



UNIVERSIDAD
DE ATACAMA

FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**Sentidos Subjetivos de profesionales de la Salud Mental en torno al suicidio
consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó**

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos para obtener el
título de Psicólogo y el grado de Licenciado en Psicología

Profesora Patrocinante: Mg. Alejandra Vega Álvarez

Javiera Barraza Rivas

Felipe Fuentes Urrutia

Copiapó, Chile 2023

Dedicatoria

Agradezco a mi familia por su inigualable apoyo y paciencia. Me brindaron fuerza en los momentos más difíciles y alegría en cada meta cumplida. Con mucho amor les dedico uno de mis grandes logros.

(Javiera Barraza R.)

Agradecer a todos los que me brindaron su apoyo durante este proceso, a mis amigos, a mi familia, en especial a mis padres y hermana. Les dedico este logro que sin ustedes difícilmente hubiese conseguido, es el fin de una etapa llena tanto de aprendizajes como de desafíos y el comienzo de otra aún más desafiante de enfrentar, pero sé que con su apoyo será más fácil. Por último, agradecer a quienes participaron como entrevistados, ya que con la información que nos entregaron en sus relatos pudimos desarrollar esta investigación.

(Felipe Fuentes U.)

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. Introducción	6
2. Marco Teórico	12
2.1. El Suicidio en el Mundo.....	12
2.2. El suicidio en Chile.....	13
2.3. El suicidio en Atacama	14
2.4. La Suicidalidad.....	16
2.5 Percepción social del suicidio	17
2.6. Sentidos subjetivos	18
2.7. Marco de Antecedentes.....	18
2.9. Sentidos Subjetivos y el Significado del suicidio para los Terapeutas.	24
3. Método	26
3.1. Paradigma y Método.....	26
3.2. Diseño de Investigación	26
3.3. Participantes y muestreo	27
3.4. Procedimiento de Recolección de Información	27
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	28
3.6. Análisis de Datos	29
3.7. Consideraciones Éticas	30
4. Resultados.....	31
4.1. Construcciones simbólicas de profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as.....	31
4.2. Construcciones emocionales de los/las profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as.....	35
4.3. Principales experiencias de los/las profesionales de salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as.....	39
4.4. Codificación Selectiva: Teoría sustantiva de los Sentidos subjetivos de profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó.	49
4.4.1. Modelo comprensivo-explicativo de los sentidos subjetivos de profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó.....	50
5. Discusión	52
6. Conclusión	58
7. Referencias bibliográficas	61
8. Anexos	68
8.1 Consentimiento Informado	68
8.2 Entrevista realizada a profesionales de la salud mental.....	71

Resumen

El objetivo de esta tesis de pregrado fue conocer los sentidos subjetivos de profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó, región de Atacama, Chile. Esta investigación se posicionó desde la metodología cualitativa, asumiendo un paradigma descriptivo interpretativo, con un diseño de estudio de caso que utilizó como técnica de recolección de datos entrevistas en profundidad realizadas a cuatro profesionales de la salud mental. En los resultados se identificó la forma en que los/las participantes significan el suicidio de su beneficiario/a y la forma en que vivenciaron este hecho reflejando un impacto tanto a nivel personal como profesional. Además, se simbolizaron como los principales factores de riesgo el abandono familiar, social y estatal. Se concluyó que, con relación a los sentidos subjetivos en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes, los/las participantes refirieron emociones de tristeza, rabia, culpa e impotencia, acompañadas por el temor de repetir la vivencia. En el ámbito profesional, surgió una necesidad de autoevaluación en cuanto a su capacidad para desempeñar sus funciones y realizaron modificaciones en su forma de intervenir.

Palabras clave: VIVENCIAS, SUICIDIO, PROFESIONAL DE SALUD MENTAL, SENTIDOS SUBJETIVOS

Abstract

The objective of this undergraduate thesis was to know the subjective meanings of mental health professionals about the consummated suicide of children and adolescents in the city of Copiapó, Atacama region, Chile. This research was positioned from the qualitative methodology, assuming an interpretative descriptive paradigm, with a case study design that used in-depth interviews with four mental health professionals as a data collection technique. In the results, the way in which the participants understood the suicide of their beneficiary and the way in which they experienced this event was identified, reflecting an impact both at a personal and professional level. In addition, family, social and state abandonment were symbolized as the main risk factors. It was concluded that, in relation to the subjective feelings about the completed suicide of children and adolescents, the participants reported emotions of sadness, anger, guilt and helplessness, accompanied by the fear of repeating the experience. In the professional sphere, a need for self-evaluation arose regarding their ability to perform their functions and they made changes in the way they intervened.

Key words: EXPERIENCES, SUICIDE, MENTAL HEALTH PROFESSIONALS, SUBJECTIVE FEELINGS

1. Introducción

Este trabajo corresponde a la tesis para optar al título profesional de Psicólogo y el grado de licenciado en Psicología, de la carrera Psicología de la Universidad de Atacama.

“El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida” (UNICEF, 2017, p.7). Conceptualmente es entendido como la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida. El suicidio es una urgencia vital ubicada no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. Así, en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos: a) a nivel emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) a nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida (Echeburúa, 2015).

Una publicación del Centro de comunicación de las ciencias de la Universidad Autónoma de Chile (2021) menciona que cerca del 20% de los suicidios en Chile corresponden a adolescentes. Además, indica que:

En Chile, cerca 1.800 personas se suicidan al año, de las cuales 400 son adolescentes, según datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS 2017). Se le considera la segunda causa de muerte en adolescentes entre 15 y 29 años y la tercera entre 15 y 19 años. Entre las principales causas están el bullying, los trastornos mentales, el consumo de drogas y la falta de apoyo social. (párr. 1)

Lo anteriormente mencionado implica que existe una alta tasa de suicidios de adolescentes a partir de los 15 años, cifras que han generado conciencia en el país, adoptando medidas de prevención y campañas para lidiar con el alto índice de suicidios juveniles, tales como el fono ayuda de prevención del suicidio “*4141 no estás solo, no estás sola” (Ministerio de Salud, 2013), campaña #VamosJuntxs, destinada a promover la búsqueda de ayuda profesional en jóvenes entre 15 y 29

años que estén en riesgo de suicidio, realizada por el Núcleo Milenio para mejorar la salud mental de adolescentes y Jóvenes (Imhay), el Instituto de la Comunicación e Imagen de la Universidad de Chile y la Fundación Todo Mejora (Jiménez, 2020), entre otros.

Existen diversos estudios que hablan del suicidio de niños/as y adolescentes, pero existe muy poca información en relación a los/las interventores/as, en este caso los/las profesionales de la salud mental que han vivido la experiencia de tener beneficiarios/as que consumaron suicidio. En base a lo anterior, esta investigación busca conocer los sentidos subjetivos de los/las profesionales de la salud mental respecto al suicidio de sus beneficiarios/as.

Esta investigación se ubica dentro del campo de la Psicología Clínica, entendiendo ésta como la que se encarga de estudiar a las personas desde un punto de vista científico para entender su desempeño de forma idónea, esto con el propósito de identificar los elementos que le facilitan a los sujetos y a la sociedad el convivir (Tarragona, 2013). El objeto de estudio son los sentidos subjetivos de los/las profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Copiapó.

Es preciso señalar que la relevancia y pertinencia de esta investigación sobre los sentidos subjetivos de profesionales de la salud mental que intervinieron a niños/as y adolescentes que consumaron suicidio radica en conocer el relato de sus vivencias, la forma en que simbolizan el suicidio y el cómo manejaron este hecho. Este estudio adquiere relevancia teórica debido a la escasez de investigaciones que aborden los sentidos subjetivos, particularmente de profesionales de la salud mental que han atravesado tal experiencia, la que ocurre dentro de un contexto laboral y político específico, ya que se trabaja con perfiles de casos en los que existe vulneración en la infancia y adolescencia. Además, las investigaciones existentes en su mayoría abordan el suicidio desde la perspectiva del suicida, desde los factores de riesgo asociados, epidemiología y el duelo.

El contexto en el que se desarrolla esta investigación es dentro del Servicio Nacional de Menores (SENAME), actualmente Servicio Nacional de Protección especializada a la Niñez y Adolescencia (Mejor Niñez), el cual se constituye a partir

de la publicación de la Ley N° 21.302, la que crea este servicio otorgándole la responsabilidad de restituir derechos y reparar el daño de los niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados y vulnerados en sus derechos, siendo sujetos de atención del mismo, niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Este programa de atención contiene cinco líneas de acción establecidas en el artículo 18 de la misma ley, estas son: 1) diagnóstico clínico especializado, seguimiento de casos y pericia; 2) Intervenciones ambulatorias de reparación; 3) Fortalecimiento y vinculación; 4) Cuidado alternativo y 5) Adopción. Estas líneas de acción buscan generar respuesta a las diversas necesidades de protección especializada. Siendo su misión:

“Proteger y restituir derechos humanos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, situándose en el centro de su actuar, garantizando su participación y la de sus familias, fortaleciendo su desarrollo integral, reparando y resignificando el daño, previniendo de manera oportuna nuevas vulneraciones mediante equipos técnicos de excelencia y programas especializados de acuerdo a sus necesidades, coordinados con el intersector y convocando a la sociedad en su conjunto”. (Mejor Niñez, 2018, párr. 1)

La presente investigación tiene un enfoque cualitativo, el que se enfoca en la elaboración de datos descriptivos, que pueden ser los relatos de los sujetos, estos los manifiestan a través del habla y de la escritura, también se considera la conducta observable (Taylor y Bogdan, 1986).

El paradigma que se utiliza es el constructivo interpretativo que para González (2013):

En la investigación cualitativa de carácter constructivo-interpretativo la teoría no es un artefacto externo al proceso de investigación, sino que es intrínseca al proceso y definitoria del carácter cualitativo de este tipo de investigación. Con eso establecemos una diferencia radical con el tipo de investigación cualitativa que pretende legitimarse en el carácter abierto y cualitativo de los instrumentos, pero que continúa definiendo formas esencialmente inductivas

o hipotético deductivas del proceso de construcción del conocimiento, conservando así criterios empíricos para juzgar la legitimidad del saber producido. (p. 30)

El diseño metodológico de esta investigación es el estudio de caso, el que tiene un propósito de investigación más extenso, que altera los procedimientos seleccionados para la obtención de los datos (Simons, 2011). La muestra que se utiliza en este estudio se realiza a través del muestreo por bola de nieve, este consiste en encontrar un sujeto dentro de una población a la que resulta difícil acceder, para que posteriormente refiera a otros posibles participantes y estos a otros más de manera correlativa hasta que se consiga obtener la muestra determinada para el diseño metodológico (Hernández y Carpio, 2019).

Como instrumento de recolección de datos se realizan entrevistas en profundidad a profesionales de la salud mental que trabajan en centros de SENAME o Mejor Niñez. Se utiliza como procedimiento de análisis de datos la Teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002), la cual “depende de la sensibilidad del investigador a los elementos tácitos de los datos o a los significados y las connotaciones que pueden ser aparentes como resultado de una lectura superficial de contenidos reveladores” (Morales, 2015, p. 5).

De acuerdo a lo anterior se busca responder el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los sentidos subjetivos de los/las profesionales de la salud mental, respecto al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó? Así, el objetivo general es conocer los sentidos subjetivos de los/las profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de NNA en contexto de SENAME/ MEJOR NIÑEZ en Copiapó. A nivel específico se busca: a) Reconocer la construcción simbólica de profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as. b) Reconocer las construcciones emocionales de los/las profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as. c) Establecer las principales experiencias de los/las profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as. d) Plantear una teoría sustantiva en relación a los sentidos subjetivos de los/las profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as.

En base a lo mencionado anteriormente, se plantean las siguientes preguntas que guiarán esta investigación:

¿Cómo significan los/las profesionales de la salud mental el suicidio de sus beneficiarios/as?

¿Cómo aparecen los aspectos emocionales en profesionales de la salud mental?

¿Cómo expresan las experiencias asociadas a suicidio de niños, niñas y adolescentes?

En el capítulo 2 se aborda principalmente el marco teórico, donde se describen las teorías que dan sustento a este estudio y las investigaciones relacionadas a los/las profesionales de la salud mental respecto al suicidio de su beneficiario/a desde la perspectiva de los sentidos subjetivos. Se establecen las cifras de suicidio en el mundo, en Chile y posteriormente en la región de Atacama. Vega et al. (2021) indican que en la ciudad de Copiapó existe el porcentaje más alto de suicidio consumado en relación con las demás comunas de la región. Además, se realiza una definición de la suicidalidad, que permite entender los diversos aspectos relacionados al fenómeno del suicidio. Finalmente, se definen los sentidos subjetivos y el significado del suicidio para los/las profesionales de la salud mental.

En el capítulo 3 se aborda la metodología que se utiliza en este estudio, la que posee un enfoque cualitativo, enmarcado en el paradigma constructivo interpretativo y se realiza a través del diseño investigativo de estudio de caso. También se establece la cantidad de participantes, la forma en que se recolecta la información, técnicas, instrumentos de recolección y sus análisis, el muestreo, así como las consideraciones éticas que mantiene la investigación.

En el capítulo 4 se exponen los resultados del análisis elaborado, dando cuenta de las categorías y los códigos in vivo encontrados en el estudio.

En el capítulo 5 se expone la discusión, en la que se realiza un contraste de los resultados obtenidos durante el desarrollo de la investigación con las demás teorías utilizadas.

Por último, en el capítulo 6 se detallan las conclusiones obtenidas luego de finalizar el proceso investigativo respecto a los sentidos subjetivos de los/las

profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó.

2. Marco Teórico

2.1. El Suicidio en el Mundo

Según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo.

En base a un comunicado de prensa realizado por la OMS (2021), se menciona que:

Cada año pierden la vida más personas por suicidio que por VIH, cáncer de mama o incluso por guerras y homicidios. En 2019, se suicidaron más de 700.000 personas, es decir 1 de cada 100 muertes (...) entre los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio es la cuarta causa principal de muerte, por detrás de los traumatismos debido al tránsito, la tuberculosis y la violencia interpersonal. (párr. 1-3)

Las Américas es la única región del mundo donde la mortalidad por suicidio ha ido en aumento desde el año 2000. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la tasa promedio en la región es de nueve casos por cada cien mil habitantes. Sólo en 2019, se quitaron la vida 97 mil personas (UNICEF, 2021).

En el resumen regional: América Latina y el Caribe, según el Estado Mundial de la Infancia (UNICEF, 2021), se indica que los niños, niñas y jóvenes soportaban la carga de las necesidades de salud mental no atendidas. Las últimas estimaciones disponibles sugieren que el 15 por ciento de los niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años en América Latina y el Caribe (alrededor de 16 millones) viven con un trastorno mental diagnosticado, en donde más de 10 adolescentes de la región pierden la vida por suicidio. Existe prevalencia de los trastornos mentales, con casi 16 millones de adolescentes de 10 a 19 años que viven con un trastorno mental en América Latina y el Caribe (ALC). La ansiedad y la depresión representan el 50% de los trastornos mentales.

En cuanto a las estimaciones de suicidio, esta es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años en ALC, con 6 muertes por cada 100.000, en

donde más de 10 adolescentes pierden la vida cada día por suicidio. En cuanto al número estimado de muerte por suicidio en ALC, las cifras muestran lo siguiente: de 10 a 19 años un total de 4.178, un 36% niñas y un 64% niños; de 10 a 14 años un total de 726, un 52% niñas y un 48% niños; de 15 a 19 años un total de 3.452, un 32% niñas y un 68% niños.

2.2. El suicidio en Chile

Un estudio sobre el suicidio de adolescentes en Chile, que considera datos desde el año 2013 hasta el 30 de marzo de 2023, menciona que la tasa de suicidios en niños menores de 10 años, según los datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), va en disminución, en donde sólo existieron 2 casos registrados entre el año 2010 y el 2019. En los años posteriores, del 2020 al 2023, sólo hay un caso reportado el año 2021. (Gutiérrez, 2023)

En relación al suicidio de adolescentes, este autor hace mención a un incremento porcentual de los casos de suicidio, indicando en la evolución de porcentaje de crecimiento anual de suicidio adolescente en el período 2013 – 2022, que en el año 2022 se registró el mayor aumento anual de suicidios de la última década. A pesar de que la tendencia general fue disminuyendo, con 7 años en que la cantidad de suicidios se redujeron respecto al año anterior, “sólo hubo 3 años en los que se experimentaron incrementos, el 2014 de un 1% y el 2018, con un 9% y el 2022 con un 31% de incremento en los casos, el mayor del período”. (p. 13)

En relación a la Tasa anual de Suicidio Adolescente (TSA) en Chile, en el periodo 2013 - 2022, este autor evidencia que:

5 de cada 100.000 adolescentes murieron por suicidio en Chile entre el 2013 y el 2015. Igualmente es posible evidenciar una importante baja experimentada entre el año 2015 y el 2017, período que se redujo de 5 a 3,7 suicidios por cada 100.000 adolescentes. Seguido de esto se ve un leve repunte sólo el 2018, ascenso que viene seguido de una la tendencia a la baja hasta el año 2021 en que alcanza la tasa más baja del período, 3,2 suicidios por cada 100.000 habitantes del mismo grupo etario. (p. 14)

El autor agrega que existe un aumento porcentual de suicidios de adolescentes (de ambos sexos) en Chile entre los años 2021 y 2022, indicando que “el 2022 se produce un importante incremento en la TSA, llegando a 4,2 por cada 100.000 adolescentes; esto significó un crecimiento del 31% de suicidios adolescentes del 2021 al 2022.” (p. 14)

2.3. El suicidio en Atacama

En un estudio sobre las Tendencias sociodemográficas en mortalidad por suicidio en la Región de Atacama, Chile, entre 2010-2017, Vega et al. (2021) mencionan que:

En el periodo 2010-2017 se registraron en la Región de Atacama 266 muertes por suicidio, produciéndose la mayor cantidad de casos en las comunas de Copiapó (44,7%; N=119) y Vallenar (18%; N=48), seguido de Chañaral (8,3%; N=22) y Caldera (7,5%; N=20). Siguen Huasco (6%; N=16), Diego de Almagro (5,3%; N=14), Tierra Amarilla (5,3%; N=14), Freirina (2,6%; N=7) y Alto del Carmen (2,3%; N=6). La tasa media de suicidios fue de 11,1 por 100.000 habitantes en el periodo de estudio. Las tasas anuales oscilaron entre 8,3 y 16,2 por 100.000 habitantes, evidenciándose un peak máximo el año 2011 con una tasa de 16,2 por 100.000 habitantes. El año 2015 registró la menor tasa del periodo, con 8,3 por 100.000 habitantes. La tasa promedio más alta se observó en Chañaral (20 por 100.000 habitantes) y Huasco (19,9 por 100.000 habitantes). (p. 79)

Esto indica que en la comuna de Copiapó existe una mayor cantidad de suicidios en comparación a las demás comunas de Atacama.

Un estudio acerca del suicidio adolescente en Chile, entre 2013 y 2022, analiza la evolución de la Tasa de Suicidio Adolescente (TSA) en la región de Atacama, el cual indica que:

El período inicia con una TSA 4,3 suicidios por cada 100.000 adolescentes, la que se duplica al año siguiente y que se vuelven similares al valor de inicio en el período el 2015-2016. El 2017 fue el año en que llegó a su nivel más alto del período con una tasa valor 13,8. Los 3 años siguientes se experimentó una

notable baja en la TSA de la región llegando a sus valores mínimos los años 2019 y 2020, con TSA 2,3 y 2,3 suicidios por cada 100.000 adolescentes. Al contrario de la tendencia nacional esta región elevó a 8,8 su TSA el año 2021 y se redujo a 6,6 el año 2022, terminando así con una tasa más elevada que con la que inició el período. (Gutiérrez, 2023, p. 52)

Esto quiere decir que existe una variación significativa en las tasas de suicidio adolescente a lo largo del periodo entre 2013 y 2022, se observa un considerable aumento de suicidios en el año 2017 donde alcanza su nivel más alto, seguido de una disminución constante en las tasas de suicidio durante tres años, para posteriormente marcar un aumento en el año 2021. Finalmente se observa una disminución en el año 2022, aun así la TSA permanece más elevada que al inicio del período.

Por último, un factor relevante es la implicancia del suicidio de un/a paciente en profesionales de la salud mental, donde Chemtob et al. (1989) comparan la frecuencia y el impacto del suicidio de un paciente, haciendo una distinción entre psicólogos/as y psiquiatras. Este autor refiere que el 22% de psicólogos/as y el 51% de los/las psiquiatras informaron haber experimentado la pérdida de un paciente por suicido, además ambos experimentaron interrupciones significativas en su vida personal y profesional después de este hecho, argumentando que el suicidio del paciente es un riesgo laboral para los/las psicólogos/as y psiquiatras. La diferencia en los porcentajes se da principalmente debido al tipo de paciente que suelen tratar ambos profesionales y el tiempo que pasan con ellos, en donde la gravedad del trastorno está fuertemente correlacionada con un paciente suicida. Los/las psiquiatras suelen tener mayor concurrencia en hospitales y pabellones, en donde gran parte de los tratamientos que realizan son dirigidos a pacientes severamente perturbados, a diferencia de ellos/as los/las psicólogos/as suelen tratar con trastornos principalmente de ansiedad o de personalidad. Esto indica que el tipo de paciente y el contexto laboral son variables influyentes en la cantidad de profesionales de la salud mental que experimentan el suicidio de un paciente.

Un estudio realizado en la University of Hawaii and Veterans Administration, Honolulu en Hawái sobre el nivel de impacto en los/las psicólogos/as en base a los resultados obtenidos mediante una encuesta nacional aplicada a psicólogos/as del

Registro Nacional de Proveedores de Servicios de Salud en Psicología quienes fueron seleccionados al azar, indica que el 22% los/las psicólogos/as han experimentado el suicidio de un paciente, generando un impacto personal y profesional. De aquellos/as psicólogos/as que experimentaron este evento, el 49% presentó síntomas de estrés semanas posteriores al suicidio (Chemtob, 1988). Brown (como se citó en Chemtob, 1988) menciona que el impacto de un suicidio en un terapeuta es "fuerte" o "severo", pudiendo así reaccionar con sentimientos de inadecuación personal y profesional, miedo a los litigios y pérdida de prestigio profesional, ira, culpa y autoinculpción

2.4. La Suicidalidad

Es un término que incorpora los elementos que facilitan el entendimiento del suicidio como fenómeno. “El término Suicidalidad se refiere a una amplia serie de conceptos relacionados con el suicidio que incluye ideas pasivas de muerte, ideación suicida, actos preparatorios para el suicidio, comportamiento auto-lesivo, intentos suicidas y suicidio” (Sánchez et al., 2017, p. 173).

El comportamiento suicida no se genera por hechos aislados, comprende ciertos elementos que se observan desde que la persona presenta ideación suicida. “Se entiende como un proceso que se presenta de forma gradual y que puede manifestarse de diversas formas, entre las que se encuentran el deseo o la manifestación de morir, la imagen de muerte y el intento suicida” (Suescún et al., 2017, p. 20). Esto comienza con la ideación suicida, etapa en la que se formulan pensamientos relacionados a quitarse la vida. “La ideación suicida es el deseo, pensamiento o plan acerca del acto de cometer suicidio, o bien la cognición orientada a imágenes sobre la pérdida del sentido de la vida o autodestructivas” (Ceballos et al., 2015, p. 16). Dentro de este deseo de consumir el suicidio existen dos tipos de ideación, por un lado, la ideación suicida pasiva que solo implica el deseo de morir y por otro lado está la ideación suicida activa en la que existe el deseo de morir acompañado de una planificación para consumir el suicidio.

Posterior a la ideación suicida aparece el intento suicida, según (OMS, s.f., como se citó en Guibert y Torres, 2001):

Es el acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual con amenaza de muerte, que sin la intervención de otros le causará autodaño, o ingiere una sustancia superior a las dosis terapéuticas generalmente reconocidas y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercanas a la muerte. (p. 453)

Esto indica que el intento suicida es la primera acción en el plano material que realiza la persona con ideación suicida, lo anterior es parte del comportamiento suicida.

En relación con los términos explicados con anterioridad, se llega a la etapa final que se conoce como el suicidio consumado. “Etimológicamente, suicidio proviene del latín sui -a sí mismo y caedere - matar-, vale decir, matarse a sí mismo. Así, este fenómeno es conceptualizado como el acto deliberado y voluntario por el que se acaba con la propia vida” (Barroso, 2019, p.52). Este concepto contiene el elemento de la voluntariedad o conciencia que tiene la persona del acto y su objetivo final que es acabar con la propia vida.

2.5 Percepción social del suicidio

El suicidio puede percibirse desde una perspectiva social, Eguiluz et al. (2010) abordan las teorías explicativas del suicidio, destacando la perspectiva sociológica. En este contexto, los autores hacen referencia a Durkheim para analizar el fenómeno social del suicidio, quien señala que “la tasa de suicidios no puede ser explicada por motivaciones personales, sino que representa una inclinación de una sociedad hacia el suicidio” (pp. 29-30). Es decir, el suicidio se considera como una consecuencia de la perturbación en la relación del individuo con la sociedad.

Además, en relación con el fenómeno del suicidio, este se percibe como un tabú. Ante esto Guajardo (2017) menciona que:

Cuando existe tabú en torno a una palabra o acción, se evidencia un control social que no es inmediato, sino que lleva hilándose de manera fina por varios años, o incluso siglos. Por lo mismo, el suicidio es considerado tabú: se castiga su acción y se evita conversar acerca de ello. (p. 103)

2.6. Sentidos subjetivos

En relación a los sentidos subjetivos se definen como las expresiones simbólico-emocionales de la realidad que se perciben de distintas maneras, tanto de forma directa como colateral, acerca de la forma en que el sujeto estructura su subjetividad en el momento y en relación al entorno social en el que se encuentra (González, 2009). Se entienden como una producción psicológica que “se expresa a través de la integración de un complejo funcionamiento interno que, como reflejo particular del mundo, devuelve ese reflejo subjetivo, objetivado ya en el comportamiento concreto de las personas” (Capote, s.f., p. 12).

Se enfatiza la relación entre lo simbólico y emocional, incluyendo todas las formas de producción simbólica. “La relación entre los aspectos simbólico-emocionales que expresan la inmersión del sujeto en el mundo está en desarrollo permanente y tiene múltiples desdoblamientos, independizándose de los elementos originales que le dieron origen” (González, 2010, p. 251). Además, “la subjetividad no se reduce a un estado interno, por el contrario, es una dimensión compleja que involucra tanto lo psicológico como lo social en una relación recursiva y cuya naturaleza es histórica y social” (Hernández, 2008, p. 148).

Según Gonzales Rey (2011) se definen como una subjetividad que se enfoca en la relación existente entre los procesos simbólicos y las emociones de las personas. El autor agrega que los sentidos subjetivos son la principal unidad que le entrega el carácter subjetivo a las experiencias humanas, entendiendo que no existe dimensión objetiva al momento de percibir lo vivido (González, 2013). Lo anterior quiere decir que la subjetividad es la singularidad de las experiencias, por lo que una misma experiencia vivida por sujetos diferentes adquiere valores distintos y únicos para cada uno. Con esto se puede señalar que existen diferentes realidades que son interpretadas de diferentes formas.

2.7. Marco de Antecedentes

En relación con las investigaciones sobre el suicidio, se observa que existen diversos factores de riesgo que influyen en el comportamiento de niños, niñas y adolescentes. Los factores de riesgo que pueden influir son principalmente “tener una conducta sexual riesgosa, mantener un consumo problemático de drogas, alcohol y

tabaco, también una alimentación poco saludable, sedentarismo y presentar estados depresivos” (Echávarri et al., 2015, p.7).

Sumándose a los factores de riesgo ya mencionados, se agregan en otra investigación “la depresión, la exposición a acontecimientos vitales estresantes, trastornos alimentarios especialmente en mujeres adolescentes, trastornos ansiosos, conductas antisociales, orientación homosexual en ambos sexos y bisexualidad en mujeres y la exposición a intentos suicidas en miembros de la familia” (Silva et al., 2017, p. 34). Esto indica que existen diferencias en cuanto a la cantidad de suicidios, en base a las estadísticas se puede observar que la cantidad de suicidios varía dependiendo del sexo de la persona, obteniendo como resultado una mayor cantidad de suicidios consumados en el caso de los hombres.

Además, se consideran como factores de riesgo las relaciones familiares, las cuales se presentan como un componente relevante en el desarrollo de los/las niños/as. Un estudio realizado en la Universidad autónoma de Aguascalientes, México, menciona que:

El funcionamiento familiar es la capacidad que tiene una familia para satisfacer las necesidades de sus miembros y adaptarse al cambio. El riesgo suicida se refiere a factores que, combinados, generan desde ideación hasta suicidio consumado. Los conceptos anteriores se relacionan debido a que la familia es un pilar fundamental en la vida del ser humano, principalmente durante la adolescencia. (Quezada et al. 2021, p. 71)

Otro aspecto relevante para esta investigación tiene relación con los procesos que experimentan los interventores en esta línea, según Foley y Kelly (2007):

Existe una necesidad de que existan formas preestablecidas que puedan orientar a los trabajadores de salud mental y que con esto para que los mismos puedan estar preparados de mejor manera para la eventualidad de que se suicide uno de sus pacientes. Esta necesidad surge de la inexistencia de un entrenamiento formal para que los trabajadores puedan sobrellevar casos de suicidio consumado de uno de sus pacientes, sin este entrenamiento las consecuencias para los interventores pueden ser aumento de estrés,

aislamiento social, estrés postraumático e incluso la jubilación anticipada. (párr. 10)

Luego de que un paciente consume suicidio podría ser de gran utilidad para los tratantes el tener el apoyo de familiares y amigos, consultar con colegas que hayan atravesado la misma situación y que se construya un programa de formación que contenga planes de apoyo. En relación con esto proponen la implementación de programas de entrenamiento para afrontar esta situación, mantener la conciencia de la importancia de los apoyos informales después del suicidio del paciente, fortalecer los sistemas formales de apoyo para identificar otras posibles formas de asistencia y desarrollar iniciativas de equipos locales en este ámbito.

Siguiendo con la temática de los procesos que atraviesan los/las interventores/as, se investigó la forma en que los profesionales de la salud mental de Portugal enfrentan el suicidio de un/a paciente. Según Areal et al. (2013):

Como consecuencia del suicidio uno de sus pacientes los profesionales de salud mental implementan cambios en el ejercicio de la profesión entre los que se visualiza el aumento en la atención a los indicadores de riesgo suicida, mayor rapidez para realizar hospitalizaciones, especialización sobre la temática del suicidio y temor de verse involucrados en acusaciones jurídicas. Los interventores experimentaron diversas respuestas emocionales al suicidio del paciente, donde se destaca el malestar emocional y psicológico. Este malestar incluye sentimientos de tristeza, desesperación, sentimientos de pérdida y de angustia. Además, manifestaron preocupaciones, temor e inseguridad frente a la posibilidad de que pueda repetirse la situación con otro paciente. Los investigadores concluyen en esta investigación cualitativa que los interventores viven como si fuera la pérdida de una persona significativa para ellos, también que en cuanto a su rol como profesional viven este proceso como un fracaso acompañado de sentimientos de negación, el shock, la tristeza, la ira, la culpa, la incredulidad, la angustia y el miedo. (p. 172)

2.8. El impacto del Suicidio

Diversos estudios indican que el suicidio del paciente es un riesgo para los/las profesionales de salud mental y este puede desencadenar diversas reacciones. Un estudio realizado en Suiza, en donde se aplicó la IES-R (Escala Revisada de Impacto de Eventos) a 666 profesionales de la salud mental que trabajaban en entornos institucionales o en práctica privada, indican la influencia de diferentes variables y como estas impactan en el grado de estrés que presenta el/la profesional después del suicidio de un paciente. Una de las principales variables es la relación con el paciente, en donde los/las profesionales que se sentían más cercanos o mantenían una relación terapéutica con el paciente por más tiempo, presentaron mayores niveles de estrés. Otra variable se relaciona al apoyo que se brinda al profesional y la capacitación que haya recibido, ya que aquellos/as que recibieron apoyo posterior al evento estresor (el suicidio del paciente) y constantes capacitaciones resultaron tener un menor impacto en el nivel de estrés (Dransart et al., 2015).

En relación a las variables que influyen en el impacto de los/las interventores/as, un artículo publicado en una revista médica sobre el impacto que genera en los médicos el suicidio de un paciente, se menciona que la muerte de un paciente por suicidio puede generar diferentes impactos en los médicos que intervinieron. El nivel de impacto se relaciona a las diferentes variables que pueden influir, como lo es la estructura psicológica del médico, la relación médico – paciente y la fase de la carrera profesional en que se encuentra (Arancibia et al., 2017). Además, estos autores/as refieren que la respuesta inicial del tratante se asocia con la propia reacción ante la pérdida, es decir, se puede presentar como respuesta la aflicción, la negación, el escepticismo, la desrealización, vergüenza, culpa, rabia, búsqueda de signos premonitorios de advertencia, preocupación o dudas sobre la asertividad de su proceder o acerca de la decisión terapéutica e incluso afectar su autoconfianza y su vida personal.

El impacto del suicidio puede afectar a diferentes interventores relacionados al área de salud mental, tales como los/las trabajadores/as sociales. Un estudio cualitativo realizado el 2002 en Estados Unidos, en donde se seleccionaron 1000 miembros de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW) al azar con el fin de ampliar la comprensión de las reacciones de los/las trabajadores/as sociales, se enfocó en el impacto del suicidio de un cliente de los/las trabajadores/as sociales

de salud mental, indicando como resultado que estos/as experimentan múltiples reacciones personales y profesionales, pudiendo experimentar una variedad de reacciones psicológicas y emocionales relacionadas a la consumación del suicidio, el cual continúa resonando a lo largo de los meses y años siguientes (Sanders et al., 2005).

El apoyo hacia los/las profesionales que experimentaron la muerte de un paciente es de gran relevancia para disminuir el impacto y la respuesta emocional. Un estudio realizado en Suiza, el cual midió las respuestas emocionales y el impacto traumático en los/las profesionales de salud mental en relación al suicidio de pacientes en instituciones, indica que los/las encuestados/as tras haber recibido suficiente apoyo reportaron menor respuesta emocional e impacto traumático, señalando que se les debe ofrecer algún tipo de apoyo a todo profesional de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras), ya sea desahogo, intercambio con compañeros/as y superiores, entre otros (Dransart et al, 2014). También, tal como mencionan Dransart et al. (2015), existe una relación entre el grado de impacto con la cercanía y responsabilidad por parte de los/las profesionales a sus pacientes, presentándose una alta respuesta emocional e impacto en aquellos/as que se sentían emocionalmente cercanos a diferencia de aquellos/as que no. En conclusión, para este autor el bienestar general de profesionales, junto con una adecuada formación y apoyo, son la mejor garantía para una prevención eficaz y su postvención.

Otra investigación, realizada en la Universidad de Quebec en Montreal, Canadá, midió el impacto de la muerte por suicidio de un paciente con profesionales de salud mental. Esta se llevó a cabo con 125 profesionales de la salud mental que experimentaron este hecho durante su práctica en Quebec, indicando que

La muerte por suicidio de un paciente representa un hecho significativo en la carrera de los profesionales de la salud mental, hasta el punto de que va acompañada de un período de angustia inicial y cambios en la práctica clínica. La intensidad de las reacciones iniciales parece normal y apropiada, dadas las trágicas circunstancias. (Henrsy, 2006, p, 79)

Los/las profesionales de la salud mental pueden tener diversas percepciones del suicidio, lo que influye en el impacto que este genera en ellos/as. Un estudio realizado a 19 profesionales de salud mental en psiquiatría donde sus pacientes consumaron suicidio investigó la percepción del suicidio de los/las participantes y como este hecho afectó su trabajo, indicando que vivieron un conflicto interno que les afectó tanto a nivel personal como profesional, desarrollando estrategias que implicaban una zona de seguridad y una mayor vigilancia en respuestas a estos conflictos. Ello conlleva a desarrollar un aprendizaje en relación con realizar mejores evaluaciones del suicidio, volverse más abierto a hablar sobre la muerte con los pacientes y desarrollar un grado de humildad en comprender la situación de vida de un paciente (Rytterström et al., 2020).

Chemtob (1989) realiza una investigación en la cual compara la frecuencia y el impacto del suicidio de un paciente, haciendo una distinción entre psicólogos/as y psiquiatras. Este autor refiere que el 22% de psicólogos/as y el 51% de los/las psiquiatras informaron haber experimentado la pérdida de un paciente por suicido, además ambos experimentaron interrupciones significativas en su vida personal y profesional después de este hecho, argumentando que el suicidio del paciente es un riesgo laboral para los/las psicólogos/as y psiquiatras. La diferencia en los porcentajes se da principalmente debido al tipo de paciente que suelen tratar ambos profesionales y el tiempo que pasan con ellos, en donde la gravedad del trastorno está fuertemente correlacionada con un paciente suicida. Los/las psiquiatras suelen tener mayor concurrencia en hospitales y pabellones, en donde gran parte de los tratamientos que realizan son dirigidos a pacientes severamente perturbados, a diferencia de ellos/as los/las psicólogos/as suelen tratar con trastornos principalmente de ansiedad o de personalidad (Chemtob et al., 1989). Esto indica que el tipo de paciente y el contexto laboral son variables influyentes en la cantidad de profesionales de la salud mental que experimentan el suicidio de un paciente.

Un estudio realizado en la University of Hawaii and Veterans Administration, Honolulu en Hawái sobre el nivel de impacto en los/las psicólogos/as en base a los resultados obtenidos mediante una encuesta nacional aplicada a psicólogos/as del Registro Nacional de Proveedores de Servicios de Salud en Psicología quienes

fueron seleccionados al azar, indica que el 22% los/las psicólogos/as han experimentado el suicidio de un paciente, generando un impacto personal y profesional. De aquellos/as psicólogos/as que experimentaron este evento, el 49% presentó síntomas de estrés semanas posteriores al suicidio (Chemtob, 1988).

2.9. Sentidos Subjetivos y el Significado del suicidio para los Terapeutas.

En relación a los sentidos subjetivos, se encuentran investigaciones que abordan el significado del suicidio para los/las terapeutas, estas investigaciones indican que el significado del suicidio puede variar dependiendo de la forma en la que estos/as interpretan el suicidio.

Un estudio realizado por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas en Lima, Perú, exploró los significados construidos en torno al suicidio por un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos de un centro de formación en Lima, este estudio indica que los/las psicoterapeutas evocaron diferentes significados frente al fenómeno del suicidio, los cuales son construidos a partir de las propias experiencias juntando distintos elementos del mundo externo e interno y el trabajo con pacientes suicidas. Los significados que otorgan al suicidio funcionan también como símbolos que permiten pensar y desarrollar emocionalidad de las relaciones humanas (Meltzer y Harris, 1990 citado en Callirgos, 2018). Los/las psicoterapeutas emplean el significado para dar sentido y comprender la psicodinámica del suicidio en cada uno de sus pacientes, de forma que puedan brindarles mediante la transferencia y la contratransferencia la oportunidad de un vínculo diferente, apoyándose en su formación teórica, que a veces no es suficiente (Callirgos. 2018).

Otros estudios indican que los sentidos subjetivos de los/las terapeutas que trabajan con pacientes suicidas pueden ser influenciados por la cultura y los significados de las experiencias, un estudio realizado en la Universidad de Colima, México, analizó desde la perspectiva de la cultura tanto en prácticas como en significados, la experiencia de cuatro terapeutas que trabajaron con pacientes suicidas con la finalidad de generar una mayor comprensión a nivel de significados, valores, creencias y acciones. Esta investigación indica que en los/las terapeutas coinciden diversas emociones y significaciones culturalmente compartidos respecto al suicidio que a su vez articulan diversas prácticas tanto dentro como fuera de la

consulta, tales como experimentar sorpresa y preocupación anticipatoria ante la posibilidad de un intento suicida por parte de los/las pacientes, refieren también un sentimiento de alivio ante un intento no consumado, mientras que ante un suicidio consumado, además de experimentar tristeza, aparecen fantasías sobre el juicio tales como el ser juzgado por los familiares del paciente; el juicio propio en tanto aparece la duda de haber podido hacer más para prevenir el suicidio; finalmente refieren el juicio de un otro indeterminado (Sánchez, 2020). Este autor concluye que desde la perspectiva de los/las terapeutas, el trabajo con pacientes con intento suicida requiere una serie de habilidades técnicas y preparación ya que se trata de casos que necesitan que el/la profesional esté más alerta, sumado a ello refiere que en esta modalidad de trabajo los/las terapeutas no se encuentran aislados de lo que sucede con sus pacientes y familiares, por lo que ante incidentes de intento suicida llegan a experimentar efectos de angustia, miedo y culpa. Por otra parte, el trabajo con pacientes con ideación suicida lleva al cuestionamiento de los propios motivos para vivir y ello incide a su vez en la perspectiva con la que pueden realizar su acompañamiento, resaltando la importancia de contar con elementos de auto cuidado como el tener redes de apoyo tanto personales como profesionales, ya que de no ser atendidos pueden llegar a desarrollar sentimientos de angustia y desesperanza.

3. Método

3.1. Paradigma y Método

La presente investigación se ubicó dentro del paradigma constructivo interpretativo y particularmente dentro del método cualitativo. En relación al paradigma constructivo interpretativo, según Rossato y Martínez (2018) es:

Un proceso complejo y dinámico de producción de conocimiento que involucra activamente a los participantes, incluido el investigador y, la naturaleza constructiva e interpretativa forman parte del mismo proceso en el que una orienta y complementa a la otra. El proceso interpretativo es siempre la producción de un nuevo significado sobre informaciones y acontecimientos que, en su relación, no tienen significados a priori. (p. 188)

El método utilizado en esta investigación fue el cualitativo, la utilización del mismo le entrega distintas herramientas al investigador que le permiten adquirir conocimientos profundos de determinados eventos, los que facilita la solución de problemas, como es el caso del uso de la investigación acción (Kemmis y McTaggart, 1988). En relación a la investigación cualitativa, esta se encarga de realizar descripciones e interpretaciones de algunos fenómenos humanos, dicha descripción e interpretación suele ser a través de las palabras de los sujetos y durante este procedimiento se deja de lado la perspectiva del investigador (Balcázar et al., 2013).

3.2. Diseño de Investigación

En relación con el diseño de la investigación, se utilizó el estudio de caso, según Urra et al. (2014):

El estudio de casos ha sido usado en una variedad de disciplinas como un detallado examen de un fenómeno único dentro del contexto de la vida real y consiste en una investigación en profundidad de un caso usando diferentes perspectivas y métodos para investigar los fenómenos sociales. Su particularidad es que considera esencial dos cosas relevantes para entender el fenómeno: el contexto donde toma lugar y la inclusión de los diferentes

elementos que podrían impugnarse en un caso particular, sea un individuo, una institución, o un grupo de casos. (párr. 3)

Para algunos autores su potencialidad está en la capacidad para generar premisas hipotéticas y orientar la toma de decisiones. Se considera el estudio de casos como una estrategia enfocada a la toma de decisiones, su relevancia consiste en la capacidad que existe para generar hipótesis y encontrar resultados. Además, centran su interés en un individuo, evento o institución y en su aplicabilidad a situaciones naturales (Álvarez y San Fabián, 2012).

3.3. Participantes y muestreo

La selección de muestra se realizó a partir del muestreo por bola de nieve, el cual es un tipo de muestreo no probabilístico, según Mendieta (2015):

Se utiliza para ciertos fenómenos, el proceso inicia con un participante que puede llevar a otros, a todos los participantes se les formula la misma pregunta. Se utiliza cadena de referencia a partir de uno o dos sujetos nada más, no hay espacialidad geográfica, no se ajusta tiempo y grupos potenciales. Al utilizar esta técnica si existe dificultad para encontrar más personas para la investigación, los participantes iniciales pueden invitar a otros posibles entrevistados para que sean parte del estudio, esto ayuda a aumentar el tamaño de la muestra y permite que tenga más representatividad. (pp. 1149–1150)

La muestra de este estudio estuvo compuesta por cuatro profesionales de la salud mental, los criterios utilizados para participar en esta investigación fueron el ser profesional de la salud mental y el haber experimentado durante el tiempo de trabajo en la red SENAME/Mejor Niñez el suicidio de algún beneficiario/a.

3.4. Procedimiento de Recolección de Información

El proceso que se llevó a cabo para realizar la recolección de datos fue mediante la entrevista, la cual es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos, consiste en una conversación que tiene un objetivo más profundo que el solo conversar, es una técnica que utiliza lenguaje coloquial

(Díaz, 2013). Esta se realizó por los/las investigadores/as con el objetivo de obtener datos, la fuente de información fueron las vivencias de los/las profesionales de la salud mental, que siendo parte de la red SENAME/Mejor Niñez experimentaron el suicidio de uno/a de sus beneficiarios/as.

En cuanto a los criterios de calidad, esta investigación se centró en primer lugar en el tema valioso, esto implica que el tema que se investiga tiene relevancia y es oportuno, sumado a esto debe existir transparencia sobre los métodos utilizados, a esto se agrega que para conseguir lo que se pretende durante la investigación es necesaria la coherencia significativa (Tracy, 2021).

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En relación con la recolección de datos, se levantó información a través de entrevistas en profundidad, las que se realizaron a cuatro profesionales de la salud mental y tuvieron una duración aproximada de una hora y treinta minutos cada una. Se optó por este método, ya que como menciona Sampieri (2014) se utilizan cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad, en este caso se buscó conocer los sentidos subjetivos de los/las participantes, por lo que esta herramienta fue la óptima. Este autor la define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998, citado en Sampieri, 2014). Para tener una mayor profundidad en la entrevista y poder conocer de mejor manera la vivencia del sujeto, se realizaron entrevistas en profundidad, según Taylor y Bogdan (2008):

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. (p. 101)

Siendo este un modelo de conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

3.6. Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizó la teoría fundamentada, lo cual significa que la teoría (hallazgos) va emergiendo basado en los datos (Sampieri 2014).

La teoría fundamentada, también conocida como grounded theory en inglés, es una metodología de investigación cualitativa que fue desarrollada por Barney Glaser y Anselm Strauss, los cuales la definieron como una “aproximación inductiva en la cual la inmersión en los datos sirve de punto de partida del desarrollo de una teoría sobre un fenómeno” (Guillemette, 2006, como se citó en Morales, 2015, párr. 2). Esta metodología se utiliza para generar teorías y comprender fenómenos sociales o psicológicos desde la perspectiva de las personas involucradas. Su objetivo principal es desarrollar teorías sólidas y bien fundamentadas a partir de los datos recopilados directamente del campo de estudio, en donde se da énfasis al examen detallado de los datos empíricos antes que en lectura focalizada de la literatura (Glaser & Strauss, 1967; Goulding, 1998, como se citó en Morales, 2015), por lo que en lugar de comenzar con una teoría previa o un marco teórico, el investigador se sumerge en los datos y los analiza cuidadosamente para identificar patrones emergentes y conceptos clave.

Para Strauss y Corbin (como se citó en Rodríguez, 2021) el concepto de teoría se refiere a un conjunto de categorías, temas y conceptos que están adecuadamente construidos y relacionados de manera sistemática, de tal manera que posibilitan la explicación y la predicción de algún fenómeno de interés.

Estas categorías agrupadas proceden a ser codificadas, proceso sistemático que contiene tres tipos de codificación: abierta, axial y selectiva. En la codificación abierta está la pre-codificación y los códigos in vivo. La pre-codificación hace referencia a los códigos o subcategorías que se generan gracias a la subjetividad inductiva del investigador, mientras que los códigos in vivo son las expresiones y el lenguaje de los participantes. A partir de la codificación abierta se realiza la codificación axial, la cual consiste en la búsqueda activa y sistemática de la relación

que guardan las subcategorías y categorías entre sí. Finalmente, la codificación selectiva es la relación conceptual y teórica que guardan relación entre sí los códigos y que se concreta en la teorización, la cual ocurre cuando el investigador integra dichas relaciones dentro de un relato que contiene un conjunto de proposiciones (enunciado que expresa la relación entre dos o más categorías y sus propiedades), discerniendo, comprendiendo y dando sentido a los datos, lo cual es conocido como sensibilidad teórica (García y Suárez, 2016).

3.7. Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas que se estimaron pertinentes fueron el consentimiento informado y el anonimato, estas principalmente para generar una mejor disposición en la entrevista, ya que el objetivo fue obtener los sentidos subjetivos de los/las participantes a través de sus vivencias y el anonimato asegura el respeto a la privacidad. Dentro del consentimiento informado se mencionaron estos términos y también se solicitó el permiso para poder realizar grabaciones de audio de la entrevista con el fin de obtener material para un mejor análisis.

Además se actuó bajo la ley 19.628 sobre Protección de la Vida privada (Publicada en el Diario Oficial de 28 de agosto de 1999), la cual tiene como objetivo proteger el derecho a la privacidad y el manejo de los datos personales de los ciudadanos Chilenos (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile).

4. Resultados

A partir del análisis de la información obtenida en las entrevistas realizadas a los/las cuatro profesionales de la salud mental detalladas en apartados anteriores, en la fase de codificación abierta se identificaron 162 códigos. En una segunda fase de análisis se obtuvieron 9 categorías, que posteriormente en una tercera fase de análisis se redujeron a 8 compuestas por las subcategorías presentadas en las tablas.

*Las citas que se presentan se codificaron de acuerdo con la descripción que se ejemplifica: H, 49, corresponde a un Hombre de 49 años, para diferenciar a los/las participantes de misma edad y sexo se agrega una a o b al final.

4.1. Construcciones simbólicas de profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as.

Los participantes de este estudio vincularon el suicidio consumado con factores de riesgo psicoemocionales arraigados en el núcleo familiar, la sociedad y el Estado, señalaron la percepción del abandono hacia los/las beneficiarios/as como un componente emocional crucial. Además, expresaron que el suicidio se abordó de manera inadecuada tanto a nivel familiar, como social y estatal, donde se afectó principalmente a niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad.

4.1.1. Sentidos subjetivos de factores del suicidio

Categorías	Subcategorías	Relato de la vivencia
Significados subjetivos de factores del suicidio.	Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida asociado a sentimientos de soledad.	“...Muchas de las personas que tienen la ideación su mayor (...) padecimiento es la soledad (...) se sienten solos (...) y no es que lo estén, si no que se sienten solos que es distinto...” (H, 49).
	Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida asociado a escaso apoyo.	“...Falló la familia y falló el estado (...) falló la familia porque la familia es la primera red de contención que debe tener un niño y son quienes forman parte y posteriormente falló el estado...” (H, 49).
	Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida	“...Un abandono emocional de ambas figuras, muchas carencias

asociado al abandono.

socioemocionales, lealtades mal entendidas, un sentido de pertenencia igual, ligado a (...) como a esa desesperanza aprendida, es decir, es lo que tengo, me aferro a esto...” (H, 43a).

Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida asociado a incomprensión de la niñez por parte del estado.

“...La niñez entendida bajo la lógica de un burgués, no se comprende, porque el burgués sólo comprende a los burgueses po’, estos cabros son pobres, y no solo pobres a nivel de carencias de cosas materiales, si no emocionalmente pobres, entonces las leyes las hacen tipos que no saben eso...” (H, 43b).

Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida asociado a escasez de estrategias de prevención de suicidio.

“...las políticas que vienen ahora son orientadas justamente a la reacción y no a la prevención porque reaccionamos cuando ya el joven se suicida, no reaccionamos de manera previa...” (H, 49).

Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida asociado al individualismo.

“...el individualismo de cada uno también hace que no podamos observar en el otro ciertos rasgos que puedan ser constitutivos de que tiene algún... eh alguna ideación suicida...” (H, 43b).

Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida asociado a factores resilientes insuficientes.

“...pueden haber problemas de base y que tus factores resilientes no son los suficientes como para poder salir adelante y en algún minuto tú decides acabar con todo esto porque ya te superaste y porque no hay un apoyo detrás...” (M, 36).

Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida asociado a dinámicas familiares deficientes.

“...los padres en la actualidad fueron niños maltratados, entonces no logran observar ningún tipo de rasgos con respecto a la ideación suicida...” (H, 43a).

Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida asociado al estrés.	“...se sienten una carga, se sienten menos que otros, es todo un tema, es un tema social-psicológico muy importante en ellos (...) que lamentablemente dentro de su momento emocional durante su estrés, la única solución que ven ellos posible es el suicidio...” (H, 49).
Construcción subjetiva de factores de riesgo suicida asociado a la ambivalencia.	“...pucha se le pasó la mano y solo quiso cortarse o tal vez se arrepintió en algún momento...” (M, 36).
Construcción subjetiva de factores protectores ante riesgo suicida asociado a las figuras de apoyo.	“...de una población de 100 niños tal vez podrías salvar a un 70% de los niños porque vas a estar presente, vas a poder entender vas a poder tener mentalización, vas a poder tener sensibilidad, reconocer los sentimientos del (...) poder ayudar a alguna manera a lo mejor la decisión está tomada, pero puedes tratar de retener y buscar la ayuda necesaria para esa persona...” (M, 36).

Fuente: elaboración propia.

4.1.1.1. Codificación Axial Significados Subjetivos de factores del suicidio.

En relación con la categoría significados subjetivos de factores del suicidio, los/las participantes elaboraron construcciones subjetivas en las cuales se asociaron los factores de riesgo suicida a los aspectos emocionales, como la sensación de soledad y la dificultad para manejar las emociones. Este fenómeno se atribuyó a la carencia de apoyo por parte de las familias, la sociedad y el Estado, en donde el abandono por parte de estos se presentó como un factor crucial en el aumento del riesgo suicida. Asimismo, la falta de comprensión hacia la niñez y adolescencia por parte de la sociedad y el gobierno contribuyó a agravar estos riesgos. Además, los/las participantes identificaron las figuras de apoyo como factores protectores frente al riesgo suicida, donde se destacó la importancia del impacto positivo que estas pueden llegar a tener en la vida de los niños, niñas y adolescentes.

4.1.2. Sentidos subjetivos de significados del Suicidio

Categorías	Subcategorías	Relato de la vivencia
Simbolismos asociados al suicidio	Construcción subjetiva sobre el simbolismo asociado al suicidio como una vía de escape.	“...creo que va a ser casi una herramienta de escape, así lo veo, como que el suicidio es una herramienta de escape a una sociedad que te agobia...” (H, 43b).
	Construcción subjetiva sobre el simbolismo asociado al suicidio como algo ambivalente.	“...esta ambivalencia, sentir que uno toma una decisión muy cobarde porque te cortas tu vida, pero la decisión muy valiente porque te haces algo en contra de ti...” (M, 36).
	Construcción subjetiva sobre emocionalidades asociadas a la soledad.	“...yo creo que es más, si la persona se sintió muy sola, ¿por qué se sintió sola? O sea somos, somos gregarios, somos, somos una sociedad, estamos en grupo...” (H, 49).
	Construcción subjetiva sobre emocionalidades asociadas al agobio.	“...como que el suicidio es una herramienta de escape a una sociedad que te agobia...” (H, 43b).
	Construcción subjetiva sobre emocionalidades asociadas al aburrimiento.	“...alguien por X motivos esta aburrido’ de vivir y toma esa determinación, pero actualmente y socialmente es complejo el suicidio...” (H, 43b)
	Construcción subjetiva sobre emocionalidades asociadas al dolor emocional.	“...lo ven como la única salida posible y que está asociado con el dolor psicológico y emocional, es como la única forma de poder eh... dejar de sufrir...” (H, 49).
	Construcción subjetiva sobre emocionalidades asociadas a carencia emocional.	“...alguien llega a esta decisión porque no encontró en su núcleo familiar (...) alguien que pudiera ser un soporte emocional...” (H, 43a).

Fuente: elaboración propia.

4.1.2.1. Codificación Axial Sentidos subjetivos de significados del Suicidio.

En relación con la categoría significados del suicidio, los/las participantes elaboraron construcciones subjetivas en las cuales se establecieron simbolismos

asociados al suicidio, donde fue considerado como un acontecimiento recurrente y como un tabú en la sociedad. Agregan que sus beneficiarios/as vieron el suicidio como una vía de escape ante el sufrimiento psicoemocional y como una liberación del estrés social. Además, interpretaron el acto como ambivalente, donde se percibió como una decisión valiente y a la vez cobarde. También destacan la incertidumbre sobre si aquellos que consumaron el suicidio lo hicieron con la intención real de quitarse la vida o no.

En cuanto a la construcción simbólica de las emocionalidades vinculadas al suicidio de los/las beneficiarios/as, estas se percibieron principalmente en sentimientos de soledad, de abandono por parte de su núcleo familiar, así como en el agobio y estrés social. También se relacionaron con la pérdida de ganas de vivir, el dolor emocional, la sensación de ser una carga para los demás y las carencias emocionales. Además, se asoció a una limitada capacidad para gestionar las emociones, así como también que existieron relaciones perjudiciales y redes de apoyo ineficientes.

4.2. Construcciones emocionales de los/las profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as.

Los/las participantes de este estudio experimentaron emociones derivadas del suicidio de un/a beneficiario/a, lo cual tuvo repercusiones tanto en su vida laboral como personal. Este impacto se manifestó a través de cambios en el empleo después del suicidio de un/a beneficiario/a y modificaciones en la percepción de la vida. Además, desarrollaron como mecanismos de defensa el distanciamiento en su relación profesional-paciente como resultado de las construcciones emocionales que se desarrollaron.

4.2.1. Impacto en la emocionalidad del profesional de salud mental.

Categorías	Subcategorías	Relato de la vivencia
Impacto en la emocionalidad del profesional.	Impacto en la emocionalidad asociado a sensación de abandono.	“...tuve que hacer contención a mis compañeras, una trabajadora social y la otra era técnico social (...) y fue la única contención que tuvimos...” (H, 49).

Impacto en la emocionalidad asociado a sentimientos de frustración y malestar por falta de apoyo.	“...entonces para mí fue muy difícil porque tampoco recibí como el apoyo en sí de la de la fundación donde estaba...” (M, 36).
Impacto en la emocionalidad asociado a sentimiento de decepción/frustración.	“...Sí me afectó mucho, la decisión que tomó él y el como para el sistema (...) pa’ el sistema sigue siendo un número no más po’. Entonces igual eso me complicaba no lo lograba entender...” (H, 43a).
Impacto en la emocionalidad asociado a sentimiento de rabia como reacción inicial.	“...su suicidio era como en un comienzo fue rabia, fue rabia, porque dije tan joven, había empezado todo bien. ¿Por qué? ¿Por qué decidiste? Nada, no valía la pena...” (M, 36)
Impacto en la emocionalidad asociado a sentimiento de rabia por reacción de la organización.	“... le agarré súper mala onda a las personas de ahí y me fui por eso, porque no soportaba la hipocresía de ahí, me parecía que era un hecho tan grave y que al otro día te estuvierai’ riendo y que al otro día estuvierai’ pelando al muchacho que tomó esa decisión...” (H, 43a).
Impacto en la emocionalidad asociado a sentimiento de rabia con el sistema.	“...lo que permanece y no se ha ido es la rabia (...) rabia con el sistema, con el estado, el cómo abandonamos po...” (H, 43b).
Impacto en la emocionalidad asociado a sentimiento de pena como emoción inicial.	“...en el primer momento fue muy penoso, creo que los primeros dos años fueron muy tristes...” (H, 43a).
Impacto en la emocionalidad asociado a	“...no sabía yo que era tan sensible con eso pero sí

sentimiento de pena frente a la indolencia.	claro, me, me afectó porque vi como que la indolencia en los otros, entonces cuando alguien es indolente (...) me pone mal..." (H, 43a).
Impacto en la emocionalidad asociado al sentimiento de culpa como la emoción más difícil de sobrellevar.	"...la culpa, la culpa era tremenda era así como... yo fui la última persona que llamó..." (H, 43a).
Impacto en la emocionalidad asociado a estado de incredulidad.	"...Primero, esa incredulidad de no saber, o no creer, más que no saber, no creer que lo que estaba pasando era cierto, no quería creerlo..." (H, 43b).
Impacto en la emocionalidad asociado a dolencia emocional permanente en el tiempo.	"...es una pérdida que te sorprende y te deja súper mal, ósea te cuesta superarlo, estamos hablando del 2019 y a mí todavía a veces me cuesta hablar de ella..." (H, 49).
Impacto en la emocionalidad asociado a temor a la posibilidad de que se suicide otro beneficiario/a.	"...Me pasaba que posterior al suicidio yo decía chuta ¿y si me pasa lo mismo?, ¿y si llego a vivir la misma experiencia?, si me está pasando esto ¿por qué? ¿Cómo pudiese resolverlo yo tal vez?..." (M, 36).
Impacto en la emocionalidad asociado a temor a sentirse vulnerable.	"...después decía no me quiero vincular tanto con alguien que después va a tomar una decisión que no corresponde o que quizás yo no quiero ser parte de eso..." (H, 43a).
Impacto en la emocionalidad asociado a estado hiperalerta.	"...entonces estábamos mucho más hiperalerta, cuando se mandaba a cambiar a Caldera, cuando

	estaba en consumo, ósea, andábamos muy hiperalerta con respecto a cómo funcionaba esa niña usuario nuestro...” (H, 49).
Impacto en la emocionalidad asociado a las relaciones laborales.	“...de hecho después tuvimos una crisis como grupo, la amistad que había se rompió, hasta cuando nos encontramos a veces con mis compañeras, el solo nombrarla para nosotros ya es un dolor...” (H, 49).
Impacto en la emocionalidad asociado a cuestionamientos a nivel personal.	“...pero cuando pasó esto me cuestioné mucho yo como, como hombre, como persona...” (H, 43a).
Impacto en la emocionalidad asociado a cuestionamientos en el ámbito laboral.	“...me cuestioné el por qué estaba trabajando ahí, me lo cuestioné y también después me cuestioné mucho tiempo el cómo no lo detecté...” (H, 43a).
Impacto en la emocionalidad asociado a inseguridad.	“...me cuestioné, si lo que estábamos haciendo realmente funcionaba algo o simplemente estaba cumpliendo con un deber (...) me costó entender, si lo que hacía yo servía o no servía...” (H, 49).
Impacto en la emocionalidad asociado a desánimo.	“... no tenía ánimos de ir a trabajar, porque no tenía ánimos (...) porque no me sentía cómoda, porque no me sentía bien en esa oficina, porque no me sentía bien viendo las carpetas...” (M, 36).
Impacto en la emocionalidad asociado al aislamiento.	“Estuve mucho tiempo así como solo en el sentido de que sin socializar con

otros...” (H, 43a).

Fuente: elaboración propia.

4.2.1.1. Codificación Axial impacto en la emocionalidad del profesional de salud mental.

En relación con la categoría impacto en la emocionalidad de los/las profesionales que se asociaron a la consumación del suicidio de sus beneficiarios/as, los/las participantes compartieron experiencias que revelaron una profunda repercusión en sus vidas, tanto a nivel personal como profesional. Las emociones principales que se asociaron a este impacto son la culpa y la rabia, seguidas por la tristeza en etapas posteriores. Estas emocionalidades perduraron en el tiempo, ejerciendo una influencia que se observó hasta la actualidad. Se observaron respuestas emocionales tanto al acto mismo como a la respuesta de la organización, esta última desempeñó un papel significativo en las vivencias de los/las participantes. Principalmente los sentimientos de malestar y frustración que surgieron debido a la falta de respaldo institucional, provocaron cambios del lugar de trabajo y rupturas en las relaciones laborales con los/las demás profesionales.

Como consecuencia adicional, estas emocionalidades se vincularon a cuestionamientos internos y a inseguridad en el ejercicio profesional. Además, se manifestó un temor a volver a vivir la experiencia traumática.

4.3. Principales experiencias de los/las profesionales de salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as.

Los participantes relataron las vivencias asociadas al suicidio de beneficiarios/as, donde detallaron la forma en que se enteraron del suicidio, el contexto en el que se encontraban cuando se les informó el hecho y la respuesta que tuvo la familia posterior a la consumación del suicidio.

4.3.1. Vivencias de los/las profesionales de la salud mental

Categorías	Subcategorías	Relato de la vivencia
Vivencias de profesionales de salud mental.	Vivencias del suicidio de beneficiarios/as.	“... cuando estaba haciendo uso de mis vacaciones me llaman mis compañeras para informarme la muerte de nuestro usuario, (...) un

golpe duro, de primera pensaba que era una muy mala broma...” (H, 49).

“...llego de vuelta de vacaciones, (...) escucho la radio (...) adolescente se suicidó en el litoral azul en Copiapó (...) le digo uy yo atendía una niña en el litoral po’, pero no creo que sea ella (...) veo un mensaje de la secretaria en donde me dice María José se suicida, se colgó...” (M, 36).

“...me llama su hermana (...) y ahí me comunica que... que Luis toma la (...) eh la decisión de atentar contra su vida (...) para mí fue muy complejo porque por muchos años me sentí muy culpable...” (H, 43a).

“... llevábamos como dos días en el otro trabajo (...) yo estaba leyendo el diario (...) salían unas siglas (...) algo pasa con estas siglas (...) y fuimos a verlo (...) su mamá (...) gritaba (...) yo no entendía lo que pasaba (...) lloraba y decía mi hijo (...) y ella me pega como un combo po, me dejaste botado a mi hijo, así me dijo, y se mató (...) quedé en shock no lo pude entender...” (H, 43b).

Vivencias con la familia de beneficiario/a.

“...estuvimos con la madre y la acompañamos, después fuimos al funeral (...) nosotros como tripleta tratamos de seguir atendiendo a la señora, la tratamos de ir a ver a la casa y no nos recibía, no nos recibió nunca más...” (H, 49).

“...después fue difícil porque sí, después yo ahí vi al papá mal, así ya como que se tiró de pleno a las adicciones (...) la señora igual recaía el tema del consumo, volvía, recaía y volvía...” (H, 43a).

“...yo trabajaba netamente con la señora Lorena, mamá de la María José (...) el papá era un papá proveedor, era un papá bien ausente en la crianza,

con el papá (...) nunca pude tener una conexión porque el papá siempre estuvo ocupado...” (M, 36).

“...la señora después de la muerte de su hijo comprendió algunas cosas y tomó algunas determinaciones (...) no es la persona del 2017, es otra persona, se independizó, hizo otras cosas, le fue bien...” (H, 43b).

Fuente: elaboración propia.

4.3.1.1. Codificación Axial Experiencia de los profesionales de la salud mental.

En relación con la construcción simbólica de las experiencias, se observó un perfil recurrente en el que los/las participantes identificaron a niños, niñas y adolescentes con un alto nivel de carencias en el ámbito afectivo y familiar. En el contexto laboral de las experiencias narradas, los/las participantes no se encontraban con los casos directamente, ya que se encontraban en otro trabajo o en periodo de vacaciones cuando sucedió el suicidio de sus beneficiarios/as.

4.3.2. Consecuencias en el/la profesional causadas por suicidio

Categorías	Subcategorías	Relato de la vivencia
Consecuencias en el/la profesional causadas por el suicidio.	Cambios en la forma de intervenir aumentando la profundización.	“...empecé a analizar bien la situación, me di cuenta de que justamente eso pasaba po’, de que había obviado rasgos que deberían haber sido más profundizados por eso fue como un aprendizaje en realidad...” (H, 43a).
	Cambios en la forma de intervenir aumentando la observación.	“...esto me ayudó a poder observar más, quizás esos detalles que se me escaparon, que creo yo que se escaparon, que no se escapen acá, de generar mayor vínculo, generar estrategias de resolución de ciertas dificultades que tengamos...” (H, 43b).
	Cambios en la forma de intervenir buscando nuevas estrategias.	“...buscar las estrategias para poder disminuir estas conductas, en generar recursos que pudiesen ayudarle a salir

	de ahí, en conectarme con la historia...” (M, 36).
Nueva perspectiva de la importancia de respetar los protocolos.	“...el protocolo de (...) salud, familiar, policiales, cuando hay riesgo suicida hay que activar todos esos protocolos y transmitir el protocolo a las familias, ser responsable con la familia, ser honesto con ellos...” (H, 49).
Consecuencias emocionales.	“...el costo que se paga emocionalmente es muy alto y (...) el psicólogo no es alguien que trabaje con una calculadora, sino que trabajamos con nuestras psiquis y trabajamos con nuestra emocionalidad...” (H, 49).
Nueva construcción subjetiva sobre el rol como profesional.	“...salí como de ese rol de mega terapeuta y me puse al nivel, soy igual que todos po’ (...) entonces no tengo nada especial, alguna universidad dice que yo hago tal cosa, pero vale lo dicen ellos, pero yo quiero conocer al ser humano...” (H, 43b).
Construcciones subjetivas de los límites como profesional.	“...entender que hay cosas que quedan fuera de mi alcance (...) por más que quiera, no puedo ayudarlo a la persona así al 100% si es que esa persona no quiere...” (H, 43a).
Respeto del horario laboral para proteger su salud mental.	“...¿cómo me cuido yo? (...) como profesional, como persona en caso mío yo atiendo hasta las 5:30 no más y después de ahí para allá, y los fines de semana y cuando me corresponde...” (H, 49).

Fuente: elaboración propia.

4.3.2.1. Codificación Axial Consecuencias en el/la Profesional causadas por suicidio.

En relación con la categoría consecuencias en el/la profesional causadas por el suicidio de su beneficiario/a, los/las participantes elaboraron construcciones

subjetivas en las cuales se identificaron diversas dimensiones, las problemáticas asociadas al suicidio y en base a las mismas se observó que las consecuencias fueron principalmente a nivel emocional. Las construcciones subjetivas en cuanto a la afectación en el/la profesional se asociaron a cuestionamientos de su rol como interventor, además surgió un nuevo temor, el que se encuentra asociado a la posibilidad de atravesar la misma situación con otro de sus beneficiarios/as y se percibió la importancia de profundizar en el contexto de las sesiones con los/las beneficiarios/as. Como una consecuencia en los/las profesionales surgieron cambios en la forma de vincularse con los demás casos, posterior al suicidio se configuró un mecanismo de defensa relacionado a mantener las distancias, se acompañó además por la intención de convencerse de que se realizaron todas las acciones posibles y que es necesario disminuir las altas expectativas en torno al rol terapéutico que cumple el/la profesional de la salud mental.

4.3.3. Manejo del suicidio de su beneficiario/a

Categorías	Subcategorías	Relato de la vivencia
Manejo del suicidio de su beneficiario/a.	Contención a sus colegas en la organización.	“...caía yo un día, al otro día cayó el otro (...) entonces quien estaba más afectado ese día lo apoyamos, hacíamos contención, pero entre nosotros jeje eso es lo triste, entre nosotros...” (H, 49).
	Búsqueda de red de contención para manejar sus emociones.	“...en el fondo busqué una red de contención en la cual yo exponer lo que estaba pasando, lo que estaba viviendo, mis cuestionamientos y entender cómo funcionaba todo...” (H, 49).
	Terapia para comprobar si podía continuar sus funciones laborales.	“...me planteaba si realmente mis decisiones eran las correctas o no y por eso busco la terapia para (...) ver si estaba lista o no para volver al campo laboral, para poder enfrentarme a este mundo de la protección...” (M, 36).
	Cuestionamiento de la forma de abordar el caso.	“...te cuestionas muchas cosas, tu trabajo, si como persona más que como profesional, no supiste abordar la situación, como no te diste cuenta y aparecen muchos fantasmas (...) después de 1 año recién se van a ir...” (H, 49).

<p>Apoyo recibido por la hermana del beneficiario al entregarle una carta escrita por él.</p>	<p>“... ¿Qué es lo que más me ayudó?, fue bueno, la carta que me dejó (...) me ayudó mucho a desculpabilizarme un poco, estaba muy culposo y me ayudó también mucho entender este hecho...” (H, 43a).</p>
<p>Apoyo recibido por su entorno cercano.</p>	<p>“...ese entorno protector que uno genera es clave al momento de pasar por crisis, yo creo que si no hubiese tenido ese núcleo protector no hubiese sido tan fácil...” (H, 49).</p>
<p>Aceptación del suicidio de su beneficiaria.</p>	<p>“...yo a ella lo único que le pediría es que ella en donde estuviera fuera feliz, entonces eso me ayudó a superar lo que venía porque me daba lo mismo que llegara la prensa que llegara el día que llegara...” (M, 36).</p>
<p>Contención recibida por colegas profesionales.</p>	<p>“...tengo un entorno de amigos, de profesionales, de psicología y trabajo social con quienes yo cada cierto tiempo me junto, conversábamos ciertas temáticas y ellos me ayudaron a mí a ir saliendo de eso...” (H, 49).</p>
<p>Consecuencias emocionales asociadas al suicidio de su beneficiario/a.</p>	<p>“...tuve que buscar contención en mi círculo más cercano (...) porque en el fondo quedas muy dañado, el daño que se sufre es muy fuerte...” (H, 49).</p>
<p>Entendimiento de que realizó todo lo que pudo con su caso.</p>	<p>“...era volver a significar la muerte de una manera distinta, también era entender que hay decisiones que uno no puede cuestionar y ya no le podían dar respuesta que ya no podían hacer nada más que ya había dado todo...” (M, 36).</p>
<p>Distanciamiento emocional de sus beneficiarios/as.</p>	<p>“...ya no transfiero mi vida hacia los pacientes, es una posición personal que tuve que tomar, porque el costo que tuve asociado a atender a personas que en algún momento puede tomar la decisión (...) es muy alto a nivel personal...” (H, 49).</p>
<p>Terapia como para despedirse de su beneficiaria.</p>	<p>“...para mí el tema de cerrar los ciclos es muy importante, cuando hacemos esta</p>

	terapia (...) fue una despedida a ella más personal, siento que pude conectarme con ella y liberarla de alguna manera...” (M, 36).
Desculpabilización respecto al suicidio de la beneficiaria.	“...entonces no estaba tan sólo y tampoco me sentí solo (...) el darle más vueltas a eso me ayudó hasta a como casi desculpabilizarme...” (H, 43b).

Fuente: elaboración propia

4.3.3.1. Codificación Axial Manejo del Suicidio de su beneficiario/a.

En relación con la categoría manejo del suicidio de su beneficiario/a, los/las participantes elaboraron construcciones subjetivas asociadas a sentimientos de soledad como profesionales, frente a esto significaron la importancia de establecer redes de apoyo para afrontar este hecho y consideraron clave el tener un núcleo que les ayude a enfrentar esta situación. En relación con lo anterior, uno de los métodos que utilizaron fue generar espacios de contención emocional entre el mismo grupo de profesionales asignados al caso y la estrategia que utilizó la totalidad de participantes fue asistir a terapia psicológica para recibir ayuda externa debido a que no se la entregó la institución.

4.3.4. Forma en que la organización abordó el suicidio de su beneficiario/a

Categorías	Subcategorías	Relato de la vivencia
Forma en que la organización abordó el suicidio de su beneficiario/a.	Indefensión de los/las profesionales de la red.	“...la red es una muy buena escuela, tú aprendes mucho, pero el maltrato que se sufre también es mucho, entonces es como aprende y arranca porque la indefensión de las personas que trabajan en la red es alta...” (H, 49).
	Ausencia de contención emocional a los/las profesionales de la red posterior al suicidio.	“...el Servicio Nacional de Menores tampoco le preguntó a los profesionales que teníamos el caso, “oye, ¿cómo se sienten realmente con esto?” no, hazte un informe y pone la última vez que hablaste con él...” (H, 43a).
	Falta de consideración	“...se da por entendido de que porque tú

de los aspectos personales de los/las profesionales.	trabajas en esta área no requieres ayuda (...) el sistema aún no logra entender que son personas que tratan a otras personas y no son máquinas tratando a una persona...” (H, 43a).
Manejo del suicidio por parte de la Organización.	“...lo único que le interesó al estado en ese momento, fue que la carpeta estuviese completa, o sea en ningún momento preguntaron ustedes ¿Cómo están? ¿Cómo se sienten? No, en ningún momento...” (H, 49).
Interés netamente administrativo en el manejo del caso.	“...cosas tan simbólica como vaciar la carpeta era como que, ya mira esta mina se murió sacar la carpeta y no hay más, se borró el registro de la niña y nosotros quedábamos impactados de (...) ¿cómo borras a un ser humano así?...” (H, 49).
Interés netamente relacionado a la necesidad de dar respuestas a los medios.	“...en ese momento nadie preguntó, ¿cómo te sientes?, ¿cómo estás? ¿qué necesitas? era vente, va a llegar la prensa mañana va a llegar la televisión y necesitamos dar respuesta...” (M, 36).
Nulo apoyo a los/las profesionales a cargo del caso.	“...el abandono se siente porque en ese momento lo que necesitamos nosotros (...) fue una contención real...” (H,49).
Autocuidado para manejar la sobrecarga emocional y laboral.	“...existe una jornada de autocuidado (...) y eso no alcanza, aunque lo hagan todos los meses, no alcanza, ósea, hay que hacer una intervención mucho mayor...” (H, 49).
Insuficiencia de las instancias de autocuidado.	“...¿hacer reiki, en serio? (...) se le acaba de matar alguien, ¿no crees que es mejor llevarlo a terapia? Entonces no tengo nada contra eso, pero digo podría ser mejor, podría apuntar a otra cosa mejor...” (H, 43a).
Desinterés de la organización por el/la profesional.	“...pensaron en la carpeta, no en el profesional, porque como te digo esa carpeta tuvo rotación de profesionales (...) y había muy mala práctica...” (M, 36).

Fuente: elaboración propia

4.3.4.1. Codificación Axial de la forma en que la organización abordó el suicidio.

En relación con la categoría forma en que la organización abordó el suicidio, los/las participantes elaboraron construcciones subjetivas en las que sintieron que la organización no consideró la parte humana existente en el/la profesional. Esta situación se reflejó en que no recibieron ningún tipo de apoyo a nivel organizacional, en donde la principal preocupación en este contexto a nivel organizacional consistió en darle prioridad a temas administrativos, ligados a la revisión de las carpetas. Además, enfatizaron en la necesidad de esa contención que no recibieron, sumado a esto se agregó una crítica a las jornadas de autocuidado señalando que son insuficientes. En relación a lo anterior, por la complejidad de la situación atravesada se reforzó la idea de que es insuficiente realizar prácticas que no van a tener efecto en el/la profesional, donde indicaron que el apoyo psicológico es una verdadera forma de fomentar el autocuidado profesional.

4.3.5. Rol del Estado y del Sistema en los casos de suicidio de beneficiarios

Categorías	Subcategorías	Relato de vivencia
Rol del Estado y del sistema en los casos de suicidio de beneficiarios.	El Estado no entrega las herramientas necesarias para abordar los casos.	“...te dicen ayuda a este muchacho, no tiene papá ni mamá y ve qué podí’ hacer por él, entonces gubernamentalmente igual existe un abandono, el Estado abandona a esos chiquillos a su suerte...” (H, 43b).
	Desconocimiento del Estado de las realidades de beneficiarios.	“...la niñez se entendía bajo la lógica de un burgués, no se comprende estos cabros son pobres y no solo pobres a nivel de carencias de cosas materiales, sino emocionalmente pobres. Entonces las leyes las hacen tipos que no saben eso...” (H, 43b).
	No se utilizan formas más eficaces para abordar los casos.	“...el tema del Estado que yo insisto porque también lo veo acá, no es algo que se haya modificado (...) me encantaría decirles muchachos que sí, que se modificó y esto no es así pero no se ha arreglado mucho, casi nada...” (H, 43a).

Necesidad de establecer nuevas estrategias y tecnologías para trabajar en los casos.	“...falta generar mayores tecnologías, generar mayores espacios, los psicólogos, los trabajadores sociales, orientadores familiares tenemos mucho trabajo que hacer y tenemos mucho que aportar, pero tenemos que tener espaldas y una infraestructura que nos permita hacer trabajos...” (H, 49).
Construcción subjetiva sobre la responsabilidad Estatal en los casos.	“...yo creo que fue algo netamente social y familiar, abandono familiar y abandono del Estado (...) no supieron darle la herramienta para poder entender lo que estaba pasando con ella...” (H, 49).
Construcción subjetiva de la importancia de generar políticas estatales de prevención del suicidio.	“...las políticas que vienen ahora son orientadas justamente a la reacción y no a la prevención porque reaccionamos cuando ya el joven se suicida, no reaccionamos de manera previa y ese es un detalle no menor...” (H, 49).
Construcción subjetiva sobre la despreocupación por el/la profesional.	“...te das cuenta de muchas cosas, en el fondo el profesional es un profesional más, el sistema no considera esa parte humana de ti...” (H, 49).
Construcción subjetiva de la responsabilidad que requiere el/la profesional para intervenir los casos.	“...le faltó profesionales comprometidos, le faltó gente que aparte de estar por las lucas en el sistema hubiera gente que entregará intervención de calidad, no porque es un servicio gratuito, vas a entregar un servicio de 15 minutos...” (M, 36).

Fuente: elaboración propia

4.3.5.1. Codificación Axial del Rol del Estado y del sistema en los casos de suicidio de beneficiarios.

En relación con la categoría rol del Estado y del sistema en los casos de suicidio de beneficiarios/as, los/las participantes elaboraron construcciones subjetivas en las que se calificó el rol estatal y del sistema como ineficaz. Se percibió como causa principal el hecho de que las políticas estaban enfocadas en la reacción

frente a casos de suicidios y no en la prevención. Por otra parte, a nivel legislativo en una narrativa se explica que el Estado legisla para proteger a la niñez desde la perspectiva de la alta sociedad y esta situación no se puede adaptar a las realidades de los casos con los que trabajaba en su momento SENAME, que ahora se encuentran bajo la dirección del Servicio Mejor Niñez. En relación con lo anterior, los/las profesionales percibieron que no han realizado modificaciones a las políticas preventivas del fenómeno del suicidio que puedan tener resultado, percibieron que no se les entregaron las herramientas necesarias para poder abordar temáticas tan complejas y que son con las que trabajan como profesionales de la salud mental. Por último, se percibió que el Estado pese a ser el responsable de proteger la niñez y la adolescencia terminó abandonándolos a su suerte.

4.4. Codificación Selectiva: Teoría sustantiva de los Sentidos subjetivos de profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó.

Como teoría sustantiva sobre los sentidos subjetivos de los/las profesionales de salud mental que vivenciaron el suicidio de un/a beneficiario/a, se teorizó que los simbolismos atribuidos al suicidio se generaron a partir de las construcciones emocionales y la experiencia vivida, en donde los/las profesionales de salud mental simbolizaron el suicidio principalmente a través de los factores de riesgo, los que estaban relacionados al abandono familiar, social y estatal que vivieron los/las beneficiarios/as. Esto se estableció en base a la interpretación de la realidad en la que estos/as se encontraban.

Otra construcción simbólica que se atribuyó al evento del suicidio se asoció al impacto emocional, en donde los/las profesionales de salud mental describieron esta vivencia como una situación compleja, dolorosa y que perduró en el tiempo. De lo anterior se atribuyeron como las principales emocionalidades asociadas a este evento los sentimientos de rabia, culpa y tristeza. En relación con el ámbito laboral, los/las profesionales significaron como un factor determinante la falta de apoyo que tuvo la organización posterior a la consumación del suicidio de su beneficiario/a, donde realizaron una crítica a la forma en que la misma abordó el suicidio.

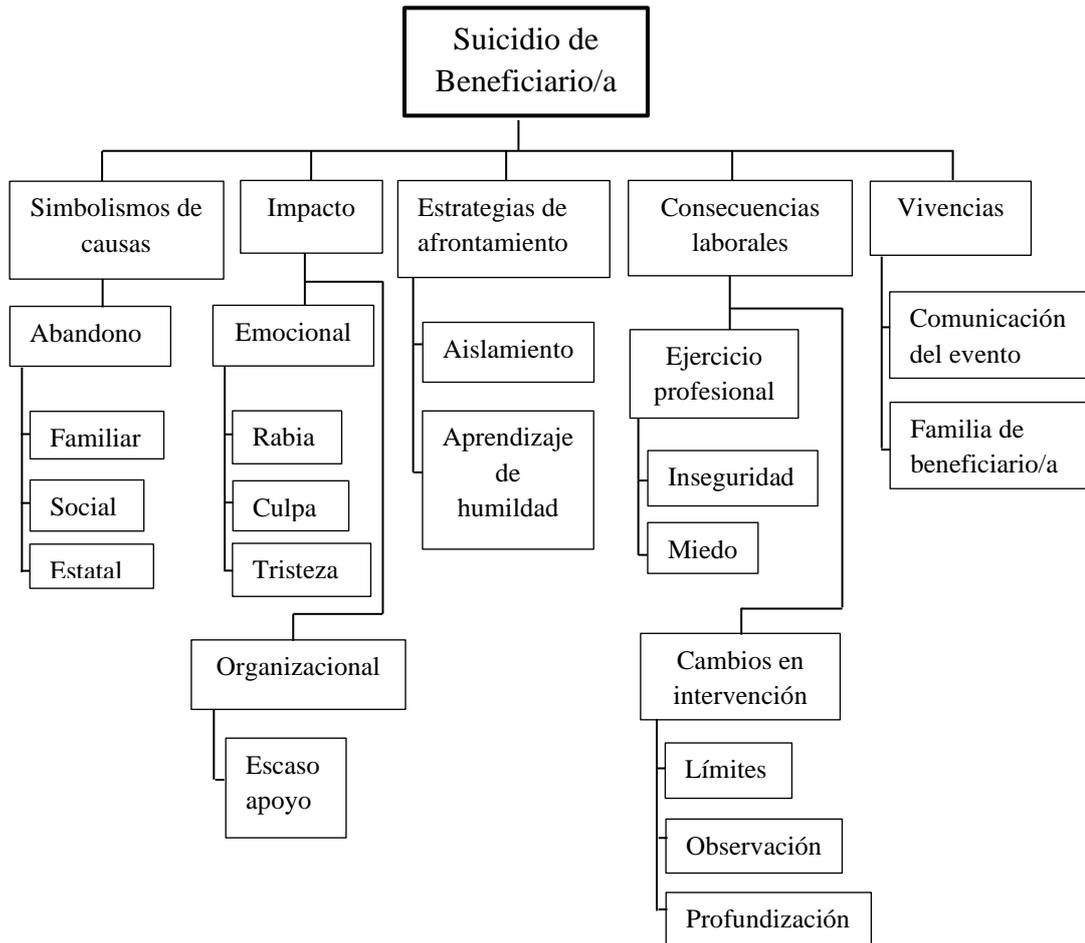
Siguiendo con lo anterior, en el ámbito laboral se vieron afectadas distintas áreas a partir de esta vivencia, en cuanto a la respuesta al suicidio los/las profesionales utilizaron diferentes estrategias para el afrontamiento, las que surgieron en base a sus propias construcciones emocionales. Dentro de ellas se identificaron el aislamiento y la búsqueda de aprendizajes. Seguido a esto, surgieron cuestionamientos laborales en los/las profesionales, que incluyeron inseguridad en relación a sus capacidades dentro del ejercicio profesional y miedo a volver a vivir la misma situación. También desarrollaron como mecanismos de defensa cambios en la forma de atender, lo que se reflejó en el establecimiento de límites en la relación profesional-beneficiario/a, mayor observación durante las intervenciones y un aumento en la profundización en temáticas de suicidio.

Por último, en relación con la vivencia los/las profesionales experimentaron incredulidad o estado de shock al momento de enterarse del suceso, realizaron modificaciones en sus vínculos laborales y en relación a la familia de su beneficiario/a los/las profesionales intentaron mantener el contacto con el núcleo familiar, quienes con el paso del tiempo dejaron de recibirlos/as

4.4.1. Modelo comprensivo-explicativo de los sentidos subjetivos de profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó.

Para facilitar el entendimiento de la información obtenida en la investigación, se generó una teoría sustantiva en la que se detallan los elementos estructurales de los resultados y se estableció una relación entre los mismos la que se observa en la siguiente página en la figura 1.

Figura 1



5. Discusión

La actual investigación se establece con el objetivo de conocer los sentidos subjetivos de profesionales de la salud mental respecto al suicidio de NNA en contexto de SENAME/ MEJOR NIÑEZ en Copiapó. En relación con esto, se indagan aspectos relacionados a las construcciones simbólicas, emocionales y sobre las principales experiencias de los/las profesionales de la salud mental que surgen como consecuencia de la consumación de suicidio por parte de su beneficiario/a.

En relación con las construcciones simbólicas de los/las participantes de la investigación, comparten una visión común de la muerte a nivel general, percibiéndola desde una perspectiva más oriental que occidental, significando la muerte como un proceso natural que refleja el fin de una etapa y el comienzo de otra. Sin embargo, en relación con el fenómeno del suicidio lo consideran como un hecho que se oculta socialmente, una suerte de tabú que se oculta del mundo pese a ser una situación recurrente. Esto se condice con lo que postula Guajardo (2017) quién postula que el suicidio se considera un tabú a nivel social, es por esto que se evita hablar de este fenómeno. Además, Gutiérrez (2023), señala que a pesar de la disminución en las tasas de suicidio desde el 2013 hasta el 2016, las fluctuaciones no logran alcanzar el nivel más bajo registrado en 2013. Indicando así que desde el año 2017 hasta el 2022 se observa un aumento en la tasa de suicidio adolescente, de lo que se infiere que es un fenómeno recurrente.

Los/las participantes presentan diversas percepciones del suicidio, pero mantienen un factor en común asociado a la noción de que el/la beneficiario/a se encuentra en una situación de soledad, identificando principalmente el abandono familiar, social y estatal como sus principales causas. En este sentido, se considera que la falta de apoyo que tuvieron sus beneficiarios/as fue clave al momento de tomar la decisión de consumar el suicidio, afirman que en caso de haber tenido un apoyo real en los aspectos familiares, sociales y estatales se hubiese logrado identificar a tiempo la situación de riesgo, permitiendo generar redes de acción posibilitando con esto que se disminuyera el riesgo de suicidio. Esto se ajusta a lo que postulan Quezada et al. (2021) y Eguíluz et al. (2010) quienes consideran que mantener buenas relaciones tanto familiares como sociales son beneficiosas para los niños, niñas y adolescentes. Se infiere que la carencia de relaciones sociales y

familiares saludables representa un riesgo significativo, ya que puede incrementar la posibilidad de que un niño, niña y/o adolescente consuma suicidio al no tener una red de contención emocional.

Los/las participantes de esta investigación significan el suicidio de su beneficiario/a como una situación trágica, que va acompañada de una alta carga emocional, en relación con el vínculo la totalidad de participantes indican que tenían una relación muy cercana con sus beneficiarios/as y frente a esto surge la necesidad de entender las razones que llevaron a sus beneficiarios/as a consumir el suicidio. Esto se condice con lo que postulan Meltzer y Harris (1990) quienes consideran que la perspectiva de los/las profesionales sobre el suicidio de sus pacientes asocia elementos tanto de su mundo interno como externo. En base a la interacción de ambos se origina la construcción simbólico-emocional de los terapeutas como respuesta a la consumación del suicidio y en este proceso se incorporan elementos propios del vínculo terapeuta-paciente.

En relación a las construcciones emocionales de los/las profesionales de la salud mental se evidencia que comparten elementos en cuanto a las emociones que vivenciaron luego de que su beneficiario/a consumara suicidio. Principalmente la afectación emocional producto de la cercanía que la totalidad de profesionales tenía con su beneficiario/a convirtiéndolos/as en una persona significativa para ellos/as, es por esta razón que la consecuencia posterior a la consumación implica un alto impacto emocional. Respecto al impacto emocional lo anterior se evidencia con lo que postulan Areal et al. (2013) quienes sostienen que los interventores viven el suicidio como si fuera la pérdida de una persona significativa.

Uno de los aspectos relevantes a abordar es el impacto emocional que experimentan los/las profesionales frente al suicidio de su beneficiario/a. Se indica que los participantes expresan una reacción inicial de incredulidad al enterarse de la pérdida, seguida de diversas emociones como rabia, culpa y tristeza, las cuales repercuten tanto en su vida personal como profesional. Esto se condice con lo que postulan Arancibia et al. (2017) quienes señalan que los/las terapeutas que viven el suicidio de un paciente reaccionan de diversas maneras, pudiendo experimentar aflicción, negación, vergüenza, culpa, rabia, búsqueda de signos premonitorios de advertencia, preocupación o dudas sobre la asertividad de su proceder, que pueden

afectar su autoconfianza y su vida personal. Algunas de estas emociones persisten en el tiempo, manifestándose incluso hasta la actualidad. Lo anterior se evidencia en lo que postulan Sanders et al. (2005) quienes destacan que las reacciones psicológicas y emocionales relacionadas con el suicidio pueden resonar a lo largo de meses y años posteriores. También se relaciona el nivel de impacto emocional con el vínculo que tenía el/la profesional con el/la beneficiario/a, lo que se condice con lo que mencionan Dransart et al. (2015) en la que destacan la cercanía del profesional con el paciente como una variable importante en el grado de impacto emocional, estableciendo una correlación entre la cercanía y la duración de la relación terapéutica con el nivel de afectación emocional

Otro aspecto relevante hace referencia al escaso apoyo ofrecido a los/las profesionales por parte de las organizaciones en las que ejercían sus labores, este aspecto refleja una construcción emocional vinculada al sentimiento de abandono, asociada a la falta de contención emocional e insensibilidad por parte de las organizaciones. Ello se condice con hallazgos de Dransart et al. (2015) quienes afirman que el apoyo recibido posterior a los eventos estresores influye en el impacto en el individuo, estableciendo una correlación inversa entre el nivel de apoyo recibido y el impacto emocional, es decir, a mayor apoyo, menor impacto emocional. Frente al escaso apoyo organizacional, los/las participantes recurrieron al apoyo de su círculo cercano para poder afrontar la situación, lo que se condice con lo que postulan Foley y Kelly (2007) quienes asocian el apoyo de amigos y familia como un factor de gran utilidad para enfrentar el suicidio consumado de un paciente.

Se observan consecuencias en los ámbitos personal y profesional de los/las profesionales de la salud mental. En el ámbito personal se genera en ellos/as temor de que se suicide un/a beneficiario/a, ya que tienden a catalogar la vivencia como un evento impactante y que implica un profundo dolor emocional. Esto se ajusta a lo que señala Chemtob (1988) que sugiere que el impacto de un suicidio en un terapeuta puede ser "fuerte" o "severo", dando lugar a sentimientos de inadecuación personal y profesional, miedo a los litigios, pérdida de prestigio profesional, ira, culpa y autoinculpación. En el ámbito profesional, los/las participantes generan cuestionamientos e inseguridades sobre su rol como profesional y miedo a volver a vivir la experiencia. Esto se condice con lo que postulan Arancibia et al. (2017)

quienes indican que la propia reacción ante la pérdida puede implicar dudas sobre la asertividad de su proceder como profesional y esto puede afectar su autoconfianza. Además, Sánchez (2020) indica que los/las profesionales que hayan vivido el suicidio de un paciente, articulan diversas prácticas frente al riesgo suicida, como la preocupación anticipatoria.

En relación a las consecuencias en el ámbito profesional, los/las participantes coinciden en que luego de que su beneficiario/a se suicidara surgieron una serie de cambios a nivel profesional, en base a esto aumenta la importancia que le otorgan tanto a la observación como a la profundización en el plano interventivo, además se agrega un componente ligado al distanciamiento en la relación con sus beneficiarios/as para lograr protegerse frente a la posibilidad de atravesar una situación similar. Esto se condice con lo postulado por Heney (2006) quien menciona que el suicidio de un paciente es un evento significativo en la carrera de los/las profesionales de la salud mental, acompañado de un periodo de angustia inicial y cambios en la práctica clínica. También se evidencian cambios en la forma de intervención por parte de los/las profesionales, estos surgen producto de las consecuencias emocionales derivadas de la vivencia, los/las profesionales establecen límites en la relación profesional-beneficiario/a como mecanismo de defensa y de resguardo emocional. Este hallazgo se condice con el resultado de la investigación de Dransart et al. (2015) en la que destacan la cercanía de el/la profesional con el paciente como una variable importante en el grado de impacto emocional, estableciendo una correlación entre la cercanía y la duración de la relación terapéutica con el nivel de afectación emocional.

En lo que respecta a las principales experiencias de los/las profesionales de la salud mental, se evidencia un aprendizaje interno y laboral significativo a partir de la vivencia, en donde implementaron como estrategia de afrontamiento el sentido de humildad en respuesta a los cuestionamientos internos. Esta observación, se condice con lo señalado por Rytterström, et al. (2020) quienes indican que los sujetos que vivenciaron el suicidio de un paciente experimentan un conflicto interno que repercute en su vida personal y profesional, por lo que implementan estrategias para sobrellevar este conflicto, tal como desarrollar humildad al comprender la situación de vida del paciente. También se observa como estrategia de afrontamiento, una

reacción de aislamiento por parte del profesional, lo que se condice con lo que indican Foley y Kelly (2007) quienes describen el aislamiento social como consecuencia de una falta de entrenamiento para sobrellevar casos de suicidio consumado de uno de sus pacientes.

La falta de preparación académica conlleva a que los individuos generen estrategias de afrontamientos propias, en base a sus construcciones internas. Esto se condice con lo señalado por Sánchez (2020) que afirma que en el ámbito del suicidio se requiere de una serie de habilidades técnicas y preparación. Asimismo, Folley y Kelly (2007) mencionan que existe la necesidad de preestablecer formas de orientación para preparar de mejor manera a los/las trabajadores/as de salud mental en caso de que se suicide uno de sus pacientes.

En relación al cuarto objetivo que consiste en plantear una teoría sustantiva en relación a los sentidos subjetivos de los/las profesionales de la salud mental respecto al suicidio consumado de beneficiarios/as, se plantea como teoría que el suicidio de un/a beneficiario/a es un riesgo laboral para los/las profesionales de la salud mental, principalmente atribuido al alto impacto emocional que representa este hecho, sumado a las consecuencias que influyen en su vida personal y práctica clínica. Además, la escasa ayuda y orientación que se le brinda al profesional repercute en su emocionalidad, generando estrategias de afrontamiento en base a sus propias construcciones internas para sobrellevar este evento. Esto se condice con lo que postulan Chemtob et al. (1989), quienes indican que los/las profesionales que vivieron el suicidio de un paciente experimentaron interrupciones significativas en su vida personal y profesional, argumentando que este hecho es un riesgo laboral para los/las profesionales de la salud mental. Henry (2006) postula que la muerte por suicidio de un paciente representa un hecho significativo en la carrera de los/las profesionales de la salud mental, generando angustia y cambios en la práctica clínica. Además, según Areal et al. (2013) los/las interventores/as destacan el malestar emocional y psicológico producto de este hecho afectando también su rol profesional, viviendo este proceso como un fracaso.

Por último, en base a las narrativas de los/las participantes, estos/as ya no se encuentran ejerciendo la profesión en el mismo lugar donde ocurrió el suceso principalmente por el sentimiento de abandono y la insensibilidad en el manejo del

caso por parte de la organización, la afectación negativa en las relaciones laborales y por los recuerdos de su beneficiario/a. Lo que significa una afectación en el ámbito laboral que se produce por el suicidio de un paciente. Lo anterior se condice con lo que postula Sánchez (2020) quien indica que el trabajo con pacientes con intento suicida requiere de una preparación, ya que los/las profesionales tienen que estar más alerta, no se encuentran aislados/as de lo que sucede con su beneficiario/a. El trabajo con pacientes con riesgo suicida puede llevar a cuestionamientos de los propios motivos para vivir, pudiendo generar angustia y desesperanza, es por ello que resalta la importancia de contar con elementos de autocuidado y redes de apoyo. Sumado a lo anterior, Foley y Kelly (2007) mencionan que existe la necesidad de establecer formas preestablecidas que puedan orientar al profesional de la salud mental en caso de que surja esta eventualidad, ya que el carecer de estas puede desencadenar consecuencias para los/las interventores/as, como aislamiento social, estrés postraumático y jubilación anticipada. En base a lo anterior proponen programas de entrenamiento para afrontar esta situación, fortalecer los sistemas formales de apoyo y desarrollar iniciativas de equipos locales en este ámbito.

6. Conclusión

El suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó es significado por los/las profesionales de la salud mental como un fenómeno multifactorial, significan el sentimiento de abandono que perciben los NNA desde su núcleo familiar, su contexto social y la ineficiencia con la que el Estado aborda este fenómeno como los principales factores de riesgo.

Los/las profesionales de la salud mental establecieron vivencias relacionadas al suicidio de su beneficiario/a, en donde se presentan diversos significados y simbolismos respecto a esta experiencia. En base a ello se observa un gran impacto en los/las profesionales, tanto a nivel personal como profesional. El enfoque descriptivo interpretativo y la investigación cualitativa fueron fundamentales para lograr comprender los sentidos subjetivos de los/las profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó, esto debido a que se obtuvo información en profundidad respecto a los simbolismos que los/las profesionales de la salud mental construyeron en base a la vivencia. Además, utilizando este enfoque se logró comprender las experiencias desde la propia subjetividad de los/las participantes, dando cuenta de los aspectos significativos y simbólicos asociados al tema central de la investigación que son sus sentidos subjetivos.

Durante el desarrollo de la investigación surgieron diferentes limitaciones, tales como la dificultad de encontrar profesionales de la salud mental que participaran de las entrevistas debido a la alta rotación de personal en SENAME/Mejor Niñez. Además, no todos los/las profesionales que vivieron esta experiencia están dispuestos a hablar sobre ello debido a la carga emocional que conlleva y por último se dificultó acceder a cifras actualizadas sobre el suicidio de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó.

La finalidad de esta investigación fue elaborar una nueva teoría que explique la manera en que los/las profesionales de la salud mental significan al suicidio de sus beneficiarios/as. Se logró identificar que a nivel personal, los participantes experimentan predominantemente una respuesta emocional que incluye sentimientos de tristeza, rabia, culpa e impotencia tras la consumación del suicidio. Esto se

acompaña de un temor latente frente a la posibilidad de enfrentarse a situaciones similares en el futuro. A nivel profesional, se detectaron consecuencias vinculadas principalmente a la autoevaluación de su capacidad para desempeñar sus funciones y a la revisión de la intervención en los casos de los/las beneficiarios/as que consumaron el suicidio. El aporte de esta investigación buscó generar nuevos lineamientos teóricos, esto frente al escaso nivel de investigación existente sobre esta temática, lo que resulta de gran utilidad para el contexto regional en el que fue desarrollada.

Finalmente, esta investigación contribuye a la generación de nuevas investigaciones que permitan realizar un abordaje más comprensivo de los sentidos subjetivos de los/las profesionales de la salud mental sobre el suicidio de su beneficiario/a, principalmente por el hecho de que las investigaciones existentes tienden a considerar principalmente el impacto desde la perspectiva de las causas que llevaron a la persona a consumir suicidio y del impacto de este hecho en la familia, mientras que se observa una escasez de investigaciones relacionadas con la manera en que el/la profesional de la salud mental experimenta y significa el suicidio de su beneficiario/a.

Lo anterior puede servir de base para la creación de un plan de acción estatal que se implemente en las instituciones de servicio nacional de protección especializada a la niñez y adolescencia, Mejor Niñez, esto para abordar los casos de consumación de suicidio, debido a que en la actualidad los/las profesionales de salud mental no cuentan con un protocolo que les sirva de guía para saber la forma en que deben actuar y que les ayude al momento de manejar estas situaciones. Sumado a esto, surge la necesidad de que también los/las usuarios/as, sus familiares y la comunidad en general cuenten con dicho protocolo para que tengan márgenes de acción, esto se puede llevar a cabo a través de la implementación de diagramas de flujo que indiquen los pasos que deberían seguir frente a la consumación del suicidio de una/a beneficiario/a. En el caso de los/las profesionales de la salud mental, es necesario que reciban apoyo externo especializado que les ayude a manejar este hecho, ya que como se pudo identificar les significó un alto impacto tanto a nivel personal como profesional.

Se evidencia que también existe una necesidad de especialización profesional en temáticas asociadas al suicidio, esta especialización no solo contribuiría a fortalecer la fase preventiva, sino que también posibilitaría la obtención de resultados más favorables en el tratamiento de casos caracterizados por su elevado nivel de complejidad.

7. Referencias bibliográficas

- Álvarez, C., & Maroto, J. (2012). La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gazeta de antropología*, 28, 14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4282768>
- Arancibia, M., Aguayo, J., Madrid, E. (2017). Enfrentando el suicidio de un paciente: el impacto sobre los médicos. MEDwave. <https://www.medwave.cl/perspectivas/comentario/6986.html>
- Areal, I., Rangel, M. y Santos, R. (2013) Suicídio de um paciente: a experiência de médicos e psicólogos portugueses, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 31, Issue 2,
- Bedoya, M. (2010). La construcción de la historia subjetiva en la clínica psicológica. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 71-78. Retrieved April 24, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552010000100007&lng=en&tlng=es.
- Balcázar, P., González, N., Gurrola, G. y Moysén, A. (2013). Investigación Cualitativa. Editorial Octaedro.
- Barroso, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. Epub 11 de noviembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>
- Bransart, D., Heeb, J., Gulfi, A., & Gutjahr, A. (2015). Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. *BMC Psychiatry*. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0655-y>
- Callirgos, X. (2018). Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. Scielo.com.
- Capote, A. (s.f.). La exploración de la subjetividad en una investigación sociopsicológica acerca de la problemática del empleo en Cuba. Recuperado

de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/0725C138.pdf>

Casari, L. (20 de julio, 2010). ¿Es necesaria la salud mental en los psicólogos?
Revista diálogos Vol.1.

Centro de comunicación de las ciencias, (29 de marzo, 2021). Universidad
Autónoma de Chile. <https://ciencias.uautonoma.cl/noticias/suicidio/>

Ceballos, G., Suarez, C., Suescún, J., Gamarra, L., González, K., & Sotelo, A.
(2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares
de Santa Marta.

Chemtob, C., Hamada, R., Bauer, G., & Torigoe, R. (1988). Patient Suicide:
Frequency and Impact on Psychologists. *Professional Psychology: Research
and Practice* 1988, Vol.19, No. 4, 416-420. <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.4.416>

Chemtob, C., Bauer, G., Hamada, R., Pelowski, S., & Muraoka, M. (1989). Patient
suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists.
Professional Psychology: Research and Practice, 20(5), 294–300. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.5.294>

Córdova, M., Eguiluz, L. y Rosales, J. (2010). *Ante el Suicidio: Su Comprension y
Tratamiento*. Editorial Pax (pp. 29-30).

De la infancia, P. y. C. la S. M. (s/f). EN MI MENTE. Unicef.org. Recuperado de
<https://www.unicef.org/es/media/108166/file/Resumen-regional-America-Latina-El-Caribe%20.pdf>

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso
flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
Recuperado en 05 de julio de 2023

Dransart, D., Gutjahr, E., Gulfi, A. (2014). Patient Suicide in Institutions: Emotional
Responses and Traumatic Impact on Swiss Mental Health Professionals.

Death Studies, Vol. 38: 315–321. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.766651>

Echeburúa, E. (s/f). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica The many faces of suicide in the psychological clinic. Conicyt.cl. Recuperado el 23 de abril de 2023, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n2/art06.pdf>

Echávarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S., y Barros, J. (2015) Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Centro de Políticas públicas UC.

Foley, S. & Kelly B. (2007) When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007;13(2):134-138. doi:10.1192/apt.bp.106.002501

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2017). SUICIDIO. COMUNICACIÓN, INFANCIA Y ADOLESCENCIA. GUÍA PARA PERIODISTAS. Suicidio.pdf (unicef.org) (p. 7)

Fuentes, A (2018). Los desafíos de la salud mental en Chile. Escuela de psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile <https://www.psicologia.uc.cl/los-desafios-de-la-salud-mental-en-chile/>

González Rey, F. (2000). Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la Psicología Social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(1), 61-71

González Rey, F. (2006). Investigación Cualitativa y Subjetividad. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala.

González Rey, F. (2009). La significación de Vygostki para la consideración de lo afectivo en la educación: las bases para la cuestión de la subjetividad. *Actualidades Investigativas en Educación*, 9, 1-24.

- González Rey, F. (2010). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico-cultural: un camino hacia una nueva definición de subjetividad. *Universitas Psychologica*, 9(1), 241-253.
- González Rey, F. (2011). Sentidos subjetivos, lenguaje y sujeto: avanzando en una perspectiva postracionalista en psicoterapia. Centro Universitário de Brasília, Universidade de Brasília. (p. 310)
- González Rey, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *CS*, 11, 19-42. (p. 35)
- González Rey, F. (2013). Subjetividad, cultura e investigación cualitativa en psicología: la ciencia como producción culturalmente situada. / Subjectivity, culture and qualitative research in psychology: the science as a culturally given production. *Revista Liminales. Escritos Sobre Psicología Y Sociedad*, 2(04), 13-36. <https://doi.org/10.54255/lim.vol2.num04.233> (p. 30)
- Guajardo, G. (Ed.) (2017). Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido. Santiago de Chile: FLACSO-Chile. (p. 103)
- Guibert, W & Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Gutiérrez, H. (2023). Estudio suicidio adolescente en Chile. ESACH 2013. Actualización estadística: variaciones y tendencias. Enero 2013 a marzo 2023. Ed. Fundación Convivo, 2023 (pp. 13-52)
- Henry, M. (2006). L'impact du décès par suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale. [uqam.ca.https://archipel.uqam.ca/9727/1/D1391.pdf](https://archipel.uqam.ca/9727/1/D1391.pdf)
- Hernández, O. (2008). La subjetividad desde la perspectiva histórico-cultural: un tránsito desde el pensamiento dialéctico al pensamiento complejo. *Revista Colombiana de Psicología* (17), 147-160.

- Hernández, C. y Carpio, N (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Alerta*. 2019;2(1):75- 79. DOI: 10.5377/alerta. v2i1.7535
- Ilabaca, M. P. (2021, marzo 29). *Suicidio adolescente en Chile - Centro de Comunicación de las Ciencias*. Centro de Comunicación de las Ciencias. <https://ciencias.uautonoma.cl/noticias/suicidio/>
- Mebarak, M., De Castro, A., Salamanca, M & Quintero, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23), 83-112.)
- Mendieta, G., (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1148-1150
- Morales, D. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & gestión*, 39. Universidad del Norte, 119-146, 2015. <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>
- Morón, P. (1987) *El Suicidio* (Primera Edición) Publicaciones Cruz O.
- Quezada, N., Hernández, G., Hernández, B., Martínez, L., & Guerrero, N. (2021). Funcionamiento familiar relacionado con el riesgo suicida en adolescentes de una secundaria en Aguascalientes. *Lux Médica*, 16(47). <http://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4862106010/html/>
- Rossato, M. y Martinez, A. (2018). Contribuições da metodologia construtivo interpretativa na pesquisa sobre o desenvolvimento da subjetividade . *Revista Lusófona de Educação* [en línea]. 2018, (40), 65-78
- Rytterström, P., Ovox, S., Wärdig, R. & Hultsjö, S. (2020). Impact of suicide on health professionals in psychiatric care mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continue care work. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12738>

- Samieri, R. (2006). “Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa” en metodología de la investigación, cap 4. México: McGraw-Hill, pp. 57-68.
- Sampieri, R. (2014). Metodología de la investigación 6ta edición. McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. De C.V. Metodología de la investigación- Sexta Edición.
- Sánchez, F., Ostolaza, A., Peña, E., Ruiz, P. & Vega, J. (2017). Frecuencia de tendencias suicidas (suicidalidad) y factores asociados en mujeres durante el primer año posparto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 172-180. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v80i3.3154>
- Sánchez, V. (2020). El trabajo con pacientes suicidas desde la perspectiva del psicoterapeuta. *Redalyc.com*. <https://www.redalyc.org/journal/316/31662848008/html/>
- Sanders, S., Jacobson, J. & Ting, L. (2005). Reactions of mental health social workers following a client suicide completion: a qualitative investigation. *Omega - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.2190/D3KH-EBX6-Y70P-TUGN>
- Silva, D., Valdivia, M., Benjamín, V., Arévalo, E., Dapelo, R. y 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, 33-42.
- Suescún, J., Caballero, C., Fuentes, C. & Ceballos, G. (2017). Características sociodemográficas y suicidios consumados en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga (Colombia): un estudio retrospectivo de género 2010-2014. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*.
- Tracy, S. (2021). Calidad cualitativa: ocho pilares para una investigación cualitativa de calidad. *Márgenes, Revista de Educación de la Universidad de Málaga*. 2 (2),173201

Unzueta, X. (2018). Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 69-81. Retrieved July 22, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165789612018000100006&lng=en&tlng=es.

Urra, E., Núñez, R., Retamal, C., & Jure, L. (2014). Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 131-142.

8. Anexos

8.1 Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD
DE ATACAMA

Copiapó ____/____/____

Consentimiento Informado.

“Sentidos subjetivos de profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó”.

Investigadores: Javiera Barraza Rivas y Felipe Fuentes Urrutia.

Facultad de Humanidades y Educación – Departamento de Psicología.

Mediante el presente documento se me ha explicado que seré parte de la investigación sobre “sentidos subjetivos de profesionales de la salud mental en torno al suicidio consumado de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Copiapó”, el objetivo principal de esta investigación es conocer los sentidos subjetivos de profesionales de salud mental respecto al suicidio de niños, niñas y adolescentes en contexto de Sename/ Mejor Niñez, en Copiapó.

Mi participación en esta investigación consistirá en responder una entrevista que se realizará en una sesión, la misma tendrá una duración de aproximadamente una hora, será realizada por Javiera Barraza Rivas y/o Felipe Fuentes Urrutia, ambos estudiantes de Psicología y todo esto dentro del contexto de su proyecto de titulación.

Al firmar este consentimiento autorizo a que la entrevista sea grabada en formato de audio, esto para su posterior transcripción y análisis a los cuales podrá tener acceso parte del equipo docente de la carrera de Psicología de la Universidad de Atacama. Estas grabaciones serán almacenadas por Alejandra Vega Álvarez, directora del departamento de psicología en dependencias de la Universidad de Atacama y por el plazo de un año.

Usted no recibirá un pago por su participación, la información que se obtendrá será de utilidad para esta investigación y los resultados de la misma se le entregarán a más tardar el 31 de diciembre de 2023 mediante correo electrónico.

No anticipamos riesgos asociados a su participación en este estudio. Sin embargo, algunas de las preguntas le pueden producir incomodidad. Si usted experimenta algún malestar o tiene alguna consulta que hacer durante la entrevista, no dude en preguntar al responsable de la misma. El estudio puede interrumpirse/detenerse cuando usted lo indique.

La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Es posible que los resultados obtenidos sean publicados en revistas/libros y/o presentados en conferencias académicas, sin embargo, su nombre no será conocido.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente, sin mediar explicación alguna y sin consecuencias para usted. Si usted retira su consentimiento, el registro de su entrevista (fotos, videos, grabaciones) serán eliminados y la información obtenida no será utilizada.

Si tiene preguntas acerca de esta investigación puede contactar a los investigadores responsables:

-Javiera Barraza Rivas: javiera.barraza.19@alumnos.uda.cl

-Felipe Fuentes Urrutia: felipe.fuentes.19@alumnos.uda.cl

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que me asisten y que me puedo retirar de ella en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado a hacerlo.

Se me ha informado que tengo el derecho a reevaluar mi participación según mi parecer.

Al momento de la firma, recibiré una copia firmada de este documento y la otra copia queda en poder del Investigador Responsable.

Nombre Participante:

Correo Electrónico:

Teléfono:

Firma

Javiera Barraza Rivas.

Felipe Fuentes Urrutia.

8.2 Entrevista realizada a profesionales de la salud mental

1. ¿Qué es para usted la muerte?
2. ¿Qué significa para usted el suicidio?
3. ¿Cómo explica el suicidio?
4. ¿Cómo se explica el suicidio de jóvenes?
5. ¿De qué forma explica el suicidio como profesional de la salud mental?
6. ¿Qué significó para usted que se suicidara un beneficiario/a?
7. ¿Qué sucedió con usted a nivel personal y emocional tras el suicidio de su beneficiario/a? Podría contarme alguna experiencia en donde se haya suicidado un/a beneficiario/a? ¿Qué edad tenía cuando sucedió? ¿Cuánto tiempo tenía de egresado de la carrera? ¿Cuánto tiempo ha pasado?
8. ¿Qué situaciones atravesó y qué emociones experimentó luego de conocer que su beneficiario/a se había suicidado?
9. ¿Este hecho afectó en su vida personal/familiar? ¿De qué manera?
10. ¿Cómo afectó esta situación a su desempeño laboral posterior?
11. ¿Su forma de trabajar fue modificada luego de que se suicidara su beneficiario/a?
12. ¿Qué fue lo que le ayudó al momento de enfrentar el suicidio de su beneficiario/a?
13. ¿Qué emociones propias fueron las más difíciles de enfrentar? ¿Cómo logró sobrellevarlas? (a nivel individual, familiar, redes, entre otros)
14. ¿Existía en ese momento algún tipo de conducto regular establecido de cómo actuar en este tipo de caso?
15. ¿Cómo fue la experiencia que tuvo con la familia del beneficiario que se suicidó?

16. ¿Cambió la forma en que trata los casos con riesgo suicida? (cambio la forma de ver / responder emocional/ responder en acciones)

17. ¿Qué haría distinto en aquellos casos que existió suicidio?

Comisión evaluadora

Mg. Pablo Brizuelas Gallo

Revisor

Lc. Néstor Menares Ossandón

Revisor

Mg. Alejandra Vega Álvarez

Patrocinante