

Representaciones sociales sobre el suicidio en la adolescencia: Un estudio cualitativo con madres y padres de adolescentes de la comuna de Concepción

Social representations about suicide in adolescence: A qualitative study with mothers and fathers of adolescents in the commune of Concepción

Pablo González-Montenegro¹

 0009-0007-8413-9956

pablgonzalezm@udd.cl

Rodrigo Díaz-Olguín¹

 0000-0002-8551-0055

rodrigodiaz@udd.cl

Alejandro Sánchez-Oñate¹

 0000-0003-0990-6004

alejandro.sanchez@udd.cl

Isidora Colarte-Peña¹

 0009-0009-2009-1441

icolartep@udd.cl

Pablo Vergara-Barra^{1*}

 0000-0002-6998-8753

pablovergara@udd.cl

¹ Universidad del Desarrollo  Concepción, CHILE

*Autor de correspondencia

Resumen:

El suicidio en la adolescencia cuenta con abundantes estudios, pero persisten lagunas en la investigación cualitativa focalizada en las representaciones sociales y la perspectiva de los padres. Este trabajo caracterizó dichas representaciones en padres y madres de adolescentes chilenos, empleando un diseño al estilo de una teoría fundamentada. Se incluyeron 12 participantes de la comuna de Concepción, seleccionados mediante muestreo teórico, sin experiencias cercanas con el suicidio. La codificación abierta identificó 27 categorías que describen sus creencias y actitudes. Con base en estas categorías, se desarrolló un modelo comprensivo que coincide parcialmente con diversos enfoques teóricos y revela mitos persistentes alrededor de este fenómeno. Estos hallazgos evidencian la necesidad de reforzar la intervención en centros de salud y establecimientos educativos, a fin de apoyar a las familias en la identificación temprana de señales y la prevención del suicidio adolescente.

Palabras claves: suicidio, adolescencia, actitud de los padres, participación de los padres.

Abstract

Adolescent suicide has been widely studied, yet there is a shortage of qualitative research focusing on social representations and parents' perspectives. This study aimed to characterize Chilean parents' social representations of adolescent suicide using a grounded theory-style approach. The sample comprised 12 mothers and fathers from Concepción, selected via theoretical sampling, who had not experienced suicide closely. Through open coding, 27 categories emerged, illustrating these parents' beliefs and attitudes regarding adolescent suicide. Drawing on these categories, the authors proposed a comprehensive model that partially aligns with existing theoretical frameworks, while also revealing prevalent myths about suicide. Such misconceptions should be addressed in healthcare centers and educational institutions to help parents detect warning signs, strengthen communication, and ultimately prevent adolescent suicide. These findings highlight the need for further qualitative inquiry that explores how cultural, familial, and social dynamics shape parental understandings of suicidal behavior in adolescents.

Keywords: suicide, adolescence, parent attitudes, parent participation.

Introducción

El suicidio es la cuarta causa de muerte entre adolescentes, entre los 15 y 19 años, a nivel global (Organización Mundial de la Salud, 2021). En Sudamérica, si bien la tasa de suicidios sobre 100.000 habitantes (6,89) es menor, en comparación al promedio del Continente Americano (9,38), el suicidio se constituye como la tercera causa de muerte de los adolescentes, de entre 10 y 19 años, teniendo una tasa de 4,28 (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

En Chile, la tasa de suicidios, para el año 2018, fue de 11,91 por 100.000 habitantes, lo que sitúa a nuestro país por sobre la media de América del Sur (Vidal et al., 2021). Específicamente, durante los años 2000 y 2017, la tasa de suicidios entre adolescentes de 10 a 19 años fue de 5,4 y en los jóvenes de entre 20 y 24 años fue de 14,7, lo que destaca la relevancia de implementar programas de prevención durante la adolescencia y focalizar la atención en las regiones de mayor vulnerabilidad (Araneda et al., 2021).

El Programa Nacional de Prevención del Suicidio en Chile (Ministerio de Salud [MINSAL], 2013) se estructura en seis componentes: 1) creación de un sistema de registro y estudio de intentos y suicidios consumados a nivel regional; 2) desarrollo de un plan regional intersectorial para la prevención del suicidio, involucrando a diversos actores; 3) fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud; 4) inclusión de programas preventivos en escuelas para la detección e intervención temprana; 5) implementación de un sistema de ayuda en situaciones de crisis, como líneas telefónicas y páginas web; y 6) orientación técnica para una adecuada cobertura mediática. Además, el programa enumera una serie de mitos respecto al suicidio y sus consecuencias, entre otros elementos, los cuales pueden revisarse en la tabla 1.

Tabla 1. Mitos sobre el suicidio

Mito	Consecuencia
El que se quiere matar no lo dice.	Conduce a no prestar atención a quienes manifiestan su ideación o amenazas de suicidarse.
El que lo dice no lo hace.	Conduce a minimizar las amenazas, considerándolas como un chantaje, manipulación, alarde, etc.
El que lo intenta busca llamar la atención.	Condiciona una actitud de rechazo con las personas en riesgo, entorpeciendo la ayuda.
El suicida desea morir.	Pretende justificar la muerte por suicidio, ya que asume que finalmente lo llevarán a cabo.
El que intenta el suicidio es cobarde.	Equipara el suicidio con una cualidad negativa de la personalidad.
El que intenta el suicidio es valiente.	Equipara el suicidio con una cualidad positiva de personalidad que entorpece su prevención, pues lo justifica al convertirlo en un atributo imitable y deseable.

Solo los pobres se suicidan.	No considera que es una causa democrática de muerte.
Solo los ricos se suicidan.	Desconoce que el suicidio se pueda dar en los sectores más pobres de la sociedad.
Solo los viejos se suicidan.	Pretende evadir al suicidio como causa de muerte en edades tempranas de la vida.
Los niños no se suicidan.	Pretende negar la realidad del suicidio infantil.
El suicidio se hereda.	Criterio que tiende al nihilismo terapéutico.
Hablar de suicidio puede incitar a que lo haga.	Infunde temor para abordar la temática con quienes están en riesgo de cometerlo.

Fuente: Elaborado a partir de MINSAL (2013).

Nomenclatura asociada al suicidio

Respecto al campo de estudio sobre el suicidio, se entiende que la suicidalidad es un continuo, cuyos gradientes son la ideación, la planificación, el intento y el suicidio consumado (Salvo y Melipillán, 2008). La definición de estos conceptos y otros más asociados pueden revisarse en la tabla 2.

Tabla 2. Definiciones operacionales de los conceptos asociados al suicidio

Concepto	Definición Operacional
Suicidio	Autoagresión voluntaria e intencional cuyo objetivo final, la muerte, es satisfactoriamente alcanzado.
Ideación suicida	Conjunto de cogniciones (pensamientos, deseos, expectativas, añoranzas, etc.) implícitas o explícitas que contemplan la autoeliminación como objetivo.
Ideación concreta	Suicidio contemplado como un objetivo específico, preciso y realista.
Ideación ambigua	El suicidio no se contempla de forma específica.
Conducta suicida	Comportamiento voluntario, potencialmente dañino, para el cual hay evidencia explícita o implícita de que: 1) La persona intentó quitarse la vida, al menos en cierto grado. 2) La persona intentó aparentar una conducta autoeliminatoria para obtener otro fin.
Comunicación suicida	Cualquier acto interpersonal mediante el cual se imparta o transmita pensamientos, deseos o intentos suicidas para los cuales existe evidencia, implícita o explícita, de que el acto de comunicación, en sí mismo, no es un comportamiento autoagresivo.
Amenaza suicida	Tipo de comunicación suicida. Se refiere a cualquier tipo de acción interpersonal, verbal o no verbal, que, aunque carente de un componente autoagresivo directo, puede ser interpretada como una comunicación o sugerencia de que alguna conducta suicida puede ocurrir en el futuro.
Plan suicida	Tipo de comunicación suicida. Es el método específico propuesto para desarrollar acciones que conllevarán a una potencial consecuencia autoeliminatoria.
Riesgo suicida	Estadio del proceso suicida en el cual la persona presenta un plan suicida a realizar, sea este plan implícito o explícito.
Intento de suicidio	Conducta voluntaria potencialmente dañina, sin desenlace fatal, para la cual existe la evidencia, explícita o implícita, de intenciones de morir.

Sobreviviente de suicidio	Cualquier persona, con un vínculo emocional importante, que lo relacione con una persona que muera por suicidio.
Suicidio asistido	Acto de proporcionar, en forma intencionada y con conocimiento, a una persona, los medios o procedimientos o ambos necesarios para suicidarse.
Autoagresión	Conducta voluntaria, potencialmente dañina, para la cual existe evidencia, explícita o implícita, de que la muerte no es el objetivo perseguido.

Fuente: Realizado a partir de la revisión y compilación de Valdivia (2014, p. 26-27) sobre la nomenclatura planteada por O'Carroll et al. (1996) y Silverman et al. (2007).

Enfoques teóricos sobre el suicidio

Existen diversas aproximaciones teóricas al fenómeno del suicidio. Una de las teorías más conocidas sobre el suicidio es la de Shneidman (1996, citado en Gunn III, 2014), que plantea que el comportamiento suicida no responde a un deseo de morir, sino a dejar de padecer un dolor psíquico (*psychache*), que es provocado por la privación de necesidades vitales para el individuo, como lo son la autonomía, la afiliación o el logro. Este dolor psíquico debe aparecer junto a una alta presión del medio, es decir, las dificultades y vicisitudes del ambiente y a un alto grado de perturbación mental. Estos tres elementos llevarían al individuo a un estado de constricción psíquica en que se ven pocas alternativas de salida al sufrimiento, apareciendo la muerte como la *única* salida a ese dolor.

En años posteriores, Joiner (2005) plantea la Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio, según la cual los intentos letales surgen de la confluencia de tres componentes: la pertenencia frustrada (desconexión y falta de apoyo social), la autopercepción de ser una carga (la creencia de perjudicar a los demás) y la capacidad letal adquirida (superar el miedo a la muerte y disponer de los medios para suicidarse). Sin embargo, Ma et al. (2016), en una revisión sistemática de 66 estudios, hallaron resultados mixtos: mientras que la percepción de ser una carga se asoció significativamente con la ideación suicida en el 82.6% de los trabajos—explicando entre el 36% y el 41% de la varianza—la pertenencia frustrada mostró relaciones menos consistentes y un impacto inferior (no significativa en el 60% de los estudios). En consonancia, King et al. (2018) aplicaron la teoría en 54 adolescentes sometidos a 15 meses de intervención terapéutica, encontrando reducciones en el riesgo suicida vinculadas a mejoras en la pertenencia frustrada y la autopercepción de ser una carga, mientras que la capacidad letal adquirida se mantuvo estable.

Por otra parte, O'Connor (2011) plantea el Modelo Integrado Motivacional-Volitivo (IMV), el cual diferencia entre ideación suicida e intento, estructurándose en tres fases: la pre-motivacional, en la que factores contextuales y eventos

negativos generan vulnerabilidad; la motivacional, en la que sentimientos de derrota y humillación inducen la ideación cuando moderadores como el apoyo social son insuficientes; y la volitiva, donde moderadores volitivos –como la impulsividad, el acceso a medios letales o la exposición a otros suicidarse– facilitan la transición de la ideación al intento. Branley-Bell et al. (2019) confirmaron, en un estudio longitudinal con 299 adultos, que los grupos con intento e ideación difieren significativamente en los factores volitivos, evidenciando mayor capacidad letal e impulsividad en quienes realizan intentos. Por otro lado, Li et al. (2021), a través de cuestionarios en 1239 adolescentes chinos, demostraron que los sentimientos de derrota se asocian con el atrapamiento, el cual se vincula significativamente con la ideación y el intento, especialmente cuando se presentan altos niveles de pertenencia frustrada, carga percibida y baja resiliencia.

Desde otra perspectiva, con la psicología social se puede abordar el suicidio a través del estudio de las representaciones sociales, entendidas por Jodelet (1986) como formas específicas de conocimiento del sentido común que reflejan procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. Este enfoque no solo permite comprender sino también intervenir en el fenómeno, al estudiar el objeto social en su contexto. En este sentido, Schettino et al. (2021) analizaron 2803 comentarios en Facebook en Brasil y encontraron que el suicidio se percibe desde una perspectiva religiosa, vinculado a la juventud ociosa, desempleada y considerado un acto egoísta que interrumpe la vida cotidiana.

En el caso del estudio de Reyes et al. (2020) encontraron que las representaciones sociales sobre el suicidio de un grupo de adolescentes colombianos, apuntan a asociar este fenómeno con perturbaciones emocionales, relaciones sociales inestables o disfuncionales y a problemas familiares, además de considerar, como factores de riesgo, la depresión y el acoso escolar (Reyes et al., 2020). Reforzando lo anterior, Vélez et al. (2021), si bien, no se centraron específicamente en las representaciones sociales, su estudio, al explorar cómo los universitarios colombianos asignan significados al comportamiento suicida, encuentran que estos lo ven como el último recurso ante situaciones de extrema tensión y ausencia de apoyo.

Factores predictores de la suicidalidad adolescente

En diversos estudios chilenos se evidencia que la conducta suicida en adolescentes se relaciona con distintos factores emocionales y de control. Así, Sandoval et al. (2021) hallaron que, en una muestra de 65 adolescentes de Temuco,

las chicas con menor desempeño en tareas de control inhibitorio presentaron mayor riesgo suicida, sugiriendo diferencias según el sexo. Por su parte, Silva et al. (2017) identificaron, mediante regresión logística en adolescentes de Concepción, que únicamente la ideación suicida (tanto antigua como reciente), los eventos vitales estresantes y el consumo de tabaco se asocian significativamente con el intento de suicidio. Complementariamente, Rubio et al. (2020a) determinaron en 4568 estudiantes de enseñanza media que un bajo afecto positivo, es decir, la tendencia a experimentar y manifestar emociones placenteras, y un alto afecto negativo, a saber, la tendencia a experimentar y manifestar emociones displacenteras o incómodas, se vinculan significativamente con la ideación suicida, siendo esta última el mediador en la relación con el intento.

Otros factores son los encontrados por Arce y Álvarez (2017), quienes analizaron a 3696 estudiantes de secundaria en Bolivia y hallaron que los intentos e ideaciones suicidas, tanto con, como sin planificación, se relacionan de manera positiva y estadísticamente significativa, en orden decreciente, con ser víctima de bullying, consumo de tabaco y de alcohol. Asimismo, identificaron que la comprensión de los problemas, el seguimiento durante el tiempo libre, la supervisión de tareas y la actividad física se asocian negativamente y de forma estadísticamente significativa con la ideación suicida. En línea con estos hallazgos, López-Díaz et al. (2024) demostraron que las intervenciones que incorporan estrategias de supervisión y apoyo parental reducen significativamente el riesgo de comportamientos suicidas, evidenciando el rol protector de la familia en la prevención del suicidio.

Lo anterior es coherente con los resultados de Rubio et al., (2020b), quienes encuentran que el apoyo social media el impacto de la sintomatología ansiosa y depresiva, así como la impulsividad, sobre la ideación suicida en adolescentes chilenos, teniendo mayor impacto la familia, luego una persona significativa para el individuo, la escuela y, finalmente, los amigos. No obstante, el alcohol debilitaría la mediación del apoyo social y, en sí mismo, constituye una variable que aumenta la relación entre la sintomatología mencionada y la ideación. En la misma línea, el estudio de Mellado et al. (2021), en adolescentes chilenos, muestra que el apoyo maternal media la relación entre la sintomatología depresiva y la ideación suicida. No obstante, esto no aplica para el caso de los amigos.

Siguiendo con los factores asociados a la familia del adolescente, en un estudio colombiano, en estudiantes de bachillerato, con una muestra de 821 jóvenes, encontraron que el riesgo suicida aumenta, cuando los padres tienen un estilo de crianza indulgente o negligente, con tendencia a la coerción verbal y la

indiferencia. Además, el riesgo también se asoció a la imposición del dominio parental, con elevado control, con afecto negativo, escaso diálogo, coerciones e imposiciones. Finalmente, se vio que la autoestima no se correlacionaba, de forma significativa, con el riesgo suicida, pese a estar, tradicionalmente, asociada al suicidio (Andrade y Gonzáles, 2017).

En otros estudios sobre la relación parental encontraron resultados similares. Por un lado, Bahamón et al. (2017) hallaron una correlación, estadísticamente significativa, entre ideación suicida y control psicológico materno e imposición, en el caso de los hombres y, en el caso de las mujeres, entre la ideación suicida y la autonomía, el control psicológico materno e imposición. Para ambos sexos, las dimensiones que predicen, en mayor medida, la ideación son el control psicológico materno y la imposición paterna. Por su parte, Suárez et al. (2019) encontraron que existe una asociación, estadísticamente significativa, entre el apego positivo con los padres y una baja ideación suicida. Nuevamente, resultados semejantes se obtuvieron en el estudio de Pulido et al. (2022), quienes determinaron que la percepción de la funcionalidad familiar del adolescente, influenciado por la aceptación/implicación de ambos padres, con conductas de apoyo y afecto, reduce el nivel de ideación suicida y que la percepción de disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo suicida. Además, se encontró que la coerción/imposición del padre incide, directamente, en la ideación suicida.

Finalmente, de la Villa y Quintana (2018) obtuvieron resultados concordantes con los anteriores, ya que se encontraron altos niveles de ideación, en adolescentes, con padres autoritarios y negligentes, al igual que en aquellos con bajos niveles de confianza y comunicación en las relaciones con sus pares. En línea con esto último, en otro estudio español, realizado por Alcindor-Huelva et al. (2019), se halló que el porcentaje de autolesiones era mayor en el grupo de adolescentes que sufría acoso escolar, con respecto al de control. Así mismo, la aparición de ideación suicida era mayor, aunque el riesgo de intentos de suicidio no fue, estadísticamente, significativo, en dicho grupo.

Los estudios en Cuba muestran consistencia entre distintos enfoques en relación con los factores de riesgo y la disfuncionalidad familiar en conductas suicidas. Reiner et al. (2021) encontraron, en 72 adolescentes de 13 a 15 años, que los factores de riesgos a los que están más frecuentemente expuestos son el consumo frecuente de alcohol en la familia, acoso escolar, desinterés por estudiar y dificultades en la relación con los padres, siendo los varones quienes presentan intentos de suicidio más marcados. Complementariamente, Martín et al. (2017) evidenciaron, mediante un estudio cualitativo en 8 familias, que el maltrato infantil

y la inadecuada crianza actúan como desencadenantes directos. Por último, González et al. (2022) revelaron que, en 31 familias de adolescentes con intento suicida, la alta disfuncionalidad y la insuficiente preparación educativa de los padres eran los factores de riesgo con más frecuencia de aparición en la mayoría de los casos estudiados.

De acuerdo con los antecedentes presentados, la relación entre los padres y sus hijos resulta ser un aspecto de gran relevancia, dado su impacto en la ideación y los intentos de suicidio en los adolescentes, resulta relevante conocer las representaciones sociales de los padres, sobre el suicidio en la adolescencia; pues, al estudiarlas, abrimos un camino de acción sobre los procesos generativos y funcionales, respecto al riesgo de suicidio en sus hijos.

Objetivo

Por todo lo anterior, el objetivo general de este estudio es caracterizar las representaciones sociales que tienen los padres y madres de adolescentes sobre el suicidio en la adolescencia. Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Describir en las creencias de las madres y padres en torno al fenómeno del suicidio a nivel social.
2. Describir las percepciones de las madres y padres sobre el suicidio en población adolescente.
3. Describir el conocimiento de las madres y padres sobre factores protectores y de riesgo, frente al suicidio en la adolescencia.

Método

Diseño

El diseño del estudio siguió el estilo de una Teoría Fundamentada de diseño sistemático (Corbin y Strauss, 1990), que se caracteriza por un proceso estructurado y sistemático para desarrollar teorías a partir de datos cualitativos, usando la comparación constante de datos y la codificación en diferentes niveles y usando el paradigma de codificación, que se emplea como un marco conceptual para organizar los datos en torno a condiciones causales, contexto, condiciones intervinientes, resultados y consecuencias. Esta investigación se considera al estilo de una teoría fundamentada, ya que solo se llega a la etapa de codificación axial y se construye el modelo usando el paradigma de codificación. No obstante, se

siguieron, igualmente, los criterios de muestreo teórico y comparación constante, asegurándose un proceso iterativo.

Participantes

El estudio incluyó a 12 padres de adolescentes entre 10 y 18 años de la comuna de Concepción, 7 mujeres y 5 hombres. Los participantes se agruparon por edad: 16.7% tenía entre 35-39 años, 25% entre 40-44 años, 16.7% entre 45-49 años y 41.6% entre 50-54 años. En cuanto al nivel educativo, 33.3% había completado la enseñanza media, 33.3% tenía formación técnica profesional completa, 8.4% educación universitaria incompleta, y 25% educación universitaria completa.

La muestra se seleccionó mediante un muestreo teórico (Corbin y Strauss, 1990) basado en el criterio de saturación teórica (Morse, 1995) y siguiendo un muestreo no probabilístico de bola de nieve. Se consideraron “padres de adolescentes” a quienes tienen un hijo o hija entre 10 y 19 años, según los rangos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (s.f.). Los hijos no participaron de forma alguna en el estudio. Se aplicó un criterio de exclusión: los participantes no debían haber experimentado un suicidio cercano, ni personalmente ni a través de hijos, familiares o amigos, para evitar revivir experiencias traumáticas o alterar su representación social del suicidio.

Técnicas de recolección de datos

Se elaboró una pauta de entrevista semiestructurada, de 14 preguntas, según Flores (2009), enfocada en dos ejes: 1) creencias parentales sobre el suicidio a nivel social, como causas, propensión y abordaje social; y 2) percepciones sobre el suicidio en la adolescencia, incluyendo creencias, factores protectores y de riesgo. La pauta fue ajustada dos veces siguiendo así un criterio de recursividad.

Procedimiento

Se contactó a participantes que cumplieran los criterios de inclusión. Se empleó el consentimiento informado con cada uno de los participantes del estudio y se procuró proteger el bienestar de los participantes (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999), lo que se logró con una breve entrevista inicial, para descartar que alguno de los miembros de la familia se encontrara con riesgo suicida. Luego se acordó el medio de la entrevista: presencial, online o telefónica. Al finalizar, se solicitó a las participantes sugerencias de otros con el perfil adecuado.

Análisis de datos

Se analizaron las entrevistas, según el paradigma de codificación (Corbin y Strauss, 1990), realizando una codificación abierta y codificación axial de forma recursiva. Se empleó el programa ATLAS.Ti en su versión 7 para manejar los datos obtenidos de las entrevistas, en el proceso de análisis.

Resultados

Luego del proceso de análisis, se obtuvo un total de 477 códigos, a partir de los cuales se construyeron 27 categorías. El orden de la presentación de las categorías se realizó de forma descendente, en tanto la cantidad de códigos que las componen y se redactaron considerando los códigos de mayor frecuencia a los de menor frecuencia.

Resultados de la codificación abierta

Percepciones de padres sobre la experiencia suicida en adolescentes y adultos

Los padres consideran que la experiencia suicida es un fenómeno transversal en la sociedad, no atribuible a un sector socioeconómico o rango etario específico. Esta experiencia se caracteriza por una constricción mental que impide ver soluciones a los problemas, incluso cuando existen. Este proceso de interpretación está mediado por distorsiones cognitivas como la maximización de problemas, visión catastrófica y pensamientos derrotistas. El origen de estas distorsiones puede estar en procesos emocionales como la sensación de vacío, soledad, falta de sentido, sentirse incomprendido o no querido. Otros factores como la depresión, baja autoestima y el consumo de drogas y alcohol también contribuyen a este pensamiento distorsionado. “Yo creo que la mente se cierra. La mente solamente piensa en todo lo malo que está viviendo o él quiere hacer, sin mirar a su familia, sin mirar al resto...” (Entrevista 5:62).

La experiencia suicida se produce por una falta de recursos personales para afrontar situaciones, que a menudo se perciben como una solución desesperada y rápida para escapar de los problemas. Algunos padres califican a las personas con riesgo suicida como cobardes por no enfrentar sus circunstancias y, al mismo tiempo, valientes por superar el miedo a hacerse daño. Esta dualidad se aplica especialmente a los adultos, para quienes el suicidio es visto como una decisión premeditada y resolutiva, ligada a motivos concretos. En contraste, la experiencia adolescente se percibe como ligada a problemas emocionales más fáciles de

resolver desde una perspectiva adulta. “Los chiquillos no tienen herramientas para enfrentar la situación y estamos tan absorbidos los papás, en otras cosas, que los cabros no ven más escapatoria con la edad que tienen...” (Entrevista 3:28).

Los padres consideran que las señales de riesgo suicida están siempre presentes, pero no son explícitas. Algunas personas podrían tener dificultades para expresar su dolor, o bien, cuando hacen alarde de su intención de suicidarse, es porque realmente no lo harán; en cambio, los que no hablan de ello son los que están en riesgo. Estas señales pueden observarse en cambios de comportamiento, aislamiento, pérdida de interés en aspectos significativos, aumento en el consumo de alcohol, entre otros. No obstante, las señales varían según la personalidad de cada individuo. “Yo creo que el que se suicida está tan enfermo que no se da cuenta. Yo creo que ya esa persona que cuando llegó a suicidarse ya yo creo que pasó todas las etapas...” (Entrevista 3:44).

Determinantes personales, relacionales y sociales

Entre las causas personales que pueden llevar a la experiencia suicida se mencionan la falta de recursos emocionales, baja autoestima, impulsividad, ser una persona internalizante o tener un carácter débil. También se citan factores afectivos como la falta de sentido, traumas en la infancia, problemáticas sentimentales, sentirse culpable por sufrir abusos, o no sentirse amado. Se añaden problemas de salud mental, como la depresión, predisposición biológica a esta, y el consumo de drogas y alcohol. Los adolescentes enfrentan desafíos específicos como el ingreso a la adolescencia, cambios físicos y psicológicos, y la angustia existencial. “Mucha es la gente que se suicida es por temas de depresiones profundas” (Entrevista 1:24).

Los determinantes relacionales implican la falta de apoyo social, el bullying, el rechazo del entorno, discriminación por apariencia o pertenencia a disidencias sexuales, abuso sexual, necesidades afectivas insatisfechas por los padres, rupturas amorosas y la pérdida de seres queridos. “Yo creo que uno de los problemas que se ha visto más, así, como latente es el bullying entre ellos mismos, ah. [...] muchos chiquillos se han suicidado por esta cuestión de que están en un proceso de cambio en su identidad sexual, sufren mucho bullying” (Entrevista 3:127).

Los determinantes sociales incluyen ser marginado por la sociedad, ser víctima de abusos del Estado, la decepción con instituciones sociales por corrupción y apatía, falta de oportunidades laborales, aumento del costo de vida y pérdida de estatus social. “Nunca pensé en suicidarme [...] salvo cuando tuvimos el allanamiento de los pacos {forma coloquial y despectiva de referirse a la policía},

porque te day cuenta que tení la razón ¿cachay? y las autoridades y la sociedad te hace ver que tú no tienes la razón..." (Entrevista 4:137).

Acciones de la familia y acceso a tratamientos

Ante el riesgo de suicidio, los padres creen necesario incrementar el acompañamiento y la implicación en la vida del adolescente o familiar en riesgo, limitar el acceso a medios letales y seguir tratamientos profesionales. Se sugiere reducir la jornada laboral para aumentar el monitoreo, crear instancias de comunicación, y fortalecer la autoestima. Algunos proponen exponer a la persona en riesgo a casos de enfermedades terminales para que reevalúe su situación. "Como papá, yo pienso que uno... chuta... que un hijo piense eso, a uno se le viene... no..., a mí se me vendría... se me vendría el mundo abajo..." (Entrevista 10:96).

En caso de intentos de suicidio, se considera indispensable buscar ayuda profesional, ya sea psicólogo o psiquiatra, o incluso internar a la persona en un centro asistencial o llamar a los números de emergencia. El círculo cercano debe seguir las indicaciones de los profesionales y, si es un tercero, informarse para apoyar a la familia del afectado. "Es que yo creo que la única forma de evitar a largo plazo que se suicide una persona es desde el momento uno..." (Entrevista 1:86).

Reacciones emocionales y percepciones

Las familias experimentan tristeza, culpa y enojo frente al riesgo de suicidio o el suicidio consumado. Se perciben como fallidos por no detectar las señales a tiempo o no intervenir adecuadamente. Esta situación genera una crisis de cuestionamientos en la que aumentan la vigilancia sobre las señales y se replantean sus propias acciones para no cometer errores. "Oy [sic], a mí me da mucha pena, me da mucha pena. Me da pena en el sentido de..., de llegar..." (Entrevista 3:54).

Inacción y percepciones del suicidio

En algunos casos, no se actúa ante la ideación suicida debido a la creencia de que quienes se suicidan no lo dicen explícitamente. También puede ser porque los padres solo reaccionan cuando los problemas de salud mental se manifiestan físicamente. "Es que yo creo que tú no te das cuenta hasta que lo intenta. Tú nunca crees que la situación puede pasar tan grave o tan a delante si él no lo intenta..." (Entrevista 12:38).

El suicidio de adultos es percibido como una acción resolutive cuando sienten que todo terminó, mientras que, en adolescentes, se considera más un accidente o

un acto para movilizar su red de apoyo. “El adolescente a veces se equivoca, quiere llamar la atención, quiere buscar una solución...” (Entrevista 2:107).

Finalmente, algunos padres creen que quienes se suicidan son un mal ejemplo para la sociedad, ya que pueden normalizar la idea de que el suicidio es una solución a los problemas. “Qué ejemplo yo le doy a la nueva generación que viene atrás, ¿A que cuando ya no puedo más, yo mi única solución es eso?” (Entrevista 3:38).

Factores que influyen en la experiencia suicida

Los padres perciben que la experiencia suicida en adolescentes y adultos está influenciada por varios factores contextuales, personales y culturales. Uno de los principales es la escasa comunicación parento-filial. Temen hablar abiertamente con sus hijos sobre el suicidio por miedo a las respuestas o a introducirles la idea de morir. Esta falta de comunicación se agrava por la pérdida de espacios naturales de encuentro familiar, como las comidas, y el tiempo limitado debido a las exigencias laborales. “Da miedo, puh. Preguntarle a tu hijo [...] si has pensado en matarte. Pero te da miedo, no quieres darle ideas...” (Entrevista 2:167). Además, los adolescentes suelen ocultar sus problemas, dificultando aún más la identificación de señales de riesgo.

Los padres también destacan la importancia del apoyo social y familiar como factor protector clave contra el suicidio. Mencionan la necesidad de un entorno familiar fuerte, la creencia en un ser trascendente, y la crianza democrática como elementos fundamentales para prevenir conductas suicidas. Otros factores protectores incluyen la comunicación efectiva, el establecimiento de metas y la resiliencia. “Cuando tú tienes tu norte o tienes... tienes cosas que hacer y tienes metas [...] o alguien a quien apoyarte...” (Entrevista 3:52).

Sin embargo, hay una clara necesidad psicoeducativa en los padres para mejorar su capacidad de detección y respuesta ante el riesgo suicida. Muchos admiten no conocer las señales de alerta y expresan el deseo de recibir más orientación profesional. También sienten la necesidad de educación sobre paternidad y los aspectos evolutivos de los adolescentes, etapa que consideran difícil de comprender. “Porque uno no capta mucho, de repente, cuando hay síntomas que uno piense, esta cosa va para allá...” (Entrevista 10:58).

Desafíos generacionales y socioculturales

Existen diferencias generacionales significativas en la percepción del suicidio y la salud mental. Los padres señalan que su generación creció con una crianza más

autoritaria, con menos consideración por la salud mental, mientras que la generación actual es vista como más sensible, pero también más abierta a buscar ayuda. Esta brecha genera tensiones en la relación entre padres e hijos y afecta la comprensión mutua. “Sí, porque todos los papás no tienen la misma depresión o como que dicen, se crio a la antigua...” (Entrevista 9:42).

Además, los padres mencionan problemas derivados de la cultura individualista actual, que consideran que fomenta la desconexión y la pérdida de espacios de reunión familiar. La sobrecarga de trabajo y las exigencias económicas limitan el tiempo de calidad con los hijos, mientras que las redes sociales y la tecnología reducen aún más la interacción familiar. “Estamos todos en un mundo tan individualista, que yo de verdad, digo, esa gente para qué tiene hijos...” (Entrevista 7:80).

Estigmas y percepciones erróneas

Los padres identifican estigmas sobre la salud mental y el suicidio como barreras importantes para buscar ayuda. Estos estigmas están arraigados en creencias culturales y religiosas que asocian la búsqueda de ayuda con debilidad. Esta percepción, según los entrevistados, impide a muchos reconocer sus problemas y los de sus hijos. “Sigue siendo como un estigma buscar ayuda, como que no eres fuerte...” (Entrevista 2:65).

Las dificultades para identificar señales de riesgo son otra barrera importante. Los padres señalan que es más fácil detectar señales de riesgo en otros que en sus propios hijos, y que las emociones no son un buen indicador de bienestar o malestar. A menudo, la alerta sobre el riesgo suicida solo aparece cuando los problemas de salud mental se manifiestan físicamente. “Porque el adolescente, normalmente, quiere estar solo y encerrado...” (Entrevista 2:91).

Impacto del contexto socioeconómico y de los servicios del Estado

El nivel socioeconómico influye en la capacidad de las familias para acceder a servicios de salud mental, ya que quienes tienen menos recursos enfrentan mayores dificultades para obtener atención adecuada. Esto genera desigualdades significativas en la respuesta ante el riesgo suicida. Además, los padres señalan deficiencias en los servicios de salud pública, como la falta de horas disponibles y la lentitud en la atención. “Y yo como papá, ahora, si mi hijo se quisiera suicidar, qué voy a hacer, dónde lo llevo...” (Entrevista 4:71).

Finalmente, algunos padres critican la falta de apoyo en el trabajo para atender problemas de salud mental o pasar tiempo con la familia, lo que complica aún más

la capacidad de los padres para estar presentes y atentos a las necesidades de sus hijos. “Es que, imagínate, si tú estás en una pega y necesitas [...] ir al psicólogo, no te van a dar el apoyo puh” (Entrevista 3:36).

Resultados de la codificación axial

A continuación, se muestra la figura 1, que resume el modelo sobre representaciones sociales del suicidio en la adolescencia, obtenido a partir de la codificación axial.

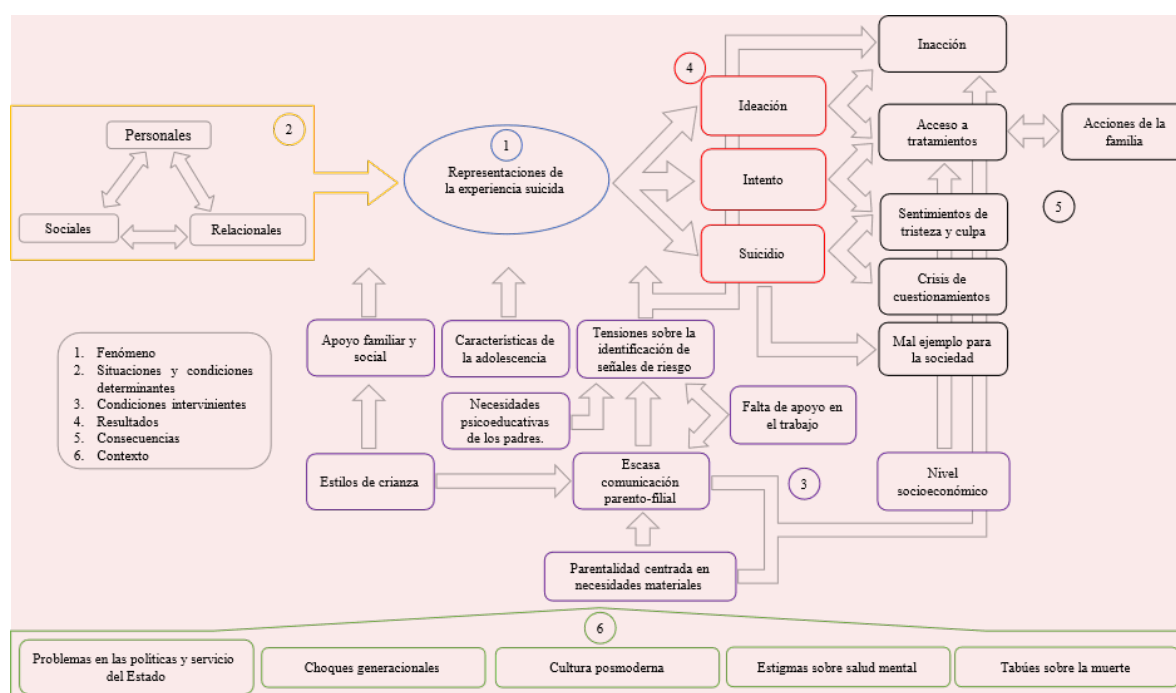


Figura 1. Modelo conceptual de la codificación axial: Representaciones sociales del suicidio, de madres y padres de adolescentes (Elaboración propia).

Determinantes y factores de la experiencia suicida

Los padres reconocen que los determinantes personales, sociales y relacionales, combinados con una falta de recursos personales para enfrentar situaciones, pueden llevar a una experiencia suicida. Factores como la pandemia o el desempleo impactan negativamente en las personas sin herramientas emocionales para afrontar esas circunstancias: “[La pandemia generó] un quiebre que, si no estás con herramientas para enfrentarlo, esa cuestión te pega fuerte...” (Entrevista 3:50).

El apoyo familiar y social se considera un factor protector clave, ya que puede ofrecer estrategias de afrontamiento o alternativas para resolver problemas. Un entorno familiar estable y comunicativo ayuda a fortalecer la autoestima y la

resiliencia en los adolescentes. “Porque el adolescente que tiene una autoestima más fuerte... tiene herramientas emocionales, precisamente, que lo hacen poder enfrentar este tipo de situaciones puh” (Entrevista 1:74). Este apoyo está influenciado por el estilo de crianza: un estilo democrático facilita una comunicación abierta, mientras que un estilo autoritario o aprehensivo puede crear barreras. “En cambio, yo al ir conversando con el psiquiatra me voy dando cuenta de lo abierta que soy con mi hijo...” (Entrevista 8:16).

Las características de la adolescencia, como la falta de experiencia y perspectiva, los cambios hormonales y la necesidad de aceptación, también afectan la probabilidad de experimentar una crisis suicida. Estas características pueden llevar a los adolescentes a sentirse atrapados sin ver salida a sus problemas. “Pucha, no sé. Uno como adulto ve las cosas de otra forma y ellos lo ven todo a mal... No logran entender que esa etapa va a pasar...” (Entrevista 3:62).

Dificultades en la identificación y prevención

Los padres enfrentan tensiones al identificar señales de riesgo debido a su menor presencia en el hogar por motivos laborales y a la dificultad para diferenciar entre comportamientos normales de la adolescencia y señales de alarma. “O uno dice: “ah, no. Si es adolescente no, si es la edad nomás, es la edad”, es lo típico que uno dice...” (Entrevista 3:62). Además, los padres sienten la necesidad de más educación sobre cómo reconocer y abordar estos riesgos, admitiendo su falta de conocimiento en esta área. La falta de comunicación efectiva entre padres e hijos, agravada por estilos de crianza autoritarios y centrados en necesidades materiales, también contribuye a la dificultad para identificar estos signos. “Los papás le van a decir que es una tontera, porque puede darse que de repente los papás no escuchamos a los hijos...” (Entrevista 8:10).

Consecuencias y acciones de la familia

Las consecuencias de la ideación suicida incluyen la inacción o la falta de medidas adecuadas debido a la percepción de que ciertos comportamientos son normales en la adolescencia. Los padres pueden minimizar o ignorar la gravedad de la situación, lo que puede empeorar el riesgo. “Gente de mi edad, en mi caso, nos cuesta ver que una pena constante, o un sentimiento constante, es más que una, es más que un... que una, podríamos decir, una pataleta” (Entrevista 2:75). El acceso al tratamiento es fundamental tras la ideación o un intento de suicidio, pero está condicionado por el nivel socioeconómico de la familia. Las dificultades económicas limitan el acceso a la atención en salud mental, especialmente cuando el sistema público es lento en responder. “Muchos papás tienen, de repente, la

carencia económica de mandar a sus hijos puh, porque todo es caro..." (Entrevista 12:12). Las acciones de la familia se consideran esenciales después de un intento de suicidio, implicando la búsqueda de apoyo profesional constante y adaptaciones en la dinámica familiar para ofrecer un entorno seguro. "En el caso de mi hijo [que intentó suicidarse hace 10 años] fue como, oye, está pasando esto, yo necesito herramientas" (Entrevista 7:57). El sentimiento de tristeza y culpa es una reacción común ante el intento de suicidio o su consumación. Los padres se cuestionan sus propias acciones y sienten que han fallado en proteger a sus hijos. "Y hay un tema con la culpa igual, porque nosotros, por lo menos mi edad es super culposa. Entonces tú dices chuta, que hice yo, por qué mi hijo está así" (Entrevista 2:192).

Contextos y barreras estructurales

Finalmente, el fenómeno del suicidio se ve afectado por diversos factores contextuales que no inciden directamente, pero influyen en su desarrollo, como las deficiencias del sistema público de salud, la cultura individualista, las diferencias generacionales, los estigmas sobre la salud mental y los tabúes respecto a la muerte. Estos factores generan barreras adicionales para la prevención y el tratamiento adecuado del riesgo suicida en adolescentes. "Yo siento que hay varios avisos, digamos, pero hay que saber leerlos y estar atentos..." (Entrevista 1:54).

Discusión

El objetivo general del estudio se ha cumplido satisfactoriamente, ya que el modelo de representaciones sociales del suicidio en la adolescencia permite caracterizar la comprensión de las madres y padres sobre el fenómeno, abarcando tanto los aspectos transversales como aquellos específicos de adolescentes y adultos, cumpliendo así los dos primeros objetivos específicos. Además, las situaciones determinantes e intervinientes del modelo muestran su conocimiento sobre los factores de riesgo y protectores, lo que confirma también el logro del tercer objetivo.

El funcionamiento de la experiencia suicida en el modelo de los padres coincide parcialmente con la teoría de Joiner (2005), en cuanto a los sentimientos de no pertenencia, que se solapan con la "pertenencia frustrada", pero no coincide con la percepción de ser una carga. Indirectamente, los padres mencionan el acceso a medios letales, aunque no lo consideran central, como ocurre con la "capacidad letal adquirida" en el modelo de Joiner. Por otro lado, el modelo de los padres presenta más coincidencias con la teoría de O'Connor (2011): las variables

determinantes encajan con la fase pre-motivacional, respecto a la presencia de eventos vitales negativos. El modelo señala que la falta de recursos personales lleva a la experiencia suicida y a la constricción mental, parecido a los sentimientos de atrapamiento y constricción en la IMV, causados por amenazas a los auto moderadores, como las estrategias de afrontamiento. La mediación del apoyo social familiar también recuerda a los "moderadores motivacionales" de la IMV, especialmente en lo referente a los bajos niveles de apoyo social. En la fase volitiva, el modelo se asemeja en la influencia de características de la adolescencia, como la impulsividad o tener pares que se han intentado suicidar. Sin embargo, el modelo de los padres no diferencia claramente entre el surgimiento de la ideación y el paso al intento, como en la IMV. De hecho, los padres consideran el intento de suicidio en adultos como una falla en su plan y, en adolescentes, como un accidente, porque su propósito no es la muerte.

En cuanto a los factores de riesgo descritos en la literatura, el modelo de los padres coincide con lo evidenciado en los determinantes personales, relacionales y sociales, como el consumo de alcohol y drogas, ser víctima de bullying (Silva et al., 2017; Arce y Álvarez, 2017), los síntomas depresivos, ansiosos, la impulsividad y el apoyo social en los adolescentes (Rubio et al., 2020). En relación con la familia, coinciden en el papel de los estilos de crianza y la comunicación: los estilos de crianza aprehensivos se asocian con niveles elevados de control parental (Bahamón et al., 2017) y con un escaso diálogo (Andrade y Gonzáles, 2017). También se relacionan con tener padres autoritarios y falta de confianza con ellos (Villa y Quintana, 2018). Los determinantes relacionales coinciden en la percepción de la funcionalidad familiar (Pulido et al., 2022) y en tener padres alcohólicos, problemas en la relación con ellos y maltrato (Reiner et al., 2021; Martín et al., 2017).

Los participantes del estudio remarcaron la importancia de la autoestima en los adolescentes, a pesar de que hay literatura no evidencia una correlación significativa directa entre esta y la ideación suicida (Andrade y Gonzáles, 2017). Sin embargo, estudios de revisiones sistemáticas como el de Benavides-Mora et al. (2019) han comprobado que la autoestima actúa como un factor protector, reduciendo significativamente tanto la ideación como los intentos suicidas. De este modo, aunque no se observe una relación estadística directa entre autoestima e ideación, la alta autoestima puede funcionar como un amortiguador que mitigue el riesgo suicida, lo que subraya la necesidad de incorporar estrategias que fortalezcan este atributo en los programas preventivos para adolescentes.

Comparando con estudios cualitativos, los resultados coinciden respecto a los en perturbaciones emocionales, conflictos familiares y relaciones sociales

inestables (Reyes et al., 2020), pero no en que el suicidio se asocie a asuntos religiosos y laborales en adolescentes (Schettino et al., 2021).

Además, en el modelo de los padres aparecen varios mitos sobre el suicidio, tal como los caracteriza el MINSAL (2013): que quien se suicida no lo dice, que hablar de suicidio instaura la idea, o que los adultos buscan morir, mientras que los adolescentes no. No obstante, resulta llamativo que los padres perciban la experiencia suicida como transversal, contrariamente a los mitos de que el suicidio afecta solo a ciertos grupos.

Las necesidades psicoeducativas de los padres coinciden con las identificadas por González et al. (2022) en padres de hijos que intentaron suicidarse, quienes manifestaron un bajo nivel de preparación frente al intento de suicidio. Sin embargo, los padres de este estudio enfatizan la necesidad de identificar señales de riesgo de manera temprana y alegan la falta de instancias educativas en las escuelas, lo que sugiere que los programas preventivos de suicidio (MINSAL, 2013) no han cumplido su objetivo. Esto plantea la necesidad de explorar otros espacios para brindar educación, como los centros de atención primaria.

Además, los hallazgos indican que las obligaciones laborales, la rutina acelerada y la falta de espacios de comunicación limitan la capacidad de los padres para reconocer las señales tempranas de riesgo de suicidio en sus hijos. Este resultado resuena con lo planteado por Arce y Álvarez (2017), quienes destacaron que la falta de supervisión y apoyo familiar aumenta el riesgo suicida en adolescentes. Asimismo, López-Díaz et al. (2024) subrayaron la importancia de la participación de los padres, ya que estrategias que promueven una comunicación efectiva y el monitoreo de actividades contribuyen a disminuir este riesgo. En nuestro estudio, incluso cuando algunos padres, especialmente aquellos vinculados a labores domésticas, han tenido experiencia con conductas suicidas, tienden a confundir las señales de alarma con aspectos normativos de la adolescencia, detectándolas únicamente cuando se evidencian conductas de alto riesgo. Estos resultados refuerzan la necesidad de desarrollar intervenciones que faciliten espacios de diálogo y aumenten la conciencia sobre los signos de alerta en el contexto familiar.

Esto plantea una pregunta sobre la valoración de los padres hacia la experiencia suicida en adolescentes. Aunque el modelo refleja sentimientos de tristeza y culpa ante intentos de suicidio, estas emociones no se asocian con la ideación. Hasta ese momento, los problemas de los adolescentes se perciben con

condescendencia, como algo fácil de resolver desde una perspectiva adulta, o como una carga que es mejor obviar o desestimar.

Una de las principales limitaciones del estudio fue no lograr la saturación en todas las categorías, las cuales fueron: “falta de apoyo en el trabajo”, “mal ejemplo para la sociedad”. Esto se debió a que el muestreo teórico se detuvo por criterios temporales, ya que el estudio se realizó en un breve lapso de tiempo dentro de un Seminario de Habilitación Profesional. Habría sido necesario continuar el muestreo teórico para incluir participantes de diversos niveles socioeconómicos. No obstante, la falta de saturación en dichas categorías no afecta el logro de los objetivos de la investigación, pues se alcanza la saturación en 25 de las 27 categorías y las no saturadas no afectan en la comprensión del fenómeno central.

Entre las fortalezas, el estudio siguió estrictamente los criterios de sistematicidad y recursividad, asegurando coherencia entre el diseño, los instrumentos y los datos. Se empleó el muestreo teórico para seleccionar a participantes con distintos niveles educativos, profundizando en las necesidades psicoeducativas de los padres. Además, este estudio aporta al campo del suicidio en la adolescencia desde una perspectiva cualitativa comprensiva, un enfoque menos común comparado con estudios cuantitativos, y se constituye como pionero en investigar las representaciones sociales sobre el suicidio en la adolescencia en Chile con una muestra de padres.

Sería relevante emplear metodologías mixtas y triangulación instrumental para validar el modelo creado, por ejemplo, mediante encuestas a padres para probar las relaciones y aspectos identificados. También podría evaluarse la efectividad de intervenciones educativas con padres para prevenir el suicidio en adolescentes, midiendo el nivel de satisfacción con los contenidos abordados. Esto es especialmente importante dado que la política pública de prevención del suicidio (MINSAL, 2013) incluye la creación de instancias educativas para la comunidad.

Además, sería útil realizar estudios para determinar si las dificultades de los padres en el abordaje temprano del suicidio en adolescentes responden a desconocimiento, falta de tiempo o una perspectiva adultocéntrica. Esto permitiría entender mejor los factores que impiden una intervención efectiva.

Es fundamental promover programas preventivos del suicidio en adolescentes que se ajusten a las necesidades y desafíos reales de la población. La persistencia de mitos, el desconocimiento y las perspectivas adultocéntricas son

barreras significativas para evitar desenlaces fatales. Las intervenciones deben guiarse por evidencia empírica para evitar la pérdida de recursos.

Los resultados sugieren que el uso de teorías con evidencia, como la de O'Connor, podría ser efectivo en las intervenciones psicoeducativas con padres, dada la semejanza entre sus representaciones sociales y esta teoría. Sin embargo, el desafío es asegurar la participación de los padres en estas instancias, superando barreras como la falta de tiempo o la subestimación del fenómeno en la adolescencia. Finalmente, es esencial que los interventores conozcan a fondo al grupo humano con el que trabajan, ya que una comprensión profunda del contexto es clave para desarrollar estrategias efectivas para transformar la realidad social.

Referencias

- Alcindor-Huelva, P., Delgado-Campos, A., Sipos-Gálvez, L., Fernández-Úbeda, C., & Rodríguez-Solano, J. (2019). Acoso escolar, conductas autolesivas, ideación, e intentos autolíticos en una muestra clínica de un centro de salud mental. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(4), 14–23. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n4a3>
- Andrade, J. y Gonzáles, J. (2017). Relación entre riesgo suicida, autoestima, desesperanza y estilos de socialización parental en estudiantes de bachillerato. *Psicogente*, 20(37), 77–88. <https://doi.org/10.17081/psico.20.37.2419>
- Araneda, N., Sanhueza, P., Pacheco, G. y Sanhueza, A. (2021). Suicidio en adolescentes y jóvenes en Chile: riesgos relativos, tendencias y desigualdades. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 1–9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.4>
- Arce, R. y Álvarez, A. (2017). Consumo de alcohol, participación de los padres, y otros predictores de suicidio en la juventud boliviana. *Gaceta Médica Boliviana*, 40(1), 29–34.
- Bahamón, M., Alarcón-Vázquez, Y., Reyes, L., Trejos, A., Uribe, J. y García, C. (2017). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 20(38), 50–61. <https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2821>
- Benavides-Mora, V. K., Villota-Melo, N. G. y Villalobos-Galvis, F. H. (2019). Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 181–195. <https://doi.org/10.5944/rppc.24251>
- Branley-Bell, D., O'Connor, D., Green, J., Ferguson, E., O'Carroll, R. y O'Connor, R. (2019). Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: Further test of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *Journal of Psychiatric Research*, 117, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.07.007>
- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de ética profesional*.
- Corbin, J. y Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3–21. <https://doi.org/10.1007/BF00988593>

- de la Villa, M. y Quintana, S. (2018). Ideaciones suicidas en adolescentes, relaciones paternofiliales y apego a los iguales. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 18(2), 163–177.
- Flores, R. (2009). *Observando observadores: Una introducción a las técnicas cualitativas de investigación social*. Ediciones UC.
- González, M., Llanes, L. y Hernández, M. (2022). Necesidades psicoeducativas en padres de adolescentes con intento suicida. *Acta Médica Del Centro*, 16(3), 436–433.
- Gunn III, J. (2014). Suicide as escape: Baechler, Shneidman, and Baumeister. En John. Gunn y D. Lester (Eds.), *Theories of suicide: Past, present and future* (pp. 9–22). Charles C Thomas.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (Vol. 2, pp. 469–494). Paidós.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- King, J., Horton, S., Hughes, J., Eaddy, M., Kennard, B., Emslie, G. y Stewart, S. (2018). The Interpersonal–Psychological Theory of Suicide in Adolescents: A Preliminary Report of Changes Following Treatment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(3), 294–304. <https://doi.org/10.1111/sltb.12352>
- Li, X., Ren, Y., Zhang, X., Zhou, J., Su, B., Liu, S., Cai, H., Liu, J. y You, J. (2021). Testing the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior in Chinese Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 25(3), 373–389. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690607>
- López-Díaz, R., Rivera-Heredia, M. E., Morales-Rodríguez, M., Hermosillo-De la Torre, A. E., Salazar-García, M. A. y González-Betanzos, F. (2024). Programas de intervención para la prevención del suicidio con jóvenes, sus familiares y amigos: Una revisión sistemática. *Revista de Psicología y Educación*, 19(2), 128–138. <https://doi.org/10.23923/rpye2024.02.257>
- Ma, J., Batterham, P., Caelear, A. y Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34–45. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.008>
- Martin, R., Martínez, L. y Ferrer, D. (2017). Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 281–295.
- Mellado, C., Méndez-Bustos, P., López-Castroman, J., Vega, C., Olivari, C. y Cárcamo-Vásquez, H. (2021). Apoyo parental, psicopatología e ideación suicida. *Psychology, Society and Education*, 13(2), 103–115. <https://doi.org/10.25115/psye.v13i2.3012>
- Ministerio de Salud. (2013). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación*.
- Morse, J. (1995). The significance of saturation [Editorial]. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147–149. <https://doi.org/10.1177/104973239500500201>
- O’Carroll, P., Berman, A., Maris, R., Moscicki, E., Tanney, B. y Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237–252. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>

- O'Connor, R. (2011). Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. En R. O'Connor, S. Platt y J. Gordon (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention. Research, Policy and Practice* (pp. 181-198). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch11>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud del adolescente*. <https://bit.ly/4crgx9W>
- Organización Mundial de la Salud.. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014. Pan American Health Organization. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53628>
- Pulido, E., Lora, L. y Coronel, L. (2022). Evaluación de un modelo explicativo del riesgo suicida con base en factores familiares. *Interdisciplinaria*, 39(2), 297-312. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.2.19>
- Reiner, L., Cruz, B., González, Y., Moya, C., Borges, M. y Sánchez, M. (2021). Factores de riesgo y tipificación de la conducta suicida en la adolescencia, un enfoque comunitario. *Acta Médica Del Centro*, 15(1), 58-71.
- Reyes, E., Isabel, R., Álzate, C., Muriel, M., Saúl, S., Pérez, M., Maribel, R. y Aristizábal, P. (2020). Representaciones sociales del suicidio en seis adolescentes en una I. E. de Sogamoso. *Poliantea*, 15(26), 61-65. <https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1505>
- Rubio, A., Oyanedel, J. C., Bilbao, M., Mendiburo-Seguel, A., López, V. y Páez, D. (2020a). Suicidal Ideation Mediates the Relationship Between Affect and Suicide Attempt in Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.524848>
- Rubio, A., Oyanedel, J. C., Cancino, F., Benavente, L., Céspedes, C., Zisis, C. y Páez, D. (2020b). Social Support and Substance Use as Moderators of the Relationship Between Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.539165>
- Salvo, L. y Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2), 115-123. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272008000200005>
- Sandoval, J., Becerra, N., Buholzer, Y., Morales, S. y Figueroa, C. (2021). Working Memory, Attention, and Inhibitory Control in Adolescents with Suicidal Behavior: A Pilot Study. *Psicología Educativa*, 28(1), 47-52. <https://doi.org/10.5093/psed2021a28>
- Schettino, L., Bonomo, M., Assis, T., Valentim, V. y Matos, B. (2021). "Suicídio?! E Eu com Isso?": Representações Sociais de Suicídio em Comentários de Usuários do Facebook. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 21(1), 196-216. <https://doi.org/10.12957/epp.2021.59380>
- Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R. y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1), 33-42. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170>
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'Carroll, P. y Joiner, T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>

- Suárez, Y., Ebratt, J., Samper, C. y Medina, J. (2019). Apego parental y riesgo suicida en adolescentes y jóvenes. *Informes Psicológicos*, 19(2), 67-79. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a05>
- Valdivia, A. (2014). *Suicidología: prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. <https://doi.org/10.19083/978-612-4191-27-5>
- Vélez, D., Úsuga, A., Mora, L., Lozano, S., Ingold, A. y Serrano, G. (2021). Experiencias y significados del comportamiento suicida en universitarios de Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(1). <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e343162>
- Vidal, C., Faunes, C., Huerta, C. T., Ruiz Tagle, C. y Hoffmeister, L. (2021). Changes in suicide mortality trends in Chile, 1997-2018. *Salud Colectiva*, 17, 1-10. <https://doi.org/10.18294/SC.2021.3363>

Anexo 1: Pauta Original

1. ¿Por qué cree que ocurre el suicidio?
2. ¿A qué grupos de la sociedad asocia más el suicidio?
3. ¿Qué consecuencias tiene el suicidio en la sociedad?
4. ¿Qué opina de la gente que comete suicidio?
5. ¿Qué papel cree que debe jugar la sociedad ante el fenómeno del suicidio?
6. ¿Qué piensa acerca del suicidio en adolescentes?
7. ¿Le parece que hay diferencias entre el suicidio en adultos y adolescentes?
8. ¿Qué características cree que tiene un adolescente con riesgo suicida?
9. ¿Cree que influye el grupo social, al que pertenece un adolescente, en el riesgo suicida?
10. ¿Qué motivos cree que hay detrás del suicidio en un adolescente?
11. ¿Qué factores cree que ayudarían a prevenir el suicidio en la adolescencia?
12. ¿Cómo cree que se debe proceder ante un intento de suicidio, ya sea de un adulto o un adolescente?
13. ¿Cómo podría identificar que un adolescente está en riesgo de cometer suicidio?
14. ¿Qué roles cree que deben cumplir los padres, si su hijo adolescente se encontrara en riesgo suicida?

Anexo 2: Versión final guion entrevista

1. ¿Por qué cree que ocurre el suicidio?
2. ¿Qué emociones, pensamientos o valoraciones le provoca alguien que comete suicidio?
3. ¿Qué papel cree que debe jugar la sociedad ante el fenómeno del suicidio?
4. ¿Le parece que hay diferencias entre el suicidio en adultos y adolescentes?
5. ¿Qué características cree que tiene un adolescente con riesgo suicida?
6. ¿En qué medida cree que influye el círculo social al que pertenece un adolescente en el riesgo suicida?
7. ¿Qué motivos cree que hay detrás del suicidio en un adolescente?
8. ¿Qué factores cree que ayudarían a prevenir el suicidio en la adolescencia?
9. ¿Cómo podría identificar que un adolescente está en riesgo de cometer suicidio?
10. ¿En qué circunstancias cree que un adolescente con riesgo suicida debe llevarse a atenderse con un profesional?
11. ¿Considera que en su generación existe un tabú en torno a hablar del suicidio?
12. ¿Afecta ese tabú a la hora de estar alerta a las señales de suicidio en un adolescente?
13. ¿Es más fácil ver las señales de riesgo suicida de un adolescente cuando no se trata de los hijos propios?
14. ¿Qué tan importante es la comunicación con los hijos para identificar el riesgo suicida en éstos?
15. ¿Cómo cree que las exigencias del mundo laboral dificultan la comunicación con los hijos?
16. ¿Cree que el nivel socioeconómico de los padres de un adolescente en riesgo suicida influya en que busquen ayuda profesional?
17. ¿Cree que los padres eviten indagar sobre ideas de morir en sus hijos por miedo a la respuesta que estos puedan dar?
18. ¿Cree que los padres necesitan espacios educativos para saber cómo identificar señales de riesgo suicida en los adolescentes?

Para citar en APA 7

González-Montenegro, P., Sánchez-Oñate, A., Colarte-Peña, I. F., Díaz-Olguín, R. y Vergara-Barra, P. (2025). Representaciones sociales sobre el suicidio en la adolescencia: Un estudio cualitativo con madres y padres de adolescentes de la comuna de Concepción. *Terapia Psicológica (En línea)*, 43(1), 45-69. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082025000100045>

El artículo fue editado por Carolina Alday-Mondaca^{ORCID}, University of Lethbridge^{ORCID}, Canadá.

Los pares revisores fueron:

Giovanni Lascano-Arias^{ORCID}, Universidad Tecnológica Indoamérica^{ORCID}, Ecuador y Andrés Úsuga^{ORCID}, Universidad Pontificia Bolivariana^{ORCID}, Colombia.



It is licensed under a Creative Commons BY-NC license.

© 2025 Terapia Psicológica