

Para citar este capítulo siguiendo las indicaciones de la séptima edición en español de APA:

Grisales Quintero, D., Ortiz Giraldo, I., & Arango Tamayo, M. I. (2025). Conductas suicidas: comprensión de la experiencia de dos familias. En E. F. Viveros Chavarría (Dir.). *Trayectorias subjetivas: problemáticas y alternativas interdisciplinarias de abordaje en la familia y otros contextos* (pp. 106-140). Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. <https://doi.org/10.21501/9786287765122.4>

Capítulo 4

Conductas suicidas: comprensión de la experiencia de dos familias¹

Suicidal behavior: understanding the experience of
two families

Daniela Grisales Quintero*

Isabela Ortiz Giraldo**

Maria Isabel Arango Tamayo***

¹ Este capítulo se deriva del proyecto "Impacto psicológico de las conductas suicidas por parte de adultos jóvenes que experimentan las familias del Área Metropolitana del Valle de Aburrá", desarrollado en el marco del proceso formativo del programa de Psicología de la Universidad Católica Luis Amigó. La construcción de este capítulo se llevó a cabo con la asesoría de la Mg. Yeny Leydy Osorio Sánchez.

* Estudiante de Psicología de décimo semestre de la Universidad Católica Luis Amigó. Correo electrónico: daniela.grisalesqu@amigo.edu.co

** Estudiante de Psicología de décimo semestre de la Universidad Católica Luis Amigó. Correo electrónico: isabela.ortizgi@amigo.edu.co

*** Estudiante de Psicología de décimo semestre de la Universidad Católica Luis Amigó. Correo electrónico: maria.arangoay@amigo.edu.co

Resumen

El estudio cualitativo, presentado en este capítulo de divulgación, se centró en analizar el impacto psicológico de las conductas suicidas en familias del Área Metropolitana del Valle de Aburrá. A través de entrevistas semiestructuradas, realizadas a dos familias con un integrante que presenta estas conductas, se descubrió que las emociones predominantes en ellas son la culpa, la preocupación y la negación. Además, se observó que, las familias, identifican la disfuncionalidad en el núcleo familiar como un factor clave que desencadena crisis significativas. También, reflexionaron sobre cómo las prácticas de crianza influyen en el desarrollo de la personalidad y mencionaron estrategias de afrontamiento para lidiar con la convivencia conflictiva. Por último, se concluyó que, en estas familias, las conductas suicidas son vistas como un tabú, lo que impide una comunicación efectiva.

Palabras clave

Afrontamiento emocional, conductas suicidas, consecuencias significativas, dinámica familiar, salud mental, tabú.

Abstract

The qualitative study presented in the article focused on analyzing the psychological impact of suicidal behaviors in families in the Valle de Aburrá Metropolitan Area. Through semi-structured interviews conducted with two families with a member who exhibits these behaviors, it was discovered that the predominant emotions in them are guilt, worry, and denial. In addition, it was observed that families identify dysfunctionality in the family nucleus as a key factor that triggers significant crises. They also reflected on how parenting practices influence personality development and mentioned coping strategies to deal with conflictive coexistence. Finally, it was concluded that, in these families, suicidal behaviors are seen as a taboo, which prevents effective communication.

Keywords

Emotional coping, suicidal behavior, significant consequences, family dynamics, mental health, taboo.

Introducción

El suicidio es un fenómeno social ampliamente estudiado por diferentes disciplinas, consistente en la comisión intencionada de la propia muerte, normalmente precedida por diferentes ideaciones del acto y conductas auto-destructivas. Suicidarse es una decisión compleja y multifacética que puede tener consecuencias devastadoras no solo para la persona que decide quitarse la vida, sino, también, para su familia y amigos cercanos, hasta llegar a tener efectos duraderos y traumáticos para la salud mental, física y emocional de quienes lo experimentan indirectamente.

Según Durkheim (1897, como se cita en Chaparro, 2018), se puede identificar la acción como un suicidio “cuando la víctima, en el momento en que realiza el acto que debe poner fin a su vida, sabe con toda certeza lo que sería normal que pasara” (p. 14), esto, implica la voluntad consciente de la persona como un factor determinante en los actos suicidas, voluntad que no necesariamente se ve permeada por los trastornos mentales que pueda o no sufrir.

El suicidio es una problemática que afecta al mundo en general y representa un desafío para la salud pública por ser un tema de profunda preocupación social, ya que se busca la conservación de la vida como un derecho esencial del ser humano y como parte del sostenimiento de la estructura familiar. Ahora bien, a pesar de los grandes avances en cuanto a los saberes desarrollados sobre salud mental, el suicidio sigue siendo un concepto estigmatizado culturalmente, por lo cual se evidencian brechas significativas en la comprensión de cómo las familias afrontan y se ven afectadas por el suicidio y las experiencias que se desprenden de él. Esta estigmatización no solo limita la capacidad para brindar el apoyo necesario a las familias que atraviesan esta problemática, sino que, también, dificulta el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y tratamiento.

Las conductas suicidas se establecen en la contemporaneidad como fenómenos con un incremento alarmante que resaltan la importancia de la atención temprana al malestar psicológico del ser humano, ya sea por dificultades a la hora de ajustarse a las etapas del ciclo vital por las que se esté atravesando o por el desarrollo de trastornos mentales multicausales. Así mismo, el suicidio constituye una de las causas de muerte, en Colombia, de mayor prevalencia, en especial en el departamento de Antioquia, pues, según Caycedo et al. (2010), existe “una incidencia anual entre 10 y 20 por 100 mil habitantes en la población general” (p. 206), además, hay una relación importante con la edad, “describiéndose el primer pico en la población que se encuentra entre los 15 y 24 años, y el segundo en aquellas personas que se encuentran por encima de los 65 años” (p. 206).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2023), en el 2021 se dio la tasa más alta de mortalidad por suicidio en Colombia, un 6,0 %, con un total de 3 047 muertes. En el 2022, se observó una reducción del 0,1 % (3 045) en la cantidad de suicidios, en comparación con el número de casos reportados en 2021, siendo este el año en el que se documentó la tasa de suicidios más elevada desde 2015 (5,1 % con 2 347 muertes) (p. 69).

Existen diversos autores que intentan proporcionar explicaciones alrededor de las conductas suicidas, desde el psicoanálisis se pueden tomar como ejemplo los textos de Freud (1917), Lacan (1960), Klein (1928), Fenichel (1945) y Menninger (1938). Igualmente, se han realizado diversas investigaciones al respecto, Herrera y Avilés (2000), Marulanda et al. (2011), Piña (2014), Vargas et al. (2019), entre otras. Estas se centran, principalmente, en el sentir de aquellos que han cometido los actos y, en menor medida, en la experiencia de los seres queridos de los mismos, pues, a nivel social, se han establecido diversas creencias que tienden al ocultamiento del tema.

Según algunas investigaciones, el suicidio “es la expresión de la muerte de una vida rota abruptamente; la manifestación de la voluntad de acabar con la propia vida y que es juzgado por una colectividad que comparte una serie de

valores y creencias” (Orozco et al., 2016, p. 37). Dicha problemática puede ser descuidada a nivel mundial, puesto que, las diferentes culturas y la sociedad, han asignado una serie de mitos o tabúes sin tener el verdadero conocimiento sobre dicho concepto.

Es, por lo anterior, que nace el interés investigativo por indagar sobre el impacto psicológico que puede traer la presencia de conductas suicidas en las familias, pues, estas, se establecen como un nexo del que se desprenden todo tipo de situaciones en la cotidianidad del sujeto, ya sean de índole positiva o negativa. Esta investigación es importante porque hace aportes a la reflexión sobre los efectos en la salud mental de las familias con miembros que han cometido intentos o actos suicidas; asimismo, proporciona una base para futuras investigaciones, centradas en la salud mental y el bienestar de las familias afectadas.

Los resultados a los que se ha llegado, en este estudio, son de interés social, dado que permiten la comprensión de cómo las diferentes pautas de crianza pueden influir en la creación de diversas estrategias de afrontamiento para la vida, el impacto de las estructuras familiares disfuncionales en la mente humana y el enfrentamiento con los sentimientos de culpa personal e ira dirigida a la persona con conductas suicidas en el contexto familiar.

Metodología

El presente estudio está enmarcado en un enfoque cualitativo, el cual se centra en comprender y explorar las representaciones y significados que tienen los participantes sobre un fenómeno específico. Según Guerrero (2016), en este enfoque se analizan los sucesos desde la perspectiva de las personas en su interacción con el ambiente y se profundiza en los diversos aspectos que las rodean, por lo que se enfatiza en el valor de la vivencia humana como un elemento sensible a la exploración y comprensión integral.

En coherencia con este enfoque, se ha utilizado un método hermenéutico. Este método se centra en explorar el significado subjetivo de lo vivido, lo que permite una comprensión más profunda y detallada del fenómeno objeto de estudio. A diferencia de otros métodos que se limitan a describir, el método hermenéutico busca interpretar y comprender la perspectiva individual. De acuerdo con Pérez (1994), el principal objetivo de la práctica social es entender una situación concreta a partir de la observación de la interacción del sujeto y su medio sin el uso de controles que puedan obstaculizar la asimilación del fenómeno al natural. Al utilizar un enfoque hermenéutico, se busca trascender de la simple narración de los hechos, para llegar a conclusiones investigativas que den un nuevo significado a lo que los participantes presentan.

En concordancia con el método, el tipo de estudio que se realizó fue comprensivo, pues, este tipo de trabajo investigativo, se centra en el entendimiento detallado de fenómenos sociales complejos y utiliza métodos de recolección de datos como la observación, las entrevistas y el análisis de documentos para recopilar información rica y detallada. Mayoral (2017) sostiene que, los estudios científicos comprensivos, son aquellos que buscan comprender los paradigmas científicos existentes y cómo cambian, a lo largo del tiempo, para darle forma a una nueva perspectiva del fenómeno estudiado.

Coherente con el enfoque cualitativo, el método hermenéutico y el tipo de estudio comprensivo, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas con dos familias seleccionadas. Se utilizaron dos tipos de instrumentos: una guía de entrevista semiestructurada para recopilar información sobre las impresiones subjetivas de las familias afectadas, con la respectiva transcripción del contenido y, posteriormente, un análisis categorial para identificar patrones y temas emergentes en las respuestas de las familias participantes. Estas técnicas se describen a continuación.

En primer lugar, la entrevista semiestructurada es una técnica de recolección de datos utilizada en la investigación cualitativa. A diferencia de una entrevista estructurada, en la que se hacen preguntas específicas en un orden

determinado, la entrevista semiestructurada permite una mayor flexibilidad y adaptabilidad en el proceso de investigación. Tejero (2021) afirma que “la entrevista semiestructurada recolecta datos de los entrevistados a través de un conjunto de preguntas abiertas” (p. 68). Esta flexibilidad permite al investigador obtener información más detallada y comprensiva sobre el tema que está investigando.

En segundo lugar, un sistema categorial es una estructura organizativa o clasificatoria que se utiliza para agrupar elementos, conceptos o información en categorías o clases específicas, con el fin de facilitar su comprensión, organización y manejo. Estas categorías se utilizan para establecer relaciones y jerarquías entre los elementos dentro del sistema. El análisis categorial es descrito por Murcia (2017) como “un conjunto de elementos de clasificación relacionados entre sí, que se emplea en las ciencias para cumplir un determinado objetivo investigativo” (pp. 79-80).

Por otro lado, los criterios de inclusión para las familias participantes de la investigación fueron residir en el Área Metropolitana del Valle de Aburrá, tener al menos un familiar que haya presentado conductas suicidas en la adultez temprana, mínimamente con dos años de antelación al momento de la entrevista, y que los miembros entrevistados fueran mayores de 18 años. En cuanto a los criterios de exclusión, no fueron parte de la investigación familiares que no han tenido contacto directo con las personas que hayan presentado conductas suicidas.

En relación con las consideraciones éticas, se utilizaron seudónimos para referirse a todas las personas nombradas y se ha seguido la Ley 1090 de 2006, la cual establece los deberes y responsabilidades de los psicólogos en Colombia, por lo que se respetaron los derechos de los participantes y se garantizó el cumplimiento de los siguientes aspectos, contemplados en los artículos 49, 50, 51 y 55:

En los artículos 49 y 50, se plantea el compromiso de los investigadores con la rigurosidad de los estudios y la preservación de los derechos de aquellos que participan en el proceso como parte del código ético del profesional de la salud mental. En este caso, se dio cumplimiento a la ley, al garantizar que las personas participaron por su propia voluntad. Además, se tomó como base el principio de no-maleficencia, al respetar las respuestas de los participantes, sin presión por parte de las investigadoras para hablar de temas que no desearan tocar.

Por último, en el artículo 55 se plantea el deber de los investigadores de no aceptar ningún tipo de condiciones por parte de los participantes que puedan ocasionar la tergiversación de la información objetiva de los hechos o que produzcan un uso inadecuado de los mismos, deber que, en esta investigación, se garantizó a cabalidad, pues, los participantes, no presentaron ningún tipo de condición que afectase la investigación y se les informó que es fundamental mantener la integridad y la independencia del estudio, lo que evita cualquier tipo de influencia que pudiese afectar la calidad de los resultados y su interpretación.

Resultados

En primer lugar, se mostrarán las estructuras familiares de las familias participantes, la familia 1 (F1) y la familia 2 (F2), a partir de los siguientes genogramas. Las personas señaladas con colores diferentes son quienes presentan las conductas suicidas, asimismo, se aclara que las participantes de las entrevistas fueron Aurora (F1) y Luz (F2)².

² La codificación que se uso fue a partir de seudónimos como se muestra a continuación:

Andrés: persona que presenta conductas suicidas.

Rosa: persona que presenta conductas suicidas.

Aurora: madre de Andrés.

Luz: hermana mayor de Rosa.

Walter: padre de Andrés.

Duván: hermano menor de Andrés.

Katherine: hermana mayor de Rosa.

Martín: hijo de Katherine.

Figura 1

Genograma familia 1³

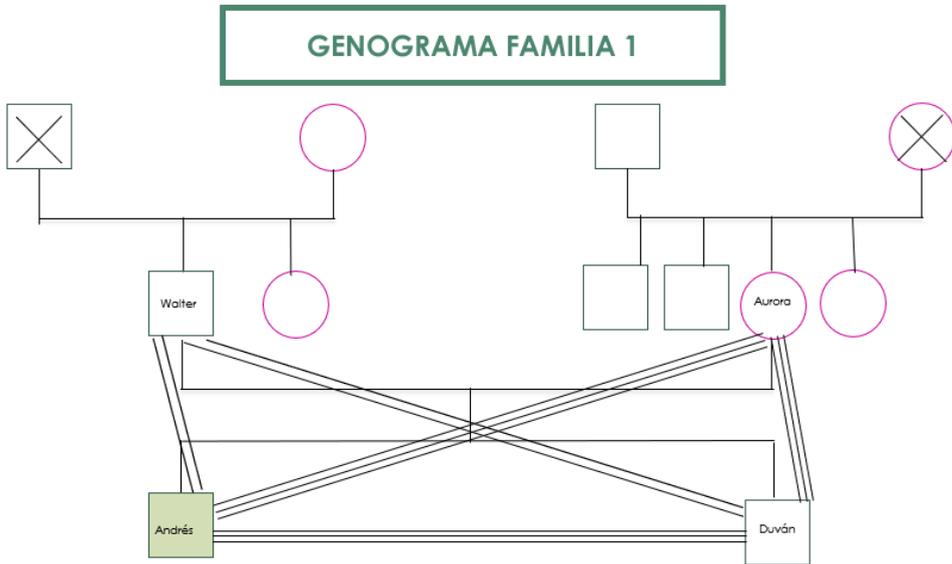
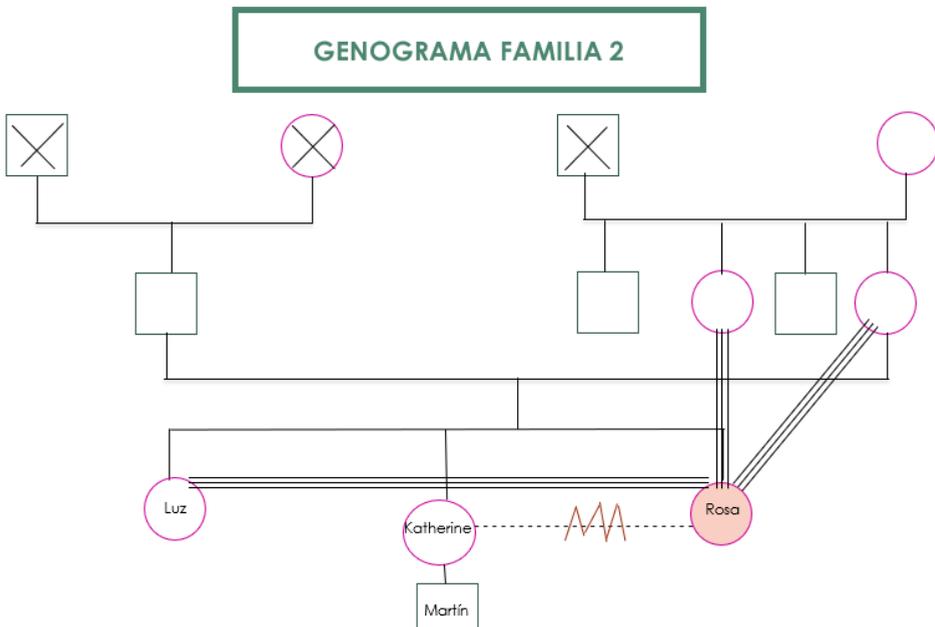


Figura 2

Genograma familia 2



³ Cabe anotar que, en esta familia, es importante que, quien presenta la conducta suicida (Andrés), es homosexual, dado que esto tuvo incidencia posteriormente en la dinámica familiar.

Los resultados, en ambas familias, revelan una serie de patrones relevantes tanto a nivel de la dinámica familiar como de las consecuencias emocionales, en los participantes, por las conductas suicidas que presenta uno de los integrantes. Cabe anotar que, en la familia 1, es importante conocer que quien presenta la conducta suicida (Andrés) es homosexual, dado que esto tuvo incidencia posteriormente en la dinámica familiar.

Dinámicas familiares en hogares con personas que experimentan conductas suicidas

En cuanto a las dinámicas familiares, se identifican en las respuestas de los participantes el efecto de las prácticas de crianza en el desarrollo de la personalidad de los niños, las estructuras y las jerarquías familiares, la convivencia desde la homogeneidad y heterogeneidad del grupo familiar, las redes de apoyo, los antecedentes familiares de maltrato y abuso físico y psicológico, los estilos de comunicación y afrontamiento de la sintomatología que atraviesa a la persona con las conductas suicidas. Igualmente, se identifican pautas de crianza basadas en el deseo de control, por parte de las figuras de autoridad hacia los miembros familiares más dependientes, lo que se manifiesta en el siguiente fragmento de la entrevista realizada a Aurora (familia 1):

Para mí, siguen siendo mis bebés [hace referencia a sus hijos], tengo problemas para dejarlos crecer, si te soy sincera. Yo creo que estoy de psicólogo o de psiquiatra, no sé, porque yo pienso que soy controladora con ellos. O sea, a mí me gusta saber siempre dónde están, con quién están, tener más o menos planificado a qué horas van, a qué horas los espero, ciertas cosas Si puedo evitar que se monten en el metro, lo evito (risa). De hecho, esa parte con los niños me ha traído problemas con mi esposo, por la manera en que nos criamos.

En relación con estos patrones de control, se evidencia la sobreprotección como otra acción que ejercen las figuras parentales sobre los adultos jóvenes que cometen los actos suicidas. Lo que se aprecia en el siguiente segmento de

la entrevista, realizada a Luz, hermana mayor de la familia 2: “Ellos [los padres de Rosa] son muy temerosos, ellos lo que más hacen es tener miedo y son ... yo los voy a llamar así, muy sobreprotectores con ella”.

Las pautas de crianza se conectan con los antecedentes familiares en términos de la convivencia y el tipo de relacionamiento afectivo que se genera por patrones repetitivos a lo largo del tiempo, así lo expresa Aurora:

Mi esposo creció en un matrimonio malo. Mi suegro le pegaba a su esposa, y eso como que también es muy común. Porque resulta que a todas las tías de mi esposo los esposos les pegaban a las esposas, y a la mamita, o sea, la abuela, el abuelo también le pegaba, pues toda una cosa loca. Y mis papás no; éramos distintos en todo, y eso chocó en la crianza de Andrés y Duván.

Asimismo, estos antecedentes se conectan con las estructuras familiares actuales y cómo estas pueden influir en la organización de algunos rasgos de personalidad y creación de modelos de comportamiento:

Ella era testigo de las peleas de ellos [los padres de Rosa], obviamente no eran agresiones físicas, pero sí había mucho maltrato verbal, pues por las incomodidades de los dos y sus asperezas ... Lo otro fue que mi mamá tuvo a Rosa ya muy madura, entonces claro, Rosa creció en un ambiente donde no tenía un niño para jugar y digamos que en su entorno era todo de adultos; ella tenía muy poca diversión en ese momento.

Ahora bien, los rasgos de personalidad que se desarrollan a partir de las experiencias familiares están igualmente ligados a comportamientos aprendidos de la figura paterna, en el caso de uno de los relatos. Este proceso hace parte del aprendizaje por modelamiento u observación del niño y por posibles influencias genéticas de parte del padre, con quien comparte los mismos rasgos de personalidad y, en relación con ello, Aurora (F1) realiza un comparativo entre el comportamiento de su esposo y el de su hijo mayor:

Andrés fue el primero. Nosotros nunca vimos ... ¿cómo te explico? ... algo como una incidencia que me llevara a mí a ver si Andrés tenía algún tipo de problema. Porque ahora,

comparando después con Duván y comparándolo con otros niños y todos esos síndromes que han salido, yo creo que Andrés tiene Asperger. Por como he leído muchísimo desde que él tiene como unos 12 años para acá ... y el cómo es mi esposo. De hecho, él tiene muchos problemas para comunicarse ... él va al trabajo: —“¿Cómo te fue?”—, —“Bien”—, y ya. Si va a tal: —“¿Qué hiciste?”—, —“Lo de siempre”—, y ya ... y no es normal el hecho de que tengan problemas de comunicación. Él no tiene amigos ... Andrés no tuvo amigos en Venezuela. Empezó a tener cuando llegó aquí a Colombia. Andrés tuvo un antes y un después, cuando estábamos en Venezuela y cuando llegamos aquí a Colombia. Pero ahora que yo me pongo a ver todo el panorama, todo eso, yo le digo a Walter: “Yo creo que vos no sos normal”.

Igualmente, en el área emocional predominan la racionalidad y la indiferencia, como elementos que permean el estilo de crianza de Andrés (F1), por parte de su padre, reacciones afectivas que este primero tiende a replicar y que, además, desafían la comunicación eficiente dentro de la unidad familiar:

Walter no es perceptivo. Él no se da cuenta si alguien está triste, si alguien está bravo. O sea, nosotros tenemos 23 años de casados, y él hace algo y a mí me disgusta, y él no se da cuenta de nada. O sea, si yo no lo llamo él no se da cuenta de que yo necesito ayuda, y yo me pongo brava porque él no se da cuenta de que necesito ayuda en vez de pedirle ayuda.

Si bien la comunicación verbal directa no es dominante en el relacionamiento de la familia de Andrés (F1), en medio de los desafíos los miembros han buscado alternativas que permitan transmitir los pensamientos y emociones que, generalmente, reprimen y solo exponen en situaciones de crisis. Una de las estrategias es el contactar al otro utilizando la tecnología como medio de comunicación escrita, así como lo narra Aurora (F1) sobre uno de los eventos en el que Andrés cometió un intento de suicidio y se encerró en su habitación: “Él me escribió y me dijo: —entra—, yo entré al cuarto y le dije: —si no quieres hablar, no hablemos. Déjame que esté aquí sentada con vos y no importa—. Y él no me quería hablar, pero sí escribir”.

Según lo anterior, la comunicación entre la familia (F1) no suele ser fluida, pero se posibilita ante situaciones de crisis, con excepción de la madre, quien desempeña el rol de catalizadora emocional en el núcleo familiar y está en constante diálogo con todos los miembros, como puede verse en el siguiente fragmento narrado por Aurora:

Walter le dijo [cuando la familia descubre que Andrés es homosexual] «papi, yo igual te amo mucho, no te preocupes», aunque Walter para decir esas cosas, para expresarse le cuesta muchísimo, él no habla mucho con los muchachos, de hecho, vos a mí me ves y yo me desvisto delante de ellos, o sea, Walter no, y él es hombre.

En el caso de la comunicación en la familia de Rosa y Luz (F2), la hermana mayor desempeña, igualmente, un rol central en la mediación de las situaciones en crisis que involucren las conductas suicidas, debido a su formación profesional y posición como factor protector de toda la familia, estructurando una jerarquía más pronunciada:

Entonces cuando tiene esos eventos, en mi casa lo que hacen es que me llaman: “Rosa hoy está rara” o “Rosa mire lo que le pasó en el metro”, o “le pasó esto en la universidad”, o “le pasó x/y cosa y hoy está que no sale de la pieza, no quiere hablar con nadie y no sé qué”. Entonces me llaman a mí, como para que yo trate de hablar y todo eso, porque obviamente la relación mía con Rosa siempre ha sido más cercana.

En este sentido, también es importante mencionar los cambios percibidos en la comunicación familiar, en un proceso de comparación entre el antes y el después de que la persona cometiera diversos intentos de suicidio, pues se presenta el fenómeno de la normalización de estas conductas, hasta que ya es evidente el nivel de afectación psicológica en el acto de atentar contra su vida:

Lo normalizaban, esa es la palabra. Ya posterior a los intentos de suicidio, claro, entonces le prestan más atención ... Como no le paraban bolas, pues entonces no comunicábamos nada, ni pues digamos no nos interesábamos porque ella había hecho o no había hecho, porque había salido, no había salido, ¿cierto? Posterior a eso, pues obviamente ya si todos muestran interés, vea, hay que hacer esto, hagamos lo otro, tratamos en

familia de que: “Venga, juguemos parqués, que venga que vamos allí o venga hagamos esto”, ¿cierto? Por lo menos ya hablamos para que ella esté mejor.

La comunicación se abre, en este tipo de familias, en las situaciones de crisis y el suicidio, específicamente, se percibe como un tema tabú. El diálogo en ocasiones se restringe a conversaciones básicas o a temas triviales en lugar de abordar cuestiones más profundas por diversos motivos que involucran: rasgos de personalidad, aprendizajes a partir del grupo primario de los adultos sobre la gestión emocional (capacidad para reconocer sus propias emociones y empatizar con las de los demás) y la normalización de acciones y palabras de alerta en relación con las conductas suicidas.

Ahora, lo anterior se conecta con el modo de interacción que se establece dentro de un mismo núcleo familiar y lo impacta significativamente, especialmente evidente en la conexión fraternal que se presenta en ambos relatos. Por una parte, se encuentra la relación entre hermanos creada a partir del ideal de apoyo mutuo y la tolerancia a la diferencia en términos de carácter:

Andrés siempre fue un viejo prematuro. Mira, yo dejaba a Andrés de 6 años, y Duván tenía 3 años, y si vieras cómo me cuidaba a Duván. Él le daba las medicinas, él me llamaba y me decía: —“Mami, Duván quiere galleta, ¿le puedo dar o no? —. —“Mami, Duván tiene calor, ¿prendo el aire?”—. O sea, era el niño súper responsable. Yo le decía: —“Papi, prende la alarma, a Duván le toca tal medicina a las 2—”. Duván fue muy enfermizo cuando era pequeño, y él le daba las medicinas a Duván. O sea, él siempre estaba pendiente, pues siempre como un viejo cuidando a Duván.

Se presenta, entonces, no solo desde el cuidado del mayor al menor, sino, también, desde un acompañamiento empático a la condición psicológica predominante en este primero, influenciado por la perspectiva de la madre y su delegación ocasional del rol de catalizadora emocional de la familia para fortalecer los lazos:

Obviamente todo el tiempo no puedo estar con él, todo el tiempo no puedo estar pendiente de él, pues porque también está Duván y también está Walter. Entonces, muchas veces, yo le digo a Duván: —“Duván, anda métete al cuarto con Andrés, invítalo a ver algo”—, no sé, cuando yo sé que él está medio con maluquera.

No obstante, la convivencia que se presenta puede estar, igualmente, estructurada a partir de las intenciones de Aurora (F1), la madre, de controlar el desarrollo de los vínculos afectivos en su familia: “Duván fue buscado. ¿Por qué? Porque el doctor me decía: —‘Andrés necesita un hermano’—”. La existencia de uno de los hijos se basa en el acompañamiento al otro, lo que puede impactar significativamente en sus tipos de personalidad. Esto no solo en relación con los vínculos, sino, también, en el proceso de crecimiento y desarrollo de ambos hijos. Aurora (F1) relata que

Andrés no tuvo una infancia feliz. Él no fue un niño feliz que quemó las etapas como las tenía que quemar. No es normal que no te guste salir a la calle y que tengas que obligarlo a pasear. Nosotros íbamos a pasear a las playas y a otras partes, y él iba bravo. Por todo el camino iba bravo, y llegábamos a la playa, y él se metía en la carpa con Pokémon, y no había manera de que él saliera de la carpa. En cambio, con Duván no había manera de que se metiera en la carpa.

Y, por otra parte, se encuentra la relación de hermanas basada en la rivalidad, el conflicto por el afecto de los padres, la falta de comunicación y empatía y el encuentro agresivo de los diferentes rasgos de personalidad que predominan en ambas, como lo evidencia Luz (F2) en su relato:

Pues la relación de ella con Katherine es lo estrictamente necesario: —“hola, chao—”, —“necesito un favor”—, —¿cuál? si te lo puedo hacer bien, sino no—”. Pero Katherine, mi hermana, es un detonante familiar, ¿cierto? Es una mujer con muchas dificultades, es una mujer muy difícil en su personalidad, muy arrogante. Rosa no comparte mucho de la personalidad de ella, pero no solamente eso, sino cómo ella afecta el entorno. Entonces, claro, si ella ejerce presión sobre mi mamá y es grosera con mi mamá y demás, a Rosa no le gusta porque el amor de Rosa es mi mamá. A ella eso la pone súper mal, la afecta muchísimo. Incluso con Martín, ella se

relaciona, lo quiere y demás, pero no es tan amorosa como Rosa, porque Rosa es muy tierna y muy amorosa. Pero ella como que no sé si siente temor de hacerlo con Martín, porque sabe que Katherine en cualquier momento se lo lleva o hará cualquier cosa, entonces prefiere no formar un vínculo.

En esta relación, en particular, entra la dinámica tripartita de lo fraternal, donde Luz (F2) cumple con su rol autoasignado de mediación y representa un factor protector para Rosa (F2), mientras que demuestra una perspectiva negativa del papel de Katherine (F2) en la familia. Lo anterior, se evidencia en un relato anecdótico relatado por Luz (F2), en el que se evidencia cómo Rosa (F2) atenta contra la vida de Katherine (F2) con un arma blanca, quien, en ese momento, representó un objeto detonante:

Yo le dije: —“No, porque es tu hermana, porque puede ser lo que sea, pero es tu sangre, es una más de la familia. Yo soy tu hermana, también te amo, pero no voy a permitir que le hagas daño a Katherine. Si tú le vas a hacer daño a Katherine, me lo tienes que hacer a mí, porque yo me paro en frente de ella—”.

Complementando el relato anterior, se fortalece la idea de Luz (F2) como el catalizador emocional de Rosa (F2). El concepto de catalizador emocional, en este caso, se refiere a personas que cumplen un rol de estabilizador o que pueden influir en el comportamiento, los pensamientos o las emociones de una persona, sirviendo en la exploración y comprensión de sus emociones y pensamientos. En el siguiente fragmento relatado por Luz (F2), se responde a la pregunta sobre quiénes podrían realizar contención emocional a la misma, y se evidencia que, en torno a Luz (F2), se creó relación dependiente para el bienestar no solo de la persona, sino, también, de todo el núcleo familiar:

De los que están en mi casa ... ninguno [se refiere a personas que la apoyan en el proceso del cuidado]. De pronto mi mamá, por su amor, se le mediría; pero mi mamá trataría de hacerle mucha contención desde el afecto, ¿cierto? Como hija, venga, bueno, así como son las mamás, mimándolo a uno y a ellos no les funciona mucho eso. O sea, eso antes los pone peor. Con ellos, hay que ser muy objetivos y hay que hablarles normal. Entonces, digamos en el círculo de mi casa, de pronto mi mamá. Mi papá jamás lo va a hacer. Mi abuela menos,

o sea, mi abuela ni modo. Katherine ni que se le aparezca. Yo, cuando Rosa está mal, le digo a mi mamá: —“Dígale a Katherine que se quede por allá y que no se deje ni ver, que no hable”—, bueno, cualquier cosa para evitar que a ella se le detone algo. Y de mi familia como tal ... mi tía, esa sí. Yo creo que mi tía sí sería capaz de contenerla y ella adora a mi tía y es un referente. Entonces, claro, yo creo que mi tía lo haría bien.

Es así como se pueden identificar, en el contexto de las redes de apoyo, divergencias en la forma en que se narran experiencias relacionadas con factores protectores y de riesgo, lo que a menudo se relaciona con aspectos fraternales. Por otro lado, se pueden observar convergencias significativas en las dos dinámicas familiares, especialmente, en lo que respecta a la relación primordial con las figuras parentales. En ambos casos, se presenta el apego ambivalente con el padre y una relación de dependencia emocional marcada con la madre, en especial, en el caso de Andrés (F1), así lo expresa Aurora (F1):

Andrés y yo parecemos esposos más bien. Más que una relación normal entre madre e hijo, la relación de nosotros no es normal. Bueno, yo creo que no es normal. No sé, es que yo hablo más con Andrés que con Walter.

Lo anterior se puede afirmar teniendo en cuenta que, si bien los padres de Andrés (F1) siguen casados, son emocionalmente distantes y, en el caso de los padres de Rosa (F2), se presenta la siguiente dinámica, manifestada por Luz (F2):

La relación de mis papás nunca volvió a ser la misma después de esas rupturas que ellos tuvieron, porque tuvieron varias rupturas y volvieron y bueno y ahí se quedaron desde la última vez que se separaron, luego volvieron y lo demás; pero ... la relación de ellos siempre ha sido muy de amigos, no hay una relación muy parental; es una relación más de amigos, obviamente ellos no tienen nada.

En síntesis, las dinámicas se afectan de manera bidireccional en tanto que son este tipo de relaciones conflictivas, en términos de comunicación y creación del apego, las que emergen como factores de riesgo y, a su vez, se crean como

consecuencia de patrones de comportamiento previamente establecidos por la historia familiar y la historia personal de quien comete los actos. Entonces, incluso las mismas conductas suicidas, se presentan en ocasiones como parte de patrones de comportamiento y estructuración psíquica que se han creado a lo largo de la historia familiar:

En mi familia yo no vi esas cosas (haciendo referencia a conductas suicidas). Ahora bien, por parte de la familia de mi esposo, tanto mi suegra como mi cuñada, ellas sí atentaron contra sus vidas; mi suegra se bebió un veneno de rata y pues se dieron cuenta y la llevaron a la clínica y le hicieron un lavado estomacal y todo eso, y pues no te puedo decir que yo la entiendo o que yo tal, pero ella sí pasó por muchas cosas realmente con mi suegro. Y pues ya llegó un momento en su situación de que no aguantaba más. Y mi cuñada, la hermana de mi esposo, ella también cuando era joven, en Venezuela, los dos casos fueron en Venezuela.

A su vez, la estructuración psíquica y las decisiones que la persona realiza, desde su angustia, afectan la recepción de este sentimiento dentro del núcleo familiar:

Él por cualquier cosa es: “Me voy a tirar del balcón”, o sea, dice esas cosas. Yo a veces le digo: —“¡Ah!, pero deja la amenaza, anda y tírate. O sea, no, el que se quiere tirar va y se tira, no viene y avisa: —‘me quiero tirar’—. No seas tan egocéntrico, ¿por qué te tenemos que ver? Vaya y tírese si se quiere morir, vaya y mátese”—. Pero después digo: “Es que esta no es la manera”. O sea, yo no le puedo decir eso, todo lo contrario, tengo que tratar de ayudarlo. Ahorita es como en broma: “Quiero empanada, me voy a tirar del balcón si no me compran empanadas”, y el drama y la cosa, pero, después, quién sabe.

Además, se ve cómo las reacciones de los familiares están basadas en sus ideas en relación con la salud mental, en ambas familias desde estereotipos, estigmas o mitos populares que, en algunas ocasiones, se intentan transformar por el bien de la persona con las conductas suicidas:

Un día llegó bravo. No recuerdo por qué y él me dice: —“me voy a tomar todas estas pastillas—”, y agarró un ¿cómo se le dice?, una cosita de pastillas y empezó a destaparla. Y tenía como un grupito así empuñado y yo mirando. Y cuando yo vi que iba a ser así, le di un manotón y que cayeron todas las pastillas en el piso y le digo yo: —“mira, bobo, con eso no te vas a matar, con eso te llevan al hospital y te hacen un lavado súper horrible en el estómago y te dejan preso en el hospital por haber hecho eso”—. —“Mami, pero ...”, y le digo yo: —“No, si de verdad te quieres matar, esa no es la manera, porque con eso no te vas a morir”—, y él: —“¿Cómo es posible que mi propia madre me diga eso?”—. Y todo se torna al chiste y la cosa. O sea, yo a veces trato de ... no sé, de meterle como que algo de humor y tratar de olvidar, de que él olvide de otra forma distinta.

Entonces, debido a estas mismas creencias y la tendencia a la comparación de las circunstancias de vida que llevan a las personas, o no, a cometer actos suicidas, se generan discursos o respuestas tipificadas como negativas ante la situación del suicidio y de la salud mental en general:

Cualquier cosita es un detonante. Y es horrible porque siempre es la muerte. Y le digo yo: —“bendito sea el señor, si no te ha pasado nada, vos no has sufrido en la vida absolutamente nada. O sea, si vos hubieses llevado la infancia que llevó tu padre o la mínima cosita de cualquier persona que de verdad le haya pasado algo en la vida, Andrés, vos soy bien aventurado, a vos nunca te ha faltado nada. Vos nunca has sufrido por nada, vos nunca has sudado. ¿Y cómo es posible que por una cosita así, sientas que tienes que morirme?, o sea, no, no puede ser” —.

Igualmente, si bien los familiares logran identificar comportamientos atípicos en la persona con las conductas suicidas, en un principio solo se realizan conexiones de ideas más sencillas, como la relación entre el aislamiento con una personalidad independiente, en lugar de percibirlo como un factor de riesgo:

Bueno, yo pienso que en la adolescencia ella empezó a tener modificaciones en su comportamiento, más asociados, pues, yo lo digo, así como una depresión, ¿cierto? Ella comenzó a aislarse más, a salirse más del círculo donde se mantenía. Empezó a estar más tiempo en su habitación, a escuchar más música, o sea, a no relacionarse casi con las demás personas, sino estar más consigo misma. Entonces, en la adolescencia

empezamos a notarlo más. Ya cuando estaba más o menos joven, ya entrando como en una etapa mayor de adultez, ahí se arraigaron más los síntomas. La invitábamos a salir y ella decía que no, que hiciera esto, y entonces no. Le decíamos que se veía muy linda y también decía que no. Todo era no. Comenzó como un proceso más de ansiedad. Entonces, cuando ya comenzábamos a sacarla para que ella compartiera con nosotros, no solo era la incomodidad, sino que se comportaba nerviosa. Empezaba como a cambiar, a sudar, comenzaba muy tímida. Vimos pues cómo esta falla en la relación con los demás.

En términos de creencias, pero, desde otra perspectiva, también se presenta el fenómeno de la negación colectiva en la familia, en relación con el acto suicida como una realidad que no atraviesa a la persona que empieza a presentar signos de alarma, sino como un factor externo que solo ocurre en otro tipo de personas o familias y cómo esta visión cambia, únicamente, cuando se vive la experiencia de manera directa:

Porque en el primer intento, yo le decía a mi mamá: — “¡Ay no!, ella no se va a suicidar, no, seguro está muy triste, pero seguro no. ¿Qué va a ser capaz de hacer eso?” —. Cuando ya pasó, ahí sí uno cree hasta dónde puede llegar una persona en esas condiciones, ¿cierto?

En síntesis, se describe cómo los familiares responden a la situación de su ser querido, en un primer momento, basados en los mitos y prejuicios que rodean a la salud mental y el tabú del suicidio, como fenómeno externo a la realidad que viven para, en un segundo momento, cuando se enfrentan con las conductas suicidas y sus efectos en las dinámicas familiares, psicoeducarse profesionalmente acerca de la problemática y conocer cuáles son las mejores formas de abordaje de la misma.

Consecuencias emocionales en los familiares de personas que presentan conductas suicidas

Respecto de la temática de las experiencias emocionales manifestadas en los relatos de las familias, se logra tener un panorama más amplio del impacto psicológico que ha generado el hecho de enfrentarse a las conductas suicidas de un ser querido, esto, derivado de la representación de las emociones que resurgen en el discurso, a través de las huellas emocionales, y que ofrecen una amplia gama de sentimientos, desde preocupación, tristeza, impotencia, desesperación, angustia, cansancio, estrés, ira, miedo, frustración, indignación, sensación de presión y ansiedad, hasta satisfacción, tranquilidad y esperanza.

A esto, se suma que se presenta una diferencia significativa en el tipo de vínculo que une a las familias entrevistadas; por un lado, el lazo de hermanas que tienen Luz y Rosa (F2) y, por otro, el lazo de madre e hijo de Aurora y Andrés (F1). Esta diferencia pone de manifiesto cómo la personalidad de la madre, sus aspiraciones de vida y circunstancias particulares determinan, en gran medida, las estrategias de afrontamiento que desarrolla al evidenciar las conductas suicidas en su hijo. Inclusive, antes de siquiera conocerlo, pues se habla de una vivencia de emociones intensas, en el período de embarazo, y de cómo estas emociones retornan en las situaciones más difíciles de la crianza: “— ‘Dios mío, ¿qué es esto? Este no es el momento’—. O sea, era como que ... la verdad estaba ... estaba brava, estaba triste, estaba, o sea, fue muy inesperado”.

El patrón de deseo del control trae consigo emociones de impotencia, tristeza e ira por experimentar una vivencia que se sale totalmente del plan de vida de la familia, sentimientos que, posteriormente, se transforman en culpa por sentir algo fuera de la tipificada reacción social ante un embarazo:

El día y la noche, yo realmente tengo el día y la noche y yo no te puedo decir que fue lo que hice con uno, que fue lo que hice con el otro, porque pues, los dos se criaron con el mismo amor, a pesar de que, de hecho, yo diría que, a Andrés, por mi mismo sentimiento de culpa, un poco más.

Al principio (risa), no te sé decir cuántos meses que yo lo veía y era que lloraba y lloraba y pedía perdón porque yo decía: –“no merezco esta cosa tan hermosa”– ... lamentablemente, Dani, yo creía que tenía el control de mi vida y yo me crie siempre con el control de mi vida, es decir, lo que yo quería, lo conseguía como fuera ... no te estoy hablando de que iba a pisotear a la gente, o de que iba a hacer cosas indebidas, sino que yo, siempre tenía un orden, esto es lo que quiero y por ahí me iba ... entonces ¿qué pasa?, que no es cierto que uno siempre tiene el control de su vida y que pasan cosas que te descontrolan y pues Andrés en mi vida fue un descontrol en ese momento, porque no estaba planificado, cosa totalmente distinta al embarazo con Duván.

Sumado a lo anterior, se puede decir que las madres que forman parte de las familias entrevistadas cumplen un rol significativo en su núcleo familiar, pues, la mayor parte del tiempo, son un catalizador emocional para sus hijos. Sin embargo, cuando las conductas suicidas aparecen, la reacción frente a dicha problemática gira en torno a sentimientos de temor, preocupación e impotencia: “Pero casi siempre en mi casa es miedo, más que todo por parte de mi mamá quien es la que permanece ahí con ella, entonces ella es la que más temerosa se pone al respecto”. Esta sensación de preocupación e incertidumbre también se refleja en las palabras de Aurora (F1):

Yo te digo que a mí me preocupa la situación de Andrés, porque pues Andrés se deprime mucho ... Cuando él está en la casa, yo siempre trato de estar con él, o sea, de nunca dejarlo solo, porque no le quiero dar la oportunidad de que piense en nada.

De otro lado, se evidencia que existen períodos de crisis familiares en los cuales se atraviesa por situaciones que generan vivencias desafiantes y momentos de cambios emocionales. A menudo, estos momentos pueden transformarse en maneras más resilientes y funcionales de resolver las dificultades. Todo esto genera en las familias un profundo orgullo y satisfacción familiar:

Que ella se haya bajado y que no haya usado sus gotas y que yo no le haya dado la pastilla y todo eso ... yo la felicité, le dije: –“yo no sé cómo hiciste, pero yo te felicito, ¿cierto? porque estás

sabiendo manejar tus emociones ... antes te ahogabas en ellas, no, ya las reconoces y ya las estás manejando” —. Entonces eso para mí es un parte de tranquilidad, que ella ya sea consciente de sus cosas y que ya sepa: “¡ay!, me va a dar un ataque de pánico, bueno, entonces voy a respirar, voy a ver esto qué es lo que me canaliza, o voy a ver este bombillo”, lo que sea; pero que ella ya tenga sus estrategias. Ella no hubiera encontrado sus estrategias si nosotros no le hubiéramos ayudado.

Como se mencionó en el relato, la familia puede llegar a cumplir un rol de factor protector, desde el apoyo, para enfrentar momentos críticos y transformarlos en acciones encaminadas hacia la implementación de estrategias de afrontamiento.

Por otra parte, ni la familia ni la persona que presenta las conductas suicidas tienen las herramientas necesarias para darse cuenta del origen del sentir de esta última, ya que no comprende sus conflictos emocionales y tiene una visión interna alterada de sí misma; sin embargo, Aurora (F1), la madre, realiza una interpretación desde lo que observa en su hijo, en una ocasión en la que, Andrés (F1), le manifestó sus emociones, encerrado en su habitación, por medio del celular, después de un intento de suicidio:

Y yo estaba sentada ahí en la cama con él y él me escribía y me decía: — “No sé qué pasa. No sé qué tengo. No sé por qué hago esto. No entiendo. No me entiendo, o sea, no, no sé lo que siento, no sé por qué lo estoy haciendo. No, no tengo nada, nadie me ha hecho nada, pero no sé qué pasa” —. Y entonces ... Si él no sabe qué pasa ... ¿quién sabe qué pasa?, o sea, ¿cómo yo lo puedo ayudar si él no sabe qué tiene, si él no sabe por qué hace esas cosas o por qué siente eso que siente cuando lo siente entonces? ¿Qué otra cosa puede pasar? O sea, yo digo, ¿o le hace falta alguien?, porque eso siempre hace falta, sea lo que sea, siempre hace falta que vos tengas a alguien. No solamente a la mamá y al papá y al hermano. Entonces yo digo, ¿será que a Andrés le hace falta alguien? Que él sienta que le haga falta alguien, que él sienta que quiere estar con él, no sé.

La brecha entre la percepción de la madre y la comprensión limitada del hijo puede crear un desafío emocional adicional, ya que, la madre puede experimentar frustración e impotencia al intentar ayudarlo. Adicional a esto, es necesario mencionar que, ante un intento suicida, las familias tienen múltiples formas de responder a la situación, esto puede variar según las circunstancias y el funcionamiento interno de la familia, dado que, en situaciones críticas, estos experimentan una mezcla de emociones que van desde la sorpresa y el miedo hasta la confusión y la tristeza. La forma en la que actúan y responden a este acontecimiento podría estar fuertemente influenciada por la naturaleza de su relación con la persona que realizó el intento de suicidio, así como de su nivel de comprensión y apoyo emocional:

Pues lo primero es adrenalina, porque yo digo: – “tengo que salir de aquí pitada” –, mejor dicho, yo medio me visto y salgo. Pero me da mucho susto también, porque claro, yo no sé qué me voy a encontrar; lo otro es una presión inmensa, porque yo sé que mi familia está esperando que sea yo la que la contenga o que sea yo la que evite que eso pase, o que sea yo la que haga cualquier cosa. Entonces yo siempre me he preguntado, bueno, si yo entro y conmigo adelante lo hace, ¿yo qué hago?

Algunas familias pueden unirse con empatía y apoyo, mientras que, otras, pueden sentirse abrumadas y enfrentar desafíos para entender y abordar la situación, como se ve en el testimonio de Luz (F2):

Y también crea mucha tristeza, porque entonces cuando uno ve una persona que uno quiere en esa condición, uno también se siente impotente, bueno y ¿qué más hago? y ¿qué será lo que puedo hacer para que se sienta mejor? Por ejemplo, eso es un sufrimiento familiar y es un temor familiar, porque uno tiene los ojos puestos, pero uno siempre está esperando lo peor, o ¿cuándo será que lo va a volver a hacer? o ¿será que en la próxima sí va a tener éxito?; o sea, eso es lo otro que uno debe de pensar ... es un tema muy difícil.

La comunicación y el apoyo emocional se convierten en pilares esenciales, aunque, a veces, la familia puede sentirse perdida sobre cómo abordar el tema de manera efectiva. Esta respuesta de la familia 1 ante un intento de suicidio

es un aspecto crucial a considerar durante el proceso de recuperación y apoyo hacia la persona afectada. Igualmente, se pueden encontrar sentimientos de culpa relacionados, a menudo, con la pregunta acerca de si podrían haber hecho algo diferente o detectado las señales de advertencia con mayor prontitud:

Entonces yo decía: – “Dios mío, por todo lo que pasó mi hijo solo. Yo sin saber nada” –. (llanto). Yo decía: – “Dios mío pobrecito” –, y, entonces, yo decía, ahora es que yo entiendo a mi pobre muchacho, pues que él no quería salir del cuarto o quién sabe qué o qué cosa pudo haber él pensado o ¿qué cosa pudo haber hecho?

Esta culpabilidad puede manifestarse de diversas maneras, afectando la salud mental de la familia, produciendo estrés y una limitada capacidad para entender los hechos.

En relación con este mismo tópico, se puede relacionar la culpa con la autoexigencia de la familia de la persona que presenta las conductas suicidas, pues, ante la imposibilidad de controlar las situaciones que pasan alrededor de la familia y la percepción de aquellos cambios comportamentales y emociones que experimentan las personas con ideación suicida, se derivan como consecuencias la frustración y el temor a que, en algún momento, no se tengan las estrategias suficientes para apoyar a la persona Aurora (F1), la madre, hace referencia al momento en que se entera de la orientación homosexual de su hijo):

Sin embargo, desde ese momento hasta ahorita, yo todavía siento que Andrés no termina de aceptarse. Pues porque yo todavía siento que no es totalmente feliz. O sea, que a él le falta algo ... y yo todavía no sé qué es.

Por otra parte, a partir de la pregunta acerca de lo que han sentido como familia frente a esta problemática, en la entrevista se estableció una analogía de las emociones con el clima. Se compararon las emociones con días soleados, grises o lluviosos. El propósito de esta analogía era comprender los diferentes estados emocionales que han atravesado durante este proceso. Inicialmente, se identificó un panorama más oscuro que el actual:

Yo creo que al principio era un panorama totalmente negro ... porque no le encontrábamos salida por ningún lado, simplemente lo hizo y bueno y los sentimientos que te mencionaba antes. Y negro porque vos lo que haces es juzgar a la persona. Entonces uno es, pero ¿por qué? y ella no debería y me da rabia que haga eso y así. Por eso, por la expectativa que se tiene, entonces es un tema totalmente negro, pues hablando de climas ... Ya posterior a que uno habla con ella y trata uno de analizar todo es que se entienden los motivos ... porque de ellos nunca se encuentra la respuesta, por mucho que uno les pregunte nunca tienen la respuesta ... o la tienen, pero pues es muy somera. Realmente, la razón está ahí, pero no se la van a decir a uno, ¿cierto?

El clima, para ambas familias, fue totalmente oscuro; sin embargo, los sentimientos varían un poco, ya que, la manera de reaccionar, es totalmente diferente, en esta se presentan sentimientos de angustia, desesperación, temor, autoexigencia y estrés:

Esos días eran oscuros. Esos días eran ... yo creo que han sido los peores días de mi vida. Yo sentía que a mí me faltaba algo, como que no podía respirar, de hecho, hasta durmiendo me despertaba ahogada. Y era como cada 10 o 15 minutos que yo pasaba por el cuarto de Andrés, a ver si Andrés estaba bien, o sea, si estaba durmiendo tranquilo, de hecho, yo me acercaba y le acercaba la mano para ver si sentía que él estaba respirando y él durmiendo tranquilo. Y lo mismo con Duván, a pesar de que con Duván no se presentan esas cosas, yo pasaba por su cuarto ... y lo mismo con Walter. O sea, si yo me quedaba un rato mirando y no veía que el diafragma subía, me asustaba. Me parecía que eran como días oscuros con tormentas eléctricas ... así se sentía uno ... y es como un frío.

A pesar de que el panorama de ambas familias se tornó oscuro en algún momento, en la actualidad se presentan, en la familia 2, sentimientos esperanzadores y de satisfacción al ver avances significativos en la persona que presenta conductas suicidas; sin embargo, son conscientes de que el riesgo permanece oculto, así lo expresa Luz (F2):

Entonces, digamos es uno el que va abriendo el camino para ella, para que el clima de ella mejore, ¿cierto? ... Claro y, por ende, el de nosotros, porque uno va viendo por allá una esperanza cuando ella se ríe, cuando ella comparte, cuando ella sale y ya no hay que decirle, sino que ella sale ... Bueno, y cuando uno ya es más consciente que ella ha empezado ese trabajo y uno empieza a ver mayor contención por parte de ellos mismos, eso es muy gratificante.

En este sentido, se presenta un contraste claro entre las emociones predominantemente angustiantes, la gratificación de los logros obtenidos y el cansancio que altera la percepción emocional de los familiares, llevándolos hasta un punto donde la repetición de las conductas suicidas les trae una sensación de vacío e incertidumbre emocional obnubilada: “Yo sentía una tristeza terrible y, al mismo tiempo, era como si no me importara nada ... era extraño”.

No obstante, no solo se presenta una sensación de aparente indiferencia, sino que, la aparición de sentimientos encontrados, también conduce a la ira y la responsabilización del ser querido con las conductas suicidas de todo el “panorama oscuro” que envuelve a la familia, hasta entrar a una etapa de reclamos y exigencias emocionales: “Porque decimos: ‘si estamos haciendo tanto, ¿cómo es posible que ella haga eso?, pues ... si le hemos demostrado que estamos para ella y con ella, entonces ¿cómo viene y hace eso?’”.

Finalmente, todo el espectro emocional del dolor y la angustia se encuentra, actualmente, relevado por una sensación de tranquilidad ante la aparente estabilidad de quien presenta las conductas suicidas, esto, le concede un papel protagónico en la influencia sobre las emociones de la familia 1, como señala Aurora (F1):

Bien, full trabajo. Bastante relajada desde que Andrés comenzó a trabajar, si te soy sincera, porque Andrés estaba como todo estresado, todo, yo no sé. A pesar de que él es el mayor, él a mí me ... ¿cómo te digo? ... me preocupa, pues. Él es un personaje. Y nosotros pensamos que no lo atacamos a tiempo. Entonces, bueno, de un tiempcito para acá, si te soy sincera, hemos estado tranquilos, hemos estado relajados.

Este testimonio refleja cómo las emociones en una familia pueden oscilar drásticamente en respuesta a las conductas suicidas de un ser querido. Inicialmente, la angustia y el dolor eran abrumadores, con la sensación de que Andrés (F1) llevaba un peso considerable. El calificativo de “personaje” denota la singularidad de su situación. Sin embargo, a medida que Andrés comenzó a trabajar en su bienestar, la familia experimentó una transformación emocional. La sensación de estabilidad y tranquilidad ha comenzado a predominar en sus vidas, aunque las preocupaciones persisten.

Se destaca, entonces, la importancia de brindar apoyo y abordar las dificultades emocionales de manera temprana y efectiva. A pesar de los desafíos, la familia ha encontrado un espacio de alivio y esperanza en su proceso de adaptación a los cambios que se presentan constantemente.

Conclusiones

En primera instancia, los hallazgos de esta investigación permitieron reconocer que, la dinámica familiar, puede ejercer una influencia significativa en las personas con conductas suicidas y, en ellos, hay una resonancia con lo planteado por Herrera y Avilés (2000), quienes afirman que, la articulación del núcleo familiar principal, es considerada una variable potencial de riesgo, ya que, algunos hogares, se encuentran permeados por la disfuncionalidad, los conflictos y la falta de apoyo emocional, algo que puede contribuir a un entorno que aumenta la vulnerabilidad de los individuos. La presencia de estos factores en la familia puede generar sentimientos de desesperanza y aislamiento en el sujeto con conductas suicidas y, así, aumentar la probabilidad de que su única solución sea acabar con su vida.

En segunda instancia, se encuentra una convergencia entre la entrevista de la familia 2 y diversas investigaciones, como la de Monge et al. (2006), en la que se dice que, las mujeres, tienden a realizar una mayor cantidad de

intentos de suicidio en comparación con los hombres, que tienden a terminar con el acto de manera más contundente, lo que se explica, desde estos autores, como un resultado de “sentimientos de soledad, incompreensión y rechazo por parte de los padres, así como una percepción negativa del ambiente familiar” (p. 45), que suelen presentar con mayor frecuencia las mujeres. Lo anterior fue manifestado en los relatos de las familias donde, en el caso de la joven, se han dado diversas experiencias en las que atenta contra su vida, mientras que, en el del joven, solo se conoce una vivencia.

Complementando lo anterior, Caycedo et al. (2010) –quienes también obtienen resultados similares al estudio anterior en relación con las tendencias de intentos suicidas en las mujeres– resaltan, por otra parte, como variable de riesgo la edad en la que la mayoría de los jóvenes, en general, comienzan a presentar conductas suicidas, siendo esta a los 16 años, por causas que van desde el consumo de sustancias hasta la ausencia de una figura paterna y la disfuncionalidad familiar. Si bien no se presenta el fenómeno del consumo en los relatos de las familias ni una falta de figura paterna de manera directa, sí existe un distanciamiento emocional importante de los padres en ambas familias y características de disfuncionalidad, por la sobreprotección que ejerce toda la familia en los jóvenes con conductas suicidas, además de conflictos constantes en el caso de la familia de la joven.

Igualmente, respecto de los conflictos que se presentan a nivel familiar que pueden influir en la ocurrencia de las conductas suicidas, Ortiz (2022) presenta un estudio descriptivo correlacional en México para “determinar la relación entre la funcionalidad familiar y la ideación suicida en estudiantes universitarios” (p. 2), en el que encuentra un porcentaje del 50 % en la falta de armonía y puntuaciones bajas en aspectos como la comunicación, la cohesión y la afectividad. Esto, es aplicable en diferentes áreas de las familias entrevistadas en la investigación, pues, en una de ellas, se evidencian más conflictos en comparación con la otra, pero convergen en la falta de comunicación efectiva y afectiva.

En el presente capítulo, hemos explorado con detenimiento el impacto psicológico que las conductas suicidas tienen en las familias, a partir de los relatos en las entrevistas realizadas. Durante la investigación, se observaron convergencias notables con las teorías y hallazgos de diversos investigadores que han abordado este tema, lo que ha enriquecido la comprensión sobre la vivencia emocional y las implicaciones psicológicas que rodean a las conductas suicidas en el contexto familiar.

Así, se identifica a partir de las entrevistas que, la comunicación en las familias participantes, no suele ser fluida en situaciones cotidianas, pero se vuelve más intensa y necesaria cuando se enfrentan a crisis como las conductas suicidas. En particular, las figuras de apego más significativas, para la persona con las conductas suicidas, desempeñan un papel crucial como catalizadoras emocionales y líderes en la mediación de estas situaciones, figuras que, según Bowlby (2009), corresponden a modelos que emulan las funciones de la madre o del padre. De igual modo, la estructura jerárquica, dentro de las familias, puede influir en la forma cómo se gestionan las conductas suicidas.

Por otro lado, en el estudio de Nova et al. (2018) se exploraron los impactos emocionales y las estrategias de afrontamiento relacionadas con los intentos de suicidio, en este, se identificaron cinco temas clave: los intentos de suicidio como fuente de impacto emocional para las familias, el cambio de comportamiento en la persona como una alerta de conductas suicidas, la preocupación familiar y comunitaria como fuente de apoyo importante, los relatos de causa-efecto de las familias sobrevivientes y la emergencia de estrategias de afrontamiento ante los actos suicidas. Lo anterior, se relaciona con la presente investigación en tanto que, las familias entrevistadas, han expresado una amplia gama de emociones en relación con las conductas suicidas de sus seres queridos, desde la preocupación y la tristeza hasta la impotencia, el estrés y la ira. Este primer tema resalta cómo los intentos de suicidio afectan emocionalmente a las familias, a menudo llevándolas a experimentar una fatiga emocional y una sensación de vacío a medida que se repiten estas conductas suicidas.

Otro tema relevante es el que tiene que ver con el cambio de comportamiento en la persona, como una alerta de conductas suicidas. Las familias han demostrado ser conscientes de que estos cambios, como el aislamiento social y la manifestación de emociones intensas, pueden servir como señales de alerta importantes. En los relatos, se identifica que, los miembros de la familia, han aprendido a reconocer estos signos como indicadores de que su ser querido puede estar experimentando dificultades emocionales significativas que pueden resultar en ideaciones suicidas, entendidas como “los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método” (Cañon & Carmona, 2018, p. 388), los cuales, a su vez, desencadenan los intentos o conductas suicidas.

En respuesta a estos desafíos emocionales y señales de alerta, las familias han desarrollado una serie de estrategias de afrontamiento, definidas por Amarís et al. (2013) como “recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes” (p. 125). Estas estrategias pueden variar según la personalidad de los integrantes del núcleo y sus circunstancias particulares. Además, se ha destacado, en esta investigación, la importancia de la psicoeducación sobre la salud mental como un elemento crucial en la comprensión y el abordaje de las conductas suicidas. El siguiente tema, identificado en el estudio, destaca la relevancia de la educación y el apoyo para las familias afectadas.

Asimismo, las conductas suicidas, dentro de una familia, pueden tener un impacto significativo a nivel emocional, pues traen consigo una lista de aspectos que afectan directamente la dinámica familiar en general. Esto, se relaciona con lo que Marulanda et al. (2011) plantean sobre el impacto que experimenta el núcleo familiar de la persona con conductas suicidas, ya que, a partir del evento, se perciben sentimientos relacionados con la culpa, la tristeza, el miedo y la preocupación por la persona, lo que produce cambios en la configuración de la familia. Es así como las consecuencias emocionales de las conductas suicidas en una familia son relevantes y pueden tener un impacto

duradero en la salud emocional de sus miembros. El reconocimiento y abordaje de estas consecuencias es fundamental para proporcionar el apoyo necesario a los individuos que enfrentan esta situación.

En conclusión, las familias afectadas por conductas suicidas experimentan una amplia gama de emociones y, estos hallazgos, resaltan la necesidad de abordar tanto el impacto emocional como las señales de alerta en el contexto de la prevención y el apoyo a las personas en riesgo de conductas suicidas. Además, se destaca la necesidad de una comunicación eficiente y de la psicoeducación para el apoyo a estas familias. Es esencial comprender que, las conductas suicidas, pueden influir significativamente en la dinámica y la salud emocional de las familias, lo que hace que el reconocimiento y el abordaje de estas consecuencias sean cruciales para proporcionar el apoyo necesario a los individuos que enfrentan esta situación. En última instancia, este estudio contribuye a la comprensión de cómo las familias pueden enfrentar y superar los desafíos relacionados con las conductas suicidas y enfatiza la importancia de la atención y el apoyo integral en estos casos.

Referencias

- Amarís, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 14(1), 123-145.
- Bowlby, J. (2009). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego* (Elsa M., Trad.). Paidós. <https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf> (Obra original publicada en 1989).

- Cañon, S., & Carmona, J. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Revista Pediatría Atención Primaria, 20*(80), 387-397.
- Caycedo, A., Arenas, M., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G., & Guzmán, Y. (2010). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá–2009. *Revista Persona y Bioética, 14*(2), 1-9.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2023). *Estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones*. <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/pres-EEVV-ITrim2023.pdf>.
- Durkheim, E. (1897/2018). *El suicidio: un estudio de sociología* (S. Chaparro, Trad.). Titivillus. <https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/08/durkheim-c3a9mile-el-suicidio.pdf> (Obra original publicada en 1897).
- Fenichel, O. (1945/2008). *Teoría psicoanalítica de las neurosis* (M. Carlisky, Trad.). Ediciones Paidós Ibérica. <https://dokumen.pub/qdownload/teoria-psicoanalitica-de-las-neurosis.html> (Obra original publicada en 1945).
- Freud, S. (1917/2014). *Duelo y melancolía* (J. Strachey, Trad.). Amorrortu editores. <https://psicovalero.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/11/sigmund-freud-duelo-y-melancolc3ada-1915-1917-t14.pdf> (Obra original publicada en 1917).
- Herrera, P., & Avilés, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina Integral, 16*(2), 134-137.
- Klein, M. (1928). Estadios tempranos del conflicto edípico. En A. Aberastury y H. Friedenthal (Trads.), *Obras completas de Melanie Klein* (Vol. 1, pp. 193-204). Paidós.

- Lacan, J. (1960/2009). *Escritos 2* (T. Segovia, Trad.). Siglo XXI Editores. <https://espaciopsicopatologico.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/02/escritos-2-jacques-lacan.pdf> (Obra original publicada en 1960).
- Marulanda, N., Román, L., & Arbeláez, M. (2011). ¿Qué pasa con el sujeto y su familia después de un intento de suicidio? *Revista Universidad Católica de Oriente*, 24(31), 1-22. <https://revistas.uco.edu.co/index.php/uco/article/view/63>
- Menninger, K. (1938/1982). *El hombre contra sí mismo* (H. A. Murena, Trad.). Editorial Paidós. (Obra original publicada en 1938).
- Monge, J., Cubillas, M., Román, R., & Abril, E. (2006). Vista de Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 1-8.
- Murcia, J. (2017). La construcción del sistema categorial en la investigación: pistas metodológicas a partir del estudio de una política pública. *Estudios de Derecho*, 74(163), 75-106.
- Nova, R., Hamid, A., & Daulima, N. (2018). La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. *Enfermería Global*, 18(1), 445–463. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.18.1.337751>
- Orozco, I., Chávez, G., Ruíz, M., Becerra, L., & González, K. D. (2016). Acerca de las explicaciones de los sobrevivientes de un suicidio. *Revista acta de ciencia en salud*, 1(1), 37-45. <https://actadecienciaensalud.cuto-nala.udg.mx/index.php/ACS/article/view/23/13>
- Ortiz, E. (2022). *Relación entre funcionalidad familiar e ideación suicida en jóvenes universitarios*. [Tesis de pregrado. Universidad Autónoma del Estado de México]. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/137564>

Piña, N. (2014). *El suicidio y sus consecuencias en la familia*. [Tesis de pregrado, Asociación Mexicana de Tanatología, A.C]. <https://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/226%20el%20suicidio.pdf>

Vargas, C., Villafaña, L., Moysen, A., & Eguiluz, L. (2019). Estrategias de afrontamiento y funcionamiento familiar en padres de hijos con intento suicida. *Revista del Consejo Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1-13. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/105542>