

PONTIFICIA UNIVERSIDAD

CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Experiencias traumáticas de personas que presenciaron un intento de suicidio

Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en Psicología que
presenta:

Camila Alessandra Montenegro Javes

Asesor:

Álvaro Valdivia Pareja

Lima, Perú

2023

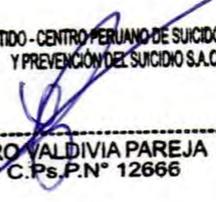
INFORME DE SIMILITUD

Yo, Álvaro Eduardo Valdivia Pareja, docente de la Facultad de la facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado "Experiencias traumáticas de personas que presenciaron un intento de suicidio" del/de la autor(a)/ de los(as) autores(as) Camila Alessandra Montenegro Javes

dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 16% Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 14 /04/2024
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 14 de abril de 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Valdivia Pareja, Álvaro Eduardo	
DNI: 41214588	Firma   ----- MG. ALVARO VALDIVIA PAREJA Director C.Ps.P.N° 12666
ORCID: 0000-0002-0888-2007	

Agradecimientos

Esta tesis va para todos los que hemos presenciado un intento de suicidio, sin los participantes y sus valiosas experiencias esto no hubiera sido posible.

Gracias a cada uno de ustedes por permitirme conocer un pedacito de su historia y compartir su vulnerabilidad conmigo, gracias por ayudarme a visibilizar a esta población desde la empatía y la compasión.

Gracias eternas a Álvaro por sus valiosos aportes académicos, pero sobretodo humano, por recordarme que la conexión más bonita se logra desde la humanidad y sensibilidad con el otro. Siempre agradeceré que me hayas hecho parte de tu mundo, el mundo de la Suicidología desde una perspectiva compasiva y empática.

Gracias a mi mami, mi papi, Fer y Nani, amo la fortaleza que me dan cada día para seguir, gracias por su amor incondicional y el ejemplo más bonito de ser un verdadero equipo. ¡Los amo!

Finalmente, gracias a mi pequeño compañero Chester por acompañarme durante esta etapa universitaria y bancarse las amanecidas conmigo, por su amor incondicional y por enseñarme la forma en la que amo ser contenida y acompañada.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo describir las experiencias traumáticas de personas que presenciaron un intento de suicidio. Para ello, se tuvo un abordaje desde la investigación cualitativa bajo el enfoque fenomenológico para lo cual se entrevistó a 9 personas que presenciaron un intento de suicidio. En los resultados se obtuvieron cuatro temas: Durante el evento: diversas reacciones ante la experiencia de presenciar un intento de suicidio, Al recordar el evento: características de la experiencia considerada como traumática por quien la presenció, diversas manifestaciones del trauma tras presenciar un intento de suicidio y desensibilización de la experiencia traumática. Los hallazgos obtenidos evidencian los diversos impactos que se generan a partir de una experiencia considerada como traumática en quien presenció un intento de suicidio. Finalmente, se considera necesario realizar una mayor cantidad de investigaciones en el contexto latinoamericano con la finalidad de visibilizar el tema y a la población en mención.

Palabras clave: *intento de suicidio, experiencia traumática, trauma EMDR*

Abstract

The aim of the present research consist in describe the traumatic experiences of people who witnessed a suicide attempt. For this, qualitative research was taken under the phenomenological approach. Thus, nine people who witnessed a suicide attempt were interviewed. A thematic analysis was applied, resulting in four themes: During the event: various reactions to the experience of witnessing a suicide attempt, When recalling the event: characteristics of the experience considered traumatic by whoever witnessed it, various manifestations of the trauma after witnessing a suicide attempt suicide and desensitization of the traumatic experience. The results obtained show the various impacts that are generated from an experience considered traumatic in those who witnessed a

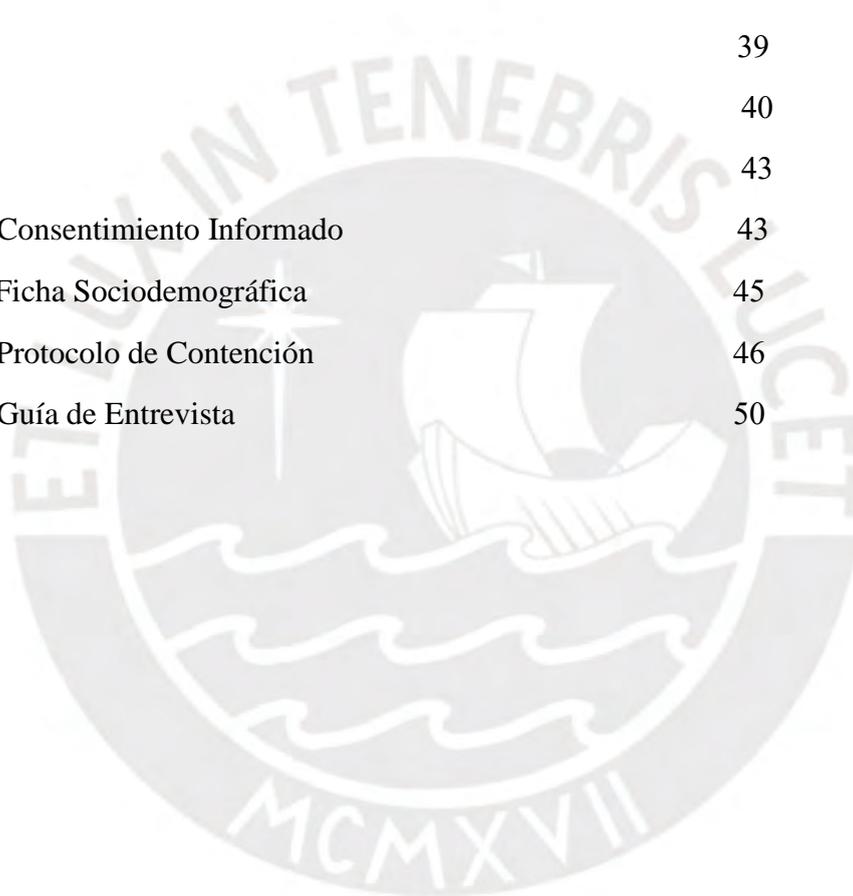
suicide attempt. Finally, it is considered necessary to carry out a greater amount of research in the Latin American context in order to make the subject and the population in question visible.

Keywords: *suicide attempt, traumatic experience, EMDR trauma*



Índice de Contenidos

Introducción	8
Método	18
Participantes	18
Técnicas de Recolección de la Información	20
Procedimiento	21
Análisis de la Información	23
Resultados y Discusión	24
Conclusiones	39
Referencias	40
Apéndices	43
Apéndice A: Consentimiento Informado	43
Apéndice B: Ficha Sociodemográfica	45
Apéndice C: Protocolo de Contención	46
Apéndice D: Guía de Entrevista	50



Introducción

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave a nivel mundial pues no solo involucra un impacto personal, sino que se genera un impacto (sobre las familias, los amigos y las comunidades) incluso tiempo después de que un ser querido decidió terminar con su vida (World Health Organization, 2018). A raíz de ello, se ha considerado al suicidio dentro de las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo y se estimó que en el año 2020 más de un millón de personas perderían la vida a causa de ello y las tentativas de suicidio se multiplicarían por 20 (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En Perú, se han registrado más de 200 suicidios durante los primeros cuatro meses del 2021 lo que lleva a suponer que al término del año la cifra será mayor a la registrada a finales del 2020. Asimismo, se asocia este aumento de cifras en el último año al impacto de la pandemia en la población pues se sabe que esta situación genera mayores niveles de ansiedad y estrés crónico. En esta misma línea, la psiquiatra del Hospital Larco Herrera, Julissa Catro, comentó que la falta del acompañamiento social de la familia y amistades son factores que agravan la situación del paciente por lo que se considera de suma importancia el involucramiento de las mismas para darle una mirada más empática y de contención a este problema de salud pública (Minsa, 2021). Por ello, es importante lograr romper los estigmas que se tienen hacia la salud mental y el suicidio pues elevan las dificultades en el intento de buscar ayuda por lo que no se logra brindar la atención adecuada en el momento oportuno generando así un mayor riesgo de suicidio y con ello intentos de suicidio (Organización Mundial de la Salud, 2014). Por lo tanto, se considera que el suicidio es un problema que debería preocupar a las autoridades de cada país y a la sociedad en general por lo que se enfatiza en la prevención y la implementación de programas con abordaje multifactorial, multisectorial e integral (World Health Organization, 2014a).

En esta misma línea, se considera importante abordar los diversos conceptos que implica el tema para una mejor comprensión del mismo desde el enfoque de la suicidología que es la disciplina científica que no limita su estudio al proceso suicida individual, sino que considera que el estudio de esta problemática es de salud pública y debe ser trabajada, también, desde la prevención y la psicoeducación sobre el tema (Valdivia, 2017). En primer lugar, se considera al suicidio como una autoagresión voluntaria que tiene como objetivo alcanzar la muerte llegando a la consumación de la misma. Asimismo, esta suele ser la expresión final de un proceso complejo que experimentaba la persona. En segundo lugar, la ideación suicida comprende un conjunto de cogniciones (deseos,

expectativas, pensamientos) que pueden ser manifestadas de manera explícita o implícita en la que se tiene como objetivo llegar a consumar el suicidio. Esta se divide en concretas (se considera al suicidio como un objetivo específico) y ambiguas (el suicidio no es considerado de manera específica). En tercer lugar, la conducta suicida es comprendida como el comportamiento voluntario en el que se manifiesta, ya sea de manera explícita o implícita, la intención de la persona de terminar con su vida. En cuarto lugar, el riesgo suicida hace referencia a un estadio en el que la persona ya presenta un plan para terminar con su vida, este plan puede ser implícito o explícito (Valdivia, 2017). Por último, el intento suicida es considerado como una conducta voluntaria con un alto grado de daño en la que la intención del individuo puede darse de manera explícita o inferir basándose en la conducta o circunstancia por lo que un intento puede resultar o no en una lesión real (Imterian, et al. 2018). En esta misma línea es posible identificar dos tipos de intentos de suicidio. El intento interrumpido se caracteriza por el detenimiento del comportamiento por parte de una tercera persona antes de que el acto se llegue a concretar y produzca daños reales. Por otro lado, un intento de suicidio abortado es aquel en el que el mismo sujeto, tras tomar una serie de decisiones para concluir con su vida, detiene el proceso antes de que se produzcan daños. Cabe resaltar que ambas conductas deben de ser evaluadas pues son predictores de nuevos intentos de suicidio (Posner et al. 2014).

En vista de la importancia de la prevención y el rol clave que desempeña el soporte familiar se considera necesario mencionar un estudio realizado en Indonesia sobre la experiencia familiar en el cuidado de pacientes con riesgo suicida en el que se halló cinco temas que se desprendían de las narrativas de los participantes: los suicidios como carga compleja para los integrantes de la familia, cambios de comportamiento como un signo de suicidio, la preocupación como forma de apoyo familiar y comunitario, percepciones familiares en relación a las causas y consecuencias del intento de suicidio y las estrategias de supervivencia empleadas por las familias superando el impacto que trae consigo un intento de suicidio. En este sentido, los resultados evidenciaron que la familia cumple un rol fundamental en la prevención del suicidio pues son quienes deberían estar pendientes a los cambios de comportamientos de estos pacientes y así apoyar al acceso de intervenciones que permitan mejorar el estado de salud de los pacientes. Asimismo, la carga es mayor cuando los integrantes de la familia no logran reconocer las señales de comportamiento suicida en los pacientes por lo que es esencial un sistema de apoyo y afrontamiento constructivo (Nova, Yani y Novy, 2019).

En esta misma línea, en un estudio realizado a las familias de sobrevivientes a intentos de suicidio en Ghana se reportaron emociones como la ira y la conmoción las cuales pueden irrumpir en la cohesión social entre los supervivientes del intento y sus familias lo que perjudica la relación familiar que es la fuente principal de apoyo para aquellas personas que intentan suicidarse. Asimismo, el estudio menciona que un factor de riesgo importante para el suicidio es el intento de suicidio por lo que las reacciones que presenten los integrantes de la familia después del acto deben ser manejado y guiado con sumo cuidado con la finalidad de contribuir a la recuperación de los sobrevivientes del intento suicida (Asare-Doku, Osafo y Akotia, 2017). En este sentido, la experiencia no solo es traumática para quien intenta suicidarse sino también para aquellos que lo presencian y para quienes viven el proceso de un paciente en riesgo suicida.

El proceso suicida puede ser comprendido, también, desde el modelo de vulnerabilidad al estrés. Este modelo hace énfasis en el aspecto neuropsicobiológico en relación al estrés y la vulnerabilidad que las personas desarrollan ante él. Asimismo, se menciona que es común que las personas suicidas olviden sus estrategias de afrontamiento a causa de la sobrecarga de estrés lo que les limita las posibilidades de continuar con vida. El presente modelo se basa en el enfoque diátesis-estrés y toma en cuenta diversos factores tales como: el rol del estilo cognitivo y de personalidad de la persona suicida, el rol de los factores ambientales, la forma en que el estrés contribuye a la diátesis y su manifestación, la forma en que las reacciones de otras personas, el soporte cultural y psicosocial pueden ser factores que contribuyan al desarrollo del resultado (Wassermann, 1999, como se citó en Valdivia, 2017). Bajo este modelo no se concibe al suicidio como una enfermedad sino como un acto que proviene de la interrelación de diversos aspectos tales como cognitivos, afectivos y comunicativos. Asimismo, se puede frenar el proceso suicida con tratamiento, sin embargo, esto no asegura que la persona pueda volver a experimentar este proceso. En esta misma línea, este modelo recalca, también, la importancia de estudiar esta problemática no solo a nivel personal sino a nivel interpersonal, comunitario y en relación al ambiente físico y cultural (Wassermann, 2001, como se citó en Valdivia, 2017).

Por otro lado, es importante mencionar que existen estudios previos que relacionan la ideación suicida con síntomas de depresión, pensamientos disfuncionales y con experiencias negativas o traumáticas lo que en su mayoría de veces genera consecuencias que perduran a lo largo del tiempo. En estos eventos las personas están expuestas a situaciones que sobrepasan sus capacidades para lograr enfrentarlas lo que les genera un impacto tanto a nivel psicológico como a

nivel social y a pesar de estar expuestas a un mismo evento, no todas las personas reaccionan y procesan lo sucedido de la misma manera (Rochanakorn, 2007). Asimismo, diversos estudios plantean algunos factores de riesgo, que no necesariamente suponen la causa del mismo, como el presentar trastornos psicopatológicos, abuso de alcohol y/o drogas, la desesperanza y una posible historia de una infancia negligente. En relación a este último factor, estudios han demostrado que haber sufrido experiencias traumáticas durante la infancia puede ser considerado un factor de riesgo para futuros comportamientos suicidas (Duta, Ball, Siribaddana, Sumathipala, Samaraweera y McGuffin, 2017, como se citó en Navarro, Zabala y Ricarte, 2019).

Es así que el concepto clásico de trauma se ha convertido en una categoría dominante para explicar la consecuencia de la exposición a eventos impactantes y duros e incluso se ha convertido en un término muy similar al de trastorno por estrés postraumático tanto en el pensamiento popular como en el científico (Pedersen y Kienzler, 2015). Cuando los síntomas que aparecen como respuesta al trauma continúan siendo experimentados por la persona de manera continua, al punto de afectar su funcionamiento en la vida diaria y tras cumplir con ciertos criterios clínicos, pueden ser diagnosticadas con trastorno de estrés postraumático (TEPT). El trastorno de estrés post traumático, por su parte, se genera como respuesta a una situación (de corta o larga duración) estresante que tiene como principal característica el ser amenazante o catastrófica por naturaleza y que causaría por sí misma malestar en la mayoría de personas que la experimentan (Pedersen y Kienzler, 2015). En esta misma línea, es importante mencionar que, así como el proceso de las personas con riesgo suicida puede suponer una experiencia traumática, el impacto de aquellas personas que presencian un intento de suicidio puede generar trauma en las mismas por lo que es importante prestar atención también a esta población.

Un estudio realizado en España a cuatro pacientes con intentos de suicidio y seis familiares halló que tras un intento de suicidio aparece una gran culpabilidad en los integrantes de las familias pues cuestionan su responsabilidad frente a lo ocurrido al no haber detectado de manera oportuna las señales previas. Es así que al no hallar respuesta ante lo sucedido, el sufrimiento persiste más allá de la recuperación física y el tratamiento de la depresión del paciente por lo que todos los familiares manifestaron necesitar ayuda profesional durante el proceso para reducir su sufrimiento y encontrar un sentido a la experiencia vivida que definen como agotadora pues los mantiene en constante estado de alerta ante los constantes intentos de sus familiares por dañarse a sí mismos, frustrante y traumática a nivel emocional y social pues se generan estigmas a raíz de los intentos de

suicidio lo que lleva a las familias a tratar de justificar la situación con diversas excusas que suelen inventar (Ferré, et al, 2011).

En esta misma línea, la terapia Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) fue creada por la psicóloga Francine Shapiro cuyo objetivo es facilitar la reducción de sentimientos y pensamientos negativos de manera que se logre disminuir el estrés psicológico asociado, lo que permite desarrollar actitudes distintas y, alcanzar un funcionamiento global más adaptativo (Grant, 2000). Para este enfoque el trauma es la información que se almacena en el cerebro de manera disfuncional a raíz de una experiencia considerada como traumática. Al ser disfuncional no se logra integrar a la experiencia de la persona por lo que es considerado la causa de los síntomas presentes que vuelven a ser experimentados cada vez que la persona enfrenta una situación similar o recuerda dicho suceso. Por ello, la lleva a experimentar síntomas que presentan cierta relación con el miedo, el rechazo, la ira o bloqueos a nivel muscular o fisiológico (Gil, 2008). La investigación en este nuevo campo ha revelado que el trauma genera cambios a nivel fisiológico (recalibrado de la alarma del sistema cerebral, aumento en la actividad de las hormonas del estrés y alteración en el sistema que distingue la información relevante de la irrelevante) lo que explica el por qué estas personas desarrollan un estado de hipervigilancia ante las amenazas en su vida cotidiana, se sabe que su comportamiento es causado por cambios reales en el cerebro. Asimismo, a nivel emocional puede resultar muy abrumador y frustrante lidiar con ello pues estas personas permanecen atascadas en el evento traumático lo cual dificulta su crecimiento al no poder integrar las nuevas experiencias en su vida actual (Van Der Kolk, 2014).

Asimismo, el trauma es comprendido como el significado personal que cada individuo asigna junto con la interpretación social del evento tomando en cuenta las respuestas de la persona afectada, su familia y la sociedad en general. Por ello, es aceptado que las víctimas reaccionen a la experiencia traumática con el significado que esta representa para ellas por lo que muchas de estas reacciones al trauma pueden ser consideradas como “normales” o “saludables” desde la cual evolucionan los mecanismos de defensa. Las respuestas comunes durante o inmediatamente después del evento traumático incluyen una intensa excitación autónoma asociada con miedo, comportamiento agitado o "congelación" y síntomas disociativos, con un sentido alterado de la velocidad del tiempo, aceleración o desaceleración, y sentimientos de desrealización y despersonalización y hasta extinción (Bouton y Waddell, 2007). A lo mencionado, se le puede sumar

los síntomas de estado de alerta y agotamiento mencionados por los familiares de pacientes que intentaron suicidarse tal y como se mencionó previamente.

Es importante mencionar que los determinantes sociales (política, cultura) influyen en el contexto en el que el trauma se experimenta en especial en las relaciones individuales y colectivas: la percepción, la interpretación y el significado subjetivo de sucesos traumáticos, los modos de expresar la angustia y explicar las adversidades, el afrontamiento, respuestas de adaptación y, finalmente, los patrones de búsqueda de ayuda y el tratamiento adecuado. En síntesis, se observa que la sociedad y la cultura asignan y adjuntan significados al evento traumático, lo que puede dar y hacer sentido de la experiencia traumática, de modo que a su vez podría de alguna manera mitigar, reducir o incluso amplificar su impacto en la persona que lo experimenta (Kirmayer, Kienzler, Afana y Pedersen, 2010).

Por otro lado, el trauma desde una perspectiva clínica no siempre requiere de un evento específico pues se puede producir como resultado de sucesos que se fueron acumulando durante la vida de la persona lo que daña la capacidad de procesar, entender y regular emociones. Asimismo, el trauma resulta en fragmentación y disociación cuando la persona suprime de su memoria lo que le ocurrió o cuando recuerda la situación sin sentir nada frente a ello. Es importante mencionar que el trauma psicológico y emocional no siempre es definido por un evento del pasado sino, también, por una experiencia con la que el sujeto aún vive en el presente por lo que puede concluirse que el trauma es una experiencia abrumadora que sobrepasa la capacidad de la persona de regular sus emociones y que suele resultar en fragmentación y disociación (Ibáñez, 2018).

Tras haber definido el trauma como una experiencia con la que el paciente aún convive, se considera necesario comprender a mayor profundidad el significado del mismo. Es así que la experiencia es considerada un proceso complejo en la que se involucran aspectos como la percepción y sensación, así como valoraciones mentales relacionales que condicionan la respuesta ante el entorno. Asimismo, es un proceso consciente que resulta de la atención selectiva hacia un conjunto de interacciones del medio ambiente en el que se encuentra la persona. Esto genera que conforme se va desarrollando la experiencia el individuo también se va configurando pues en gran medida es resultado de la interacción constante con el entorno (Ibáñez, 2018).

En esta misma línea, es importante mencionar que también se tiene una concepción de experiencia sustentada desde la epigenética en la que se menciona que las células van incrementando procesos hasta lograr crear programas conductuales de respuesta a patrones de valoración previos a la relación con el entorno incluyendo el proceso cognitivo. El sistema cognitivo jerarquiza las relaciones entre el medio ambiente y la persona y las enmarca en un contexto cultural y le agrega al valor emocional individual un nivel comunitario que trasciende al sujeto, este es entendido como el plano hermenéutico de la experiencia que le agrega el valor social y cultural al plano individual (Lipton, 2008).

Por lo tanto, las experiencias traumáticas son aquellos sucesos experimentados que son considerados impactantes por la persona que los vive y que a su vez sobrepasan su capacidad de adaptación. Asimismo, las experiencias traumáticas tienen efectos sobre la memoria que generan recuerdos vívidos, intensos y con malestares a la persona o por el contrario el desborde por emociones extremas puede generar que esa experiencia traumática sea complicada de recordar. En esta misma línea, hace referencia a situaciones en las que las personas experimentan, presencian o se enfrentan a lesiones físicas graves o incluso a amenazas y/o la muerte (Ruíz, 2006).

Un estudio realizado en Australia en cuidadores de pacientes en riesgo suicida halló en las narrativas de los participantes que uno de los cuidadores describió la complejidad de proporcionar cuidado continuo como "una monstruosa prueba de resistencia, que nunca terminaría". Asimismo, descubrieron las formas en que sus relaciones anteriores fueron reformuladas tras la necesidad de atención, el fuerte impacto y la experiencia de hipervigilancia al evaluar el riesgo presente en su hogar. En esta misma línea, cuando el cuidado se extiende a otros miembros de la familia puede traer consigo desunión familiar y niveles crecientes de angustia psicológica para el cuidado principal. Por ello, cuando una persona a la que cuida intenta suicidarse se genera en los cuidadores un trauma sobre el evento, crisis en el proceso y las implicancias a largo plazo van afectándolos emocionalmente por lo que es de suma importancia brindar apoyo no solo al paciente en riesgo suicida sino también a sus cuidadores pues tras diversos intentos existe la posibilidad de que se generen traumas tras presenciar diversos eventos duros de procesar así como el constante estado de alerta que los desgasta tanto física como emocionalmente (Wayland, Coker y Maple, 2021).

Es importante mencionar que la respuesta de las personas ante dichas situaciones traumáticas puede variar y adoptar diferentes formas. En primer lugar, la mayoría de veces se asume la alta posibilidad de que toda persona expuesta a estas situaciones vaya a desarrollar Trastorno de estrés postraumático o algún otro tipo de psicopatologías. En segundo lugar, la resiliencia contribuye al mantenimiento del equilibrio sin que esta experiencia traumática afecte su rendimiento y su vida cotidiana lo que quiere decir que aquellas personas que tienen la capacidad de resiliencia permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática. Asimismo, se sabe que la resiliencia es un fenómeno bastante común en aquellas personas que se enfrentan a experiencias adversas y que se da a raíz de procesos adaptativos normales del ser humano (Bonanno, 2004). Por último, el crecimiento postraumático es entendido como el cambio positivo que experimenta la persona tras un proceso constante de lucha que se origina desde la experiencia traumática vivida. Este suele relacionarse al término de resiliencia, sin embargo, la diferencia reside en que se origina un cambio positivo que lleva a la persona a una situación mucho mejor a la que se encontraba antes de ocurrir el suceso que experimentó. En este sentido, es importante mencionar que el crecimiento postraumático es un constructo multidimensional en el que la persona puede experimentar cambios positivos en ciertos dominios o ámbitos de su vida y no necesariamente experimentarlos o experimentar cambios negativos en otros ámbitos de su vida (Vera, Caberlo y Vecina, 2006).

Es de suma importancia tomar en cuenta las experiencias vividas por aquellas personas que presenciaron un intento de suicidio pues éste evento puede ser considerado traumático y generar posibles crisis en el proceso afectándolos a nivel emocional. Si bien no se tienen estadísticas de esta población en específico se sabe que, en el Perú, aproximadamente mil personas acaban con su vida cada año, el 80% de ellos está asociado a la depresión severa, adicción a las drogas y alcohol y trastorno borderline de la personalidad. Asimismo, se estima que, por cada suicidio consumado, otras 25 personas han tenido un intento de atentar contra su vida, es decir, se tendría 25000 personas en riesgo y por ende el mismo número de familias involucradas en la problemática (Ministerio de Salud, 2018). A esta cifra alarmante de intentos de suicidios se le suma la enorme cantidad de personas que pueden haber presenciado el hecho o haberlos encontrado en el intento lo que repercute a

nivel emocional en estas personas tras haber presenciado un evento impactante y difícil generando en ellos posibles traumas.

En esta misma línea, durante el 2017 se registraron 753 intentos de suicidio y el 72,5% correspondía a mujeres. Los casos se registraron en establecimientos de vigilancia centinela de las regiones de Amazonas, Áncash, Arequipa, Ayacucho, Callao, Huancavelica, Lima Metropolitana, Lima región, Loreto, Madre de Dios, Pasco y Tumbes (Ministerio de Salud, 2018). Es de suma importancia mencionar que un intento de suicidio es considerado como una variable predictiva de muerte por suicidio pues quienes ya han intentado suicidarse tienen mayor riesgo de morir por dicha razón a comparación de quienes no lo han intentado antes. Asimismo, los intentos de suicidio componen un inmenso impacto social y económico en la sociedad pues implica el hacer uso de los recursos de salud para atender las lesiones, el impacto social y psicológico de la persona y su círculo social más íntimo (por ejemplo: su familia) (Instituto Nacional de Salud, 2014).

De la misma manera, en un estudio sobre experiencias de padres cuyos hijos han intentado suicidarse se halló que los participantes se describieron como gravemente traumatizados a nivel emocional y social debido al intento de suicidio de su hijo y se sintieron muy desesperanzados con la situación en la que los efectos psicosociales amenazaban con irrumpir en las relaciones interpersonales en la familia. Asimismo, el intento suicida fue descrito como un evento dramático a nivel emocional y social en las familias lo que a su vez tenía el poder de legitimar los sentimientos y acciones de los participantes y creó nuevas posibilidades para hacer frente a la situación de constante alerta que vivían con sus hijos (Buus, Caspersen, Hansen, Stenager y Fleischer, 2014).

Las estadísticas muestran cifras alarmantes sobre el suicidio y el estado en el que se encuentra la salud mental en el Perú. Asimismo, estudios previos muestran el impacto del intento de suicidio en aquellas personas que conviven o presencian el acto pues algunos lo consideran un hecho traumático a nivel emocional y social muy relacionado a los estigmas que se tiene sobre el suicidio e intento de suicidio en la sociedad. Por ello, la justificación del presente trabajo de investigación es de carácter social ya que considera necesario concientizar sobre el tema y promover mayor cantidad de programas enfocados en la prevención del suicidio, así como el romper estigmas y lograr que sea posible conversar sobre el tema de manera empática, informada y sin miedo a poder buscar ayuda para quienes lo necesiten.

Asimismo, es de suma importancia visibilizar el impacto que tienen en la sociedad los intentos de suicidio no sólo en quién los experimenta sino también en aquellas personas que lo presencian y lo que esto implica en sus vidas posteriormente.

Actualmente, es importante mencionar que el Perú no cuenta con programas intersectoriales para abordar de manera oportuna e integral el suicidio. Sin embargo, es importante mencionar que las autoridades peruanas ya han reconocido a la depresión y el suicidio como problemas de salud mental que han de priorizarse en la nación (Ministerio de Salud, 2018). Por su parte, el Hospital Hermilio Valdizan se ha visto en la necesidad de implementar un programa de intervención llamado “Programa de atención integral de la depresión y prevención del suicidio” el cual tiene como objetivo brindar un tratamiento especializado a aquellas personas con este tipo de problemas reduciendo en lo posible los factores de riesgo y generando una mejor calidad de vida que beneficie a la comunidad. Asimismo, la intervención aborda áreas biológicas, psicológica, sociocultural y espiritual considerándolas como aspectos principales que permiten el desarrollo de una vida plena.

Finalmente, la presente investigación tiene como objetivo describir las experiencias traumáticas de personas que presenciaron un intento de suicidio. Para ello, se realizará el presente estudio desde una aproximación cualitativa con un marco epistemológico fenomenológico.

Método

La presente investigación se realizó desde un enfoque cualitativo pues la finalidad fue comprender la forma en la que los participantes procesan la experiencia de haber presenciado un intento de suicidio. Este enfoque es el adecuado para evaluar la manera en la que las personas perciben y experimentan los sucesos de la cotidianidad haciendo énfasis en sus interpretaciones y perspectivas. Asimismo, suele ser utilizado cuando el tema de estudio no ha sido tan investigado o no ha sido estudiado en ningún grupo social (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) siendo un factor que coincide con la escasa investigación sobre las experiencias de personas que presenciaron un intento de suicidio.

Se abordó el presente estudio desde el marco epistemológico fenomenológico pues este se enfoca en la experiencia de las personas sin modificarlas ni generando interpretaciones por lo que el investigador debe centrarse en describir las experiencias narradas sin involucrar sus propias experiencias (Hernández et al., 2014). Por otro lado, se hizo uso del análisis temático pues permite la generación de los códigos y/o la interpretación de la información.

Participantes

Para la presente investigación se contó con 9 personas que presenciaron un intento de suicidio. Entre ellos, 5 eran mujeres y 4 hombres. Asimismo, sus edades oscilan entre 21 y 43 años. Para la selección de los participantes se consideró como criterio de inclusión que los entrevistados sean mayor de edad. Además, un factor clave es el que hayan presenciado un intento de suicidio.

Tabla 1.*Datos Sociodemográficos de los participantes*

Participante	Edad	Tiempo de ocurrido el evento	Relación con la persona que intentó suicidarse
P1	33	2 años y 8 meses	Hijo
P2	42	1 año	Madre
P3	25	11 meses	Hermana
P4	43	8 meses	Madre
P5	33	1 año y 6 meses	Amigo
P6	29	2 años	Desconocido
P7	26	14 años	Hermano
P8	21	9 meses	Amiga
P9	31	17 años	Hermano

Es importante mencionar que se decidió trabajar con esta población pues no se han realizado investigaciones en base al análisis de sus experiencias traumáticas por lo que esta investigación es una primera aproximación a futuras investigaciones sobre el tema.

Por otro lado, el contacto con la población de estudio se realizó a través de un Centro particular de Prevención del Suicidio y por contactos de la investigadora. Es así que se obtuvieron 7 participantes contactados mediante dicho centro y 2 participantes contactados por la investigadora. En este sentido, se contactó a los participantes vía WhatsApp y se agendó una entrevista mediante la plataforma Zoom teniendo en consideración la disponibilidad de cada uno de los participantes.

En relación a los aspectos éticos, se elaboró un consentimiento informado (Apéndice A) haciendo énfasis en el carácter voluntario de su participación. Tras dar su consentimiento, los participantes llenaron la ficha de datos sociodemográficos (Apéndice B) y se dio inicio a la entrevista individual con una duración aproximada de 45 minutos. Asimismo, siguiendo el principio de confidencialidad se les comunicó a los participantes la naturaleza de la investigación y se les informó que sus nombres serían sustituidos por códigos, apodos u otros nombres (Hernández et al., 2014). En esta misma línea, se solicitó su consentimiento para grabar la entrevista y se les comunicó que tras haber transcrito el contenido de las mismas se

eliminarán las grabaciones y una vez finalizada la investigación se les brindará una devolución de resultados. Por último, se contó con un protocolo de contención por la movilización emocional que puede generar el presente tema de investigación y por cuidado de los participantes siguiendo el principio de beneficencia.

Técnicas de recolección de información

Para la presente investigación se hizo uso de una ficha de datos sociodemográficos con la finalidad de recolectar información pertinente para fines del estudio. En esta se incluyeron datos principales como el nombre, edad y sexo de cada participante.

Luego, se realizaron entrevistas semiestructuradas pues al ser de carácter abierto facilitan la flexibilidad y libertad para recolectar la información (Díaz et al., 2013). En este sentido, se diseñó una guía de entrevista con 11 preguntas y dividida en 3 áreas enfocadas en recoger información sobre la experiencia del trauma (percepción, sensación, atención selectiva), trauma desde el enfoque EMDR (Gil, 2008) (imagen, creencias, emociones y sensaciones en el cuerpo) y cierre de la entrevista. La última área tiene como objetivo brindar un espacio para que el entrevistado tenga la libertad de expresar su sentir a lo largo de la entrevista y brindar comentarios adicionales si así lo desea.

De esta manera, los ejes mencionados tuvieron una vinculación con el análisis temático pues la guía de preguntas tiene la finalidad de explorar las experiencias de aquellas personas que presenciaron un intento de suicidio. Es así que es importante señalar que la presente guía pretende analizar las experiencias de los participantes tras presenciar un intento de suicidio teniendo en cuenta que no intervengan las experiencias de la investigadora.

Posteriormente, con el objetivo de garantizar la pertinencia y adecuación al objetivo de la investigación, se realizó un proceso de validación de jueces sobre la guía de entrevista, el cual estuvo conformado por un grupo de psicólogos especialistas en trauma y suicidio de la Pontificia Universidad Católica del Perú y del Centro particular de Prevención del Suicidio. Cabe mencionar que la entrevista fue adaptada a la virtualidad debido al actual contexto social (pandemia), por lo que se realizó a través de la plataforma Zoom. Por último, para otorgar una mayor validez a la guía de entrevista y mejora de la misma, se realizó un piloto. Asimismo, es importante mencionar que la cantidad de entrevistas a realizar se definió por el proceso de saturación (Merayo, 2003; Robles, 2011).

Procedimiento

Se llevó a cabo un proceso de revisión de la guía de preguntas a través de la validación de jueces. A partir de los comentarios y recomendaciones, se modificaron y ajustaron las preguntas en relación al objetivo de la presente investigación. Luego, la nueva versión de la guía de entrevista volvió a ser revisada por los docentes encargados con el objetivo de aprobar la aplicación de la misma. Tras la aprobación, se realizó un piloto con la finalidad de validar la guía, aproximar el tiempo de duración de la entrevista y agregar o disminuir preguntas a la guía para poder tener una óptima aplicación al realizar las principales.

Posterior a la aplicación del piloto y realizadas las mejoras necesarias se procedió a contactar a los participantes para la programación de las entrevistas. Para ello se les envió un correo con el link de la reunión de Zoom de acuerdo a la fecha programada. Antes de iniciar la entrevista se les presentó el consentimiento informado en el que se informó sobre la naturaleza de la investigación se solicitó permiso para grabar la entrevista y se les mencionó que los audios serían reproducidos solo por la investigadora y al finalizar el proceso se eliminaría la grabación. Es importante mencionar que la cantidad de entrevistas realizadas estuvo sujeta por el proceso de saturación, el cual consiste en realizar todas las entrevistas posibles hasta obtener la misma información, es decir que dejen de aportar información nueva para la investigación, y se dará por concluido el proceso de recolección de información (Merayo, 2003; Robles, 2011).

Por otro lado, tras las indicaciones dadas los participantes procedieron a completar la ficha de datos sociodemográficos. Asimismo, las entrevistas duraron entre 40 minutos y 60 minutos, al finalizarlas se agradeció a los participantes por su tiempo y por la valiosa información brindada. Es importante mencionar que se mantuvo un trato horizontal, de respeto y empatía con la finalidad de facilitar y hacer más ameno el desarrollo de la entrevista. Luego de completar todas las entrevistas, se procedió a realizar la transcripción de cada una de ellas para ser procesadas con la técnica de codificación y al concluir la investigación se realizó la devolución de resultados a cada participante tanto de manera oral como escrita.

Respecto a los criterios de rigor se tuvo en cuenta 4 principales durante el marco de la investigación: integridad, auditabilidad, coherencia y fundamentación (Pistrang & Barker, 2012). El criterio de integridad se refleja en el trabajo transparente en el que no se alteró la información de los participantes, así como el no interpretar dicha información de manera sesgada con la finalidad de asegurar que se cumple el objetivo de la investigación. Asimismo, durante la investigación se mantuvo un diálogo constante con el asesor a cargo

sobre los hallazgos y avances con la finalidad de guiar la investigación de la manera más objetiva e íntegra. En este sentido, es importante mencionar que se tuvo en consideración el criterio de rigurosidad de auditabilidad para garantizar la validez de la presente investigación. Este involucra la habilidad de otro investigador para seguir el proceso que viene realizando el investigador original por lo que es necesario un registro que contenga las decisiones del mismo para la realización de su investigación. Esto contribuye a que el otro investigador pueda generar sus propias conclusiones y dar cuenta de la similitud que puede tener con las del investigador original (Leininger, 2003).

Por otro lado, el criterio de coherencia hace referencia al analizar la información obtenida desde una teoría, es así que al ahondar en experiencias traumáticas de personas que presenciaron un intento de suicidio se apoya en las teorías sobre trauma y suicidio. Finalmente, la fundamentación implica el realizar el análisis y las conclusiones de la investigación desde lo recolectado en el trabajo de campo, es decir en las entrevistas realizadas asegurando que el análisis es netamente de la información recabada. A esto se le suma el criterio de credibilidad el cual hace referencia a la honestidad y transparencia de la información recolectada a través de la interacción que se tuvo en las entrevistas con los participantes (Leininger, 2003).

Por último, se decidió tomar en cuenta las recomendaciones provistas por el asesor respecto al proceso de autocuidado durante la investigación debido a la posible movilización que podría implicar el conectar con narraciones de personas que presenciaron un intento de suicidio. Es así que previo a la realización de entrevistas se inició un proceso de terapia que brindó herramientas para contener tanto a la investigadora como a los participantes. Asimismo, la investigadora fue expuesta a narraciones de sobrevivientes a pérdida por suicidio y a narraciones de quienes presenciaron un suicidio o un intento de suicidio. Esto previo a iniciar la fase de recolección de información a través de las entrevistas.

Análisis de la información

Una vez finalizado el recojo de información a través de las entrevistas, se procedió a realizar la transcripción. Posterior a ello, se realizó la codificación manual de la misma y se realizó un análisis temático pues permite identificar y organizar la información para ser analizada posteriormente y permitir la determinación de patrones, significados y realidades de los entrevistados (Braun y Clarke, 2006; Mieles et al., 2012). Asimismo, los temas fueron identificados de forma inductiva pues fueron recolectados en base a las experiencias narradas por los participantes y posterior a ello ordenados en jerarquía (Pristrang y Barker, 2012). Por último, para facilitar la comprensión e interpretación de la información brindada por los entrevistados se hizo uso del software Microsoft Excel para tener una mejor organización y optimizar el proceso de análisis.

Posterior a ello, se identificaron temas y patrones que fueron obtenidos en las entrevistas lo que contribuyó a la credibilidad del estudio. Para ello, se realizó una matriz de codificación de subtemas y temas en base a la información obtenida. Por último, se realizó la sistematización de resultados expuestos en la sección de discusión con la finalidad de garantizar una rigurosidad metodológica (Jhansen, 2013; Pristrang y Barker, 2012).

Resultados

Los resultados de la presente investigación se encuentran divididos en 4 temas basados en el análisis temático realizado en las entrevistas. El primero de ellos corresponde a las “Durante el evento: Diversas reacciones ante la experiencia de presenciar un intento de suicidio”; el segundo, “Al recordar el evento: Características de la experiencia considerada como traumática”; el tercero, “Diversas manifestaciones del trauma tras presenciar un intento de suicidio”; y, el cuarto, “Desensibilización de la experiencia traumática”. Es importante mencionar que cada tema será desarrollado con sus respectivos subtemas los cuales surgieron en base a las experiencias relatadas por cada participante. Asimismo, las citas de los participantes estarán indicadas con los códigos P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 y P9 dependiendo del participante. Por último, se considera importante y necesario advertir al lector sobre el material sensible que se presenta a continuación.

1. Durante el evento: Diversas reacciones ante la experiencia de presenciar un intento de suicidio

El primer tema está constituido por los diversos relatos en torno a las reacciones que los participantes experimentaron al presenciar un intento de suicidio. Este tema se divide en tres subtemas: reacciones cognitivas ante el evento, reacciones emocionales ante el evento y reacciones conductuales ante el evento. Es importante mencionar que, todas las reacciones que serán reportadas, en tanto constitutivas de la experiencia subjetiva, se encuentran articuladas y se presentan de forma simultánea ante el evento de intento de suicidio.

Reacciones cognitivas ante el evento

En relación a las reacciones cognitivas halladas en las narrativas de los participantes se encuentran pensamientos relacionados a la incertidumbre tal como lo evidencia el P1 al no tener la certeza sobre lo ocurrido con su madre al llegar a la escena del intento de suicidio “...no sabíamos exactamente qué había pasado...” lo que lo llevó a pensar en posibles explicaciones a lo ocurrido "...trataba de hacerme la idea de la cabeza de qué era lo que podía haber pasado...". De la misma manera, la P3 describe su experiencia como una mezcla entre confusión e incertidumbre ante lo que estaba presenciando "... la verdad es que fue

como en ese momento yo no entendía lo que estaba pasando todo fue muy rápido y yo no sólo quería respuestas ¿no? estaba muy confundida...yo había llegado a la casa otra vez entonces yo no entendía mucho desde cuándo, cómo o sea eran muchas preguntas que tenía en mi cabeza ...".

Asimismo, la P3 comenta otro tipo de reacción cognitiva en torno a una asociación entre dos situaciones que la llevaron a actuar de manera inmediata "...mi hermano tiene pesas entonces escuché que se cayó una pesa y como vi los mensajes de mi hermano lo relacioné al toque dije ¡no no no no! entonces como que entré al chat lo más rápido que pude y mi hermano había mandado dos mensajes despidiéndose y salí corriendo...", esto se puede evidenciar también en lo narrado por la P4 quien a raíz de asociar ciertas situaciones logra descubrir el intento de suicidio de su hija "... [ante la recepción de un mensaje de su hija] era un escrito entonces yo me quedé me asusté y lo primero que hice fue tratar de leer lo más rápido posible porque era muy largo y trate de leer lo más rápido y al toque miré hacia su cuarto y vi que todas las luces estaban apagadas entonces ahí fue peor porque yo de frente entré y bueno cuando entré el cuarto estaba todo apagado y ella estaba sobre la cama y todo olía a pastillas pero era un olor fuerte a pastillas ..."

Reacciones emocionales ante el evento

En relación a esta sección se hallan una diversidad de emociones presentadas por los entrevistados, entre ellas la desesperación reflejada en la experiencia compartida por la P2 ante uno de los intentos de suicidio de su hija "... en el momento también ante la desesperación procuras no pensar tanto y más actuar ¿no? ... no centrarme en lo duro de la situación sino más bien en tratar de evitar que se hiciera daño realmente ¿no?"; así como en la narración de la P3 quien comparte lo que fue este momento para ella y su padre "... mi papá entró y como que se quedó asustado pues ¿no? ... no sé, quizá mi papá también estaba desesperado pero mi hermano cayó como un saco de papas y mi papá lo agarró y los dos nos quedamos, así como esperando a que respirara...". Asimismo, la P4 comenta, haciendo alusión a la intensidad de sus emociones, la razón por la cual el último intento de suicidio de su hija fue más impactante para ella "...esta última vez no estaba consciente entonces era una desesperación terrible porque no sabía a qué hora se había tomado, cuántas se había tomado y lo único que hicimos fue este... mi esposo cargarla y bajarla, menos mal el auto estaba afuera ¿no?".

Por otro lado, el temor suele estar presente, también, en las narraciones de los participantes como reacciones experimentadas durante el evento. El P5 comenta: "...de un momento a otro se quedó callada [su amiga], no hacía bulla y nos pareció raro demasiado, me asusté y entonces la fui a buscar y se había amarrado un como que un cable al cuello y se lo había amarrado a un fierro y estaba botando espuma en la boca cuando la encontré...". Asimismo, el P7 comenta sobre el susto que experimentó al intentar ayudar a su hermana "...ella casi se tropieza algunas veces y me asusté mucho y me puse a llorar porque no sabía qué hacer, no podía cargarla bien y si sentía que si no la bajaba y la hacía vomitar se iba a morir y la llevé al baño sabe Dios con qué fuerza...", del mismo modo el P9 narra haber experimentado una emoción parecida al encontrarse con una escena inesperada "mi hermano gritó, abrió la puerta y ahí donde yo estaba esperando entonces yo abrí la puerta y vi a María inconsciente ¿no? entonces vi las pastillas y entendí lo que había pasado, me asusté un montón fui la vi para reanimarla...".

Reacciones conductuales ante el evento

Respecto a las reacciones de naturaleza comportamental, el P7 comenta cómo es que en medio de su desesperación intentó ayudar a su hermana "le metía el dedo en la garganta y no vomitaba, me asustaba más mi hermana dejó de contestarme entre todo este trajín de bajarla a llevarla al baño habremos demorado lo que para mí fue una eternidad, pero tal vez no sé media hora un poco más y no regresaban mis papás...". Asimismo, la P4 menciona "...yo quería inducir al vómito como ella usa brackets no podía este... abrirle la boca uno por los brackets y otro porque estaba dura muy dura y la verdad que yo trataba por todos los medios estando en el auto de abrirle la boca y meterle agua y querer que vomité, pero no podía y era mi impotencia por llegar a la clínica lo antes posible ¿no?". De esta manera, la P3: "...yo lo encontré colgado, entonces le decía ¡Pepito esto no es una broma! y entré en crisis y le empecé a mover y no se movía y su mano o sea su mano estaba fría entonces yo decía ¡no esto no puede ser! y empecé a gritar ¡papá, papá..."

Por otro lado, se evidencia en la narrativa de los entrevistados la búsqueda de soluciones al enfrentarse con un evento totalmente inesperado para ellos. El P7 comenta haber enfrentado sólo la situación pues no había ningún adulto en casa: "no regresaban mis papás, eso fue lo primero que registré, ¿qué hago?, mi hermana no me respondía y no la quería dejar sola, le tiraba agua en la cara con la mano ahí al lado no reaccionaba, seguía intentando hacer

que vomite, pero no vomitaba ..." "...Entonces mi siguiente idea fue primero llamar a mis papás ... informarles para que ellos vengan que hagan algo que yo no sabía qué más a hacer y bueno salvarle la vida ¿no? que no muera..."

2. Características identificadas de la experiencia considerada como traumática por quien lo presencié al recordar el evento

El segundo tema rescata y reporta, a partir de las narraciones de los entrevistados, las características más resaltantes de sus experiencias consideradas como traumáticas. Este tema se divide en cuatro subtemas: evento traumático, calidad del recuerdo, detonantes del trauma y evitación experiencial del trauma.

Evento traumático

En relación a esta sección, se evidencian diversas narraciones de los participantes considerando el haber presenciado un intento de suicidio como una experiencia traumática para ellos. La P2 comenta "Bueno ella no fue el primer intento que tuvo ya había sufrido otros, pero definitivamente este sí fue el más traumático porque fueron varios fueron sostenidos tuvo que pasar por todos estos cambios de actitud de personalidad ...". Asimismo, la P6 menciona que "...en su momento no lo registré como tal, pero sí considero que llegó a ser traumático porque mi cuerpo no reaccionaba, no podía evitar, no podía dejar de mirar lo que estaba pasando...". De la misma manera, el P7 comparte su experiencia en la que menciona este acontecimiento de su vida como parte de uno de sus episodios traumáticos "Ah sí definitivamente, justo ahora estoy haciendo un proceso de terapia EMDR que es reprocesamiento del trauma y bueno eso es uno de mis episodios traumáticos como tu tesis lo dice ¿no? efectivamente ha influido supongo en la manera que yo he visto y me ha acercado, aproximado al suicidio por muchos años en mi vida e incluso ahora ¿no? ...".

Calidad del recuerdo

En esta sección se reportará el contraste hallado en las narraciones de los participantes sobre la facilidad y la dificultad que presentan para recordar el intento de suicidio que presenciaron. El P1 no señala dificultades para recordar el evento sino menciona recordarlo de una manera muy detallada "De hecho, tengo muy presente todo ese momento todo ese proceso todo ese día lo tengo muy muy en mente creo que hasta podría decirte

exactamente todo lo que tuve que hacer en el hospital en emergencias con mamá y por todas las cosas que pasó...".

En contraste, la P2 comenta tener complicaciones para recordar ciertos momentos del evento "... Estoy tratando de hacer memoria para ver cómo fue la cadena de eventos...por ejemplo ahorita lo de la toma de pastillas lo recuerdo bien, pero la conexión con el resto no se ve entonces es un poco difusa, es un poco difusa". Asimismo, se pueden observar también dificultades en el P9 para recordar sucesos "...lo de mi hermano Saulo por ejemplo tampoco no me acuerdo, si me lo terminé de recordar con mi hermano Juan ...porque siempre me había quedado la imagen de que yo había empujado la puerta y había encontrado a María, después Juan me dijo no, Saulo se metió y él fue el que abrió la puerta y recién ahí dije ah sí ya me acordé". En este sentido, es importante mencionar que la dificultad para recordar los sucesos del P7 es debido a la posible "disociación" presente en ese momento "...mi papá empezó a gritar a mi mamá que baje y les diga que necesitábamos ayuda, mi mamá fue corriendo para decirles lo que mi hermana había hecho y yo me quedé en el carro y de ahí me desconecté de nuevo cuando me regresé estaba sentado en la silla de la sala de espera, mi papá me estaba hablando no recuerdo que me estaba diciendo...".

Detonantes del trauma

En esta sección los participantes narran sobre distintas situaciones, personas u objetos que detonan el recuerdo del intento de suicidio que presenciaron. El P1 comenta cómo el recibir llamadas suscita el recuerdo del evento: "es inevitable que me llene de nervios por ejemplo recibir una llamada temprano de quien sea ¿no? porque de hecho y de nuevo como es totalmente fortuito ¿no? ... entonces cada vez que un familiar me llama por algo es imposible, activa una ansiedad terrible, te juro". Asimismo, la P2 comenta sobre el lugar que detona recuerdos del intento de suicidio de su hija "...me ha pasado que cuando voy a la terraza, durante la pandemia ella y yo íbamos mucho a la terraza, eh recuerdo los eventos en la terraza ahora el último piso ¿no? porque muchas veces amenazó en lanzarse por ahí, en muchas veces tuve que ir a buscarla, tuve que ir a calmarla, tuve que ir a agarrarla inclusive ¿no? entonces para mí sí es muy doloroso". De la misma manera, la P6 reporta en torno a un objeto, en este caso los camiones de bomberos, como detonante del recuerdo: "hum creo que las sirenas, las sirenas de los bomberos, el megáfono como brindaban instrucciones y cada vez que veo un

camión de bomberos que tenga escaleras, ya es ese tipo de camión que me hacen recordar a ese evento".

Evitación experiencial del trauma

Algunos de los participantes dan cuenta de los intentos por evitar la activación del trauma. Así, comparten sus experiencias sobre situaciones, lugares que suelen o solían evitar, tras haber presenciado un intento de suicidio. La P6 comenta evitar mirar hacia el lugar en el que presenció el intento de suicidio de un adolescente "...cada vez que paso por esa zona es muy cercana a mi casa soy consciente de que evito mirar a esas torres de luz". Asimismo, el P7 cuenta su experiencia al evitar asistir al lugar en el que presenció el intento de su hermana "...un tiempo no me acercaba a ese segundo piso de mi casa, pero eso pasó relativamente rápido y algunas otras cosas que evitaba en relación a eso bueno el seguro de salud que evité mucho tiempo ir físicamente y eventualmente aprendí a cogerle tolerancia y caminaba por esa entrada. era aversivo para mí verlo, pasar por ahí".

Por otro lado, la P4 menciona que prefiere no recordar ese momento que fue muy doloroso para ella "no la verdad yo soy de esas personas que evitan mucho recordar lo que causa dolor y ... por eso es que no llevo la cuenta de cuántas veces han sido así exactamente no me gusta quedarme en el pasado doloroso algo así entonces yo siempre trato de olvidar aquello que me hace sentir mal...", esto es muy similar a lo que narra la P2 ". el hecho de que no esté intentando acabar con su vida activamente para mí es un alivio y bueno si tengo que hablar de un sentimiento procuro yo procuro no recordar tanto esos episodios ¿no? es algo que me gusta, me gusta dejar atrás, me gusta no volver a esas emociones".

3. Diversas manifestaciones del trauma tras presenciar un intento de suicidio

El tercer tema está constituido por las narraciones de los participantes sobre las manifestaciones del trauma en sus vidas tras haber presenciado un intento de suicidio. Este tema se divide en cinco subtemas: emociones experimentadas al recordar el intento de suicidio, pensamientos vinculados al evento, sensaciones experimentadas en el cuerpo al

recordar el intento de suicidio, pesadillas relacionadas al evento e implicancias en su vida personal.

Emociones experimentadas al recordar el intento de suicidio

En esta sección se reporta la diversidad de emociones halladas en las narraciones de los participantes al recordar lo sucedido. La P3 comenta haber sentido una serie de emociones al recordar el evento: "angustia, me siento un poco triste, culpa y me siento también un poco frustrada porque yo puedo ser, soy muy creyente y lo primero que hice fue como mirar hacia arriba decir ya basta ¿no? yo sé que soy fuerte pero ya esto es mucho ¿no? entonces sí me chocó bastante, reclamé bastante entonces siento esa frustración entre enojo y tristeza". Siguiendo esta línea, la P6 muestra también una diversidad de emociones, tales como: "Ah enojo, enojo, la tristeza, no necesariamente es una emoción, pero impotencia también".

El P9 muestra una serie de emociones ambiguas que van desde la tristeza hasta la alegría tras recordar lo ocurrido "me dio tristeza al momento, me ha dado alegría de recordar que puedo abrazarla después. Esta culpa...la culpabilidad fugaz que apareció y sentí una ligera molestia por haber mantenido en silencio tanto tiempo el tema como que luego que lo dejamos no pasa nada y nunca lo conversamos ...".

Por otro lado, se evidencian, también, sentimientos relacionados al intento de suicidio presenciado que suelen presentarse con mayor constancia no sólo en el recuerdo. Así, el P7 comenta experimentar una mayor desesperanza desde lo ocurrido "... sí diría que impactó más en mi sensación de desesperanza, a partir de esa noche sí me sentía bastante más desesperanzado esa sensación de ¿qué más puedo hacer? no hay mucho más que pueda cambiar en mi vida ahora o en la vida de otro, sí se agravó más ese sentir...".

Por último, el P1 comenta percibir una sensación de soledad cada vez que recuerda lo ocurrido "...soledad, soledad creo que soledad es un sentimiento muy muy fuerte que siento cuando pienso en eso porque fueron tanto ese día esa noche cuando ya estábamos en el hospital y todo con mi mamá y mamá descansaba, estaba sedada y descansaba y yo me sentía totalmente solo, igual el día que falleció ella me sentía solo..." por lo que menciona

haberse sentido incomprendido pues menciona que "...nadie podía estar en mi piel de la manera como yo estaba entonces tal vez la soledad es algo que me atacaba con más fuerza".

Pensamientos vinculados al evento

Esta sección recopila una serie de pensamientos comentados por los participantes sobre el evento. El P7 comenta lo que pensaba sobre ese momento, pensamientos muy relacionados a la culpa y desesperanza presentes "entre las llamadas que yo hice a mi mamá y mi papá en esa noche antes de que me contesten... pensé ¿qué puedo hacer?, no hay nada más que pueda hacer ya, ya se va a morir y esa culpa de eso también ¿no? de haber pensado ¿para qué seguir llamando? no va a cambiar nada ya está ahí ya sucedió no hay nadie más que pueda ayudarme, ayudarla a ella...". Asimismo, la P4 comparte sus pensamientos relacionados al remordimiento por no haberse dado cuenta de las pastillas que compró su hija "...pensando en la pastilla justamente el hecho de que iba a salir a comprarlos un poco de remordimiento también es como dice "debiste haber estado más atenta" que es lo que siempre trato de hacerlo un poquito eso ¿no?". Por su parte, la P6 comenta, denotando indignación, lo que pensó al recordar el intento de suicidio que presenció: "ya... el primero es que el intento de suicidio de una persona no es un show, no es un acto de entretenimiento. En segundo lugar, es una pregunta, ¿qué habrá estado pasando en la vida de ese niño, de ese adolescente que lo hayan llevado a tomar esa decisión?".

Sensaciones experimentadas en el cuerpo al recordar el intento de suicidio

En este apartado se evidencian las distintas sensaciones en el cuerpo experimentadas por los participantes. La P6 comenta haber experimentado "la sensación que más recuerdo es como un hueco en el pecho, la sensación de querer llorar, como si me hubiera tragado una manzana o algo muy duro de tragar como si estuviera atorado en mi garganta" "También recuerdo que mi cuerpo comenzó a temblar, no tanto sino como agitación mis manos, mis pies y era contradictorio porque mi cuerpo no reaccionaba, no podía moverme del lugar ...". Asimismo, la P4 comenta haber sentido su cuerpo tenso, "... un poco tenso, pero también no sé, siento un poco de adormecimiento en la mano, no sé pareciera que de repente el recuerdo de cuando estaba queriendo abrirla la boca a ella ¿no? no sé la fuerza que hice ¿no? tengo esa sensación de como si mi mano ahorita estuviera cansada de haber hecho esa fuerza tengo esa sensación... y justo en la mano derecha". A esto se le suma una sensación

similar basada en la disociación que comenta haber experimentado el P7 "... sospecho que en gran medida mis parches [así llama a sus momentos de disociación] también tienen que ver con eso porque como te digo son mis extremidades y mucho de lo que sentí esa noche fue ese agotamiento físico y no es coincidencia diría yo que estas mismas partes de mi cuerpo son las que más estaban cansadas cuando hice todo ese ejercicio de cargar a mi hermana que pesaba tranquilamente entre 2 a 3 veces más de lo que yo pensaba y llevarla a hacer todas esas cosas..."

Pesadillas relacionadas al evento

Se reportan las narraciones de los participantes sobre sus sueños en relación a lo presenciado. La P3 comenta haber tenido sueños relacionados al evento con bastante frecuencia "sí ehh yo todavía lo veo mi hermano colgado de vez en cuando en sueños o cuando pienso en eso inmediatamente está ahí la figura ¿no?... los momentos más impactantes", "últimamente con bastante frecuencia este... antes no, antes simplemente no recordaba mi sueño, pero últimamente sí lo recuerdo este... bueno mi terapeuta me dice que es por qué estamos trabajando material traumático...".

Asimismo, el P1 menciona no haber tenido sueños referidos al intento de suicidio de su mamá, pero sí haber soñado con la relación que solían tener "no he tenido no creo que no creo que no he tenido ninguna pesadilla exactamente con lo que pasó, pero sí he tenido pesadillas discutiendo y peleándome con mi mamá muchas veces, muchas veces ...pero si me ha pasado en estos más de dos años desde el intento de suicidio ... he tenido varios episodios de sueños así". Por último, la P6 comenta haber tenido dificultades para dormir "Sí, a corto plazo a los días siguientes si bien no tuve pesadillas sí me costó dormir, me costó muchísimo tranquilizarme ... A los días... sí ya poco a poco ya pude volver a tocar el tema, pero poco a poco".

Implicancias de la experiencia traumática en su vida personal

Se reportan las experiencias que los participantes narran sobre las implicancias de presenciar un intento de suicidio en su vida personal. Una de estas implicancias hace referencia a su vida profesional, la P4 comenta "estudiar más ¿no? siempre me gustó estudiar siempre es algo que yo disfruto, leer, aprender, estudiar, pero para eso se necesita tiempo y

concentración y son cosas que las que ya no contaban mucho porque tuve que hacer otras actividades para poder este... digamos pasar más tiempo al tanto de ella ¿no?". Asimismo, el P5 menciona que algunos días tuvo que dejar de trabajar por estar pendiente de su amiga "de repente ir a trabajar unas veces porque tenía que quedarme de repente viéndola en el día, pero como algo muy personal".

Se observan también narraciones sobre su vida social, la P3 comenta haber dejado de realizar actividades con su pareja "hum bueno al principio sí deje de querer viajar o sea yo ya tenía como planificado casi todos los fines largos ya vamos a ir aquí a acá con mi pareja y pues no, no, no me quería ir de mi casa, recientemente he vuelto a pensar en esto ahora ya". De la misma manera, la P2 comenta que está volviendo a pasar tiempo con su pareja luego de distanciarse por un tiempo "...recién una vez por semana estoy durmiendo fuera de casa, me voy a ver a mi novio que antes vivíamos con él cuando sucedieron todos estos eventos vivíamos con él, pero había dejado bastante de lado el hecho de poder tener un momento a solas con él porque siempre tenía que estar acá".

Se narran experiencias sobre las repercusiones generadas en ellos, el P7 menciona que "... el trauma, al menos puedo hablar por mi experiencia, que las consecuencias no sólo suceden en nivel de pensamiento, emocional sino físicamente y las consecuencias las vivo hasta el día de hoy mis parches, mi sensación de vacío físicamente hablando ¿no? la parte emocional ...". Esto último, es compartido también por el P5 quien reporta haberse sentido con menos energía "Ah sí claro... me deprimí también por ver a esa persona, también me bajó la energía también un poco ... Las pesadillas fueron los primeros días porque si estaba nervioso...".

Por último, el estado de alerta también es considerado como parte de las implicancias en la vida de los participantes tras presenciar un intento de suicidio, el P5 comenta haberse sentido en un estado de alerta tras lo sucedido "o sea de hecho que ... dejé de hacer mis actividades hasta a veces no llegar a casa por estar pendiente de ella, es desgastante porque como que te olvidas de hacer tus cosas o dejas de hacer estas cosas bien básicas por estar muy pendiente de la otra persona es como que te pegas un tiempo y te olvidas un poco de ti mismo". Asimismo, la P3 menciona que "no podía dormir muy bien o sea si me dormía a las 2 de la mañana, tres, a cada rato, para esto los primeros meses mi hermano dormía con la puerta abierta y todos pasaban por el pasillo y trataban de darse cuenta si estaba bien o no, y

yo le quité todos los cables, correas y estaba en alerta constante tenía mucho miedo de que hasta con las sábanas se quisiera ahorcar hasta ese punto porque para mí todo era un arma en la casa...". Esta preocupación constante o estado de alerta puede evidenciarse también en lo narrado por la P2 "sí totalmente claro, claro o sea yo me dediqué a estar con ella 24/7 todos esos días ¿no? dormía con ella y le hacía la guardia cuando iba al baño, si alguien tocaba la puerta no podía ir a abrir la puerta porque no podía dejarla sola en la habitación ... y si pues era tensión total ¿no? tensión total 24/7 ¿no?".

4. Desensibilización de la experiencia traumática

El cuarto tema está constituido por las narraciones de los participantes sobre su experiencia tras lograr generar un nuevo vínculo con lo que conlleva para ellos el haber presenciado un intento de suicidio. Este tema está compuesto por el subtema de crecimiento en su vida personal.

Crecimiento en su vida personal

En esta sección se reportan narraciones de los participantes vinculados al crecimiento en diferentes ámbitos de su vida tales como la dinámica familiar. El P1 comenta su crecimiento a nivel familiar y lo que este suceso significó para su familia "...volcó de muchas maneras la forma como comencé a ver el tema de los problemas reales que teníamos dentro de la familia y de los llamados de las pequeñas llamadas de atención y las pequeñas cosas que a veces uno cree que son pequeñas que en realidad no lo son, incluso para mí mismo". Asimismo, la P3 comenta cómo es que a raíz de este evento la relación con su familia fue mejorando "me uní mucho más a mi familia, es que mi familia era muy desunida... Sí ha repercutido un antes y un después de mi vida porque mi familia ahora es más unida literalmente somos familia o sea ya nos apoyamos no hay ninguna desconfianza nos podemos contar cosas y mis papás no nos regañan, nos aconsejan o nos dan consuelo... también ha generado que tengamos momentos en familia... bueno ahora yo también tengo una relación más cercana con mi hermano..."

Asimismo, los participantes comentan sus logros relacionados al proceso que supone haber presenciado un intento de suicidio y su posterior reelaboración a partir del acompañamiento terapéutico. La P6 comenta que "...fue interesante hablarlo no sé muy bien cómo explicarlo y si bien lo estoy explicando en primera persona al menos ahora puedo verlo con un paso atrás como un espectador y eso es algo que no lo había hecho ¿no?". Asimismo, el P7 hace una reflexión sobre su proceso y reconoce sus logros "... sí hay una diferencia y

para mí el llegar a aceptar de que eso está avanzando se siente bien sanador ¿no? orque es como bueno no estoy tal vez avanzando como Ferrari... pero estoy avanzando, estoy sanando mi proceso de sobreviviente a intento como viendo el intento mi hermana".

Este reconocimiento de sus logros y la reconciliación con sus recuerdos lo comenta también el P1 "creo que he hecho las paces con algunas cosas que me traen más que nada a sensaciones positivas de mi relación con ella ... por ejemplo ... Hace un año decidí cuidar plantas y tener yo encargarme las plantas de mi casa y eso me hace pensar en ella y con nostalgia, pero es una nostalgia bonita ¿no? ya no es la nostalgia con la carga negativa". Por último, la P3 comenta que " es la primera vez que puedo narrar todo sin llorar así que sí me he sentido un poco con angustia, pero lo he podido manejar de hecho me he sentido tranquila porque las preguntas son bastante abiertas...".



Discusión

En el presente apartado se contrastan los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas con la literatura revisada sobre experiencias traumáticas de personas que han presenciado un intento de suicidio.

En relación al primer tema hallado “Durante el evento: Diversas reacciones ante la experiencia de presenciar un intento de suicidio” se evidencia cómo es que la parte cognitiva, emocional y conductual se activan de manera conjunta. Se evidenciaron pensamientos de incertidumbre y confusión que los llevaba a intentar encontrar razones a lo que estaban presenciando, así como la desesperación traducida en búsqueda de soluciones y pedidos de ayuda acompañados del miedo que sentían ante la posible muerte de aquella persona que tenían frente a ellos. Ante esto, las reacciones halladas van en la línea de lo encontrado por Bouton y Waddell (2007), quienes hacen mayor énfasis en reacciones emocionales y conductuales, indicando que las respuestas comunes durante o inmediatamente después del evento traumático incluyen una intensa excitación autónoma asociada con miedo o comportamiento agitado debido a la desesperación presente.

El segundo tema hace referencia a “Al recordar el evento: Características de la experiencia considerada como traumática por quien lo presenció”, es así que los detonantes del trauma pueden ser múltiples situaciones, lugares, objetos o personas que tienen asociación al recuerdo del evento experimentado tales como llamadas telefónicas en la mañana (P1), terraza (P2), camiones de los bomberos (P6). Respecto a esto, Gil (2008), señala que la experiencia traumática se almacena en el cerebro de forma disfuncional. Entonces, al ser disfuncional no se logra integrar a la experiencia de la persona por lo que es considerado la causa de los síntomas presentes que vuelven a ser experimentados cada vez que la persona enfrenta una situación similar que involucra detonantes del trauma.

Otra característica relacionada a este segundo tema es la calidad del recuerdo que se evidencia en las narraciones de los participantes en la dificultad para recordar los sucesos ocurridos y por el contrario en la facilidad para hacerlo. Este hecho trata de ser explicado por Ibáñez (2018) quien menciona que el trauma resulta en fragmentación y disociación cuando la persona suprime de su memoria lo que le ocurrió, lo cual se evidencia en las narraciones de los participantes en su desconexión en algunos momentos del suceso por lo que no recuerdan todo con claridad, por el contrario, lo describen como algo difuso.

En contraste, las experiencias traumáticas también pueden tener otros efectos sobre la memoria, generando recuerdos vívidos, intensos y con malestares a la persona (Ruiz, 2006). Así, los resultados dan cuenta de recuerdos los cuales son “vividos” nítida e intensamente por

los participantes, como en el caso del P1 quién recuerda cada detalle de la experiencia vivida.

En relación a la característica de evitación experiencial del trauma los participantes comentan no querer volver a esas emociones por lo que mencionan tratar de olvidar lo que les hace mal o evitar situaciones, objetos, personas o lugares que detonan el trauma. Es así que esto puede ser explicado desde la evitación experiencial, pues esta consiste en la indisposición de una persona respecto a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (p.ej.: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales). Asimismo, el individuo que “evita” la experiencia, intentará alterar la forma o la frecuencia de esos eventos, así como los detonantes del recuerdo (Ferro, 2000).

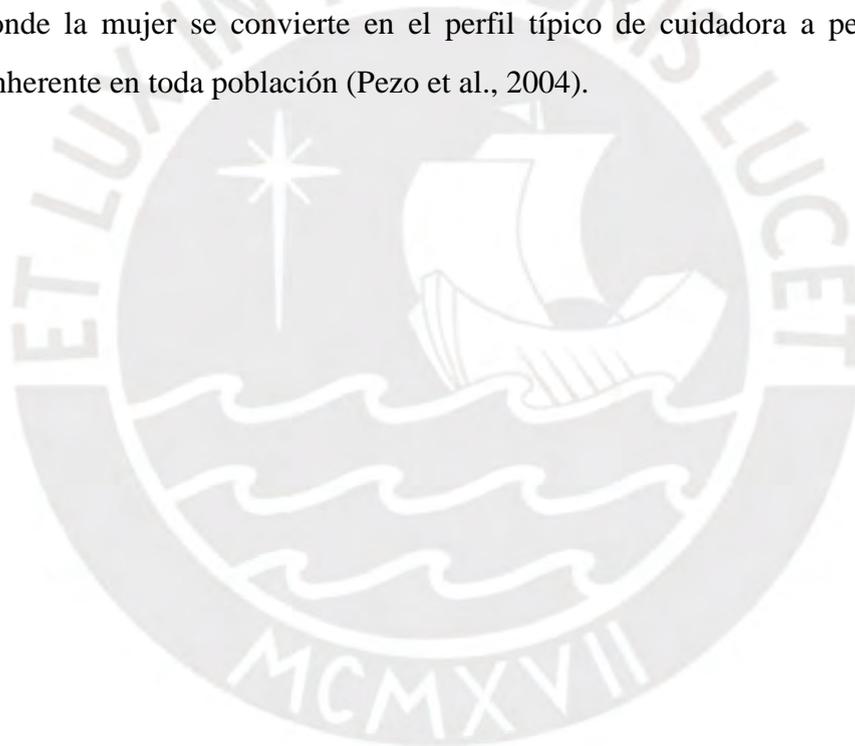
En cuanto al tercer tema “Diversas manifestaciones del trauma tras presenciar un intento de suicidio”, los participantes señalaron experimentar un estado de alerta constante posterior a presenciar el intento de suicidio. Esto va en relación a lo hallado en un estudio realizado en España en el que los cuidadores definen su experiencia de cuidado como agotadora (física y emocionalmente) pues los mantiene en constante estado de alerta ante los diversos intentos de sus familiares por dañarse a sí mismos (Ferré, et al, 2011; Wayland, Coker y Maple 2021).

Otra de las manifestaciones va en relación a las emociones experimentadas al recordar el intento de suicidio. Se evidenció a través de la narrativa de diversos entrevistados, la culpa como una emoción común tras haber presenciado un intento de suicidio y no haber detectado señales previas o sentir que no hicieron lo suficiente en su momento. Ante esto, Ferré, et al (2011) respalda este hallazgo, dado que un estudio realizado en España a cuatro pacientes con intentos de suicidio y seis familiares halló que tras un intento de suicidio aparece una gran culpabilidad en los integrantes de las familias pues cuestionan su responsabilidad frente a lo ocurrido al no haber detectado de manera oportuna las señales previas y al sentir que durante el evento no hicieron lo suficiente lo que los lleva a cuestionarse y reprocharse constantemente.

En cuanto al último tema, “Desensibilización de la experiencia traumática”, diversos participantes relataron sobre su experiencia tras lograr generar un nuevo vínculo con lo que conlleva para ellos el haber presenciado un intento de suicidio. Así, la desensibilización es comprendida como el logro que se tiene en los cambios de la experiencia relacionada con el trauma lo que permite el proceso de introspección y reflexión de la persona que a su vez disminuye la intensidad de los síntomas experimentados relacionados a la experiencia traumática (Gil, 2008). Asimismo, esto puede ser explicado por lo que Vera, Caberlo y Vecina (2006) definen como crecimiento postraumático. En este sentido, este “crecimiento” es

entendido como el cambio positivo que experimenta la persona tras un proceso constante de lucha que se origina desde la experiencia traumática vivida.

Por último, en relación a los vínculos de los participantes es necesario mencionar que eran muy diversos (hijas, hermanos, amigos, desconocidos, etc.) y no se encontraron diferencias significativas entre las experiencias de los participantes. Asimismo, es importante mencionar la posible diferencia hallada tras ocurrido el intento de suicidio pues 3 de las participantes tomaron el rol de cuidadora con su familiar lo que las mantuvo en un constante estado de alerta y desgaste tanto físico como emocional. Esto puede ser explicado desde el enfoque de género pues la sociedad naturaliza en las mujeres el rol de cuidadoras y lo consideran como una responsabilidad moral que en múltiples ocasiones no es valorada por los otros (Valderrama, 2006) siendo el cuidado una connotación netamente femenina y de inequidad, donde la mujer se convierte en el perfil típico de cuidadora a pesar de que el cuidado sea inherente en toda población (Pezo et al., 2004).



Conclusiones

Los hallazgos obtenidos en la presente investigación responden al objetivo general propuesto de describir las experiencias traumáticas de personas que presenciaron un intento de suicidio. Así, se logró describir la experiencia, en tanto sus características y manifestaciones, en tres planos distintos para la mejor comprensión de la experiencia traumática.

En primer lugar, al presenciar el evento del intento de suicidio (pasado) se hallaron diversas reacciones presentadas por los participantes durante el evento caracterizadas por reacciones inmediatas (de múltiple naturaleza) las cuales coinciden con lo encontrado en la bibliografía sobre reacciones durante experiencias traumáticas.

En segunda instancia, posterior al intento de suicidio se hallaron una serie de características, manifestaciones e implicancias de la experiencia considerada como traumática en la vida de los participantes las cuales generan malestar emocional y/o corporal en los participantes distinguiéndose la intensidad de estos en un antes y un después de lo experimentado al presenciar el intento de suicidio.

En tercer lugar, se considera necesario señalar la posible desensibilización de la experiencia traumática en los participantes pues esto refiere a los cambios generados en su propia experiencia con el trauma suscitado tras haber presenciado un intento de suicidio lo que les permitió una introspección y reflexión sobre su propio proceso.

Por otro lado, se considera que la presente investigación es una primera aproximación en el contexto latinoamericano, de manera específica en el peruano, sobre el estudio de experiencias traumáticas en personas que presenciaron un intento de suicidio. Asimismo, contribuye a la visibilización de aquellas personas que han presenciado un intento de suicidio y el impacto que genera esta experiencia en la vida de cada uno de ellos. De esta manera, muestra a la sociedad la necesidad de atender esta problemática de salud pública pues no solo genera un impacto a nivel personal tal y como lo evidencia la presente investigación.

Finalmente, se considera que una de las principales limitaciones fue la escasez de estudios previos sobre el tema en el contexto latinoamericano, de manera específica en el peruano, así como las nulas cifras estadísticas sobre aquellos que han presenciado un intento de suicidio por lo que se realizaron aproximaciones con las cifras obtenidas sobre el suicidio en el Perú. En este sentido, se sugiere realizar futuras investigaciones sobre el tema tomando en cuenta variable como el tiempo transcurrido el evento, la edad de los participantes, así como el género en la experiencia de presenciar un intento de suicidio.

Referencias:

- Asare-Doku, Osafo, J. y Akotia, C. (2017). The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 17, 1-10.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bouton, M. y Wadell, J. (2007). Some biobehavioural insights into persistent effects of emotional trauma. In: (2008) *Contextual evidence in clinical medicine and health promotion*. Eur J Public Health 18(6):548–549.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Buus, N., Caspersen, J., Hansen, R., Stenager, E. y Fleischer, E (2014). *Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide*. *J Adv Nurs*, 70(4), 823-32.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Ferré, C., Montescó, P., Mulet, M., LLeixá, M., Albacar, N. y Adell, B. (2011). The stigma of suicide: the experiences of patients with suicide attempts and their families. *Index de Enfermería*, 20(3), 155-159.
- Grant M. (2000). EMDR: a new treatment for trauma and chronic pain. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2000;6(2):91-4.
- Gil, L. (2008). Desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 206 - 205.
- Hernández,S.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill Education.
- Ibañez, M. (2018). Aspectos transformadores de la experiencia humana a la luz de la práctica de la meditación de atención plena. *Endoxa: series filosóficas*, 42, 285 - 308.
- Instituto Nacional de Salud (2014). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de Suicidio*. Bogotá.
- Interian, A.; Chesin, M.; Kline, A.; Miller, R.; St. Hill, L.; Latorre, M.; Shcherbakov, A.; King, A., y Stanley, B. (2018). “Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to

Classify Suicidal Behaviors”, *Archives of Suicide Research*, 22(2), pp. 278-294.

Jansen, H. (2013). La lógica de la investigación por encuesta cualitativa y su posición en el campo de los métodos de investigación social. *Paradigmas*, 5(1), 39-72.

Kirmayer, LJ, Kienzler, H., Afana, AH y Pedersen, D. (2010). Trauma y desastres en el contexto social y cultural. En C. Morgan y D. Bhugra (Eds.), *Principios de psiquiatría social* (p. 155-177). Wiley Blackwell.

Lipton, B. (2008). *Raising the Threshold of Abundance in Our Material, Spiritual and Emotional Lives*. Santa Rosa, California: J. M. House, Elite Books.

Leininger, M. (2003). Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En Morse, J. (Ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (E. Zimmerman, Trad.) (pp. 114-137). Medellín: Universidad de Antioquia.

Merayo, M (2003). *La perspectiva cualitativa en la investigación social: la entrevista en profundidad*.

Enlaces: revista del CES Felipe II, 1-8. Recuperado de <http://www.cesfelipesecondo.com/revista/Articulos2003/Articulo7.pdf>

Mieles, M., Tonon, G. y Alvarado, S. (2012). *Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social*. Universitas humanística, (74).

Ministerio de Salud (01 de mayo de 2021). *MINSA advierte que la tasa de suicidio está en aumento en el Perú*.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/490446-minsa-advierete-que-la-tasa-de-suicidioesta-en-aumento-en-el-peru>

Ministerio de Salud (2018). *Boletín Epidemiológico del Perú*

Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental en el Perú. Ministerio de Salud *Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de Salud Mental - Lima, 2018*.

Navarro, AZabala, C. y Ricarte, T. (2019). El trauma infantil como factor de riesgo de conductas suicidas en las prisiones. *Rev Esp Sanid Penit*, 21,46-55.

Nova, R., Yani, A. y Novi, H. (2019). La experiencia familiar en el cuidado de clientes con riesgo suicida en Indonesia. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, (53), 445-454.

Organización Mundial de la Salud (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del Suicidio: un imperativo global*.

- Pedersen D, Kienzler H (2015). Exploring Pathways of Distress and Mental Disorders: the Case of the Highland Quechua Populations in the Peruvian Andes. In *D E Hinton and B J Good (eds) Culture and PTSD*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, pp 240–274
- Pistrang, N. y Barker, C. (2012). Varieties of qualitative research: A pragmatic approach to selecting methods. *APA Handbook of Research Methods in Psychology*, 2, p. 5–18. doi:10.1037/13620-001
- Posner, K.; Brodsky, B.; Yershova, K.; Buchanan, J., y Mann, J. (2014). “The classification of suicidal behavior”, en *Nock, M. K. (ed.) The Oxford handbook of suicide and self-injury*, pp.7-22.
- Robles, B. (2011). *La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico*. Cuicuilco 18 (52), 39-49. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004
- Rochanakorn, K. (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva, Switzerland: Inter-Agency Standing Committee
- Ruiz, J. (2006). Trauma y Memoria: hacia una explicación neurocognitiva. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 5 (1), 37 - 70.
- Valdivia, A. (2017). *Suicidología: Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Van Der Kolk, B. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*.
- Vera, B., Carbelo, B. Y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 40-49.
- Wayland, S., Coker, S. y Maple, M. (2021). The human approach to supportive interventions: The lived experience of people who care for others who suicide attempt. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 661–676
- World Health Organization (WHO) (2018). *Suicide, World Health Organization*. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- World Health Organization (WHO) (2014a). *Preventing suicide: a global imperative, CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*.
- Ginebra: WHO. (Ministerio de Salud, 2018).

Apéndices

Apéndice A: Consentimiento Informado

Luego de haber sido informado/a oralmente sobre las implicancias de mi rol como participante y haber aceptado participar voluntariamente en la investigación conducida por Camila Alessandra Montenegro Javes, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, recibo este documento escrito en el que se detallan los siguientes puntos acordados.

He sido informado/a que esta entrevista forma parte de una investigación desarrollada en el marco del curso de Tesis, cuyo objetivo es conocer sus experiencias tras presenciar un intento de suicidio.

Se me indicó que tenía que llenar una ficha sociodemográfica, así como responder una secuencia de preguntas en la entrevista. Asimismo, se mencionó que puedo abstenerme de responder a alguna pregunta si me hacen sentir incómodo/a. También se me comunicó que la duración de la entrevista es de aproximadamente 45 minutos. Además, me comentó que se me brindará una devolución de resultados si es que lo considero necesario por lo que debo comunicarlo con anticipación para coordinar la fecha.

Se me consultó si la entrevista podría ser grabada, lo cual (acepté/no acepté). Además, se me informó que este material grabado será transcrito, cambiando todos aquellos datos que puedan revelar mi identidad, y al finalizar la investigación será destruido.

Se me aseguró que la información que compartí en la entrevista es estrictamente confidencial, por lo que no será usada para ningún otro propósito fuera de los fines pedagógicos contemplados en el curso de Tesis.

Asimismo, fui informado/a que contaba con la posibilidad de dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee, sin que esto implicase algún perjuicio contra mi persona. Para ello, puedo contactarme con Camila Montenegro al correo cmontenegroj@pucp.edu.pe para dicho fin.

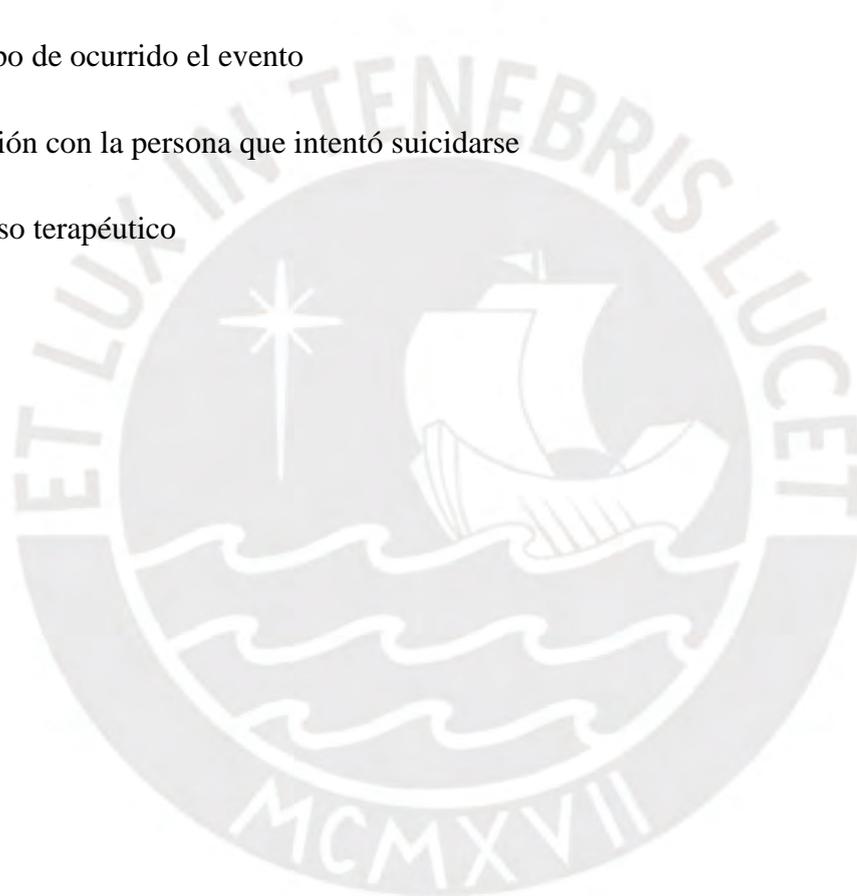
Por último, se me señaló que en caso de haberme sentido o llegar a sentirme afectivamente movilizado/a debido a lo conversado en esta entrevista, puedo contactar al correo cmontenegroj@pucp.edu.pe, con quién podré tener un espacio de escucha y soporte emocional, así como también el acceso a una lista de instituciones a las cuales puedo acudir para solicitar ayuda profesional.

De tener preguntas o comentarios sobre mi participación en la investigación, puedo contactar a Álvaro Valdivia, asesor de la tesis, por medio de su correo alvaro.valdivia@pucp.edu.pe.



Apéndice B: Ficha de datos sociodemográficos

- Nombre
- Edad
- Sexo
- Nivel de instrucción
- Ocupación
- Tiempo de ocurrido el evento
- Relación con la persona que intentó suicidarse
- Proceso terapéutico



Apéndice C: Protocolo de Contención Virtual

A través del siguiente lineamiento se busca reducir el impacto negativo que podría causar la entrevista, buscando siempre mantener el bienestar del entrevistado.

1) Herramientas actitudinales para el recojo de información

- Escucha empática ● Escucha activa y respetuosa.
- Consideración positiva.
- Favorecer la expresión para favorecer sus procesos de elaboración y expresión de la experiencia narrada.
- Concretización.

2) Consideraciones especiales para técnicas de recolección sincrónicas

- Se procurará estar en un espacio privado, sin interrupciones y seguro.
- Se tendrá la cámara prendida en la medida de la posibilidad del entrevistador
- Se tendrán técnicas de relajación para facilitar que el entrevistado regrese a una sensación de tranquilidad en caso desborde sus emociones.
- En caso se observe que no se logra el retorno a la calma, se le preguntará al entrevistado si desea continuar con la entrevista.
- Ante un escenario de desborde afectivo, malestar significativo, lágrimas o quiebre emocional se procederá a realizar lo siguiente:
 1. Pausar la grabación y la entrevista.
 2. Se le indica que se hará una pausa a la entrevista y a la grabación.
 - a. En todo momento, hacer contacto visual (dentro de lo posible) con la persona afectada, de modo que se pueda facilitar una sensación de calidez, compañía, y que la persona participante perciba que se encuentra con alguien en quien puede confiar.
 3. Validar la reacción y la expresión afectiva del participante. Se le podría decir algo como lo siguiente, *“me estás comentando una experiencia difícil. Entiendo que pensar al respecto te puede hacer sentir angustia. Considera que estoy aquí para escucharte en caso lo necesites”*.

4. Realizar ejercicios de respiración para facilitar la relajación de la persona participante.
 - a. Inhalar y exhalar *junto con* el/la entrevistado/a durante unos minutos hasta que la persona se sienta más tranquila.
 - i. Se le indica a la persona respirar lenta y profundamente por las fosas nasales, dirigir el aire al estómago, retener la respiración por unos segundos (cinco aproximadamente), y luego exhalar lenta y profundamente por la boca.
 - ii. Durante este ejercicio de respiración, se le pide a la persona que preste atención solamente a la entrada y salida del aire, sin modificar su respiración. Podría ayudar si se cierran los ojos y se intenta visualizar un globo a la altura de la boca del estómago (debajo del esternón, entre las costillas) que se va inflando y desinflando junto a la respiración; también, con las manos se puede hacer como si se tocara el contorno del globo a medida que se infla y desinfla.
 - iii. Si aparecen pensamientos negativos durante el ejercicio de respiración, se le pide a la persona que focalice la atención en su respiración.
 - iv. Esperar a que el/la participante se calme.
5. Al final del ejercicio, cuando la persona haya logrado mayor tranquilidad, se le pregunta cómo está, si se siente más tranquilo/a, y si desea continuar con la entrevista o suspenderla.
 - a. En caso el/la participante decida terminar con la entrevista, se le pregunta si estaría bien programar una segunda sesión de la entrevista, o si desea dejar de participar en el proceso de investigación.
 - b. En cualquiera de ambos escenarios, se le agradece por su tiempo y por compartir sus experiencias con el/la entrevistador/a. Se le pregunta si desea recibir una cartilla con números telefónicos a los que puede acudir en caso desee ayuda profesional con su malestar. De ser así, se le envía por correo dicho documento (“Anexo de derivación”).

3) Anexos de derivación

El presente documento es una recopilación de recursos psicosociales (estatales y privados) a los cuales sus participantes pueden acceder en caso de necesitar algún tipo de ayuda profesional o legal.

Atención psicológica
Centro de Escucha de La Ruiz: https://www.facebook.com/CentrodeEscuchadelaRuiz/ - Correo: centrodescucha.ruiz@uarm.pe
Centro de Psicoterapia Psicoanalítica de Lima: WhatsApp 970-089-355
Lázuli - Atención psicológica virtual: https://www.facebook.com/lazulipe/
Línea gratuita de soporte emocional de la Sociedad Peruana de Psicoanálisis: Formulario para solicitar atención https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScFio7O7pcJBeWOFaxLK8viK2jIvmUwLLyjkZOyvShr8yiB3w/viewform
Sentido - Centro Peruano de Suicidología y Prevención del Suicidio: 498-2711 http://www.sentido.pe
“Hora Segura”. Chat psicológico gratuito para personas LGBTQ+ por Facebook (Horarios de atención: lunes 20:00-21:30 hrs., martes 20:00-21:30 hrs., jueves 15:00-16:30 hrs.): https://www.facebook.com/itgetsbetterperu/
Orientación médica
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas: 201-6500
EsSalud a nivel nacional para información sobre coronavirus (COVID-19): 107
Atención en violencia
Denuncia contra la violencia familiar y sexual: 100
Ministerio de Salud, en caso de informes, consejería en salud y psicología, atención y orientación ante casos de violencia familiar y contra la mujer: 411 8000, opción 6
Orientación legal y policial

Central policial: 105

Defensoría del Pueblo Línea gratuita: 0800-15170 / 311-0300

Asesoría Legal Gratuita del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: Fono ALEGRA 1884 (Horario de atención: 08:00 - 18:00 hrs. de lunes a viernes)

Manual de Denuncias por discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género para personas LGBT+ (facilitado por la ONG “Más Igualdad” y el Grupo de Investigación en Derecho, Género y Sexualidad de la Pontificia Universidad Católica del Perú):

<https://static1.squarespace.com/static/59b99691bebafb8293069084/t/5ec83679117f476816b6d624/1590179450759/Manual+de+denuncias+LGBTI.pdf>



Apéndice D: Guía de entrevista

Trauma - EMDR	Experiencia
Imagen	Percepción
Creencias	Sensación
Emociones	Valoraciones mentales relacionales
Sensaciones en el cuerpo	Atención selectiva - componente cognitivo

Inicio

Hola, buenos días/tardes/noches. Soy Camila Montenegro, estudiante del último ciclo de Psicología y agradezco tu colaboración y tiempo para contribuir a mi investigación de tesis. Quiero que sepas que tienes toda la libertad para poder expresarte y te recuerdo que si en algún momento de la entrevista te sientes movilizado(a) puedes hacérmelo saber y podemos parar si así lo deseas. Asimismo, te recuerdo que tu participación es totalmente voluntaria y que la información brindada será usada sólo con fines académicos y se protegerá tu identidad con un apodo o seudónimo.

Desarrollo

Gracias por aceptar conversar conmigo el día hoy, me imagino que es difícil para ti hablar sobre esto, lamento mucho lo que pasó, ¿te parece si comenzamos?

1. Podrías empezar comentando, ¿Quién fue la persona a la que viste?, ¿me podrías comentar hace cuánto tiempo ocurrió?
2. Para comenzar, ¿podrías describir el evento que presenciaste?
3. ¿Cómo fue esa experiencia para ti?
4. Después de haber visto el intento de suicidio de ... , si pensamos en cómo te sentías físicamente cuando recordabas el intento de suicidio, ¿cómo se sentía tu cuerpo? , ¿qué sensaciones sueles notar en ti al recordar dicho evento? ¿En qué parte del cuerpo las sueles sentir?
5. ¿Qué pensamientos aparecen cuando recuerdas el intento de suicidio...?
6. ¿Hay momentos o elementos específicos del evento que sueles recordar constantemente? Por favor, ¿podrías describirlos? ¿Consideras que hay momentos que te son difíciles de recordar?

7. Tras lo sucedido, ¿presentas sueños o pesadillas sobre ese evento o relacionados a él?
¿con qué frecuencia suelen presentarse?
8. ¿Hay alguna situación, persona o lugar en el presente que detone recuerdos de lo presenciado?, ¿Existen eventos o personas que sueles evitar porque te hacen recordar el intento de suicidio de...?
9. Ahora que estamos conversando sobre esto, ¿hay alguna emoción que haya aparecido?, ¿te sentías así antes? Cuando recuerdas ese día, ¿qué emociones acompañan o aparecen con ese recuerdo?
10. ¿Consideras que este suceso generó alguna repercusión en tu vida?, coméntame
¿cómo fue tu vida después de esto? ¿Has dejado de realizar alguna actividad?
11. ¿Qué piensas sobre los intentos de suicidio?

Cierre

12. Ahora bien, a modo de cierre, me gustaría saber ¿cómo te sentiste a lo largo de la conversación?
13. Quiero que sepas que te agradezco, nuevamente, por permitirme conocer este evento difícil en tu vida, me sentí triste en ocasiones de imaginar lo duro que debe haber sido para ti sobrellevar esa situación, no sé si te gustaría añadir más...