hay algunos que coinciden entre ellos, como los conflictos familiares, no sentir apoyo, alta exigencia familiar, soledad y el aislamiento y la ruptura de un vínculo; éste último el que más se repite, ya sea con la pareja, el marido o familiar.

Luego otro desencadenante que logran identificar los pacientes como motivo importante por lo que tomaron esa decisión, son los conflictos familiares. Un paciente refiere: "...mm, un poco la actitud de mi familia. Yo siento que soy el único weon que está cagado. Eeee, veo a mis hermanas muy bien, a mi mamá... ella es muy hermética, pero siento que al único que le importa es a mí..." (E I; 19).

Otro desencadenante que surgió en el discurso de los pacientes fue la soledad, el hecho de sentirse muy solos. Un paciente lo identifica cuando menciona: "...fue el sentimiento ya de encontrarme demasiado solo..."

En cuarta instancia, encontramos la *vivencia de inseparabilidad*, en donde la persona no es capaz de soportar la situación que está viviendo y la solución escapa de ella.

En relación con los métodos utilizados se pueden encontrar la ingesta de fármacos, ahorcamiento, asfixia, envenenamiento, manipulación de armas de fuego, entre otros. En los pacientes se identificó tres métodos utilizados: ingesta de fármacos, disparo junto con haber tomado alcohol, y ahorcamiento, junto al

alcohol. Y la ingesta de fármacos, el método más utilizado por los pacientes.

En cuanto al método del disparo el paciente refiere: "...Me había tomado seis latas de cerveza después de la comida, luego pesqué la pistola chica que compré como hace 20 años para protección familiar... y que... me fui al subterráneo al jeep y estuve no sé cuántas horas que no sabía qué hacer. Hasta que en un minuto que no estaba... si lo hago o no lo hago. Nada y me disparé..."

Y método de ahorcamiento la paciente refiere: "... Fui a comprar unas latas de cerveza les saqué el gas y me las tomé lo más rápido posible, miré la cuestión y tampoco me atreví, así que fui a comprarme una botella de pisco y me tome 2 piscoles al seco y me colgué... ahí"

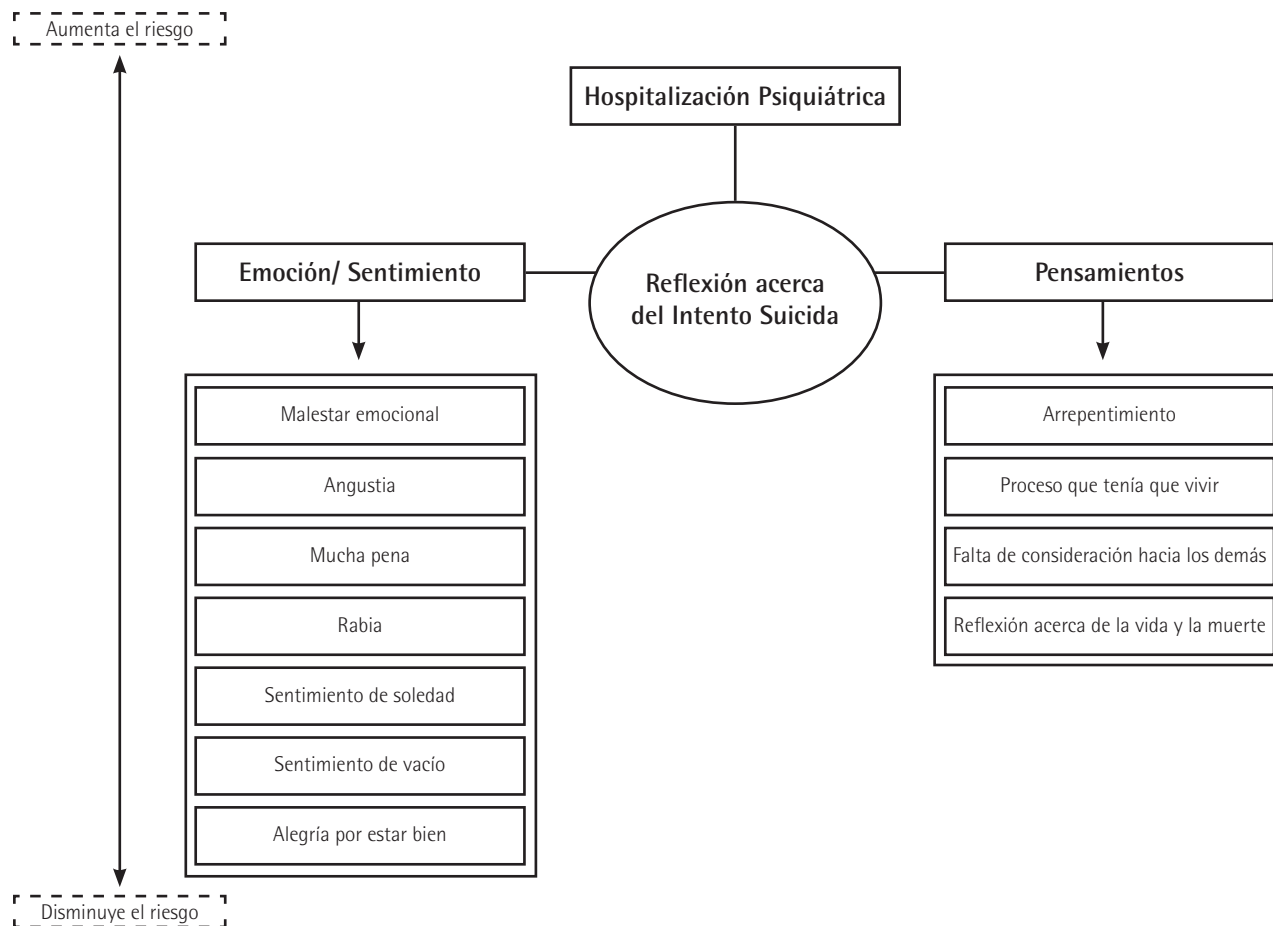
A partir de los datos que emergen, es posible comprender que los significados del proceso de intento suicida en los pacientes están asociados en su mayoría a sentimientos de soledad, de no ser capaces de enfrentar adecuadamente sus problemas, con una historia de vivencias traumáticas, dificultades interpersonales y de la personalidad. Esto sumado a un evento vivido como insoportable al no saber cómo manejar lo que están sintiendo, desencadenó un intento de suicidio. (Figura 2)

En el esquema presentado, se expone las reflexiones que tuvieron los pacientes luego de haber *sido hospitalizados por su intento suicida*. Al preguntarles sobre qué piensan, cómo ven y cómo sienten lo ocurrido surgieron diferentes narraciones. Principalmente podemos dividirlos en dos temáticas, por un lado, se encuentran *las emociones* acerca del intento suicida y, por el otro lado, *los pensamientos* que emergieron luego de lo que hicieron.

En las emociones, se encontró un profundo malestar emocional por lo que habían hecho, debido a que en la mayoría de los casos sentían mucha pena y angustia, ya que no estaban contentos de lo que habían hecho con sus vidas. En la siguiente cita es posible apreciar cómo vivieron los pacientes dicho momento: "...Mmm, mucha pena que sea, pena, nada pena por mi familia y por mis amigos más que todo, mucha pena, mucha pena, por todo lo que hice..."

En el mismo contexto de las emociones, se identificó en algunos pacientes una cierta alegría por el intento frustrado de suicidio, ya que estaban alegres por estar bien luego de lo que hicieron con sus vidas. Un paciente lo refiere: "...Fue una tontera lo que hice, me alegro mucho de estar sano, que no haya repercutido con mi físico, y me doy cuenta de que el problema que tenía se hizo más pequeño..." (E III; 4).

Figura N°2
Axial 2: Reflexiones acerca del Intento Suicida



Y en los pensamientos que se identificaron en los pacientes luego del intento de suicidio, se encontraron en la mayoría de ellos un profundo arrepentimiento por lo que habían hecho, al darse cuenta de que sus problemas no eran tan graves como para buscar esa solución. El arrepentimiento surge en el momento en que se le pregunta sobre qué piensa de lo ocurrido: "...Emmm, arrepentimiento, profundamente arrepentido. Obviamente nunca más quiero que se me pase por la cabeza eso..."

Otra paciente identifica que era un proceso que tenía que vivir y que si no le resultó era por algo, aunque todavía no sabía por qué. En esta paciente, su pensamiento es confuso ya que todavía no logra identificar en su vida el desenlace de sus acciones: "...Mmmm, lo veo como..mm un proceso que tenía que vivir, mmm... porque en ese momento yo me quería morir, me quería morir sí o sí... Pero ahora que no me resultó, ahora que estoy

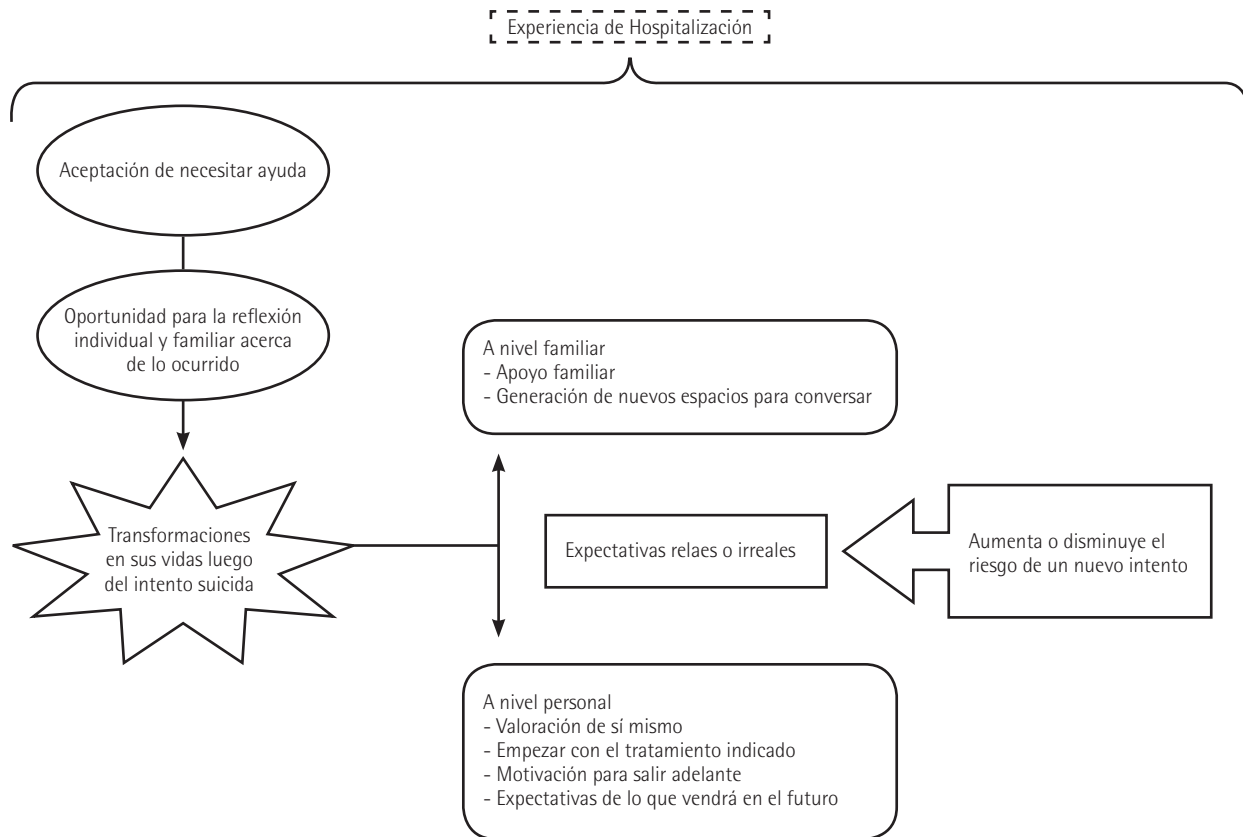
acá, creo que era por algo que tenía que pasar para llegar a no sé que (suspiro). Todo pasa por algo... muy simple..."

Por último, emerge en algunos pacientes una reflexión en torno a la vida y la muerte, en el que se plantean el sentido de sus vidas y cómo ellos la están viviendo. Ya que el intento suicida fue un quiebre en su línea de vida, por lo que se cuestionan diferentes aspectos que ellos consideran importantes y que harán el cambio si deciden salir adelante.

Es importante mencionar a las emociones y sentimientos que surgen en el proceso de reflexión acerca del intento suicida, se puede identificar que, a mayor malestar emocional, angustia, pena, rabia, sentimientos de soledad y vacío, *incrementa el riesgo* de volver a cometer un intento suicida y que, si disminuyen estas emociones y sentimientos, disminuye este riesgo. (Figura 3)

Figura N°3

Axial 3: Transformaciones en sus vidas luego de una hospitalización psiquiátrica por Intento Suicida



Este esquema intenta resumir las *transformaciones en su vida*, que los pacientes han logrado identificar luego de una hospitalización psiquiátrica por su intento suicida. A partir de los datos que aparecen, las transformaciones de los pacientes se pueden dividir a un nivel familiar y a un nivel personal, ya que emergen diferentes cambios dependiendo del contexto en el que se encuentran.

Codificación Selectiva

El presente esquema se explica desde la vivencia de los pacientes, ya que al estar internados tienen el tiempo y la ayuda necesaria para pensar en lo que habían hecho y cuál es su postura actual después de ese intento fallido.

Se identificaron en los pacientes diferentes narraciones en los que expresaban su gratitud por haber tenido la oportunidad de

sobrevivir a su intento suicida y pensar en ello para poder salir adelante: "... Hoy en día lo veo como algo que no está en mí, algo que logré superar gracias al tratamiento que recibí acá y gracias a la experiencia que ha significado estar con personas que han pasado por lo mismo que yo, que han salido adelante y por la terapia que me ha hecho muy bien, tanto de otros profesionales como de ustedes, he podido reflexionar y dentro de eso hay cosas que me han hecho pensar..."

La experiencia de la hospitalización hace que surja en ellos la aceptación de necesitar ayuda, de saber que es necesario para su recuperación recibir ayuda externa, un equipo multidisciplinario que esté a su servicio. Un paciente se da cuenta de ello cuando sale por primera vez después de su intento suicida y decide volver ya que no se siente preparado todavía para enfrentar sus problemas de forma adecuada: "... Yo hoy salí de

alta y salí muy eufórico, tuve muchos altos y bajos y fui honesto conmigo mismo, me sentí frágil y preferí prepararme mejor para salir. Creo que cualquier situación más cargada de sentimientos me iba a afectar mucho e iba a retroceder. Mejor estar acá esta semana que es el aniversario y estar más protegido en el fondo..."

Luego de que aceptan la ayuda, surge la oportunidad para la reflexión individual y familiar acerca de lo ocurrido, ya que tienen la instancia y el tiempo para pensar en lo que pasó de forma individual y familiar, ya que es un período en el que se replantean muchas cosas, como el sentido de la vida, el cariño y acompañamiento de sus seres queridos, objetivos y metas por cumplir, entre otras cosas, ayudando a buscar nuevas expectativas para su futuro una vez dados de alta.

Después de que aparece la oportunidad para la reflexión individual y familiar acerca de lo ocurrido, empiezan a emerger las transformaciones en sus vidas luego del intento suicida, ya que ahora estaban preparados para identificar y observar en ellos cambios positivos en sus vidas que antes no eran capaces de ver. Dentro de las transformaciones se identificaron dos tipos, los de nivel familiar y personal.

En primera instancia, se describirán las transformaciones en sus vidas a nivel familiar, estos cambios son relevantes ya que las personas pasan gran parte del día con sus familiares más cercanos, los cuales influyen directamente en su comportamiento y bienestar emocional.

En primer lugar, el apoyo familiar, es decir, la contención necesaria para sentir que el otro está presente para ayudarlo. Un paciente identifica este apoyo cuando un familiar suyo viaja especialmente para estar con ella: "...Eeee, o sea ellos siempre me apoyaron, entonces el apoyo se ha mantenido, más ahora que traté de hacer esto, más mi hermana que está haciendo, está con su guagua en el sur, vino, se está quedando, sí harto apoyo, harto apoyo familiar..."

Estas situaciones son *altamente probables*, por lo que el riesgo de recaer es considerable, sumado a lo anterior los vínculos para estos pacientes también son un factor de riesgo si se vuelven dependientes. Es importante poder encontrar espacios necesarios para que ellos se sientan cómodos y pasen a ser un factor de protección.

El presente esquema muestra la codificación selectiva, en la que se realizó un modelo explicativo que vincula e integra los datos obtenidos de los resultados expuestos anteriormente. Se realizó de forma comprensiva e integrativa, la cual pretende sintetizar

la información en coherencia con los objetivos y responder a la pregunta de la presente investigación. (Figura 4)

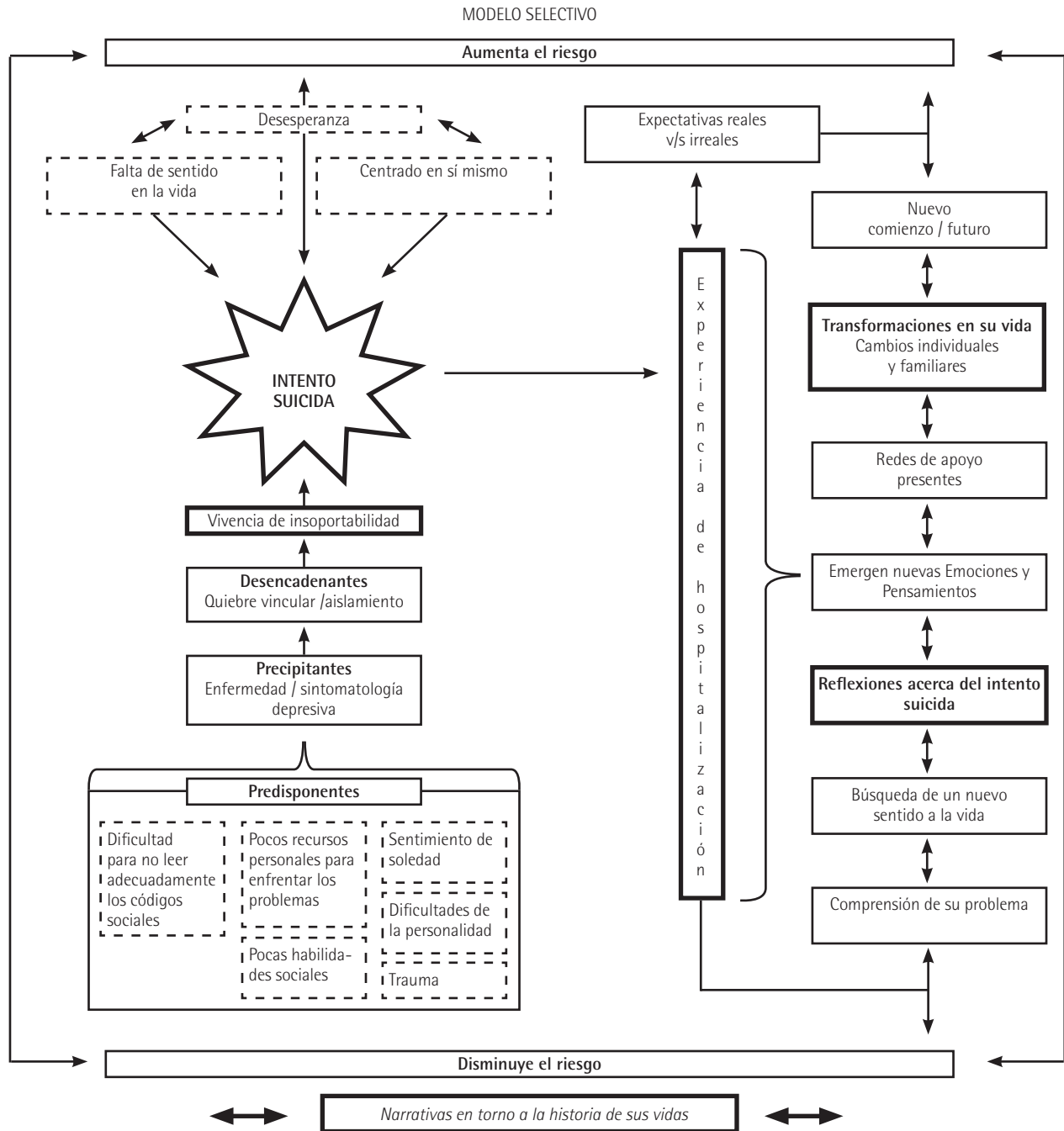
En el esquema presentado, el primer aspecto a mencionar, son los eventos predisponentes que ocurrieron en la *infancia de los entrevistados*, que son posibles de apreciar a partir de sus relatos. Estos eventos son transversales a todos los pacientes puesto que a través de sus discursos eran los que más resaltaban, es decir, las *narraciones dominantes*. A la base de estos eventos se pueden encontrar diferentes situaciones, actitudes o emociones que predisponen a la persona a estar más vulnerable.. Y la lectura transversal que uno puede hacer de lo planteado anteriormente, es la dificultad para no leer adecuadamente los códigos sociales, poseer pocos recursos personales para enfrentar los problemas, pocas habilidades sociales, sentimientos de soledad, estilo de personalidad conflictiva y traumas personales que los fueron marcando.

Estos aspectos son altamente significativos en los relatos de los pacientes. Se identificó que la gran mayoría de los problemas surgen por no ser capaces de identificar adecuadamente las señales de interacción con un otro, lo cual les produce confusión y los lleva a pensar que se encuentran solos, y no logran enfrentar dicha soledad adecuadamente, al no saber cómo hacerlo. Por lo tanto, estas situaciones permiten suponer que hay una mala lectura en la forma de identificar la preocupación o el cariño de los demás, al no cumplir con las expectativas que ellos tienen de sus necesidades.

Los pacientes entrevistados, relatan que antes de cometer el intento suicida, veían su vida como un continuo de malos momentos que comenzaron en la mayoría desde su infancia. En las siguientes citas es posible apreciar el fenómeno mencionado anteriormente: "...Mi historia de niña fue mala, mala, sufrí mucho..." (E IX; 30) y "... tengo ese dolor, tengo ese dejamiento desde la niñez, que no soy feliz..." (E X; 34).

Estos sentimientos se van acentuando cuando se produce en ellos algún evento desencadenante, que junto al estrés del día a día va produciendo en ellos sentimientos complejos de no poder resolver adecuadamente sus problemas y de no poder leer adecuadamente los códigos sociales, por lo que cuando les toca vivir un quiebre vincular, una ruptura de pareja o una exigencia familiar y se le añade el sentimiento de soledad o el de no sentir apoyo junto al aislamiento personal que generan, vivencian un sentimiento de inseparabilidad, por lo que la acumulación de estos tres tipos de eventos generan esta sensación de no tolerar más el sufrimiento, a lo cual se suma en sus pensamientos la falta de sentido de vida, la desesperanza y el de *centrarse en sí mismo*.

Figura N°4



Luego de haber realizado el intento suicida, los pacientes son hospitalizados, emergiendo una nueva experiencia dentro del recinto. Estos pacientes pasaron por una intervención en crisis, la cual consistía en tratamiento psiquiátrico, intervenciones psicológicas, terapia ocupacional, intervenciones familiares y sesiones grupales.

En la experiencia de hospitalización, los pacientes se dan cuenta de lo que hicieron y empiezan a comprender su problema, ya que es en ese momento, en el que están en un ambiente contenedor y diferente, se cuestionan lo que hicieron; empieza la búsqueda de un nuevo sentido a su vida, ya que se dan cuenta que tienen que encontrar algo que los haga salir adelante, y es en ese proceso de reflexión acerca del intento suicida, en el que emergen nuevas emociones y pensamientos.

Junto a esta experiencia de hospitalización, también logran identificar sus redes de apoyo, darse cuenta de que no están solos y que tienen personas a su alrededor que se preocupan por su bienestar físico y emocional.

Todo lo descrito anteriormente, hace que sea posible que identifiquen diferentes transformaciones en sus vidas, a nivel individual y familiar; lo cual produce en ellos esperanza al poder empezar un nuevo comienzo, con nuevas metas y objetivos en sus vidas, ya que se les abren nuevas posibilidades para enfrentar el futuro. Sin embargo, estas expectativas pueden ser reales o irreales al estar en un contexto de hospitalización, pero sí se identificó la aceptación de necesitar ayuda y una oportunidad para reflexionar acerca de lo ocurrido.

Conclusión y discusión

La discusión que se instala es cómo construir estas respuestas rescatando los contenidos provenientes de *las personas que estuvieron en una situación de intento suicida*, y en tal sentido se configura lo siguiente:

La información emergente de las conversaciones realizadas, describen la percepción singular y en retrospectiva del proceso que los llevó a intentar suicidarse. A modo de ordenar la información se ha dividido en eventos predisponentes, precipitantes y desencadenantes.

Si hablamos de los *eventos predisponentes*, podríamos plantear que llega un momento en el que la sensación de certeza de no disponer de los recursos, el no poder hacerse cargo de sus vidas se hace presente. Esto abre la posibilidad de hacer presente patrones de "solución" de conflicto, que se han observado antes en otras personas cercanas, algo presente en algunos entrevistados.

En cinco de los diez entrevistados se identificó un evento suicida de personas cercanas, en dos de ellos, esto no influyó, por lo que no es posible afirmar que el recurrir a este comportamiento como salida, sea algo transversal observado por todos, pero sí sabían sobre el suicidio y formas efectivas de llevarlo a cabo.

En los *eventos predisponentes*, es posible que, dada la sensibilidad y la vivencia de vulnerabilidad de estas personas, lo cual es transversal a todos ellos, requieran de mayor demostración de afecto, claridad, compañía y/o afirmación en cuanto a su valor y visibilidad como personas.

Dicho lo anterior, cabría indagar si cuando nosotros hablamos desde el Construcciónismo Social a propósito de la *complementariedad y como sintonizamos con otro*, estamos partiendo del supuesto que en esta complementariedad hay una *coordinación*, pues existe un punto de encuentro entre uno y otro, y por eso sintonizamos y tanto la interacción como la comunicación siguen adelante.

Cabría preguntarse, teniendo presente lo señalado en cuanto a los eventos *predisponente, precipitante y desencadenante*, ¿qué lectura harán de las interacciones sociales en las que participan, que los llevarían a teñir con mayor frecuencia una interacción de quiebre, de distanciamiento, de no sintonizar con el otro? Entonces esa necesidad de otro, de relacionarse con otro, de un referente se ve quebrada, se ve interrumpida.

Seguido con lo anterior, todo es desde la vivencia de la persona, es decir, en todas sus narraciones a "ellos los abandonan", a "ellos no les prestan apoyo", el "yo" siempre presente. Por lo que nos preguntamos si tendrá algo que ver el centrarse tanto en la autoreferencia y no poder romper esa frontera en la relación con otro, teniendo siempre la necesidad de manejar sus relaciones.

Emergiendo como concepto nuevo el tener poco desarrolladas las habilidades sociales que dificultan ir al encuentro con otros, no logrando saber cómo co-construir esa *interacción de forma adecuada*, quedándose siempre en un lenguaje y visión de déficit, de todo lo que no se tiene y no pudiendo encontrar un encuentro relacional acorde a sus expectativas.

En relación a identificar si surgen transformaciones en torno a su vida antes y después del intento suicida, se puede establecer que los pacientes sí identificaron transformaciones luego del intento suicida, las cuales surgieron en dos niveles. Por un lado, *a nivel familiar*, los entrevistados identificaron mayor apoyo y generación de nuevos espacios para conversar sus cosas. Respecto al *nivel personal*, emergió el valorarse a sí mismo, mo-

tivación para salir adelante y crear un nuevo comienzo en sus vidas, empezar con el tratamiento indicado, entre otros.

Estas transformaciones son posibles de ser comprendidas a partir del Construccinismo Social, pues como plantea Gergen (1996), los términos con los cuales *comprendemos el mundo son artefactos sociales* que se producen y los intercambios con las otras personas, que están históricamente situados.

Es así como los pacientes, al entrar en una experiencia de hospitalización, establecen *nuevas relaciones conversacionales en un contexto determinado*, el cual se caracteriza por la posibilidad de ver un nuevo comienzo, lo cual abre nuevos campos de comprensión tanto del suicidio como otros aspectos de la vida.

Y a describir la proyección al futuro de pacientes hospitalizados por intento suicida, se puede apreciar que luego de pasar por la experiencia de hospitalización, en el cual pasaron por un *proceso terapéutico* especialmente diseñado para este tipo de pacientes, se lograron identificar nuevas metas y objetivos para el futuro. Algunas de ellas eran terminar su carrera, pasar más tiempo con su familia, empezar un nuevo negocio, formar una familia, entre otras cosas.

En las narrativas de los entrevistados, en relación con la proyección al futuro, fue posible identificar como el concepto de futuro fue transformándose con el tiempo. White y Epston (1993) plantean que las narrativas de las personas no sólo *determinan el significado* que se le atribuye a las experiencias, sino que también en ellas se expresan aspectos seleccionados de éstas.

Como plantea Bruner (1991), la *reflexividad humana*, es decir nuestra capacidad de volver al pasado y alterar el presente en función de él, o de alterar el pasado en función del presente, nos muestra que ni el pasado ni el presente permanecen fijos al enfrentarse a esta reflexividad, ya que puede cambiar mediante una re conceptualización; por lo tanto, se puede decir que los pacientes intentan re-conceptualizar su *vivencia de soledad*, en el cual en su pasado no lograban ver el cariño entregado pero ahora en el presente y posteriormente en el futuro si logran verlo, lo cual los ayudará a mantener su conexión con la realidad y con la vida.

De lo anterior, se desprende la nueva motivación para vivir, es decir, volver a encontrar un sentido de vida, algo que los impulsa a volver a levantarse todos los días. Acorde a lo que señala Heidegger (1997), del ser-en-el-mundo, el cual se focaliza en que estamos arrojados al mundo y a través de este existir uno construye lo que "es", su esencia.

Limón (1997), también habla acerca de la importancia de explorar nuevas posibilidades y formas de escuchar, un volver a

mirarse y escucharse, lo que traerá cambios personales en torno a la forma que se conciben ellos mismos, *posicionándose a ellos mismos antes que al resto*.

Como un modo de sintetizar la experiencia de la investigación es el descubrir la relevancia e importancia de la familia; el descubrir que a las personas más sensibles les afecta enormemente vivir con familias disfuncionales. El descubrir desde el momento que hay un "toque" con el otro, se les abre un abanico de posibilidades que antes no veían y que por lo mismo habla de que somos personas que necesitamos de otros, por tanto, surge la pregunta ¿qué es lo que se podría hacer para que estas personas experimenten más "toques" con otro en su cotidianidad?

Considerando que estas familias y experiencias de vida siempre se van a dar, tal vez lo que uno puede rescatar es la necesidad de *educar afectivamente a los niños*, no solamente en términos de que la familia provea los referentes afectivos primarios, sino que el niño pueda ir identificando como generar recursos que le permitan sobrevivir en la adversidad y la soledad, hablar de cómo enfrentar la soledad, pues creemos que ahora los niños pasan más tiempo solos y cabe preguntarse si no saben lidiar con eso.

Por lo tanto, surge el planteamiento de si sería necesario lograr un empoderamiento en los niños, para que puedan *resolver sus problemas y ser proactivos*, mejorando la autonomía en ellos, pudiéndose hacer cargo de sus vidas.

Como plantea el Construccinismo Social de *construirse a sí mismo en la realidad* y no responsabilizar las cosas en algo externo como en la familia, en los amigos, en el trabajo, en su relación con la pareja, pues eso no satisface las expectativas completamente de la persona.

Por tanto, creemos que hay que trabajar en la *externalización del problema* (White, 1994), poner las cosas afuera para mirar los problemas y solucionarlos desde otro ángulo, abrir posibilidades y ver qué cosas puede hacer él en el mundo sin aislarse y empoderarse de su vida, pero siempre siendo él protagonista de su vida.

Futuros estudios podrán ampliar el rango de la muestra con el fin de comprender el objeto de estudio de una manera más amplia y contribuir en la profundización de la comprensión del problema del suicidio. De esta manera, aportar en herramientas para la prevención y tratamiento del riesgo suicida. Por otro lado, también sería interesante investigar si algún familiar con intento suicida influyó en la toma de decisiones desde su punto de vista y, por último, investigar las narrativas en torno a la visión que tienen los psiquiatras, enfermeras y psicólogas de cómo viven la experiencia de hospitalización sus pacientes.

Limitaciones del estudio

En primer lugar, se encontró cierta limitación al ocupar entrevistas ya realizadas con anterioridad, ya que en algunas ocasiones hubiera sido interesante realizar o ahondar más en algunas preguntas para comprender de una manera más profunda algunos conceptos emergentes.

En segundo lugar, existe la limitación de no poder acceder a las experiencias de los entrevistados en su totalidad, y solo conociendo la parte que deciden relatar ya que, aunque existe la intención, a través del lenguaje no se puede conocer la vivencia completa de una persona, solo una parte de la riqueza de la

experiencia, logrando solo una parte de la comprensión mayor. Finalmente, cabe mencionar que los resultados de esta investigación son también parte del autor, al ser una co-construcción a partir de las entrevistas con los participantes y que toda comprensión lograda a partir de los datos también es una interpretación (Gadamer, 1975).

Agradecimientos: Teresa Quintana Puschel, Susana Morales Silva, Pablo Fossa Arcila y el patrocinio del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Bibliografía

- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2006). A postmodern umbrella: language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En Anderson, H. y Gehart, D. (dirs.) (2006), *Collaborative Therapy: relationships and conversations that make a difference*. Nueva York: Routledge.
- Anderson, H. (2012). Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: ideas para una práctica sensible a lo relacional. *Family Process*, 1 (51), 1-20.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social* Barcelona: Paidós. 45-60.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., McCann, K., Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *Bmj*, 318(7193), 1235-1239. doi:10.1136/bmj.318.7193.1235
- Arciero, G. (2005). *Estudios y diálogos sobre identidad personal. Reflexiones sobre la experiencia humana*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Baader, T. (2012). Programa Alianza Chilena contra la Depresión y el Suicidio.
- Baader, T., Richter, P., & Mundt, C. (2004). Suicidios de pacientes psiquiátricos hospitalizados y sus factores de riesgo Un estudio caso control. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 42(4), 293-316. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272004000400006>
- Barros, J., Echávarri, O., Fischman, R., Maino, M. & Morales, S. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Centro de Políticas Públicas UC, Facultad de Medicina*, 79.
- Barros, J., Morales, S., Echávarri, O., García, A., Ortega, J., Asahi, T. & Núñez, C. (2016). Suicide Detection in Chile: Proposing a predictive model for suicide risk in a clinical sample of patients with mood disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatría*, En prensa.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2001). *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bruner, J. (1991) Actos de significado. Más allá de la revisión cognitiva. *Alianza, Psicología Menor*.
- Campo-Redondo, M. & Labarca, C. (2009). La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. *Opción*, 25(60), 41-54.
- Cardona, L., Del Pilar, G., Ladino, M. & Francy, M. (2009). Conducta Suicida en la Localidad de Kennedy: Análisis y Estrategias de Prevención desde el Modelo de Sobreposición De Blumenthal. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 10 (1), 23-38.
- Chávez, A. & Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008
- Chehil, S. & Kutcher, S. (2012). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Wiley. pp. 30-33. ISBN 978-1-119-95311-1.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: editorial Gedisa S.A.
- Dyer, J. & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *NJPsych: The British Journal of Psychiatry*, 144, 127-133.
- Durkheim, E. (1897). *Suicide: A study in sociology*. Routledge Classics.
- Echávarri, O., Fischman, R., Morales, S., Muriillo, C., & Barros, J. (2015). Qué debemos evaluar en consultantes a salud mental con riesgo suicida. *Gaceta Psiquiatría Universitaria*, 11(1), 72-79. Recuperado de http://revistagpu.cl/2015/GPU_marzo_2015_PDF/PC_QUE_DEBEMOS.pdf
- Echávarri, O., Morales, S., Bedregal, P., Barros, J., Maino, M., Fischman, R., Peñaloza, F. & Moya, C. (2015). ¿Por qué no me suicidaría? Comparación entre pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría con distinta conducta suicida. *Psykhé*, 24 (1), 1-11.
- Errázuriz, P. & Valdés, C. (2012). *Salud Mental en Chile: El pariente pobre del Sistema de Salud*. Instituto de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales, 11.
- Fabris, A. (2001). El giro lingüístico hermenéutico y análisis del lenguaje. *Akal, S.A.* Recuperado de http://www.olimon.org/uan/fabrisgiro_linguistico.pdf
- Friedman, S. (2001) *El nuevo lenguaje del cambio*, Gedisa, Barcelona
- Fowler, J. C. (2012). Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 49(1), 81-90. doi:10.1037/a0026148
- Gadamer, H.-G. (1975). *Verdad y Método*. Salamanca: Sígueme
- García, E. & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 25 (3). Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/5570/4581>
- García, H., Gonzáles, A., Ruiz, A., Sahagún, J., Sánchez, G. & Tirado, J. (2010). Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista Salud pública*, 12 (5): 713-721.
- Gergen, K. (1991). *The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life*, Nueva York: Basic Books.
- Gergen, K. (1996). *Construir la Realidad: el Futuro de la Psicoterapia*. Paidós Ibérica, Barcelona, España.

31. Gergen, K. (2007). *Construccionismo Social: aportes para el debate y la práctica*. Recuperado de http://www.taosinstitute.net/Websites/taos/images/PublicationsFreeBooks/Gergen_construccionismo_social.pdf
32. Gergen, K. (2009). *Relational Being: Beyond Self and Community*. New York: Oxford University Press.
33. Gergen, K. (2010). Kenneth Gergen talks about Social Construcción en español: The Taos Institute. [Archivo de video]. Recuperado de <https://vimeo.com/20869747>
34. Gergen, K. & Gergen, M. (2011). Reflexiones sobre la construcción social, Paidós, Bs Aires.
35. Gergen, K. & Warhus, L. (2001). La Terapia como una construcción Social: Dimensiones, Deliberaciones y Divergencias. *Revista Sistemas Familiares*, 17, 1, Buenos Aires.
36. Giddens, J. & Sheehan, D. (2014). The Complexity of Assessing Overall Severity of Suicidality: A Case Study. *Innov Clin Neurosci*. 11(10), 164-171
37. Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
38. Grandesso, M. (2002). Terapias Posmodernas: Un panorama. *Sistemas Familiares*, 18(3), 19-27.
39. Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo suicida. *Revista médica clínica las Condes*, 23(5), 607-615.
40. Guba, E. (1990). *The Paradigm Dialog*. Newbury Park, California: Sage.
41. Heidegger, M. (1997). *Ser y Tiempo*. Santiago de Chile: Universitaria.
42. Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 19-39.
43. Limón, G. (1997). Psicoterapia y Posmodernidad. Perspectivas y Reflexiones. *Redes de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 1 (1), 53-69.
44. Leenaars, A. (2010). *Edwin S. Shneidman on Suicide*. *Suicidology Online*. New York. Recuperado de <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-5-18.pdf>
45. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (MINSAL). (2010). Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS.
46. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (MINSAL). (2011). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Recuperado de <http://www.minsal.gov.cl>
47. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (MINSAL). (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación. División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Chile.
48. Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C., & Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento o ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), pp. 403-417.
49. Morales, S., Echávarri, O., Zuloaga, F., Barros, J., & Taylor, T. (2016). Percepción del propio riesgo suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, En prensa.
50. Morfín, T. & Ibarra, A. (2015). Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar. Ed: Manual Moderno
51. Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J. & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06>.
52. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
53. Organization for Economic Development and Cooperation (OECD). (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing.
54. Organization for Economic Development and Cooperation (OECD). (2013). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
55. Organization for Economic Development and Cooperation (OECD). (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing. doi:10.1787/health_glance-2015-en
56. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y personal institucional*. Genève, Suiza: Autor.
57. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). Road accidents, suicide and maternal conditions among leading causes of death in young people. *Central European Journal of Public Health*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/adolescent_mortality_20090911/en/
58. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Día mundial para la Prevención del Suicidio: Rompamos el estigma. Recuperado de <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=333>.
59. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). First who report on suicide prevention. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>
60. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/1360831/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1
61. Payne, M. (2002). *Terapias Narrativas*. Barcelona: Paidós.
62. Pérez, S. & Reytor, F. (1995). El suicidio y su atención por el médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 11 (4): 11-18.
63. Quintana, F. (2007). Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. Editorial: Pax México
64. Real Academia Española (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: 21 ed: Real Academia Española
65. Ricoeur, P. (1990). *Si mismo como otro*. Madrid: Ed. Siglo Veintiuno
66. Rodante, D., Rojas, S., Feldner, C., Rebook, G., Tetid, L., Grendasa, A., Fógolaa, F. & Daraya, M. (2016). Differences between female suicidal patients with family history of suicide attempt and family history of completed suicide. *Elsevier: Comprehensive Psychiatry*, 70: 25-31.
67. Robles, M. & Sánchez, D. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia antes el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35 (2): 181-192.
68. Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Biblioteca de psicología, Ed: Desclée de Brouwer, S.A.
69. Rudd, D., Berman, A., Joiner, T., Nock, M., Silverman, M., Mandrusiak, M., Van Orden, K. & Witte, T. (2006). *Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3).
70. San Martín, J., Sánchez, E., Pérez, L., Labajos, M., Otero, Y., Bénéitez, N., Comino, R., Perea, E., Ramos, V. & López, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*. 29(3). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000300020&script=sci_arttext
71. Sheehan, D. & Giddens, J. (2014). *Suicidality A Roadmap for Assessment and Treatment* (Vol. 50). Harm Research Press Tampa Fl, US. Retrieved from <http://harmresearch.org>
72. Strauss, A. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Bogotá: Contus.
73. Taylor, T., Morales, S., Zuloaga, F., Echávarri, O. & Barros, J. (2012). Lo que nos dicen los padres: perspectiva de los padres de pacientes hospitalizados por ideación o intento suicida. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 271-280.
74. White, M. & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
75. White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
76. Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell.