

Experiencias de adolescentes con intento de suicidio: familia, colegio y amigos

Olga María Fernández-González, Ph. D.^a

Carlos González, Mg.^b

Tamara Rivera, Md.

Raquel Jerez, Md.^c

Universidad de Chile, Chile

Sofía Fernández, Mg.^d

Universidad de Valparaíso, Chile

 olgafernandez@uchile.cl

Resumen

Este estudio tiene como objetivo describir y analizar la experiencia subjetiva de adolescentes que han intentado suicidarse, en relación con sus padres, pares y colegio. Se entrevistan diez adolescentes de entre 15 y 18 años que han realizado intentos de suicidio. La información se analiza según los criterios de la teoría fundamentada. Los resultados permiten configurar un fenómeno central en cada uno de los tres contextos explorados: a) «Mis padres no percibieron mi sufrimiento, hasta que no pude más»; b) «Me cuesta sentirme cómodo/a entre mis compañeros/as; no tengo amigos/as cercanos»; y, c) «El colegio puede ser estresante para mí, pero también puede preocuparse por mí». Las conclusiones presentan un modelo comprensivo relacional y se reflexiona acerca de las posibilidades sistémicas de intervención de los diferentes contextos

Palabras clave

Adolescencia; suicidio; relaciones padre-hijo; escuela; relaciones interpersonales; experiencia subjetiva.

Tesauro

Thesaurus Unbis, Naciones Unidas.

Para citar este artículo

Fernández-González, O. M., González, C., Rivera, T., Jerez, R., & Fernández, S. (2025). Experiencias de adolescentes con intento de suicidio: familia, colegio y amigos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 23(2), 1-24.

<https://doi.org/10.11600/rlicsnj.23.2.6583>

Historial

Recibido: 27.05.2024

Aceptado: 12.11.2024

Publicado: 29.04.2025

Información artículo

Este artículo se deriva del proyecto «Seguimiento a adolescentes hospitalizados por intento de suicidio, en un centro de salud mental de Santiago de Chile», realizado dentro del programa de Formación de Especialistas en Psiquiatría Infancia y de la Adolescencia de la Universidad de Chile. Este proyecto recibió financiamiento parcial de Anid, Programa Iniciativa Científica Milenio / Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad ICS13_005. Realizada entre septiembre 2019 y enero 2022. Área: salud mental sociales. Subárea: psicología clínica.

Adolescents' experiences with attempted suicide: family, school, and friends

Abstract

The aim of this study to describe and analyse the subjective experience of adolescents who have attempted suicide in relation to their parents, peers and school. Ten adolescents between 15 and 18 years old who have made suicide attempts are interviewed. The information is analyzed according to Grounded Theory criteria. The results allow us to configure a central phenomenon in each of the three contexts explored: a) My parents did not perceive my suffering, until I could not take it anymore; b) I find it difficult to feel comfortable among my peers. I have no close friends; and, c) «School can be stressful for me, but it can also worry about me». The conclusions present a comprehensive relational model and reflect on the systemic possibilities of intervention in different contexts.

Keywords

Adolescence; suicide; parent-child relationships; school; interpersonal relationships; subjective experiences.

Experiências de adolescentes com tentativas de suicídio: família, escola e amigos

Resumo

O objetivo do presente estudo é descrever e analisar a experiência subjetiva dos adolescentes que tentaram suicidar-se em relação aos pais, aos colegas e à escola. São entrevistados dez adolescentes entre 15 e 18 anos que tentaram o suicídio. A informação é analisada de acordo com os critérios da Grounded Theory. Os resultados permitem configurar um fenómeno central em cada um dos três contextos explorados a) Os meus pais não se aperceberam do meu sofrimento, até que não aguentei mais; b) Tenho dificuldade em sentir-me confortável entre os meus pares; não tenho amigos íntimos; e, c) «A escola pode ser estressante para mim, mas também pode preocupar-se comigo». As conclusões apresentam um modelo relacional abrangente e refletem sobre as possibilidades sistêmicas de intervenção em diferentes contextos.

Palavras-chave

Adolescência; suicídio; relacionamento entre pais e filhos; escola; relacionamentos interpessoais; experiência subjetiva.

Información autores

(a) Doctora en Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Chile. Profesora Departamento de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia Facultad de Medicina, Universidad de Chile; Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, Chile.  0000-0002-3936-6021. H5: 11. Correo electrónico: olgafernandez@uchile.cl (b) Magíster en Psicología Clínica, Universidad del Desarrollo. Profesor Departamento de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia, Facultad de Medicina Universidad de Chile.  0009-0003-0730-3178. H5:1. Correo electrónico: cgonzalezg@med.uchile.cl (c) Médico Psiquiatra de la Infancia y de la Adolescencia, de la Universidad de Chile. Terapeuta Familiar, Instituto Chileno de Terapia Familiar, Departamento de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia Facultad de Medicina Universidad de Chile.  0009-0000-3739-4945. H5: 2. Correo electrónico: tamararivera@uchile.cl (d) Médico Psiquiatra de la Infancia y de la Adolescencia, de la Universidad de Chile. Profesora Departamento de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia Facultad de Medicina Universidad de Chile.  0000-0002-5387-2481. H5: 1. Correo electrónico: raqueljerezv@gmail.com (e) Magíster en Psicología Clínica y Doctora en Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile y Universidad de Chile. Profesora Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, Chile. Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, Chile.  0000-0001-6625-5020. H5: 3. Correo electrónico: sofia.fernandez@uv.cl

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública mundial ya que se ubica entre las tres primeras causas de muerte entre los 15 y 35 años y es la segunda causa de muerte tanto para niños como para adolescentes de 10 a 17 años (Rufino & Patriquin, 2019) e incluso durante y pospandemia estas cifras parecen estar en aumento (Mojica *et al.*, 2023). A pesar del esfuerzo de los países por revertir esta tendencia, los logros son aún discretos, lo que hace necesario revisar los procesos de prevención clínica del suicidio e identificar las limitaciones con las prácticas existentes y de la investigación para ampliar la comprensión de este problema desde vertientes contextuales (Cwik *et al.*, 2020).

La conducta suicida, en su amplio espectro, es un fenómeno multifactorial de alta complejidad con muchos factores asociados e interrelacionados. El suicidio no es la consecuencia ante un problema o situación específica dada, sino el desenlace en el momento presente de experiencias vitales adversas con múltiples factores de riesgo que superan a los protectores (Jans *et al.*, 2017). Sin embargo, existe evidencia que indica que el principal factor de riesgo para el suicidio consumado es haber presentado un intento de suicidio previo (Cañón *et al.*, 2018; Cwik *et al.*, 2020; Janiri *et al.*, 2020).

Los datos de prevalencia del intento de suicidio en adolescentes no son exactos, ya que no se dispone de cifras oficiales por las dificultades de registro. No obstante, los estudios realizados en población no consultante en distintas regiones de Latinoamérica refieren presencia de entre 5 % y un 19 % para un intento de suicidio en las muestras estudiadas (Ardiles-Irarrázabal *et al.*, 2018; Cañón & Carmona, 2018; Silva *et al.*, 2017; Mojica *et al.*, 2023). Pese a la prevalencia de este fenómeno, los estudios comunitarios internacionales indican que solo una minoría de lo/as adolescentes que reportan intento de suicidio han solicitado atención médica por esta causa (Evans, 2005).

Se ha reportado que lo/as adolescentes son reacios a buscar ayuda en los servicios de salud por iniciativa propia (Fernández-González *et al.*, 2020), por lo cual es importante orientar las acciones e investigaciones hacia contextos cotidianos del adolescente, tales como el familiar, escolar y el interpersonal, para ampliar las áreas de detección y ayuda.

Los conflictos interpersonales con pares y padres se encuentran entre los factores de riesgo principales del intento de suicidio que pueden ser abordados desde acciones preventivas en contextos escolares, sociales y comunitarios, no necesariamente desde establecimientos de salud mental (Sallee *et al.*, 2022)

La mayoría de los estudios en suicidio e intento de suicidio adolescente que han explorado los contextos familiares y sociales se han realizado desde una perspectiva cuantitativa; por medio de esta se caracterizan en dicha población variables definidas teóricamente y evaluadas a través de instrumentos, para determinar y evaluar factores de riesgo y realizar tamizajes de cometer suicidio (Franklin *et al.*, 2017; King *et al.*, 2019; Maino *et al.*, 2019).

Acerca de los factores de riesgo familiares, la literatura ha reportado evidencia consistente acerca de la relación entre problemas familiares e intento de suicidio en los adolescentes (Cañón & Carmona, 2018; Jans *et al.*, 2017; Souza *et al.*, 2024). Los factores familiares asociados al intento de suicidio incluyen el rechazo y hostilidad parental, la insatisfacción percibida por el adolescente en la familia y la hostilidad entre los padres (Almonte, 2019; Brent *et al.*, 2023; Low, 2021; Morales *et al.*, 2017). Estudios en Chile (Morales *et al.*, 2017) y Colombia (Forero *et al.*, 2017) exploraron la relación entre riesgo suicida y disfunción familiar, encontrando una mayor percepción de disfuncionalidad en todos los grupos con intentos de suicidio. Desde la perspectiva de factores protectores, en Chile, Florenzano *et al.* (2011) encontraron que los adolescentes con padres que muestran autonomía psicológica, aceptación parental, expresión de afectos físicos, amabilidad y monitoreo tienen menos ideación suicida que aquellos cuyos padres carecen de estas conductas. A su vez, el mayor apoyo y supervisión de los padres se identificó como un elemento protector en un estudio con una amplia muestra de adolescentes de México y Colombia (Moreno-Carmona *et al.*, 2018).

Además de los conflictos con los miembros de la familia, se ha descrito como importante factor de riesgo los conflictos en las relaciones interpersonales (Inzunza *et al.*, 2012; Orlins *et al.*, 2021). Por su parte, Rajalin *et al.* (2020) mencionan que las relaciones interpersonales tensas y conflictivas, con patrones relacionales que conducen al rechazo y al aislamiento, y que muestran dificultad de compartir y confiar en los otros, son factores de riesgo para la conducta suicida.

En relación con el sistema escolar, los estudios han reportado que aumentan las conductas suicidas al ser víctima de acoso escolar (King *et al.*, 2019), al presentar dificultades o estrés académico, las prácticas educativas severas o arbitrarias, así como alta exi-

gencia académica y la alta presión escolar percibida (González-Forteza *et al.*, 2008; Steare *et al.*, 2023). Se ha visto que los picos en las tasas de intentos de suicidio y suicidios consumados ocurren durante los períodos escolares y disminuyen significativamente durante las vacaciones. Por el contrario, un ambiente escolar se transforma en protector cuando hay una conexión escolar positiva; es decir, los estudiantes sienten que la comunidad escolar se preocupa por sus aprendizajes y por ellos como individuos (Janiri *et al.*, 2020; King *et al.*, 2019). Una amplia revisión meta-analítica concluyó que los estudiantes que reportan un mayor grado de conexión personal percibida con sus escuelas tienen significativamente menos probabilidades de reportar pensamientos suicidas o haber realizado un intento (Marraccini & Brier, 2017).

Ahora bien, pese al conocimiento generado acerca de factores de riesgo en intento de suicidio, que han permitido disponer de instrumentos de tamizaje y evaluaciones de riesgo, recientes revisiones sistemáticas y meta-análisis han cuestionado que su uso por sí solo pueda predecir quién tendrá un comportamiento suicida en el futuro (Franklin *et al.*, 2017; Runeson *et al.*, 2017). Estos cuestionamientos generan la necesidad de ampliar la forma de explorar este fenómeno desde una perspectiva cualitativa, que analice la experiencia subjetiva de los adolescentes que realizaron intento de suicidio, explorando sus vínculos e interacciones familiares e interpersonales, con miras de desarrollar conocimiento e intervenciones desde sus subjetividades (Cañón & Carmona, 2018).

Los estudios cualitativos en adolescentes consultantes que han realizado intento de suicidio son escasos. Sin embargo, podemos referir un estudio realizado en el Reino Unido (Orri *et al.*, 2014) con entrevistas individuales semiestructuradas a 16 adolescentes atendidos en diferentes centros de salud por intento de suicidio. Los resultados muestran dos grandes dimensiones vinculadas al intento de suicidio: la individual y la relacional. En la temática individual los adolescentes describen aspectos o significados asociados con ellos mismos: emociones negativas hacia el yo y sentimientos de estancamiento individual, así como sentir necesidad de ejercer cierto control sobre sus vidas. El segundo tema (aspectos relacionales del intento de suicidio) los adolescentes refieren problemas en las relaciones interpersonales, en la comunicación con otros y sentimientos de venganza hacia otros.

En Latinoamérica se reportan dos estudios cualitativos en factores de riesgo y protectores de las conductas suicidas, en Guyana (Arora *et al.*, 2020) y en México (Bravo-Andrade *et al.*, 2020); sin embargo, estos estudios fueron realizados en población de adolescentes no consultantes. En Chile, entre 2019-2022, se realizó un estudio cualitativo con un grupo de adolescentes que habían realizado intento de suicidio, y que habían estado

hospitalizados por esa razón. Parte de la información obtenida en este estudio (específicamente la relacionada con la experiencia de hospitalización psiquiátrica y los cambios personales asociados a esta) fue publicada (Fernández-González *et al.*, 2021). No obstante, la información obtenida en esas entrevistas abrió muchas interrogantes acerca de los contextos de vida cotidiana de estos jóvenes, especialmente en su relación con sus padres, con sus pares y con sus colegios. Esto dio origen a la pregunta de investigación de este segundo estudio anidado en el anterior, el cual busca responder: ¿cuál es la experiencia subjetiva de los adolescentes que realizan intento de suicidio, en relación con sus padres, pares y colegio?

Así, el objetivo de este estudio en particular es describir y analizar la experiencia subjetiva de adolescentes que realizaron intento de suicidio, en relación con sus contextos familiares, escolares y con pares, con el propósito de ampliar los elementos comprensivos del fenómeno más allá de variables individuales, integrando variables del contexto, lo que a la vez amplia las áreas de posible prevención.

Método

La presente investigación es de tipo descriptiva e interpretativa con un diseño cualitativo. Se encuentra anidada en un estudio mayor que explora la experiencia de adolescentes que han requerido hospitalización psiquiátrica para el manejo del intento de suicidio (Fernández-González *et al.*, 2021). En el presente estudio se utilizan parte de los datos del estudio mayor que no han sido reportados previamente, focalizando el análisis en los contenidos referidos a los elementos contextuales (familia, escuela y amigos).

La investigación se guió por un enfoque constructivista que busca explorar los significados que los participantes le dan a sus experiencias y cómo construyen dichos significados (Guba & Lincoln, 2012). Es importante reconocer que, desde esta perspectiva, pueden haber múltiples versiones válidas de la realidad, así que los investigadores y los participantes co-construyen significados; por lo tanto, se fomenta la autoconciencia y la discusión entre los investigadores durante todo el proceso (Charmaz, 2017).

El diseño de esta investigación, el equipo de investigación, el análisis y reporte presentado fue desarrollado según los criterios consensuados para el reporte de investigación cualitativa (Levitt *et al.*, 2018; Quemba *et al.*, 2023; Tong *et al.*, 2007).

El equipo de investigación estuvo compuesto por tres mujeres y un hombre; dos psicólogos clínicos y psicoterapeutas infanto-juvenil con formación en psicoanálisis relacional

y teoría de apego; un psiquiatra infanto-juvenil con formación en terapia familiar; y un estudiante de posgrado en psiquiatría infanto-juvenil. Todos los investigadores, trabajaban en el centro de hospitalización, pero ninguno de ellos eran tratantes, así como tampoco conocían a los participantes. Todos los investigadores procedían de países latinoamericanos y tenían entre 30 y 58 años de edad. La variabilidad de los miembros del equipo de investigación y la experiencia clínica, así como la edad, contribuyeron a garantizar la presencia de múltiples perspectivas y enfoques teóricos que contrarrestaron sesgos importantes hacia un marco interpretativo particular.

Participantes

Los participantes fueron 10 adolescentes de ambos géneros (90 % femenino) quienes recibieron tratamiento psiquiátrico intrahospitalario por un intento de suicidio, y que tenían entre 15 y 18 años (promedio 16.9 años) al momento del ingreso. Tres de los participantes habían tenido hospitalizaciones anteriores por el mismo motivo. La mayoría eran estudiantes secundarios (9), provenientes de familias monoparentales (6) y biparentales (4). El seguro de salud era privado (Isapre) en seis de ellos y los restantes eran beneficiarios del Fondo Nacional de Salud. Los adolescentes habían sido hospitalizados en el mismo centro psiquiátrico asistencial, perteneciente a un hospital clínico universitario de la ciudad de Santiago de Chile.

Se excluyeron a los adolescentes con diagnóstico de trastorno orgánico o episodio psicótico y aquellos cuyas condiciones cognitivas no les permitieran responder a la entrevista. Además, quienes presentaban ideación suicida activa en el momento de la entrevista. Esta condición fue evaluada a través de la pregunta 9 del Patient Health Questionnaire-9 validado en Chile (Borghero *et al.*, 2018).

Consideraciones éticas

La participación en este estudio fue completamente voluntaria. Los participantes y sus padres —cuando los adolescentes eran menores de 18 años— firmaron su asentimiento y consentimiento informado. Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética Científica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con fecha 20 de junio de 2018 (acta de aprobación n.º 38), y se respetaron los estándares éticos de la Declaración de Helsinki.

Recolección de datos

Los datos se recogieron mediante una entrevista presencial semiestructurada según un guion temático (Kvale & Brinkmann, 2009), construida para el estudio marco (tabla 1). Las entrevistas fueron audiografiadas; se realizaron entre 10 y 19 meses después del alta hospitalaria, en el mismo centro asistencial, en un horario definido según la disponibilidad del adolescente y de sus padres. Fueron realizadas en una oficina de atención individual en el mismo centro de salud donde por la investigadora en formación de posgrado en psiquiatría infanto-juvenil y duraron aproximadamente 45-60 minutos.

Tabla 1

Guion temático del estudio general

Ejes Temáticos	Pregunta inicial	Preguntas exploratorias
Intento de suicidio	Cuéntame cómo el intento de suicidio. ¿Cómo y qué pasó? ¿Cómo surgió esa idea?	¿Qué pasaba en tu vida, en tu casa/ con tus amigos/, en el colegio/barrio?
Experiencia hospitalización	Cuéntame cómo fue para ti estar hospitalizado por intento de suicidio, todo lo que se te venga a la cabeza.	¿Cómo lo viviste tú? ¿Qué fue lo más difícil? ¿Según tu experiencia hubo algo positivo? ¿Cómo reaccionaron tu familia, tus amigos y el colegio?
Posospitalización	Después que saliste de aquí, ¿qué pasó con tu vida? Cuéntame, ¿cómo te sentiste, ¿qué pensabas de todo lo sucedido?	¿Hubo cambios en algún sentido? ¿Cómo lo hiciste con tu familia, amigos, en el colegio, etc.? ¿Qué les dijiste? ¿Qué pensaron todos ellos?

Procedimientos

De acuerdo con las bases estadísticas del centro asistencial, en un período de 18 meses, 47 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión (42 mujeres y 5 hombres), de los cuales solo 22 pudieron ser contactados. De ese número, ocho adolescentes no quisieron participar y cuatro presentaron criterios de exclusión. A cada adolescente y a sus padres (cuando eran menores de 18 años) se les explicaron los objetivos de la investigación, en qué consistía su participación, la confidencialidad de sus datos e identidad, así como el uso y resguardo de la información. Tras la aceptación de las condiciones, se firmó el consentimiento o asentimiento informado. Posteriormente, se aplicó el cuestionario Patient Health Questionnaire-9 y, si la pregunta 9 (¿Ha pensado que sería mejor estar muerto o ha pensado en hacerse daño de alguna manera?) fue respondida positivamente, dicho adolescente no fue incluido en el estudio y se concertó inmediatamente una hora de atención psiquiátrica de urgencia. Ninguno de los adolescentes reportó ideación suicida activa. Una vez cumplido este requisito, se realizó un formulario de antecedentes

sociodemográficos y se realizó la entrevista. Finalmente, los adolescentes recibieron un tríptico sobre «prevención del suicidio», diseñado para los fines de esta investigación. Las entrevistas fueron transcritas para continuar con el proceso de análisis de los datos.

Análisis de la información

Se llevó a cabo un análisis temático (Braun & Clarke, 2006), basado en los principios de la teoría fundamentada (Corbin & Strauss, 2008). En primer lugar, dos investigadores expertos en métodos inductivos leyeron la totalidad de las entrevistas para seleccionar las narrativas que aludían a los dominios familia (padres, hermanos, abuelos), pares o amigos y colegio. Luego, dos investigadores con experiencia en métodos inductivos llevaron a cabo separadamente una codificación abierta de los textos seleccionados. Esta codificación se realizó en forma manual, utilizando el programa Microsoft Word™ en la opción esquema. La forma de codificar consistía en responder a las preguntas: ¿de qué habla este párrafo? y ¿qué dice de lo que habla? Así, dentro de cada dominio se fueron creando diferentes categorías descriptivas y dimensiones que permitían conocer la experiencia subjetiva en estos contextos relacionales. Estos conceptos descriptivos fueron revisados y ajustados iterativamente entre los codificadores bajo el sistema de acuerdos intersubjetivos. Luego, estas categorías y dimensiones fueron sometidas al proceso de triangulación inter-jueces, que consistió en que otros dos investigadores que no habían participado de la codificación abierta, pero sí habían leído en su totalidad las entrevistas, validaran o cuestionaran las dimensiones o categorías propuestas.

Posteriormente, se realizó un análisis relational-interpretativo, articulando los dominios familia, pares y sistema escolar (Flick, 2014), que dio como resultado un esquema comprensivo relational de la experiencia subjetiva de los participantes en relación a sus contextos relacionales.

Resultados

Se presentan los resultados organizados en los tres dominios explorados: familia, colegio y pares, y se nombró cada uno con una frase que diera cuenta del fenómeno central observado. Dentro de la presentación de cada dominio se utiliza la nomenclatura propuesta por el Consensual Research Qualitative (Juan *et al.*, 2011) para dar cuenta de la frecuencia de presentación de los significados: «casi todos» (todos menos unos), «típicamente» (más del 50 %), «variante» (entre 50 y 30 %) y «rara vez» (1 o 2 caos).

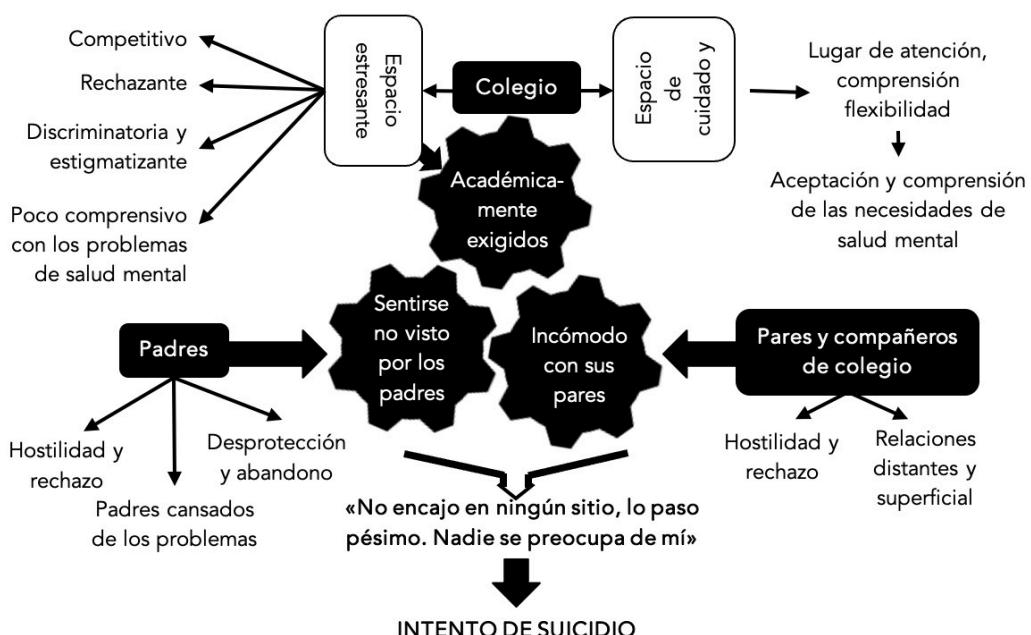
Familia: «Mis padres no han sido capaces de cuidarme, ni percibir mi sufrimiento, hasta que no pude más»

En el contexto de la familia, lo/as adolescentes típicamente señalaron experimentar hostilidad o actitud rechazante de uno o ambos padres, como lo describe esta adolescente: «Mi mamá se aburrió de mí, y le dije a mi papá —yo los escuché— "Tú hazte cargo de ella, yo no quiero saber nada más de las cosas de ella; tú te vas a hacer cargo desde ahora"» (Adolescente 2, A2). También fue muy típico que los participantes percibieran que sus padres no visualizaban o no se percataran de la magnitud de sus malestares emocionales. Así lo refleja esta adolescente: «Nunca se dieron cuenta de lo que me pasaba. De hecho, como que hasta mi mamá no... un mes antes de que me intentara suicidar, apenas ahí fui al psiquiatra; no se lo esperaban» (A4).

Algunos adolescentes percibieron también que los padres los culpan a ellos por sus malestares, como lo indica esta adolescente: «Te hacen sentir como que tú tienes la culpa de lo que te pasa» (A1). Además, perciben que los padres están cansados y aburridos de sus problemas, sintiéndose una carga para sus familias, y no como un sujeto de preocupación y cuidado (figura 1); así lo expresa esta participante: «Sería un problema para mi familia que me haya suicidado. Y si no me muero, si intento matarme, pero no me muero, son más problemas que tendría mi familia» (A9).

Figura 1

«No encajo en ningún sitio, me siento pésimo y nadie se preocupa por mí»



Otra dimensión típicamente reportada por los adolescentes participantes fueron los altos niveles de conflicto intrafamiliar, expresados tanto en peleas y discusiones como en comentarios devaluadores y críticos. Estas interacciones conflictivas se dan entre uno o ambos padres y el/la adolescente. Estas experiencias son vinculadas con sentimientos de rabia hacia los padres y actitudes críticas hacia sí mismos como hijos(as). Así se observa en este párrafo:

Como mi mamá se enojó, se puso a regañarme muy fuerte. Le dije: «Te puedes callar por favor, no te quiero escuchar más, quiero escuchar música, no te quiero escuchar», le grité. Le agarré sus audífonos y mi mamá se enojó y me pegó, y yo le devuelvo el golpe (...) y ella me agarra el pelo... Es que yo no lo puedo aguantar, aunque sea mi mamá. (A3)

También se observaron típicamente sentimientos de impotencia, frustración y enojo frente a los padres («Son insoportables», A7; «Es muy irritable; siempre está enojado», A1). Los adolescentes vinculan conductas catalogadas como impulsivas, infantiles o de despreocupación de los padres con problemas de salud mental diagnosticados, pero no tratados (por ejemplo, alcoholismo, trastornos depresivos y trastorno de personalidad) por diversas razones, tales como falta de recursos, tiempo, abandono o no aceptación del problema. A la vez, esto les hacía sentir preocupación o responsabilidad por los padres, así como temor a sus reacciones y las consecuencias de estas. A su vez, algunos adolescentes reportan sentimientos de desprotección, soledad y abandono (figura 1), asociados a la inhabilidad de los padres.

No sé qué [problema de salud mental] tendrá [mi mamá] pero algo tiene. Ella [mamá] sufre; yo sé que lo pasa mal. [Ella] debe tener su propia historia muy dolorosa; yo lo comprendo más que nadie, por eso yo nunca he dicho a nadie lo que pasa [golpes]. (A3)

Ante la ocurrencia del intento de suicidio grave y la hospitalización asociada, los participantes típicamente percibieron que sus padres y familiares (hermanos, abuelos y tíos) expresaron un inesperado cambio conductual: preocupación y apoyo hacia ellos. Los adolescentes observaron a los padres movilizados, visitándolos permanentemente, dedicando tiempo prioritario por sobre actividades laborales y destinaron recursos económicos a su recuperación. Esto fue algo que los sorprendió de sobremanera y les hizo replantearse la percepción de estar solos y no ser queridos por parte ellos, como lo indica este adolescente:

Yo estaba súper sesgada, me sentía sola, que estaba sola en el mundo. Pero al estar aquí y al ver que mi abuelo venía todos los días a verme... Aunque había días que yo no quería verlo, pero él igual estaba afuera, venía. Y él tiene un problema en la rodilla e igual venía en metro. Mi mamá venía lloviendo y todo. Venían para estar una hora conmigo. Entonces eso fue, como que me di cuenta de que no estoy sola. (A4)

En raras ocasiones los participantes se refirieron a sus hermanos, pero cuando son mencionados se experimenta un acercamiento con preocupación por su parte, así como mayor expresión de afectos mutuos. Lo mismo ocurre con los abuelos, como se observa en la cita anterior.

La dimensión de cambios en la familia después del alta hospitalaria fue una categoría típicamente observada. Estos fueron mayor apoyo, visualización de sus sufrimientos y sus necesidades emocionales, más expresión de afectos, mejor comunicación, menos peleas explosivas, menos devaluaciones y críticas, así como menos exigencias en lo académico. Sin embargo, que fue típico que estos cambios solo fueran observados temporalmente después del alta, volviendo la familia al funcionamiento anterior luego de un tiempo, como lo menciona el A5:

Al principio decían «Hay que apoyarlo, hay que evitar meterle estrés, meterle problemas». Pero una vez que desapareció el piloto automático, yo te diría que fue un mes después de que me dieron el alta, todo volvió a ser exactamente como antes de mi hospitalización (...) no cambió nada. Yo tenía la falsa ilusión de que el..., de que como yo había tocado fondo y ellos también, íbamos a cambiar.

Colegio: «El colegio puede ser estresante para mí, pero otros colegios pueden estar preocupados por ti»

Después de la familia, las instituciones educacionales aparecen en todos los relatos como el contexto más significativo para los participantes. En esta área se construyeron dos categorías: colegio como espacio de cuidado y protección y, la otra, colegio como espacio estresante o amenazante (figura 1). Ambas categorías se perciben en las relaciones con los docentes, los compañeros y las demandas académicas.

Típicamente, el colegio fue experimentado como un contexto adverso, tanto previo al intento de suicidio como en el proceso de reinserción escolar poshospitalización. Previo al intento, la alta exigencia académica y el ambiente competitivo es vivido como una alta fuente de estrés. A su vez, las interacciones con pares y con algunos docentes son

percibidas como rechazantes y poco comprensivas, generando sentimientos de intenso estrés emocional. Así lo describe esta participante:

El mismo inspector del colegio me decía que yo estaba loca, que yo en realidad me imaginaba todo lo del hostigamiento. Yo le pedía que me ayudara a ver qué podía hacer y él decía que [yo] prácticamente los incitaba a hostigarme. (A1)

En el período de poshospitalización, algunos participantes perciben el sistema escolar como no acogedor y poco flexible, dado que se mantienen las exigencias académicas sin ofrecer adaptaciones, generando más estrés, como lo menciona este/a participante: «Le había pedido al colegio que me dieran facilidades para recuperar los trabajos y pruebas, ojalá de la manera menos estresante posible, pero no se respetó. Todos [los profesores] me bombardearon de pruebas, trabajos, fue muy estresante» (A5).

Un/a participante, percibió al sistema educacional como discriminatorio y estigmatizante, ya que tuvo muchas dificultades para encontrar un nuevo colegio poshospitalización, debido a que los establecimientos educacionales a los que postulaba le negaban el ingreso al conocer sus antecedentes de salud mental e intento suicida. Así lo describe este adolescente:

Fue frustrante. Sentía que me estaban rechazando solo por..., por algo que estaba fuera de mi control (...); estaba siendo discriminada. [Ningún colegio] quiere tener a nadie con ningún problema, ni físico, ni de salud mental, nada. La directora del colegio le dijo a mi mamá que yo no servía para ir al colegio, que yo tenía que terminar mi último año escolar en la casa. (A1)

Solo una parte de los/as participantes percibieron al colegio como un espacio de apoyo y cuidado. Cuando esto sucede, los adolescentes perciben una actitud de acogida y comprensión en distintos momentos y a través de distintas acciones. Previo al intento de suicidio, una variante de ellos/as mencionan que el colegio estuvo atento a sus estados afectivos a través de distintos profesionales (profesor/a jefe, orientador/a, inspector), así lo expresa un/a participante: «Al principio en mi colegio la orientadora me empezó a atender y yo le empecé a insinuar del tema de..., y en ese minuto ella decidió pedir ayuda externa» (A5).

Al momento de la reincorporación al sistema escolar, luego del intento de suicidio, una variante de los/as participantes expresaron fue tener miedo al estigma o al rechazo del sistema escolar; así que valoraron positivamente la aceptación sin preguntas y la aco-

gida cariñosa en la reincorporación escolar, como lo indica estos/as dos adolescentes: «El día que volví a clases coincidió justo con el día de mi cumpleaños. Me hicieron una fiesta sorpresa, y me dieron una bienvenida muy bonita que no me esperaba ni en lo más mínimo. Fue muy bonito» (A5).

Yo pensé que todos me iban a mirar raro y me iba a sentir incómoda. Tenía miedo de que me miraran como «está loca», no sé. Pero no me dijeron nada, absolutamente nada...
Como «qué bueno que volviste», me dijeron (A10).

Además, los participantes percibieron positivamente las medidas administrativas (asistencia flexible, gradualidad en la exigencia académica, adecuaciones curriculares) para facilitar una mejor adaptación académica, la cual era asociada a un avance en su proceso de recuperación. Así lo indica esta adolescente: «La dirección informó a los profesores que me dieran tiempo para ponerme al día. Me hicieron un calendario de pruebas, que de repente yo podía correr (...). Todos me entendían y ayudaban igual» (A3).

Pares: «Me cuesta sentirme a gusto con mis compañeros; no tengo amigos cercanos»

Las relaciones con los pares descritas por los/as participantes se caracterizaban por constituir un espacio poco gratificante, incluso pudiendo llegar a generar tensión e incomodidad (figura 1). Los adolescentes mencionaron frecuentemente no tener relaciones afectivas significativas con sus pares, siendo estas superficiales o distantes, definiéndose a sí mismos como solitarios. Un/a participante lo grafica así: «No me llevó bien con mis compañeras; o sea, no me llevo mal tampoco, pero como que no me llevo» (A9). Otra/o adolescente indica: «Es que nunca las sentí mis amigas; eran como mis compañeras de curso» (A3).

Una variante de adolescentes sentía hostilidad o rechazo por parte de sus pares, acrecentando la sensación de dificultad para compartir con ellos. Así lo expresa A1: «Cuando me hacían *bullying* igual me pesaba; no quería ir [al colegio], tenía miedo. Cuando partí el año escolar estaba tan muerta de miedo que no quería ir».

Luego del intento de suicidio y de la hospitalización, típicamente los participantes percibieron una inesperada reacción positiva de sus pares hacia ellos, indicando que les sorprendió que aquellos notaron su ausencia (en el colegio y redes sociales), lo que movilizó consultas por su bienestar a familiares o personas más cercanas. Luego, al conocer lo

sucedido, los pares mostraron una actitud preocupada, dispuesta a apoyar e, incluso, con algunas expresiones de afecto, lo cual sorprendió positivamente a los adolescentes. El/a A4 lo expresa de la siguiente forma: «Yo no iba a contar nada de estar aquí adentro [hospitalización]. Yo pensaba que todos se iban a olvidar de mí, pero algunos [pares] me llamaban. Entonces, no era que me iban a olvidar».

Los/as participantes plantearon que compartieron la experiencia de hospitalización solo con sus pares más cercanos. En raras ocasiones los pares más distantes eran informados del intento de suicidio, y los adolescentes indicaron sentirse molestos cuando ello se filtraba hacia gente no cercana. Típicamente, los participantes develaron tener temor de ser estigmatizados por sus pares o ser rechazados por la conducta suicida y la hospitalización. También se alude a que esta experiencia era difícil de compartir porque no estaban seguros de cómo abordarlo; además, se tenía la idea de que contarlo puede ser incómodo o impactante para los otros que escuchan. Así lo comenta la A5:

Cuando les conté lo de la hospitalización y fui honesto con ellos, les conté el verdadero motivo de mi hospitalización, se quedaron en *shock*, fue una noticia muy choqueante para ellos (...). Me acuerdo de que se rompieron llorando. Fue una reacción que yo no me esperaba; me sorprendió mucho. No me había dado cuenta del nivel de compasión que todos tenían por mí y de cómo los dañaba verme mal. No se me había ni ocurrido.

Otro fenómeno señalado por la mayoría de los participantes fue que cambiaron de grupo de pares después del intento de suicidio, asociado muchas veces a un cambio de colegio o al alejamiento de grupos que eran visualizados como de riesgo para su salud mental, como grupos con mucha exigencia escolar, consumo de sustancias, matoneo, entre otros. Alguno/as participantes consideraron el cambio como positivo, interpretándose como parte de su recuperación. Igualmente, atribuyeron a los nuevos grupos mayor preocupación y mejor disposición hacia ellos, como lo indica A9: «Cada vez que yo andaba un poquito bajoneada, todos súper preocupados, y eso era algo que yo jamás había vivido esa empatía en algún curso». Solo dos participantes se refirieron a que no hubo cambios en sus relaciones sociales, manteniéndose muy escasas.

Esquema interpretativo: «No encajo en ningún sitio, me siento pésimo y nadie se preocupa por mí»

Los resultados presentados en los dominios familia, colegio y pares se integraron en un esquema comprensivo, denominado «No encajo en ningún sitio, me siento pésimo y

nadie se preocupa por mí» (figura 1), que articula las experiencias en esas áreas con el intento de suicidio en lo/as participantes.

Los/as adolescentes experimentaron un ambiente familiar hostil, rechazante, con minimización o sin reconocimiento de su intenso malestar emocional por parte de sus figuras vinculares, incluso culpándolo/as de sus malestares o problemas. Los padres son percibidos con conflictos de salud mental de larga data; los sienten como una fuente de preocupación, más que apoyo y contención. Se observó en los participantes una cierta sensación de estar desprotegidos emocionalmente y de no ser aceptados con sus características. Esto se une con la experiencia de poca integración al grupo de pares. Las relaciones con ellos son poco cercanas y superficiales; se percibe distancia y, en ocasiones, rechazo o incluso hostigamiento. La experiencia con los pares no es de pertenencia o confianza. En alguno/as participantes el colegio es una oportunidad de encontrar un espacio para pedir ayuda; profesionales del sistema perciben su fragilidad, los acogen a través de diferentes acciones de apoyo. Pero el colegio también puede volverse un lugar hostil, exigente y competitivo, desde lo académico hasta el trato con los profesores y compañeros. Entonces, aparece una experiencia subjetiva de desarraigado y soledad vinculada con la intención de dejar de vivir.

Discusión

Los/as adolescentes participantes de este estudio muestran una experiencia subjetiva de soledad e invisibilización desde su familia; sin pertenencia y validación en su grupo de pares y colegio. Ello genera una falta de conexión íntima con su entorno y escasa satisfacción de sus necesidades emocionales. Estos resultados están en la línea de otros estudios que describen sentimientos de soledad, sensación de falta de control sobre sus vidas, emociones intensamente displacenteras y relaciones interpersonales problemáticas (Orri *et al.*, 2014, Stänicke *et al.*, 2018). El intento de suicidio pareciera dar salida a este sentimiento de no pertenencia, así como dar voz potente y clara a la intensidad del malestar; posibilita romper este espacio cerrado y recibir ayuda. Esto en línea con la comprensión sistémica de cómo el entorno familiar puede estar implicado en la ideación o conducta suicida: cuando el dolor emocional que se experimenta no es satisfecho, mostrando el entorno familiar escasa disponibilidad y conexión emocional, sumado a la percepción de pertenencia frustrada y sentirse una carga para los demás (Frey *et al.*, 2016; Sallee *et al.*, 2022).

Los/as participantes se sorprenden positivamente al comprobar experencialmente que sí hay personas genuinamente preocupadas por ellos, a través de gestos de compromiso y cariño. Esta experiencia positiva, no esperada, parece desafiar la percepción anterior y amplía la perspectiva acerca de su lugar en estos entornos sociales. Así, el intento de suicidio también podría interpretarse como una suerte de llamado extremo para movilizar cambios relationales reparatorios, aspecto que tal vez los clínicos no destacamos. Puede que esta conducta suicida sea una oportunidad, un salvataje, en la medida que derive en una intervención intensiva, multisistémica y sostenida en el tiempo. De ahí el desafío de la continuidad de los cuidados posteriores al alta, de las intervenciones terapéuticas multisistémicas, no solo individuales; transformar este período sensible en una oportunidad de cambio relacional, comunicacional y de resolución de conflictos con la familia, el contexto escolar y los pares. Si esto no se trabaja, la posibilidad de re-intento aumenta considerablemente, como lo confirman los estudios (Brent *et al.*, 2023; Jans *et al.*, 2017; Morales *et al.*, 2017). Una forma de trabajo que ha mostrado favorable evidencia son los Centros de Día de Menores (Capella-Castillo & Navarro-Pérez, 2021), los cuales constituyen una alternativa de cuidado poshospitalización, con cuidados de intermedia especialización para adolescentes que atraviesan procesos vitales complejos, siendo una alternativa menos estigmatizadora y mucho más integrada a sus territorios cotidianos.

Parece justificado considerar al suicidio como un fracaso sistémico (Cavelti & Kaess, 2021), en cuanto las relaciones interpersonales de un adolescente no logran dar respuesta a las necesidades individuales. Las intervenciones familiares con adolescentes que han cometido un intento de suicidio deben promover nuevas dinámicas de relación que permitan la expresión de las voces del adolescente y sus padres: sus dolores y necesidades. Observar el conflicto a la interacción y buscar renovadas formas de interacción donde no se esconda el dolor y la rabia del adolescente y su familia, sino que se pueda sentir y pensar en compañía de otros. En este sentido, es interesante reflexionar acerca de los aspectos transgeneracionales, ya que los adolescentes participantes de este estudio hacen alusión a problemas de sus padres vinculados a experiencias biográficas traumáticas. Se ha documentado que el trauma en la primera generación asociado a maltrato en la propia historia de los padres deriva con frecuencia en el desarrollo de patrones vinculares desorganizantes con la progenie, desde etapas muy tempranas de la interacción parento-filial (Hesse & Main, 1999). A su vez, la perpetuación de los problemas de salud mental en generaciones anteriores está vinculado a una serie de mitos que obstaculizan la consulta a tiempo, desestiman el malestar y asocian el problema y su mantención a

«falta de voluntad», características propias de la edad o negligencia/desinteligencia de la persona (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021).

Por otra parte, la expresión de emociones silenciadas y relevadas en el intento de suicidio hace pensar en la utilidad de las intervenciones en la línea de la terapia familiar centrada en las emociones y la terapia familiar basada en el vínculo, cuyo foco está en promover la reconexión emocional, la validación emocional y la curiosidad, dando modos alternativos del encuentro (Foroughe *et al.*, 2019; Scott *et al.*, 2016; Whitlock *et al.*, 2014) y siendo la familia un amortiguador de factores de riesgo suicida (Frey *et al.*, 2016). Así, por ejemplo, la terapia familiar centrada en el vínculo aborda la relación adolescente-padres, promoviendo habilidades emocionales que faciliten la validación, conexión y regulación emocional en el encuentro con el adolescente (Scott & Diamond 2016).

No es menos importante el rol de las instituciones educacionales, tanto en el proceso de detección del malestar, así como en el proceso de recuperación. Una percepción adversa del colegio puede aumentar los niveles de estrés, además de complejizar el proceso de recuperación poshospitalización, especialmente si los adolescentes tienen que enfrentarse a altas exigencias, la posibilidad del estigma o enfrentar un cambio de colegio. Por otro lado, la investigación consistentemente señala que la percepción de un colegio que apoya, acoge y facilita estos procesos puede ser un gran aliado terapéutico tanto en lo académico como en la integración con un grupo de pares (Janiri *et al.*, 2020; Marraccini & Brier 2017). Existe consenso en cuanto a la necesidad de desarrollar guías e intervenciones para que la comunidad educativa pueda detectar y dar primera respuesta frente al riesgo suicida (Dumon & Portzky, 2014); no obstante, el trabajo de la escuela en apoyar la recuperación y readaptación después del intento de suicidio, incluyendo el regreso a la escuela después del alta de la hospitalización, es un área que amerita el desarrollo de orientaciones y modelos de trabajo.

Desde el contexto social, las intervenciones grupales dirigidas a promover la integración con pares y desarrollar formas de interacción más satisfactorias podrían ser parte de la continuidad de los cuidados. Tradicionalmente, la psicoterapia grupal se desestimó para pacientes con intento de suicidio; sin embargo, desarrollos más recientes, como la terapia conductual dialéctica (Miller *et al.*, 2017), la terapia de mentalización (Gross *et al.*, 2024) y la terapia de aceptación y compromiso (Wilson & Luciano, 2002) han realizado estudios y aplicaciones en grupos de pacientes adolescentes hospitalizados por intento de suicidio (Barros *et al.*, 2022; Díaz de Neira *et al.*, 2021; Hauber *et al.*, 2019).

En Chile, la implementación de psicoterapias grupales en adolescentes hospitalizados y poshospitalizados aún requiere mayor investigación y desarrollo.

Dentro de las limitaciones del diseño de este trabajo está no haber recogido simultáneamente las percepciones subjetivas de los padres o cuidadores primarios de los adolescentes entrevistados. Haber hecho dialogar estas voces, buscar los puntos de encuentro y divergencia, entregaría aún más información para la generación de prácticas de continuidad del cuidado y recuperación. Esto constituye un desafío para futuras investigaciones en el área.

Por otra parte, los hallazgos son específicos a un grupo de adolescentes que estuvieron con indicación médica de hospitalización a partir del intento suicida calificado como grave, por lo que las representaciones acerca de pares, familia y colegio fueron recogidas en un contexto específico de intervención. Es posible que este contexto particular, que implica procesos diagnósticos, un sistema de cuidado externo, separación temporal de sus redes familiares directas, etc., haya influenciado la producción subjetiva recogida en el estudio, por lo que resulta necesario contrastar estos hallazgos con datos recogidos en situaciones vitales fuera de un contexto de internación.

Agradecimientos

Este trabajo recibió apoyo financiero de Anid, Programa Iniciativa Científica Milenio/ Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad, AIM23_0002.

Referencias

- Almonte, C. (2019). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Mediterráneo.
- Ardiles-Irarrázabal, R., Alfaro-Robles, P., Díaz-Mancilla, I., & Martínez-Guzmán, V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan*, 18(2), 160-170. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.4>
- Arora, P., Persaud, S., & Parr, K. (2020). Risk and protective factors for suicide among Guyanese youth: Youth and stakeholder perspectives. *International Journal of Psychology*, 55(4), 618-628. <https://doi.org/10.1002/ijop.12625>
- Barros, L., Santamarina, P., & Romero, M. (2022). Factores terapéuticos en psicoterapia grupal: experiencia en un hospital de día de adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 39(4), 23-32. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n4a3>

- Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P. A., Cavada, G., & Rojas, G. (2018). Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes: validación del instrumento PHQ-9. *Revista Médica de Chile*, 146(4), 479-486. <https://doi.org/gjhbps>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1177/1478088706QPo63OA>
- Bravo-Andrade, H., Ruvalcaba-Romero, N., Orozco-Solís, M., & Macías-Espinoza, F. (2020). Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales. *Duazary*, 17(1), 36-48. <https://doi.org/pj4x>
- Brent, D., Horowitz, L., Grupp-Phelan, J., Bridge, J., Gibbons, R., Chernick, L., Rea, M., Cwik, M., Shenoi, R., Fein, J., Mahabee-Gittens, E., Patel, S., Mistry, R., Duffy, S., Melzer-Lange, M., Rogers, A., Cohen, D., Keller, A., Hickey, R. W., Page, K., Casper, C., King, C. & Pediatric Emergency Care Applied Research Network (2023). Prediction of suicide attempts and suicide-related events among adolescents seen in emergency Departments. *Jama Network Open*, 6(2), e2255986. <https://doi.org/gr8cb>
- Cañón, S. C., & Carmona, J. A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397.
- Cañón, S., Castaño, J., Mosquera, A., Nieto, L. M., Orozco, M., & Giraldo, W. F. (2018). Propuesta de intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes en la ciudad de Manizales (Colombia). *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 14(1), 27-40. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2018.0001.02>
- Capella-Castillo, S., & Navarro-Pérez, J. J. (2021). Prevención de riesgo psicosocial en adolescentes: el rol de los Centros de Día de Menores en España. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 19(1), 41-62. <https://doi.org/pj48>
- Cavelti, M., & Kaess M. (2021) Adolescent suicide: An individual disaster, but a systemic failure. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(7), 987-990. <https://doi.org/pj4z>
- Charmaz, K. (2017). Constructivist grounded theory. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 299-300. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262612>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3^a ed). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>
- Cwik, M. F., O'Keefe, V. M., & Haroz, E. E. (2020). Suicide in the pediatric population: Screening, risk assessment and treatment. *International Review of Psychiatry*, 32(3), 254-264. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1693351>
- Díaz, H., Marín-Vila, M., Martínez, L. (2021). Intervención psicoterapéutica grupal en una Unidad de Hospitalización Breve de Adolescentes desde las terapias contextuales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(139), 67-87.

- Dumon, E., & Portzky, G. (2014). *Directrices de actuación para la prevención, intervención y postvención del suicidio en el entorno escolar*. Euregenas. <https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2016/09/Guia-prevencion-suicidio-entornos-escolares.pdf>
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., Psychol, C., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250. <https://doi.org/cjwf5p>
- Fernández-González, O. M., Fernández, S., & Krause, M. (2020). Comprensión del cambio psicoterapéutico en adolescentes: voces de pacientes y terapeutas. *CES Psicología*, 13(3), 107-123. <http://doi.org/10.21615/cesp.13.3.7>
- Fernández-González, O. M., Jerez-Venegas, R., & Ulloa-García, K. (2021). Hospitalización por intento de suicidio en adolescentes: mirada retrospectiva de la experiencia y los cambios asociados. *Terapia Psicológica*, 39(3), 445-465. <https://doi.org/m3zj>
- Flick, U. (2014). *The Sage handbook of qualitative data analysis*. Sage. <https://doi.org/d875>
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspíllaga, C., & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(12), 1529-1533. <https://doi.org/hdmc>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Siete mitos acerca de la salud mental*. <https://www.unicef.org/parenting/es/salud-mental/siete-mitos-sobre-salud-mental>
- Forero, I., Siabato, E., & Salamanca, Y. (2017). Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 431-442. <https://doi.org/pj3b>
- Foroughe, M., Stillar, A., Goldstein, L., Dolhanty, J., Goodcase, E. T., & Lafrance, A. (2019). Brief emotion focused family therapy: An intervention for parents of children and adolescents with mental health issues. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(3), 410-430. <https://doi.org/10.1111/jmft.12351>
- Franklin, J., Ribeiro, J., Fox, K., Bentley, K., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K., Jaroszewski, A., Chang, B., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Frey, L., Hans, J., & Sandford, R. (2016) Where is family science in suicide prevention and intervention? Theoretical applications for a systemic perspective. *Journal of Family Theory & Review* 8(4), 446-462. <https://doi.org/10.1111/jftr.12168>
- González-Forteza, C., Arana, D. S., & Jiménez, J. A. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental*, 31(1), 23-27.

- Gross, C., Oehlke, S.-M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P., & Kothgassner, O. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 54(2), 317-337. <https://doi.org/pj43>
- Guba, E., & Lincoln, Y. S. (2012). Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. En N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Comps.), *Manual de investigación cualitativa: el campo de la investigación cualitativa: vol. 2. paradigmas y perspectivas en disputa* (pp. 38-78). Gedisa.
- Hauber, K., Boon, A., & Vermeiren, R. (2019). Therapeutic factors that promote recovery in high-risk adolescents intensive group psychotherapeutic MBT programme. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 2-13. <https://doi.org/gptqfk>
- Hesse, E., & Main, M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in nonmal-treating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 481-540. <https://doi.org/10.1080/07351699909534265>
- Inzunza, C., Navia, F., Catalán, P., Brehme, C., & Ventura, T. (2012). Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general: análisis descriptivo. *Revista Médica de Chile*, 140(6), 751-762. <https://doi.org/g8tqnn>
- Janiri, D., Doucet, G., Pompili, M., Sani, G., Luna, B., Brent, D. A., & Frangou, S. (2020). Risk and protective factors for childhood suicidality: A US population-based study. *The lancet. Psychiatry*, 7(4), 317-326. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30049-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30049-3)
- Jans, T., Vloet, T. D., Taneli, Y., & Warnke, A. (2017). Suicidio y conducta autolesiva. En M. Rey (Ed.), *Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines.
- Juan, S., Gómez, J. M., Etchebarne, I., & Roussos, A. J. (2011). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de Investigaciones*, 18, 47-56.
- King, C., Grupp, P., Brent, D., Dean, J., Webb, M., Bridge, J., Spirito, A., Chernick, L., Mahabee, G., Mistry, R., Rea, M., Keller, A., Rogers, A., Shenoi, R., Cwik, M., Busby, D., & Casper, T. (2019). Predicting 3-month risk for adolescent suicide attempts among pediatric emergency department patients. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 60(10), 1055-1064. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13087>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Sage.
- Levitt, H., Bamberg, M., Creswell, J., Frost, D., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic,

- and mixed methods research in psychology: The APA publications and communications board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26-46. <https://doi.org/gctpz>
- Low, Y. T. A. (2021). Family conflicts, anxiety and depressive symptoms, and suicidal ideation of Chinese adolescents in Hong Kong. *Applied Research in Quality of Life*, 16(6), 2457-2473. <https://doi.org/10.1007/s11482-021-09925-7>
- Maino, M., Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., García, A., Moya, C., Szmulewicz, T., Fischman, R., Núñez, C., & Tomicic, A. (2019). Suicide risk configuration system in a clustered clinical sample: A generalized linear model obtained through the Lasso technique. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(2), 112-121. <https://doi.org/g9ftz>
- Marraccini, M. E., & Brier, Z. M. (2017). School connectedness and suicidal thoughts and behaviors: A systematic meta-analysis. *School Psychology Quarterly*, 32(1), 5-21. <https://doi.org/10.1037/spq0000192>
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2017). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. The Guilford Press.
- Mojica, C., Hoyos, L., Vanegas, H., Muñoz, L., & Fernández-Ávila, D. G. (2023). Intento de suicidio pediátrico e ingreso a unidad de cuidado intensivos, antes y después de la pandemia, en un hospital universitario en Boyacá, Colombia. *Pediatría*, 56(2), 1-8.
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M., Fischman, R., Núñez, C., Moya, C., & Monari, M. (2017). Intento e ideación suicida en consultantes a salud mental: estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. *Psykhe*, 26(1). <https://doi.org/10.7764/psykhe.26.1.939>
- Moreno-Carmona, N., Andrade-Palos, P., & Betancourt-Ocampo, D. (2018). Fortalezas en adolescentes de Colombia y México que nunca han intentado suicidarse. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 797-807. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16210>
- Orlins, E., DeBois, K., & Chatfield, S. L. (2021). Characteristics of interpersonal conflicts preceding youth suicide: Analysis of data from the 2017 National Violent Death Reporting System. *Child and Adolescent Mental Health*, 26(3), 204-210. <https://doi.org/10.1111/camh.12439>
- Orri, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., & Revah-Levy, A. (2014). Qualitative approach to attempted suicide by adolescents and young adults: The (neglected) role of revenge. *PLoS ONE*, 9(5), e96716. <https://doi.org/f56wxb>
- Quemba, M., Bernal M., Silva, S., Bravo, A. (2023). Traducción y adaptación transcultural en español de criterios consolidados para reportar investigaciones cualitativas. *Revista Cubana de Enfermería*, 39(1), e5744.

- Rajalin, M., Hirvikoski, T., Renberg, E. S., Åsberg, M., & Jokinen, J. (2020). Exposure to early life adversity and interpersonal functioning in attempted suicide. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 552514. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.552514>
- Rufino, K. A., & Patriquin, M. A. (2019). Child and adolescent suicide: Contributing risk factors and new evidence-based interventions. *Children's Health Care*, 48(4), 345-350. <https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1666009>
- Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE*, 12(7), e0180292. <https://doi.org/gbnbz>
- Sallee, E., Cazares-Cervantes, A., & Ng, K. M. (2022). Interpersonal predictors of suicide ideation and attempt among middle adolescents. *Professional Counselor*, 12(1), 1-16. <https://doi.org/10.15241/es.12.1.1>
- Scott, S., Diamond, G., & Levy, S. (2016). Attachment-based family therapy for suicidal adolescents: A case study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(2), 154-176. <https://doi.org/10.1002/anzf.1149>
- Silva, D., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33. <https://doi.org/hdnn>
- Souza, D. de, Treichel, C., Ribeiro, L., Ferrer, A., & Rossato, L. (2024). Prevalence of risk factors among adolescents who suicide attempt: A cross-sectional study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58, e20240197. <https://doi.org/pj46>
- Stänicke, L. I., Haavind, H., & Gullestad, S. E. (2018). How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*, 3, 173-191. <https://doi.org/gdk25w>
- Steare, T., Gutiérrez, C., Sullivan, A., & Lewis, G. (2023). The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 339, 302-317. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.028>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (Coreq): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Whitlock, J., Wyman, P., & Moore, S. R. (2014). Connectedness and suicide prevention in adolescents: Pathways and implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 246-272. <https://doi.org/10.1111/sltb.12071>
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.