

Hospitalización por Intento de Suicidio en Adolescentes: Mirada retrospectiva de la experiencia y los cambios asociados.

Hospitalization for Attempted Suicide in Adolescents: Retrospective look at the experience and associated changes.

Olga Fernández^{1, 2}

 0000-0002-3936-6021

olgafernandez@uchile.cl

Raquel Jerez Venegas¹

 0000-0002-5387-2481

raqueljerezv@gmail.com

Karen Ulloa García¹

 0000-0003-2017-5177

psiquiatra.karen.ulloa@gmail.com

¹ Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Unidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, Santiago, Chile.

² Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad-MIDAP, Santiago, Chile

Resumen:

Antecedentes: El principal factor de riesgo para suicidio consumado es el Intento Suicida (IS) previo. La hospitalización psiquiátrica es un recurso terapéutico utilizado en adolescentes para proteger su integridad.

Objetivo: Describir y comprender la experiencia de hospitalización psiquiátrica por intento de suicidio y los cambios asociados a ésta, desde la perspectiva de lo/as adolescentes implicados. **Método:** Estudio cualitativo descriptivo que entrevista a 10 adolescentes que fueron hospitalizados por IS en un centro psiquiátrico. Las entrevistas semiestructuradas fueron codificadas según los criterios de codificación abierta y axial de la Teoría Fundamentada. **Resultados:** Se presentan dos categorías descriptivas: a) Hospitalización: "lo peor que me ha pasado en la vida... pero tuvo cosas buenas", y b) "Una vez afuera, pienso que me sirvió para cambiar". Luego, se presenta un esquema relacional que articula ambos fenómenos, "de la conmoción a la contención reflexiva". **Conclusiones:** La experiencia de hospitalización psiquiátrica por IS constituye una experiencia de alto impacto existencial, que brinda posibilidades de movilizar cambios personales y familiares. Sólo post-hospitalización lo/as adolescentes visualizan y desarrollan estos cambios, adhiriendo a los tratamientos indicados y apoyo familiar. Sin embargo, la indicación y gestión de este recurso terapéutico debe ponderarse, para evitar riesgos asociados.

Palabras clave: salud mental; rehabilitación; investigación cualitativa.

Abstract:

Background: Previous suicide attempt (SA) is the main risk factor for completed suicide. Psychiatric hospitalization is a therapeutic resource used in adolescents to protect their integrity. **Aim:** To describe and understand the experience of psychiatric hospitalization due to SA and the changes associated with it, from the perspective of adolescents involved. **Method:** Descriptive qualitative study that interviews 10 adolescents who were hospitalized for SA in a psychiatric center. Semi-structured interviews were coded according to Grounded Theory's open and axial coding criteria. **Results:** Two descriptive categories are presented: a) Hospitalization: "the worst thing that has happened to me in my life... but it had something positive", and b) "Once outside, I think it helped me to change". Then, a relational scheme that articulates both phenomena is presented, "from shock to reflective containment". **Conclusions:** The experience of psychiatric hospitalization for SA constitutes an experience with a high existential impact, which offers possibilities to mobilize personal and family changes. Only after hospitalization adolescents visualize and develop these changes, adhering to the indicated treatments and family support. However, the indication and management of this therapeutic resource must be considered, to avoid associated risks.

Keywords: mental health; inpatient treatment; qualitative research.

Recibido: 23 de marzo de 2021 - Aceptado: 12 de enero de 2022

Editado por: Vanetza Estela Quezada Scholz, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
Revisado por: Marianella Abarzua, Universidad de Chile.
Irma Morales, Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación.



© 2021 Terapia Psicológica

Introducción

El suicidio se considera un problema de salud pública global, ya que a nivel mundial se ubica entre las tres primeras causas de muerte entre los 15 y 35 años. Los datos del Centro para el control y la prevención de enfermedades de Estados Unidos ubican al suicidio como la segunda causa de muerte tanto para niños como para adolescentes de 10 a 17 años (Rufino et al., 2019). En Chile, según el reporte del Ministerio de Salud [MINSAL], el año 2017 fallecieron por suicidio 0,9 niños entre 10-14 años y 6,4 entre 15-19 años por cada 100.000 habitantes.

A nivel mundial, existe evidencia consistente que indica que el principal factor de riesgo para el suicidio consumado es haber presentado un Intento de Suicidio (IS) previo (Bostwick, et al., 2016; Miranda, et al., 2014; Runeson, et al., 2016). En un 90 % de quienes se suicidan está presente un trastorno psiquiátrico subyacente, siendo frecuentes la comorbilidad con depresión, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad (Wasserman et al., 2012). Los estudios prospectivos de IS son escasos, sin embargo, uno de los más relevantes es el realizado en Minnesota (Estados Unidos), donde se siguió por 21 años una cohorte de 1.490 individuos que habían realizado un primer intento suicida, reportándose que un 5,4% habían fallecido por suicidio consumado (Bostwick, et al., 2016). En Dinamarca, en un estudio prospectivo, se realizó un seguimiento a 176.347 personas, desde su primer registro de atención en psiquiatría hasta su muerte; se encontró que el 10,2% fue admitido por un IS posterior a esta primera consulta y un 4,0% del total de los individuos fallecieron por suicidio (Merete, et al., 2011).

En Chile, los datos de prevalencia de intentos de suicidio en adolescentes no son exactos, ya que no se dispone de cifras oficiales debido a que no existe obligación de notificar legalmente la condición de IS. Junto con esto, estudios comunitarios internacionales indican que sólo una minoría de lo/as adolescentes que reportan intentos suicidas han recibido atención médica por estos (Evans et al., 2005). Sin embargo, se pueden reportar datos de estudios realizados en población no consultante. En Calama (región del norte del país), en el año 2004, se estudió una muestra de población escolarizada y los resultados muestran que un 18% de la población estudiada había cometido intento de suicidio, el 28,6% de ellos declaró haber presentado más de un intento (Haquim, et al., 2004). Un estudio realizado en la Región Metropolitana con adolescentes entre 14 y 19 años estimó que la prevalencia de la ideación suicida fue de 62%, y la prevalencia de intento de suicidio fue de un 19% (Ventura-Juncá, et al., 2010). Otro estudio realizado en Chillán (región centro-sur), donde participaron adolescentes entre 14 y 19 años, mostró una prevalencia en los últimos 12 meses de 34.3% para ideación suicida y de 19.1% para intento de suicidio (Salvo, et al., 2013). En la región de Coquimbo (norte de Chile), en adolescentes de 14-19 años se encontró una prevalencia de intento de suicidio de un 14,04 %, siendo la más baja comparada con otros estudios nacionales. Respecto a los factores de riesgo, este estudio no encuentra diferencias por ubicación geográfica de residencia (rural/urbana) y, coincidentemente con lo planteado en la literatura internacional, encuentra un mayor riesgo de intentar suicidio entre las adolescentes mujeres que entre los adolescentes hombres (Ardiles-Irarrázabal, et al., 2018). Un estudio en estudiantes de primer año de enseñanza secundaria de comunas rurales y urbanas (919 adolescentes entre 13-18 años) de la

provincia de Concepción (región de gran población del centro sur de Chile), se encontró una prevalencia de vida del intento de suicidio de 14.3%. Al examinar factores de riesgo, se encuentran 4 con una relación significativa con intento suicida: el consumo de tabaco, la ideación suicida tanto reciente como antigua y los acontecimientos vitales en el último año (Silva, et al., 2017). Por último, es relevante mencionar que las cifras de los estudios nacionales sobre IS en adolescentes son mayores a las reportadas en la literatura internacional (Evans, 2005).

A nivel mundial y nacional, el espectro de las conductas suicidas son la emergencia más frecuente en la psiquiatría, tanto en población adulta como infantojuvenil (Barker, et al., 2020; Carandang, et al., 2018; Hanssen-Bauer, et al., 2011; Wasserman et al., 2012). En Chile, en un hospital de privado, Pacheco et al. (2007) reportaron como principal motivo de ingreso por hospitalización psiquiátrica la ideación/intento suicida (54.3%). A la vez, en un hospital de la red pública de atención se reportó que los motivos de ingreso más frecuentes de hospitalización psiquiátrica infantojuvenil fueron el riesgo de hétero y autoagresión (Barker, et al., 2020). De igual manera, la conducta suicida fue el principal motivo de ingreso (31.57%) a la hospitalización psiquiátrica de una clínica privada (de la Barra, & García, 2009).

El manejo clínico de la suicidalidad en niños, niñas y adolescentes (NNA) requiere de una evaluación diagnóstica cuidadosa para decidir el nivel de atención donde dar continuidad al tratamiento, ya sea ambulatorio, hospitalización a tiempo parcial o total. Esta decisión implica una evaluación rigurosa del riesgo suicida, considerando factores de riesgos y factores protectores, tanto individuales, familiares como sociales (Maturana, et al., 2019). En términos generales, si el riesgo suicida es elevado o no es posible evaluarlo con fiabilidad, o bien si el contexto familiar no puede garantizar los cuidados del adolescente, se indica la hospitalización psiquiátrica (Jans, et al., 2017) ya que los conflictos familiares (Almonte, 2019; Low, 2021; Salvo, et al., 2008; Von Dessauer, et al., 2011), el rechazo y hostilidad parental (Campos, et al., 2010; Florenzano, et al., 2010, 2011), así como la percepción de insatisfacción con la familia por parte del adolescente son predictores de IS (Morales, et al., 2017). La hospitalización psiquiátrica infantojuvenil no sólo debe cumplir los objetivos de protección, contención, estabilización psicopatológica, diagnóstico, diseño e implementación de un plan terapéutico integral, sino que debe tener una función terapéutica en sí misma, es decir, debe ser un *"ambiente terapéutico"* (Bettelheim & Sylvester, 1948). Este medio debe otorgar al NNA un cuidado sensible y reparador, que se caracterice por una comunicación cercana con el equipo tratante y un buen contacto entre pares, así como un control activo del comportamiento, integrando la colaboración de la familia y otros agentes del contexto como parte activa del cuidado (Green & Worrall-Davies, 2008; Minsal, 2014). Pese a lo anterior, existen reportes de que la experiencia de hospitalización psiquiátrica podría tener efectos adversos o indeseados potenciales (De la Barra & García, 2009; Newbold, et al., 1998).

Los estudios que dan cuenta de los resultados de la hospitalización psiquiátrica infantojuvenil muestran que, durante una estadía hospitalaria, los síntomas que muestran mayor reducción son la suicidalidad, los síntomas depresivos y ansiosos (Hanssen-Bauer et al., 2011; Tharayil, et al., 2012). Pese a lo anterior, las tasas de re-hospitalización son frecuentes en psiquiatría

infantojuvenil. Un estudio estadounidense sobre 133.516 pacientes entre 6 y 17 años que fueron hospitalizados por ideación suicida o IS muestra una tasa de re-hospitalización a los 30 días de 8,5%, donde un 34,1% de las nuevas hospitalizaciones ocurrieron dentro de los primeros 7 días y el 11% de los pacientes tuvo más de una hospitalización en 30 días (Doupnik, et al., 2018). Por otra parte, también se han descrito potenciales riesgos asociados a la hospitalización psiquiátrica en NNA. Sacar a un NNA de su ambiente habitual, sin sus redes de apoyo cotidianas y someterlo a un ambiente extraño, puede ser extremadamente estresante y gatillar reacciones adversas. Además, las normas de una institución hospitalaria pueden hacer sentir coerción, sensación de castigo e inhibición de la autonomía, así como generar un detrimento en la autoestima y en la autodeterminación (Furre, et al., 2017), incluyendo el estigma asociado a la salud mental (Hayes, et al., 2021). Otros autores han referido que el ambiente intrahospitalario expone a lo/as adolescentes a una amplia gama de psicopatología que puede generar un efecto de contagio de conductas más disfuncionales (Hayes, et al., 2021), así como estar expuestos a hostigamiento y/o maltrato de pares hospitalizados (Asghari, et al., 2021), o de los equipos de cuidadores intrahospitalarios (Hoffman, et al., 2020). Todo lo anterior estimula a desarrollar otras formas de evaluar los resultados del recurso terapéutico de hospitalización.

La evaluación de la experiencia de hospitalización psiquiátrica desde la perspectiva subjetiva de lo/as adolescentes ha sido recientemente explorada. En Estados Unidos, Moses (2011) menciona que lo/as adolescentes evaluaban como lo más útil de su estadía hospitalaria el apoyo interpersonal de los pares y del personal hospitalario, las terapias/psicoeducación y el ambiente terapéutico, que otorgaba “un tiempo de espera” que brindaba calma y seguridad, previniendo autolesiones. Las experiencias negativas se asociaban a las rutinas rígidas, al confinamiento y a decisiones terapéuticas percibidas como restrictivas y no acordadas en conjunto. Las experiencias interpersonales mencionadas como negativas fueron la falta de respeto, las conductas intrusivas y, finalmente, experiencias vividas como atemorizantes/ansiógenicas (ciertas preguntas del personal, estar fuera de casa, la contención física, desconocer fecha de alta (Marriage, 2001)). En Chile, Morales et al. (2015) estudiaron la percepción de la experiencia de hospitalización por IS en población adulta. Ello/as reportan que los pacientes evalúan favorablemente la ayuda recibida, destacando la valoración de la relación con los otros pacientes. Además, refieren haber percibido cambios en su forma de comprender las situaciones y el futuro, haber disminuido su riesgo suicida, ser capaces de hablar y pensar con mayor apertura sus temas, así como estar abiertos a recibir ayuda de otros. Recientemente en Estados Unidos, Worsley et al. (2019) publicó un estudio cualitativo donde entrevistó a adolescentes con ideación suicida o IS que se encontraban en un hospital pediátrico, a la espera del ingreso a un servicio de psiquiatría: los resultados describen que muchos participantes presentaron síntomas de estrés, ansiedad y vergüenza cuando los profesionales de salud les preguntaban por su historia de salud y la razón de hospitalización, siendo mayor este malestar en aquellos/as adolescentes que presentaban remordimiento por la crisis suicidal. Además, la mayoría de los participantes describieron sentirse aliviados mientras estaban en el hospital y expresaron gratitud hacia los profesionales que mostraban compasión e interés en su bienestar (Worsley, 2019).

Los antecedentes presentados muestran la alta prevalencia de los intentos de suicidio en adolescentes y que la hospitalización psiquiátrica es un recurso terapéutico utilizado para su manejo. Las evaluaciones acerca de los efectos de esta intervención son limitadas, especialmente desde la perspectiva de lo/as adolescentes implicados. Se requiere integrar la experiencia de los actores del proceso para ampliar la comprensión de este recurso terapéutico. Así, el objetivo de este estudio fue describir desde la perspectiva subjetiva de lo/as adolescentes que ingresaron a hospitalización psiquiátrica por IS, la experiencia y los cambios asociados a esta intervención, con el propósito de conocer la valoración de este recurso terapéutico desde la voz de lo/as adolescentes implicados y así aportar evidencia para potenciar beneficios y minimizar riesgos en esta intervención ampliamente utilizada.

Método

Participantes

Los participantes fueron 10 adolescentes de ambos géneros (90% femenino), de edad promedio 16,9 años, que aceptaron voluntariamente participar y que cumplieron con los criterios de inclusión (hospitalización motivada por IS, edad menor de 18 años al ingreso a hospitalización). El muestreo fue por conveniencia y accesibilidad, dadas las características de los participantes. El criterio teórico de muestreo de adolescentes de ambos géneros en proporción similar no fue posible, dado que lo/as pacientes ingresados al centro de atención por IS son mayoritariamente de género femenino (García, et al., 2018), situación que también es reportada a nivel global (Almonte, 2019). El 90% de lo/as adolescentes eran estudiantes de enseñanza media y pertenecían a familias mono y biparentales; su previsión de salud era privada (Isapre) en un 80%; para el 20 % restante su previsión correspondía al Fondo nacional de salud (Fonasa). Lo/as adolescentes entrevistados estuvieron hospitalizados entre marzo de 2017 y septiembre de 2018, en el mismo centro asistencial, dependiente de un hospital clínico universitario en la Región Metropolitana (Chile). Los antecedentes de los participantes se presentan en la Tabla 1. Se excluyeron lo/as adolescentes que presentaban diagnóstico de cuadro orgánico y/o episodio psicótico, y aquellos cuyas condiciones cognitivas no permitían responder la entrevista. Además, a solicitud del Comité de Ética que aprobó el estudio, debían ser excluidos del estudio lo/as adolescentes que al momento de la entrevista presentaran ideación suicida activa. Esta condición fue evaluada a través de la pregunta 9 del cuestionario Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Este cuestionario fue validado en Chile como instrumento de tamizaje de episodio depresivo por Borghero et al. (2018). En el análisis de las propiedades psicométricas, el PHQ-9 mostró una consistencia interna de un valor alfa de Cronbach de 0,78 (IC 95%: 0,71-0,84). También se reportó un nivel de correlación de 0,72 (IC 95%: 0,64-0,78) con el Inventario de Depresión de Beck.

Tabla 1. Descripción de los participantes

| ID | Edad | Género | N° días hospitalizado | Hospitalización anterior | Diagnóstico al egreso (CIE-10) | Tratamiento al alta | | Tratamiento actual | |
|----|------|--------|-----------------------|--------------------------|--|---------------------|----|--------------------|----|
| | | | | | | Far | Ps | Far | Ps |
| 1 | 18 | F | 33 | Sí | Trast. Afectivo Bipolar (31.9) | Sí | Sí | No | No |
| 2 | 16 | F | 7 | No | Trastorno afectivo s/especificación (F 34.9) | Sí | Sí | Sí | No |
| 3 | 18 | F | 17 | Sí | Trast. Abuso de Sustancias (F 12.2) | Sí | Sí | Sí | No |
| 4 | 16 | F | 13 | No | Depresión Mayor (33.9) | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 5 | 18 | M | 3 | No | Episodio depresivo (32.9) | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 6 | 17 | F | 13 | No | Depresión Mayor (33.9) | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 7 | 16 | F | 10 | No | Episodio depresivo (32.9) | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 8 | 16 | F | 10 | No | Trast. de Personalidad (60.9) | Sí | Sí | No | No |
| 9 | 16 | F | 16 | Sí | Trastorno Afectivo Bipolar (31.9) Trastorno de Personalidad (F 60.9) | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 10 | 18 | F | 21 | No | Fármaco dependencia (F 19.2) | Sí | Sí | Sí | Sí |

Nota: Tratamiento Far: Farmacológico; Ps: Psicológico

Recolección de la información

La información fue recolectada a través de una entrevista semiestructurada orientada por un guion temático (Kvale, & Brinkmann, 2009; Larsen, et al., 2008). Este guion consistía en una pregunta inicial amplia acerca de los cambios percibidos en su vida después de la hospitalización. Sin embargo, después de realizar las dos primeras entrevistas el guion fue ajustado (ver Tabla 2), incorporando como pregunta de arranque la exploración de la experiencia de hospitalización en sí misma, ya que fue muy central en los relatos espontáneos. Las entrevistas fueron realizadas en el mismo centro asistencial, por un miembro del equipo de investigación (psiquiatra en formación), tuvieron una duración aproximada de 45-60 minutos y ocurrieron entre 10 a 19 meses posterior al alta de la hospitalización, de acuerdo con la posibilidad de contacto y disponibilidad de lo/as adolescentes.

Tabla 2. Guion temático

| Ejes Temáticos | Pregunta inicial | Preguntas exploratorias |
|-----------------------------|---|--|
| Experiencia hospitalización | Cuéntame cómo fue para ti estar hospitalizado por IS; todo lo que se te venga a la cabeza. | ¿Qué fue lo más difícil? ¿Qué fue lo positivo que encontraste? |
| Cambios | Después que saliste de aquí, ¿Qué pasó con tu vida? Cuéntame, ¿cómo te sentiste, ¿qué pensabas? | ¿Hubo cambios en tu vida, en ti, en tu familia, amigos, etc., después de esta experiencia? ¿Cuáles? ¿Crees que te ayudó en algo esta experiencia? ¿En qué? ¿Hubo cosas que te ayudaron/dificultaron tu recuperación? |

Procedimientos

Se accedió a las bases de datos estadísticas del centro asistencial para pesquisar los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión (edad y motivo de ingreso) y poder acceder a sus datos de contacto. Un total de 47 adolescentes (42 mujeres y 5 hombres) fueron hospitalizados por IS entre marzo 2017 y septiembre 2018), de los cuales sólo 22 pudieron ser contactados. De este número, ocho adolescentes no desearon participar, y cuatro de ellos presentaron criterios de exclusión. Lo/as adolescentes fueron entrevistados en el centro asistencial posteriormente a conocer en qué consistía su participación y firmar su consentimiento o asentimiento. Si el adolescente era menor de edad al momento de la entrevista, debía acudir con un adulto responsable para consentir su participación. Luego se aplicaba el cuestionario (PHQ-9) y si la pregunta 9 (¿has pensado que sería mejor estar muerto/a o has pensado hacerte daño de alguna manera?) era respondida en forma positiva -algunos días / más de la mitad de los días / casi todos los días-, el adolescente no podía participar en el estudio y debía gestionarse una hora de atención psiquiátrica de urgencia en forma inmediata. Al momento de la entrevista, ninguno de lo/as adolescentes reportó ideación suicida activa. Una vez cumplido este requisito, se completaba una ficha de antecedentes sociodemográficos y clínicos generales, y posteriormente se realizaba la entrevista. Luego de ésta, lo/as adolescentes recibían un tríptico sobre "prevención de suicidio", diseñado para fines de esta investigación.

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con fecha 20 junio de 2018 (acta de aprobación nº 38), y se respetaron las normas éticas de la Declaración de Helsinki.

Análisis de la información

La información fue analizada bajo los criterios de la Teoría Fundamentada (Corbin & Strauss, 2008; Charmaz, 2006). Tras la transcripción de las grabaciones de audio, dos investigadores realizaron en forma independiente la codificación de cada entrevista, para luego conciliar en conjunto con un tercer investigador y establecer los acuerdos intersubjetivos. En primer lugar, se realizó la codificación abierta de los datos. Este proceso consiste en fragmentar, examinar y comparar los datos, para desarrollar conceptos y categorías de carácter emergente, los cuales fueron organizados en esquemas de clasificación jerárquicos para el desarrollo de categorías descriptivas. Los esquemas clasificatorios y las categorías se van modificando en forma iterativa, de acuerdo con la información que emana de las nuevas entrevistas analizadas. Los procesos de recolección y análisis de datos estuvieron articulados, lo que aseguró una producción de datos guiada por los criterios de saturación del campo de estudio y de las categorías. El equipo de estudio llegó a un consenso de saturación temática y cerró el reclutamiento después de que 3 entrevistas no añadieron nuevos temas. Las discrepancias en la codificación se resolvieron por medio de acuerdo intersubjetivo entre el equipo, para llegar a un consenso. Posteriormente se realizó la codificación axial, es decir, un análisis relacional entre las categorías descriptivas (Corbin & Strauss, 2008; Flick, 2012), que dio como resultado un esquema comprensivo relacional de la experiencia de la hospitalización psiquiátrica y los cambios asociados.

Resultados

Los resultados se presentan organizados en dos fenómenos descriptivos llamados “Lo peor que me ha pasado en la vida... aunque tuvo cosas buenas” y “Después del alta, he pensado que hubo cambios”. El primer fenómeno da cuenta del impacto de la hospitalización en la vida de lo/as adolescentes. El segundo muestra los cambios socioemocionales y representacionales asociados por los jóvenes a la hospitalización y los tratamientos iniciados desde ese momento. Finalmente, se presenta un esquema relacional que integra ambas experiencias.

Hospitalización: “Lo Peor Que Me Ha Pasado En La Vida... Aunque Tuvo Cosas Buenas”.

Lo/as adolescentes se refieren a la experiencia de hospitalización en forma muy ambivalente. La Adolescente seis (A6) menciona “o sea yo encuentro que hubo cosas buenas, súper buenas en la hospitalización, pero también como sus pro y contras... no puedo decir que todo fue perfecto, feliz” (párrafo 83, p. 83). Se destaca permanentemente el gran impacto emocional de esta experiencia, que es un hito en sus vidas, que fue impuesto y que no quisieran repetir. La experiencia es sentida como un encierro obligado, sin las libertades habituales, todo lo cual genera mucho malestar y desagrado, incluso sensación de ser violentado/a. Así, la A4 indica “Me sentía como que estaba encerrada, como que me desesperaba, que quería salir, no como escaparme ni nada de eso, pero como que me... quería salir de ahí” (p. 20). Unido a lo anterior, el lugar físico es evaluado críticamente como poco confortable e incómodo en los espacios internos y externos, y con falta de privacidad. Así, se indica:

[La hospitalización] es la experiencia más traumática y asquerosa que he tenido en mi vida (...) porque llegué a un lugar que creo que no está hecho para gente con depresión (...) un lugar con una infraestructura tan decadente y lúgubre (A5, p. 8).

En el inicio, la indicación de hospitalización es vivida con alto rechazo y malestar, vinculada al estigma de ser hospitalizado/a en un centro psiquiátrico. Se menciona “cuando la doctora me dijo te vas a hospitalizar, yo quedé como en un estado de shock... se me cayó el mundo prácticamente, porque yo dije si me voy a tener que hospitalizar, o sea estoy loca” (A6, p. 38). La hospitalización es algo que avergüenza y que se mantiene en secreto, sólo se ha informado a familiares muy cercanos y escasos amigos. Incluso, afirman que desde el alta médica no se ha vuelto a tocar el tema de la hospitalización en su familia nuclear. Asimismo, lo/as adolescentes evitan activamente dar a conocer que estuvieron en tratamiento en un servicio de hospitalización psiquiátrica.

Lo/as adolescentes mencionan que sólo después del alta pueden visualizar los aspectos positivos ocurridos durante la hospitalización. Así, la condición de encierro es reconceptualizada como una situación límite que obliga a tomar en serio el estado emocional y activa la conducta para estar mejor. Se genera un espacio de reflexión y tranquilidad obligada para pensar acerca de los problemas y malestares personales e interpersonales. La A5 relata, “yo creo que es algo súper fuerte, que realmente te pone en la situación límite de decir o te mueres ahora, o sea esto se acaba acá o sales, no hay otra opción, entonces yo creo que ese fue el primer impulso que me empezó a ayudar con esto” (p. 20). También se

valora positivamente la disponibilidad de apoyo profesional cercano durante la hospitalización (médico/as, enfermero/a, terapeuta ocupacional, cuidadora), generando la percepción de una “burbuja de contención emocional” (A5, p. 327), que permite sentirse protegida, no hacerse daño y buscar con ellos estrategias alternativas para disminuir los síntomas y sentirse mejor. Así, dice “por ejemplo venía todos los días la doctora a verme, entonces podía conversar harto con ella y como que ahí me fui entendiendo conmigo” (A3, p. 38). También la adolescente 6, indica:

... la disposición de los enfermeros o enfermeras, técnicos y doctores que están ahí 24/7, bueno principalmente mi cuidadora... me ayudó mucho y me hablaba como que realmente ella también fue un factor súper importante para que yo pudiera avanzar (A6, p. 85).

Otro aspecto valorado de esta experiencia es la posibilidad de conocer personas con vivencias similares, hacer amistad y sentirse aceptada y acompañada. Así, se menciona “adentro igual conocí gente buena, em... que de la hospitalización en sí” (A9, p. 202); “Hubo momentos en que sí porque conocí amigas, entonces hubo momentos en que lo pasé bien” (E4, p. 4). Finalmente, se menciona que durante la hospitalización pudieron experimentar vívidamente el cariño y preocupación de los padres, familiares y amigos hacia ellos, los que no se habían registrado de esa forma tan evidente.

Yo pensaba que mi mamá no me quería y toda la cuestión, no tenía una relación, así como madre hijo, y en la hospitalización mi mamá llegaba de las primeras, en las visitas, mi papá llegaba más tarde, pero mi mamá siempre era la primera que estaba, me traía la ropa limpia, me traía cigarrros. Mi mamá estuvo ahí todos los días, todos los días de visita y eso que mi mamá trabaja (A2, p. 125).

“Después De La Hospitalización, He Pensado Que Hubo Cambios”.

Los cambios expresados fueron asociados a la experiencia de hospitalización y a los procesos terapéuticos personales y/o familiares iniciados durante este periodo, que continuaron en la modalidad de tratamiento ambulatoria post-hospitalización.

El cambio en el estado de ánimo es percibido claramente, se hace referencia a mayor estabilidad, disminución de la tristeza y del pesimismo, así como una mayor activación y esperanza en el futuro que infunde motivación para pensar en planes de estudios y trabajo, de independencia y bienestar. Alguno/as adolescentes lo refieren así: “Antes era como más, cómo decirlo... mucho más triste, más depresivo de lo que soy ahora, creo que estoy más alegre, un poco más activo” (A7, p. 8). Otro adolescente menciona “Posterior a la hospitalización en verdad de viento en popa y mejorando mucho, con altos y bajos, pero en general yo te diría que muy bien (A5, p. 4). “Ahora pienso en que quiero trabajar, quiero tener mis lucas [dinero], comprarme mis cosas” (A10, p. 260). El deseo de suicidarse disminuye notoriamente y se reconectan con las ganas de vivir y estar mejor, sin embargo, también mencionan que se mantiene un tono depresivo o tristeza, y que ocasionalmente reaparecen los pensamientos suicidas:

Entré como queriendo terminar con mi vida y ahora estoy como tratando de ayudarme para no querer eso, aunque a veces me cuesta (A9, p. 226).

Igual fue difícil, tuve hartas recaídas, hasta el día de hoy como que todavía me cuesta, pero... no, no he llegado a tener algo tan... como para volver a internarme, no. Pero ha sido difícil (A4, p. 6).

Asociado a esta disminución del deseo de muerte, se menciona una actitud crítica frente a su IS. Retrospectivamente, ello/as relativizan o minimizan sus problemas o estados emocionales precipitantes del IS, consideran que fue una actitud exagerada y que en ese momento no tenían las habilidades para enfrentar situaciones: "No iba a solucionar nada matándome, entonces como que me di cuenta que no iba a solucionar los problemas matándome y voy a ser más problema" (A8, p. 116). A su vez, consideran que el IS les hizo sentir culpa por haber generado excesivas molestias y preocupaciones a sus padres y familia, en cuanto a estrés emocional, económico y laboral: "Porque mis papás igual estaban mal económicamente e hicieron eso de las completadas, hubo personas que ayudaron a mis papás para hacer almuerzos para juntar plata" (A10, p. 32). Alguno/as adolescentes significan la experiencia de hospitalización como una consecuencia negativa del IS, lo que a su vez refuerza la sensación que fue una mala idea intentar quitarse la vida. El temor que produce la idea de re-hospitalizarse constituye un elemento para criticar y desestimar el IS. "Yo he... pensado en volver a matarme... pero yo creo que lo que me da más miedo es que si fallo voy a volver a estar acá" (A4, p. 72).

Otro cambio mencionado es el desarrollo de una nueva perspectiva de la vida: "cambio de switch" (A1, p. 38), que se refiere a una nueva manera de ver y pensar la vida y ponderar las cosas con otros criterios ("estaba siendo inmadura al preocuparme de cosas que no tenían importancia" A1, p. 152), así como considerar con más realismo las circunstancias ("No todos los problemas son culpa mía" A2, p. 278) y disminuir el egocentrismo y la omnipotencia ("No todo puede girar en torno a mí" A4, p. 68). También se observa una mayor capacidad de reflexionar y analizar sus problemas, siendo capaz de ir más allá de la sola conducta: "no creo que la marihuana te haga pensar en suicidarte, yo creo que lo que me llevaba, o sea me llevaba a discusiones con mis papás y las discusiones con mis papás me llevaban a pensamientos suicidas (A10, p. 228).

También se observa un aumento en la capacidad de autocuidado, en cuanto a reconocer personas o situaciones dañinas y poner límites al respecto ("eso yo creo... el saber elegir bien a los amigos, que hay amigos para carrete, hay amigos de confiar cosas, diferenciar eso y eso" (A10, p. 176). Además, se instala la idea de pedir ayuda cuando lo necesitan, reconociendo los límites propios y la complejidad de las situaciones: "Porque uno cuando está solo no puede salir, no puede, pero si uno busca ayuda uno puede tirar para arriba" (A2, p. 174); "Si se siente mal todos los días... pedir ayuda profesional que es lo mejor, que ni siquiera que el amigo que tú amas con el alma te puede ayudar" (A6, p. 143).

Asociado con este cambio, se observa un sentido de agencia acerca de la vida y de su proceso de recuperación ("me empecé a sentir mejor porque me lo propuse, dije pucha, yo no

puedo estar dependiendo” A2, p. 217). La agencia parece vinculada a la conciencia de individualidad, en cuanto a hacerse cargo de uno mismo (“em, sí me gustaría ser bailarina, o sea todo con esfuerzo, entonces depende de mí, así que eso”, A4, p. 150). También, este empoderamiento se vincula a la mayor aceptación y valoración de sí: “la autoestima, [me ayudó] a orientarme un poco lo que quiero en mi vida, em... todo eso” (A10, p. 226).

En cuanto a las relaciones familiares, en lo/as adolescentes se aprecia una nueva percepción de ellas. Lo/as adolescentes se reconectan con el cariño y preocupación que sus padres tienen hacia ellos y los consideran de gran apoyo para salir adelante: “los únicos que están ahí para tirarte para arriba es la familia... antes yo no valoraba a mi familia la verdad, igual en la hospitalización fue cuático [impresionante] en ese sentido” (A3, p. 125). A su vez, lo/as adolescentes consideran que los conflictos con sus padres, la psicopatología parental y la mantención de dinámicas familiares disfuncionales siguen siendo uno de los principales motivos de estrés y factores obstaculizadores de su recuperación y bienestar. Ellos/as pudieron observar una mejoría inicial en el apoyo y comprensión brindado por los padres, pero esta actitud cedía con el paso del tiempo. Así, alguno/as adolescentes empiezan a darse cuenta de que sus padres son personas con características y complejidades poco adaptativas difíciles de cambiar, lo que genera una toma de perspectiva que les permite tomar cierta distancia emocional y manejar mejor la frustración al respecto, al mismo tiempo que motivar su autonomía y autodeterminación.

O sea... mi mamá de repente tiene unos brotes psicóticos rarísimos, en los que me insulta y me grita y se desquita conmigo de una manera muy irracional, como si no fuera mi mamá y al día siguiente se le olvida, como si fueran lagunas mentales, em... y eso ahora ocurre aún más fuerte de lo que ocurría antes de que a mí me diera depresión, pero gracias a la psicoterapia que he tenido, he logrado manejar esto y hoy en día me lo tomo de una mejor forma de lo que lo hacía antes (A5, p. 153).

Es interesante mencionar que también fruto de esta experiencia se observa una nueva visión de la salud mental y sus tratamientos, antes todo era estigmatizado como “locura”, irreversibilidad de la enfermedad y vergüenza. Ahora, la salud mental se visualiza como un aspecto de la vida que es necesario cuidar y pedir ayuda cuando se necesite.

Desde mi experiencia personal, lo que yo conocía y lo que yo entendía por psiquiátrico es el lugar donde va la gente loca, donde está la gente esquizofrénica, drogadicta y que está mal, que realmente no tiene vuelta atrás y que están ahí para mantenerlos en un limbo para que no se hagan daño, pero que no se van a mejorar nunca. Entonces, romper ese estigma, saber que estar... o sea, ojalá todo el mundo pudiera igualar el concepto de hospitalización psiquiátrica a una burbuja de contención emocional, nada más que eso (A5, p. 327).

“De la conmoción a la contención reflexiva”

A continuación, se presenta un esquema relacional que integra las categorías descriptivas acerca de la experiencia de hospitalización por IS en adolescentes. Este esquema (Figura 1) se ha llamado “De la conmoción a la contención reflexiva”.

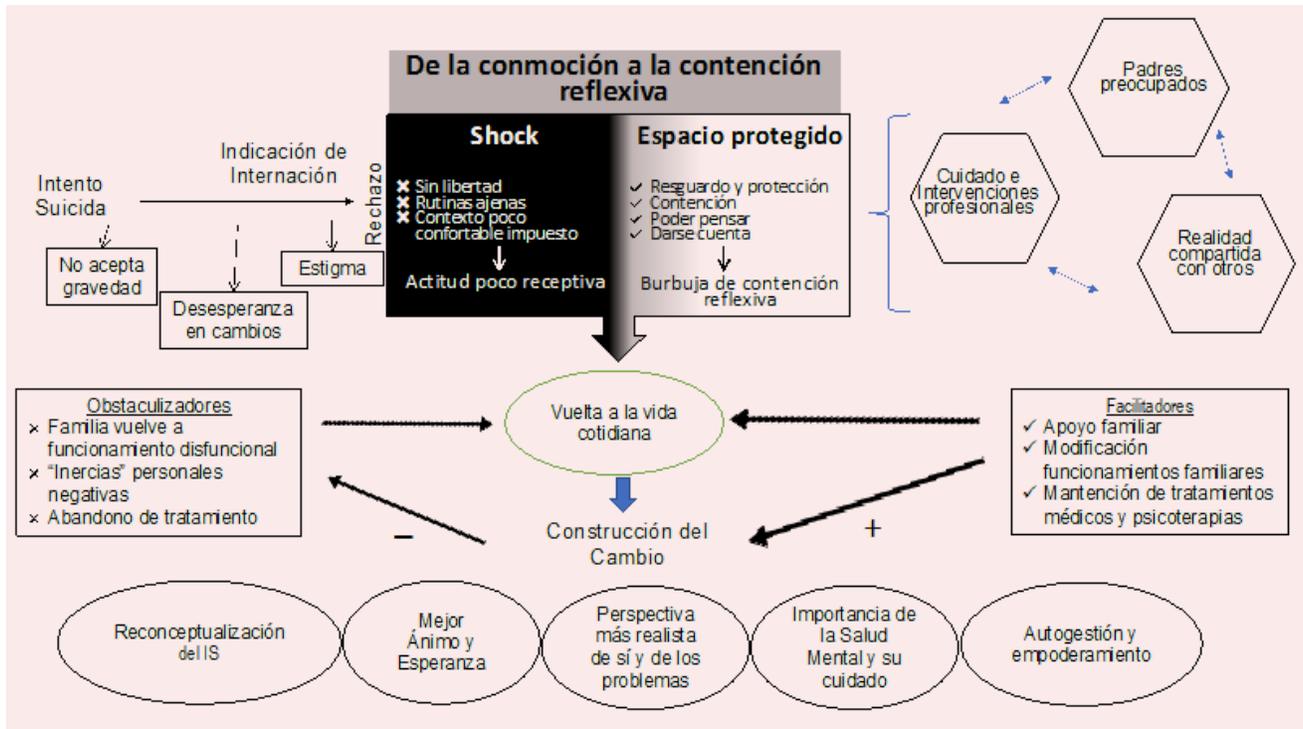


Figura 1. *Experiencia de hospitalización: De la conmoción la contención reflexiva.*

El/la joven que ha realizado IS rechaza y se resiste abiertamente a la indicación de hospitalización porque no considera su estado de tal gravedad (locura), asociado al estigma social de la hospitalización psiquiátrica, y porque no considera que eso vaya a cambiar las cosas. En el comienzo de la estadía hospitalaria, la falta de libertad, las rutinas ajenas a su cotidianidad y la imposición de un contexto social y físico poco confortable contribuyen a mantener un deseo permanente de egreso y una actitud poco receptiva a la intervención. Pese a lo anterior, y casi en simultáneo, se empieza a percibir la estadía como un espacio de resguardo y protección brindado por el cuidado y las intervenciones profesionales, transformándose en una "burbuja de contención emocional" de las tensiones y conflictos cotidianos. Además, se puede constatar que el malestar/ sufrimiento y los problemas son una realidad compartida con otro/as adolescentes y /o adultos y no algo exclusivo, con el alivio y esperanza que eso conlleva. Además, la experiencia permite registrar el cariño y preocupación de los padres y familiares al observarlos tan movilizados e impactados por su situación. La tensión antagónica entre estos dos estados moviliza procesos de cambio: reconceptualización del intento de suicidio y una creciente toma de perspectiva de sí y su familia con un visión más realista, lo que se asocia a la activación de capacidades de autogestión y empoderamiento frente al futuro, y conciencia de la necesidad de ayuda y cuidado de la salud mental, así como una instancia movilizadora para el cambio a nivel familiar. Es posible salir al mundo externo y desarrollar los proyectos, con el apoyo de la familia y los tratamientos. Sin embargo, esto no es fácil, la familia muchas veces vuelve al funcionamiento habitual, se reactivan las tensiones y la desesperanza y tristeza reaparecen, especialmente cuando se abandonan los tratamientos: "... después de nuevo dejé de venir, cuando dejé de venir como que igual se fue todo para abajo" (A3, p. 10).

Discusión

La hospitalización psiquiátrica por IS en adolescentes constituye una experiencia de alto impacto existencial y que acompaña la subjetividad del adolescente mucho más allá del tiempo de permanencia en el centro asistencial, siendo una experiencia de lenta tramitación psíquica, con cargas emocionales ambivalentes, pero que da lugar en el proceso a una estabilización psicopatológica y a la instalación de tratamientos que generan dinámicas de cambio en la manera de comprender el IS, las circunstancias que lo generaron, las relaciones familiares, sociales y su propia forma de ser.

Los procesos de cambio movilizados por la experiencia de hospitalización son concordantes con los procesos descritos por la teoría de construcción del cambio subjetivo (Krause, 2005; Krause, et al., 2006). Se aprecia cómo se avanza desde la negación de la necesidad de ayuda hacia una nueva teoría de sí y los otros, cuestionando antiguas miradas e integrando nuevas perspectivas de sí, los otros y situaciones biográficas. En este tránsito se va recuperando la esperanza, la capacidad de autogestión y empoderamiento, así como también se asumen en forma más realista las características personales y familiares. Los aspectos de agencia y empoderamiento de la propia vida, así como la aceptación e integración de aspectos biográficos y características relacionales en la identidad son aspectos descritos como centrales en los procesos de cambio en adolescentes (Cortés, et al, 2018; Fernández, et al., 2015; Fernández, et al., 2020).

En el modelo de la experiencia de hospitalización que emerge de este estudio, ciertos factores fueron cruciales en la configuración de la hospitalización como un espacio de contención reflexiva y que cumpliera su función terapéutica. Uno de estos factores es la estabilización psicopatológica que lo/as adolescentes reconocen como parte de los cambios ocurridos (mejora en el ánimo, disminución de la suicidalidad, menor ansiedad y pesimismo). Estos resultados son concordantes con los estudios cuantitativos presentados en los antecedentes (Hanssen-Bauer et al., 2011; Tharayil, et al., 2012). Otro factor facilitador de la transición fue el apoyo percibido de parte de los padres y la familia durante la estadía hospitalaria, que moviliza valoraciones afectivas y ampliación de perspectivas de sí y los otros. Dentro de este contexto, parece interesante destacar el espacio de visitas y las intervenciones intrahospitalarias familiares, ya que facilitan la reconexión y reparación de vínculos dañados y abordan los patrones familiares disfuncionales. Incorporar activamente a la familia y/o cuidadores principales en la intervención hospitalaria y post-alta otorga mayor permeabilidad con el medio extrahospitalario, promoviendo la estabilización del adolescente y la continuidad de los tratamientos (Blader & Foley, 2017).

Un tercer factor movilizador son los aspectos relacionales con los profesionales y técnicos a su cargo, diferenciados de las intervenciones terapéuticas propiamente dichas. Lo/as adolescentes son particularmente sensibles a las características de las relaciones con los tratantes: espacios relacionales estables y seguros, de valoración y cuidado, son un componente clave en el proceso de cambio y en la recuperación (Fernández, et al., 2020; Regan, et al., 2017). Es un componente distintivo del recurso terapéutico de la hospitalización la

disponibilidad de atención 24/7, aludida por lo/as adolescentes como un elemento contenedor permanente, con intensidad de contacto e intervenciones que no pueden brindar otros dispositivos de atención en salud mental. A su vez, la alta sensibilidad a lo relacional conlleva el riesgo de efectos indeseados y resistencia al cambio, lo que será desarrollado más adelante. Otro elemento de cambio destacado por lo/as adolescentes es la importancia otorgada a las interacciones con pares en su proceso de recuperación. Esto es concordante con la etapa evolutiva y con los hallazgos de Moses (2011), quien reporta que las interacciones con los compañeros fueron el componente más útil de la hospitalización psiquiátrica, según los jóvenes entrevistados en su estudio.

Se han mencionado aspectos favorables vinculados a la internación, pero no se puede dejar de mencionar los aspectos que constituyen riesgos, que han sido indicados por lo/as adolescentes. Dado el alto impacto de la hospitalización en la vida de los jóvenes, este recurso terapéutico exige una indicación y gestión -desde el ingreso hasta el alta hospitalaria- especialmente cuidadoso. Lo/as adolescentes son particularmente sensibles a los posibles efectos negativos, especialmente en esta etapa de desarrollo donde la libre elección, la autonomía, la privacidad, el conflicto con el mundo adulto y las normas son motivaciones esenciales que impregnan toda la percepción de sí y de los otros. Además, hay que considerar que los antecedentes de trauma son frecuentes en la población infantojuvenil usuaria de la hospitalización psiquiátrica (Daudin et al., 2010; Ryttilä-Manninen et al., 2014). Por lo anterior, se requiere que el entorno hospitalario considere el potencial riesgo de re-traumatización, diseñando e implementando protocolos organizacionales y relacionales sensibles al trauma (Regan, et al., 2017). Según Maturana et al. (2019), la organización de un ambiente hospitalario que devenga en ambiente terapéutico conlleva elementos relacionales, de recursos humanos, de estructura física y equipamiento. Además, sería pertinente que en los protocolos se considerara la continuidad de los cuidados post hospitalización, no sólo atendiendo a la adherencia a los tratamientos medicamentosos y psicoterapéuticos, sino a través de dispositivos de cuidado comunitarios (visitas domiciliarias, asistencia a hospitales de día, coordinación con el sistema escolar, entre otros), a modo de sostener los cambios y evitar la recidiva. En Chile y en otros países de la región, tanto la hospitalización en ambiente terapéutico como la continuación del seguimiento y cuidado post hospitalario constituyen un gran desafío para los sistemas de salud, dada la gran brecha entre las necesidades de salud mental de NNA y los recursos humanos y materiales destinados.

A su vez, el estigma social hacia la enfermedad mental, la conducta suicida y las intervenciones terapéuticas tales como la hospitalización psiquiátrica retardan la consulta temprana de los problemas de salud mental, dificulta la adherencia a tratamientos y la indicación de hospitalización es vivida como extrema, todo lo cual constituye un obstaculizador del restablecimiento del bienestar de NNA. Lo/as adolescentes connotan la experiencia de hospitalización como una consecuencia negativa que los lleva a desestimar un nuevo IS, lo que puede transformarse en un factor protector, pero también un factor que motive un IS más grave. A su vez, dado la connotación social negativa atribuida a la hospitalización psiquiátrica, esta experiencia puede quedar fuera de la narrativa personal y familiar, constituyendo un riesgo para el logro de continuidad y consistencia dentro del proceso identitario, central en

esta etapa (Foelsch, et al., 2015; Schmeck, et al., 2013). Todos estos aspectos deben trabajarse cuidadosa y dirigida en la actividad terapéutica. Finalmente, el trabajo con los padres es un aspecto central e imprescindible en la psicoterapia con adolescentes, especialmente en lo/as jóvenes que han realizado IS, ya que unos de los factores de riesgo centrales son los conflictos con la familia en el área de la autonomía conductual y emocional, así como los conflictos relacionales. A su vez, los padres son fuente de gran apoyo y bienestar para sostener el proceso de cambio (Morales, et al., 2014).

Es parte de las limitaciones de este estudio las características específicas de los participantes. La experiencia de hospitalización explorada corresponde a la vivida en un solo centro asistencial, que a su vez es un centro de hospitalización de carácter privado, por lo que no se incluyen las experiencias de adolescentes de la red pública de atención. Además, los participantes son principalmente de género femenino y sólo mayores de 15 años, quedando adolescentes menores excluidos. También se podría aludir que lo/as adolescentes que aceptaron la entrevista son los que tenían mejor experiencia de hospitalización y que se encontraban en mejor estado de salud. Todo lo anterior limita los hallazgos reportados. Por otra parte, también estos resultados se podrían haber enriquecido con el aporte de evaluaciones cuantitativas de sintomatología pre-post hospitalización, junto con haber considerado el reporte de terceros, tales como los padres o los tratantes acerca del proceso de cambio observado durante al hospitalización. Son todos desafíos para nuevas investigaciones.

Por otra parte, todas estas limitaciones motivan a desarrollar futuras investigaciones con participantes de otras características etarias, de género y distintos centros de atención, especialmente públicos que reciben a la mayor parte de los NNA en cuidado residencial, así como estudios de seguimiento a largo plazo del curso de vida de esto/as adolescentes, considerando variables cualitativas y cuantitativas. En el plano terapéutico, surge el desafío de estudiar el impacto diferencial de los distintos tipos de intervenciones y las características particulares del ambiente terapéutico hospitalario. También sería muy valioso explorar la experiencia subjetiva de los padres/cuidadores frente a la hospitalización de los hijos y los procesos de cambio parental/familiar asociados a esta situación de alto impacto.

Conclusiones

La hospitalización psiquiátrica de adolescentes con IS es explorada desde la subjetividad de lo/as adolescentes implicados. La experiencia de hospitalización es un fenómeno de alto impacto emocional, que transita desde el rechazo y conmoción inicial a la valoración de un espacio de contención emocional que permite al adolescente pensar en sí mismo y los demás desde nuevas perspectivas, iniciando procesos de cambio que requerirán de la continuación de tratamientos y del apoyo familiar para su concreción y mantención. La indicación y gestión de este recurso terapéutico debe ocurrir en un ambiente de contención y cuidado, para evitar riesgos potenciales.

Reconocimientos

Este trabajo fue financiado por ANID – Iniciativa Científica Milenio / Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad–MIDAP ICS13_005 y por Núcleo Milenio Imhay – NCS17_035

References

- Almonte, C. (2019) Espectro suicidal en niños, adolescentes y jóvenes. En C. Almonte & M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (3a ed., pp. 634–651). Mediterráneo.
- Ardiles-Irarrázabal R. A, Alfaro-Robles P. A., Díaz-Mancilla I. E., Martínez-Guzmán V. V. (2018). Riesgo de suicidio adolescente en localidades urbanas y rurales por género, región de Coquimbo, Chile. *Aquichan*, 18(2): 160-170. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.4>
- Asghari, M., Connolly, J., & Cochrane-Brink, K. (2021). Peer and dating aggression among early adolescent boys and girls admitted to a secure inpatient psychiatric unit: links with maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 30(2), 154-174. <https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1783735>
- Barker, M. J., Leyton, F., Stojanova, J., Briceño, M., Dueñas, L. A., & Arancibia, M. (2020). Estudio transversal de las características y factores asociados a la evolución clínica de pacientes hospitalizados en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil pública en Chile. *Medwave*, 20(2). <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.02.7853>
- Bettelheim, B., & Sylvester, E. (1948). A therapeutic milieu. *American Journal of Orthopsychiatry*, 18(2), 191-206. <https://doi.org/czrxk2>
- Blader, J. C. & Foley, C. (2017) Milieu-Based Treatment: Inpatient and partial hospitalization, residential treatment. En A. Martin, M. Bloch, & F. Volkmar (Eds.), *Lewis Child and Adolescent Psychiatry* (5a ed., pp. 865–877), Wolters Kluwer.
- Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P. A., Cavada, G., & Rojas, G. (2018). Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9. *Revista médica de Chile*, 146(4), 479-486. <https://doi.org/gjhbps>
- Bostwick J, Pabbati C, Geske J. R & Mckean A. (2016) Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *The American Journal of psychiatry*, 173(11), 1094-1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>
- Campos, R. C., Besser, A. & Blatt, S. J. (2010). The mediating role of self-criticism and dependency in the association between perceptions of maternal caring and depressive symptoms. *Depression and anxiety*, 27(12), 1149-1157. <https://doi.org/10.1002/da.20763>

- Carandang, C., Gray, C., Marval-Ospino, H., MacPhee, S., Irarrázaval, M., Martin, A., Borredá, L., Álvarez Bravos, L., Guillot de Mergelina, E., Doña, A., & Ortega, B. (2018). Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes. En J. M. Rey & A. Martin (Eds.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (pp. 1-33). Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. <https://tinyurl.com/4zkv8hya>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). Strategies for qualitative data analysis en *Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed., pp. 65-86). Sage. <https://tinyurl.com/2s62w84a>
- Cortés, A. M., Fernández, O. M., Capella, C. M., Espinosa, H. D., & Krause, M. (2018). ¿Qué es lo que cambia en la psicoterapia? La perspectiva de pacientes adolescentes con síntomas depresivos, sus terapeutas y observadores externos. *Psykhé (Santiago)*, 27(2), 1-15. <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.27.1.1134>
- Daudin, M., Cohen, D., Edel, Y., Bonnet, N., Bodeau, N., Consoli, A., Deniau, E., & Guilé, J. M. (2010). Psychosocial and Clinical Correlates of Substance use Disorder in an Adolescent Inpatient Psychiatric Population. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(4), 264-273. <https://tinyurl.com/2zkv2au5>
- De la Barra, F., & García, R. (2009). Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes II: Experiencia en un hospital general privado. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 238-243. <https://doi.org/bt8htn>
- Douppnik, S., Rodean, J., Zima, B. T., Coker, T. R., Worsley, D., Rehm, K. P., Gay, J. C., Hall, M., & Marcus, S. (2018). Readmissions after pediatric hospitalization for suicide ideation and suicide attempt. *Journal of Hospital Medicine*, 13(11), 743-751. <https://doi.org/gfmmzv>
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., Psychol, C., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250. <https://doi.org/cjwf5p>
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Morata.
- Fernández, O. M., Fernández-Sanz, S. A., & Krause, M. (2020). Comprensión del cambio psicoterapéutico en adolescentes: voces de pacientes y terapeutas. *CES Psicología*, 13(3), 107-123. <https://doi.org/10.21615/cesp.13.3.7>
- Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S. & Krause, M. (2015). Importancia de los cambios iniciales en la psicoterapia con adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33, 247-255. <https://doi.org/hdmb>

- Florenzano, R., Cáceres, E., Valdés, M., Calderón, S., Santander, S., Casasus, M., & Aspillaga, C. (2010). Comparación de frecuencia de conductas de riesgo, problemas juveniles y estilos de crianza, en estudiantes adolescentes de tres ciudades chilenas. *Cuadernos Médicos Sociales*, 50(2), 115-123
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139(12), 1529-1533. <https://doi.org/hdmc>
- Foelsch, P. A., Schlüter-Müller, S., Odom, A. E., Arena, H. T., Borzutzky, H., & Schmeck, K. (2015). *Tratamiento para la identidad del adolescente (AIT): una aproximación integral de la personalidad*. Manual Moderno.
- Furre, A., Falk, R. S., Sandvik, L., Friis, S., Knutzen, M., & Hanssen-Bauer, K. (2017). Characteristics of adolescents frequently restrained in acute psychiatric units in Norway: a nationwide study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 3. <https://doi.org/f9pgcq>
- García, F., Álvarez, K., Maturana, A., & Ulloa, K. (noviembre, 2018). *Características de adolescentes con internación psiquiátrica* [Trabajo presentado] XXXVI Congreso de Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Santa Cruz, Chile.
- Green, J. & Worrall-Davies, A. (2008). Provision of intensive treatments: in-patient units, day units and intensive outreach. En M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor, & A. Thapar, (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5a ed., pp. 1126-1142). Wiley Blackwell.
- Hanssen-Bauer, K., Heyerdahl, S., Hatling, T., Jensen, G., Olstad, P. M., Stangeland, T., & Tinderholt, T. (2011). Admissions to acute adolescent psychiatric units: a prospective study of clinical severity and outcome. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 1. <https://doi.org/c85p42>
- Haquin F, C., Larraguibel Q, M., & Cabezas A, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de Pediatría*, 75(5), 425-433. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062004000500003>
- Hayes, D., Thievendran, J., & Kyriakopoulos, M. (2021) Adolescent inpatient mental health services in the UK. *Archives of Disease in Childhood*. <https://doi.org/hdmh>
- Hoffmann, U., Clemens, V., König, E., Brähler, E., & Fegert, J. M. (2020). Violence against children and adolescents by nursing staff: prevalence rates and implications for practice. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 43. <https://doi.org/hdmp>

- Jans, T., Vloet, T. D., Taneli, Y., & Warnke, A. (2017). Suicidio y conducta autolesiva. Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes. En J. M. Rey & A. Martín (Eds.), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (pp. 1-40). Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines. <https://tinyurl.com/yf7nk4ny>
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Universidad Católica de Chile.
- Krause, M., De La Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomacic, A., Valdés, N., Vilches, O., Echávarri, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, E., & Ramírez, I. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 299-325. <https://tinyurl.com/bdh9kaw9>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2a ed.). Sage.
- Larsen, D., Flesaker, K., & Stege, R. (2008). Qualitative interviewing using interpersonal process recall: Investigating internal experiences during professional-client conversations. *International Journal of Qualitative Methods*, 7(1), 18-37. <https://doi.org/gcd2kh>
- Low, Y. T. A. (2021). Family Conflicts, Anxiety and Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation of Chinese Adolescents in Hong Kong. *Applied Research in Quality of Life*, 16, 2457-2473. <https://doi.org/10.1007/s11482-021-09925-7>
- Maturana, A., Álvarez K., Ulloa, K. (2019) La hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes: una síntesis integradora desde una perspectiva de salud pública, salud mental y psicopatología. En C. Almonte & M. E. Montt (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (3a ed., pp. 849 -866). Mediterráneo.
- Marriage, K., Petrie, J., & Worling, D. (2001). Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(10), 969-975. <https://doi.org/hdm3>
- Merete, N., Mortensen, P., & Bøcker, C. (2011) Absolute Risk of Suicide After First Hospital Contact in Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1058-1064. <https://doi.org/bpj5q5>
- Ministerio de Salud (2014). *Modelo de gestión Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) para población adulta e infanto adolescente*. <https://tinyurl.com/4885bwkh>
- Ministerio de Salud. (julio, 2019). *Mortalidad específica (defunciones x 100.000 habts) por Suicidios (Lesiones Autoinfligidas intencionalmente, CIE 10: X60-X84) según sexo y grupo etario, por región de residencia. Chile 2000 a 2017* [Archivo Excel]. <https://tinyurl.com/2p8e7kvs>

- Miranda, R., De Jaegere, E., Restifo, K., & Shaffer, D. (2014). Longitudinal follow-up study of adolescents who report a suicide attempt: Aspects of suicidal behavior that increase risk of a future attempt. *Depression and Anxiety, 31*(1), 19-26. <https://doi.org/10.1002/da.22194>
- Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Varela, C., Sánchez, G., Peñaloza, F., Echávarri, O., Fischman, R., & Barros, J. (2014). Importancia del Rol Paterno en la protección del Riesgo Suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana, 32*(3), 403-417. <https://doi.org/hdnd>
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Fischman, R., Zuloaga, F., Taylor, T., & Peñaloza, F. (2015). Pacientes Hospitalizados por Riesgo Suicida: ¿Cómo perciben la ayuda recibida? *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 24*(1), 67-78 <https://tinyurl.com/yj2m4h4b>
- Morales, S., Echávarri, O., Barros, J., Maino, M., Armijo, I., Fischman, R., Núñez, C., Moya, C., & Monari, M. (2017). Intento e Ideación Suicida en Consultantes a Salud Mental: Estilos Depresivos, Malestar Interpersonal y Satisfacción Familiar. *Psyche, 26*(1). <https://doi.org/hdnd>
- Moses, T. (2011). Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: What is helpful and what is not? *Psychiatric Quarterly, 82*(2), 121-137. <https://doi.org/d7423x>
- Newbold, C., & Jones, D. (1998). Child maltreatment and inpatient unit. En J. Green & B. Jacobs (Eds.), *Inpatient child psychiatry: modern practice research and the future* (pp. 201-211). Routledge.
- Pacheco, B., Lizana, P., Celhay, I. & Pereira, J. (2007). Características clínicas de niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. *Revista Médica de Chile, 135*(6), 751-758. <https://doi.org/cdf8mf>
- Regan, K. M., Curtin, C., & Vorderer, L. (2017). Paradigm shifts in inpatient psychiatric care of children: Approaching child- and family-centered care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 30*(4), 186-194. <https://doi.org/10.1111/jcap.12193>
- Rufino, K. A., & Patriquin, M. A. (2019). Child and adolescent suicide: contributing risk factors and new evidence-based interventions. *Children's Health Care, 48*(4), 345-350. <https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1666009>
- Runeson B, Haglund A, Lichtenstein P & Tidemalm T. (2016) Suicide Risk After Nonfatal Self-Harm: A National Cohort Study, 2000-2008. *Journal Clinical Psychiatry, 76*(2), 240-246. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09453>
- Rytilä-Manninen, M., Lindberg, N., Haravuori, H., Kettunen, K., Marttunen, M., Joukamaa, M. & Fröjd, S. (2014). Adverse childhood experiences as risk factors for serious mental disorders and inpatient hospitalization among adolescents. *Child Abuse & Neglect, 38*(12). 2021-2032. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.008>

- Salvo, L., & Castro, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista médica de Chile*, 141(4), 428-434. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000400002>
- Salvo, L., & Melipillán, R. (2008) Predictores de suicidabilidad en adolescentes. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 46, 115-123. <https://doi.org/fsx4pz>
- Schmeck, K., Müller, S. S., Foelsch, P. A., & Kirstin, G. (2013). Evaluación del desarrollo de la identidad en la adolescencia (AIDA). *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, (21), 19-30. <https://tinyurl.com/2p8dt2cd>
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., & Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 22(1), 33-42 <https://doi.org/hdnn>
- Tharayil, P. R., Sigrid, J., Morgan, R., & Freeman, K. (2012). Examining Outcomes of Acute Psychiatric Hospitalization among Children. *Social Work in Mental Health*, 10(3), 205-232. <http://doi.org/10.1080/15332985.2011.628602>
- Ventura-Juncá, D., Carvajal, R., Undurranga, C., Vicuña, S., Egaña, J., Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile*, 138(3), 309-315. <https://doi.org/ffnrp7>
- Von Dessauer, B., Ortiz, P., Hinostroza, T., Bataszew, A., Velásquez, A., Correa, M., Cáceres, M., & Mulet, A. (2011). Intento de Suicidio Vía Ingesta de Fármacos en Niños. *Revista chilena de pediatría*, 82(1), 42-48 <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062011000100006>
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., Zalsman, G., Zemishlany, Z., & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129-141. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.06.003>
- Worsley, D., Barrios, E., Shuter, M., Pettit, A. R., & Doupnik, S. K. (2019). Adolescents' experiences during "boarding" hospitalization while awaiting inpatient psychiatric treatment following suicidal ideation or suicide attempt. *Hospital pediatrics*, 9(11), 827-833. <https://doi.org/hdnp>

Para citar en APA

Fernández, O., Jerez Venegas, R., & Ulloa García, K. (2021). Hospitalización por Intento de Suicidio en Adolescentes: Mirada retrospectiva de la experiencia y los cambios asociados. *Terapia Psicológica (En línea)*, 39(3), 445-465. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000300445>