



Revista Facultad Nacional de Salud
Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia
Colombia

Builes Correa, María V.; Anderson Gómez, María T.; Ramirez Zapata, Alexandra; Arango
Arbelaéz, Beatriz E.

Suicidio en mujeres gestantes: vivencias y redes de apoyo para las familias que les
sobreviven

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 32, núm. 3, septiembre-diciembre, 2014,
pp. 332-339

Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12031816005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Suicidio en mujeres gestantes: vivencias y redes de apoyo para las familias que les sobreviven

Suicide in pregnant women: experiences and support networks for the surviving families

María V. Builes-Correa¹; María T. Anderson-Gómez²; Alexandra Ramírez-Zapata³; Beatriz E. Arango-Arbeláez⁴.

¹ Médica-Especialista en Terapia Familiar-Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: mbuilescorrea@gmail.com.

² Psicóloga- Especialista en Terapia Familiar. Correo electrónico: tereanderson@une.net.co.

³ Psicóloga- Especialista en Terapia Familiar. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: ramirezzapata@yahoo.es.

⁴ Médica-Especialista en Terapia Familiar. Correo electrónico: tizarango@hotmail.com

Recibido: 17 de febrero de 2014. Aprobado: 15 de abril de 2014.

Builes-Correa MV, Anderson-Gómez MT, Ramírez-Zapata A, Arango-Arbeláez BE. Suicidio en mujeres gestantes: vivencias y redes de apoyo para las familias que les sobreviven. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(3): 332-339.

Resumen

Objetivo: describir la vivencia que han tenido las familias de dos mujeres gestantes alrededor de su muerte por suicidio en el Departamento de Antioquia (Colombia) durante el año 2010-2011. **Metodología:** investigación cualitativa, método fenomenológico-hermenéutico, específicamente estudio de casos. Se realizaron entre tres y cuatro entrevistas con cada familia y posteriormente se sistematizaron bajo el software Atlas ti. **Resultados:** en la familia de Bella se encontró la categoría: la vivencia familiar frente al suicidio: de cómo tornarse aprendiz; de ésta surgieron dos categorías: 1). Su muerte nos afectó por dentro y por fuera; 2). entre la sordera y la potencia de las redes de apoyo. En la familia de Consentida

emerge la categoría la vivencia familiar: cómo sobrevivir al dolor, a su vez de ella se derivan dos tendencias: 1). Ampliando y rompiendo redes: 2). atando cabos. **Conclusiones:** las familias del estudio han ido sobreponiéndose al evento en tanto han logrado reconocimiento por parte de redes colaborativas, potenciadoras y vinculantes que han permanecido a lo largo del tiempo. En su vivencia las familias han logrado tomar distancia de la elección de sus familiares gestantes y han seguido valientemente sobreponiéndose a su pérdida.

-----**Palabras Clave:** suicidio, gestación, familia, redes de apoyo.

Abstract

Objective: to describe the experiences of the families of two pregnant women who committed suicide in the Department of Antioquia (Colombia) during 2010-2011. **Methodology:** a qualitative study using the hermeneutic phenomenological approach, specifically the case study method. Three to four interviews were conducted with each family. These interviews were later systematized using the Atlas ti software. **Results:** the category “family experience in the event of suicide: on how to become a learner” was found in the family of Bella, and two categories emerged from it: 1. “Her death affected us both internally and externally.” 2. “Between deafness and the power of the support networks.” In the family of Consentida,

the “family experience: how to survive pain” category emerged, and additionally, two tendencies derived from it: 1. “Expanding and breaking networks.” 2. “Tying up loose ends.” **Conclusions:** the studied families have overcome the event as they have earned the recognition of collaborative, empowering and linking networks, which have remained throughout time. In their experience, the families have managed to distance themselves from the choice of their pregnant relatives and have thus bravely overcome their loss.

-----**Keywords:** suicide, pregnancy, family, support networks.

Introducción

El suicidio en gestantes ha sido denominado por algunos autores [1] como “el tema ausente” en los estudios de mortalidad materna. Solo en el año 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo empezó a considerar como causa directa de mortalidad, antes se consideraba como una muerte accidental [2].

Los estudios en relación con la muerte por suicidio en gestantes evidencian que ésta se relaciona con factores como pobreza, confusos vínculos afectivos y enfermedad mental [3-7]; además se encontró un bajo nivel de investigación a nivel de Colombia y el mundo, una de las posibles causas puede relacionarse con lo que algunos estudios han encontrado como un importante subregistro en las necropsias, lo cual imposibilita visibilizar el fenómeno [5,8-10]. Otra posible explicación es que históricamente se ha concebido la gestación como un factor que protege del suicidio. Sin embargo, es conocido el hecho de que ésta es una experiencia física y emocionalmente compleja que puede generar depresión, ansiedad [11], de hecho se ha demostrado que la ideación suicida es una complicación frecuente de la gestación en las mujeres que viven tanto en países en vía de desarrollo como desarrollados. En lo que hace referencia al intento y al suicidio, Gentile [8] evidencia que durante la gestación son bajos. En Colombia en el año 2005 el suicidio era la cuarta causa de mortalidad materna [12].

En el escenario del suicidio de la gestante, sus parientes también sufren consecuencias. Ellos pueden ser nombrados como los sobrevivientes de esta tragedia. Estudios revelan que después de este evento experimentan dificultades en el funcionamiento familiar, decrece la cohesión y adaptación. Los efectos que les produce la muerte por suicidio de su familiar dependen de variables como la salud mental y física y problemáticas sociales [13,14].

Para los familiares del suicidante [15] se presentarán varios retos que pueden ser de difícil afrontamiento referidos a las emociones negativas que se hace necesario aceptar, hacer comprensible lo “incomprensible” y dar un lugar a la responsabilidad propia de quién decide adelantar su muerte sin adjudicarse culpas que no corresponden ni ayudan a elaborar este dolor. Otra vivencia que complejiza la difícil realidad del suicidio de un familiar es definitivamente el estigma social.

Para estas familias, intentar reconstruir la historia sobre el suicidio les permite resignificar y compartir una narrativa sobre lo sucedido y puede protegerlas de comentarios y señalamientos de otros que desconocen hechos y experiencias subjetivas [13].

Reconstruir la historia, va a implicar una labor de reflexión alrededor de la experiencia vivida, que va dejando una impronta en el psiquismo que va configurando

sentido [16]. En esta labor de construcción de sentidos, las redes de apoyo representan un pilar y soporte para “ser capaz” de sobreponerse a esta experiencia. Ellas se definen como colectivos que se van tejiendo a lo largo de la vida con los otros del mundo social, suscitan arraigo, compañía, reconocimiento de sí y de los otros, construcción de nuevos sentidos para las personas que participan de ellas [17-18]. Los servicios de salud, la familia extensa, la comunidad, los grupos religiosos, entre otros, hacen parte importante de estas redes de apoyo que pueden o no colaborar en la reconfiguración que frente al fenómeno hagan sus sobrevivientes.

Metodología

El presente artículo hace parte de la investigación “El suicidio en mujeres gestantes: Relatos y Reconfiguraciones Familiares. Dos casos del Departamento de Antioquia (Colombia) en el año 2010-2011”. Fue realizada por la línea de Familia y Salud Mental del grupo de investigación en Psiquiatría (GIPSI) de la Universidad de Antioquia (Colombia), utilizó un enfoque cualitativo, buscando indagar los significados atribuidos por los sujetos a sus vivencias [19]. El método empleado, fenomenológico-hermenéutico, tiene su fundamento según Heidegger, en la palabra griega *phenomenon*, que significa ‘mostrarse a sí mismo’, poner en la luz o manifestar algo que pueda volverse visible en sí mismo [20]. Sandoval menciona: “en la versión de Ricoeur, la hermenéutica se define como ‘la teoría de las reglas que gobierna una exégesis, es decir, una interpretación de un texto particular o colección de signos susceptible de ser considerada como un texto’ [21].

El tipo de estudio: estudio de caso, según Galeano, se centra en la individualidad y pretende construir saber en torno a ella, se focaliza en las prácticas y acciones humanas, procurando unificar experiencia y realidad [22].

La muestra inicial fueron cinco familias, no obstante, al iniciar la recolección de la información y según reporte de la Secretaría de Salud de los respectivos Municipios, se encontró que dos de las mujeres no se encontraban en gestación en el momento del deceso y otra familia no deseo participar, por lo cual, la muestra final fue dos familias, residentes en el Urabá Antioqueño.

Las entrevistas semiestructuradas fueron el instrumento para la recolección de la información, se realizaron entre tres y cuatro entrevistas con cada una de las familias. Dichas entrevistas fueron transcritas y con la ayuda del software de investigación cualitativa Atlas ti, versión 6, se inició el proceso de análisis mediante la codificación, categorización y la construcción de tendencias. Posteriormente se extrajeron los textos de las entrevistas que permitían enlazar la descripción, interpretación y análisis de las respectivas categorías.

El consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, se les presentó, ambas familias lo aprueban y firman. Al finalizar el proceso de investigación, las familias conocieron y aprobaron los resultados de la misma.

Resultados

Caso 1

El primer caso hace referencia a la vivencia que tuvo la familia de Bella (la llamamos así porque la familia la describió como una mujer muy hermosa y alegre) luego de su muerte por suicidio en el año 2011. Ella tenía 15 años, contaba con tres meses de gestación cuando decide adelantar su muerte [15] por autoenvenenamiento. Era la cuarta de una familia de siete hijos, pertenecía a una familia monoparental en cabeza de la madre. El padre había fallecido en el mismo mes dos años atrás. Convivía con su pareja desde hacía 5 meses y un mes antes de su muerte estaba de visita donde su familia.

La vivencia familiar frente al suicidio: de cómo tornarse aprendiz

Esta categoría evidencia una suerte de movimientos y aprendizajes interiores y exteriores que se van desplegando y van permitiendo vivir esta pérdida y seguir adelante.

Esta categoría tiene dos tendencias:

- Su muerte nos afectó por dentro y por fuera.
- Entre la sordera y la potencia de las redes de apoyo.

Su muerte nos afectó por dentro y por fuera:

Tiene que ver con la afectación que vivió la familia de Bella luego de su partida.

La vivencia que tuvo la familia de Bella luego de su muerte, deja ver como todos se afectaron de diversas formas, así lo narran:

Pues, yo veo que les afectó mucho, cambiaron en el sentido de, o sea, como en el estado de ánimo, como lo que manifestaba cada uno. Primero eran diferentes, ya no estaba ella, ya... yo más bien no me levantaba, me quedaba en la cama, pensando ... A él lo ha afectado mucho, más como psicológicamente, él expresa por ejemplo que se quisiera ir con el papá, con la hermanita... siempre quiere estar al lado mío, siempre, para todo... (Madre, E2, F1)

Cuántos días de la semana extrañas a tu hermanita?. Toda la semana, todos los días (Hermano 9 años, E2, F1).

En los fragmentos se evidencia que la muerte impacta la vida cotidiana, pareciera como si esa pérdida le pusiera freno a la vida, por eso para la madre, no provoca levantarse, a diferencia del hermano menor de 9 años,

donde esas pérdidas convocan es a no querer estar solo a intensificar nuevamente la necesidad de dependencia de su madre, quizá en un temor de no perderla también a ella. Esta ausencia no solo convoca al desaliento y al apego sino también a la evocación permanente de la hija y hermana, como si convocarla repetidamente fuera una manera de retenerla, de no dejarla partir, por eso soñar con ella, no dejar de pensarla los 7 días de la semana da cuenta de ello.

En lo referente a la afectación que tiene la familia pueden evidenciarse dos tipos: una que hace referencia al efecto psicológico y que la denominaremos *interna* y otra que hace referencia al efecto físico y que la nombraremos como *externa*.

La *afectación interna* que se evidencia en la necesidad de apego y dependencia, y la *externa* que se evidencia en no querer levantarse. A su vez, ambas formas hacen urdimbre, ya que del interior emergen al exterior y viceversa. El desgano que es una vivencia *interna*, se expresa en la inmovilidad física; el no querer separarse de la madre como evidencia *externa* da cuenta de un miedo interior ante la amenaza de nuevas pérdidas.

Las emociones que suscita el hecho, también dan cuenta de la afectación interna, la familia que trae permanentemente a la palabra el recuerdo de Bella, refiere como ella hablaba sobre la posibilidad de adelantar su muerte en repetidas ocasiones:

...ella varias veces si me lo manifestó... yo siempre lo tome en charla porque de pronto así hablando resultaba con una bobada de esas, entonces yo le contestaba otra bobada, por eso muchas veces me siento muy culpable de la muerte de ella, porque yo sé y estoy segura de que si le hubiera prestado más atención de pronto ella no hubiera echo eso... de pronto nunca me imaginé que era capaz (Madre, E2, F1)

Frente a los anuncios de Bella, la madre expresa incredulidad, los interpreta como bobadas de su hija, como simples manifestaciones de un deseo que no va a ser llevado a cabo, porque según la madre su hija no va a ser capaz de ese acto.

El no creer de la madre puede vincularse con diversas posibilidades:

- En la familia nunca habían tenido experiencia con este tipo de conductas, eran novatos.
- Es mejor pensar que algo tan doloroso no va a ocurrir, que es bobada.
- Si se tiene una concepción de que la vida vale la pena, el suicidio del otro no se contempla como posibilidad.

En esta madre la culpa, afectación interna, se vincula con el hecho de no poner más atención, de no tomar en serio la verbalización de Bella. Tomar en serio los deseos de adelantar la muerte [15] no necesariamente evitan ese final, lo único que si pueden suscitar es la certeza de haber hecho algo, eso puede en parte disminuir la culpa.

Entre la sordera y la potencia de las redes de apoyo

Esta segunda tendencia da cuenta de las formas como la familia vivió a los otros del mundo social y como esto finalmente les dio potencia para sobreponerse a la pérdida de Bella.

En lo que tiene que ver con el equipo de salud la familia evidencia dos formas de atención. La primera,

Empezó casi una pelea con el médico, se juntaban hasta 7 médicos, yo veía siempre una junta de médicos, no sé ellos hablaban entre ellos, después venían y me decían, ella no tomo Guayaquil, entonces yo les decía pero eso fue lo que vieron los que vieron...

Entonces bueno yo era al pie de ella viéndola morir, pero ellos no hicieron nada, en el hospital no le hicieron, no le hicieron disque un tal lavado que hacen, no le hicieron disque una sonda no sé qué.. No le hicieron nada.... Porque según ellos, me decían a mí misma que ellos no sabían contra que estaban luchando (Madre, E3, F1).

En esta primera forma de atención, la madre subraya como los médicos no creían en lo que habían *visto los que habían visto*, es decir, los médicos no le creían a los familiares que habían visto.

La actitud de este equipo de profesionales deja ver unas formas que en la presente investigación hemos denominado como la sordera, en tanto desoyen y desatienden a la familia, escuchan el propio saber médico, conversan entre ellos, pero no escuchan a *los que vieron*. Este lugar de *sordera* selectiva, deja a la madre la impresión de que ellos no hicieron nada de lo que ella sabe que hay que hacer en caso de intoxicación. Ella que no pertenece al saber disciplinar de la medicina tiene otros saberes y experiencias que le permiten reconocer unas prácticas frente al proceso de enfermar, ella y su familia que confía en el apoyo que la red de salud puede hacer, acuden con la hermana y con la hija, sin embargo, la forma de atención que hemos denominado de *sordera*, hace que la familia tenga la percepción de que su relato no vale.

La segunda forma de atención de otras personas de la red de salud permite evidenciar como desde este lugar, se buscan *recursos*:

Entonces ya después se la llevaron al ginecólogo, él vio como la gravedad del asunto, dejó una doctora encargada de un parto en el que estaba y dijo: pero esta niña la tengo que atender porque es menor de edad y es gestante, le dijo a la enfermera: "me la lleva para la UCI porque esa niña está grave y el bebé está bien", pero antes de la UCI me le van a hacer un TAC, o sea, él sí busco como –recurso– entonces después de ahí vino el problema con la EPS, ya no eran los médicos sino la EPS (Madre, E3, F1).

Esta segunda forma de atención de la red de salud que busca recursos, la hemos denominado *colaborativa*, en tanto este médico se hace ayudar de los paraclínicos, la enfermera, la UCI, la atención a la madre para escucharla

y contarle de la gravedad de su hija y el curso que iba a tomar la intervención.

Este tipo de atención pone en evidencia:

...la enfermera me colaboró muchísimo, ella era pegada del teléfono, decía: está embarazada y está grave, necesitamos urgentemente el código... el ginecólogo y el doctor de la UCI se hicieron al pie y ya la dejó ahí y se portaron muy bien, hablaban conmigo cada ratito, me decían pero porque no creyeron que era un veneno. Él me explicó una cantidad de cosas, decía que ella estaba muy grave, me dejaba entrar a verla cada ratito y me dijo que no me fuera. En el tercer paro se murió, él duró 40 minutos reanimándola, me dijo ya es imposible, ya no hay nada que hacer y yo le creí y le creo porque en verdad se le vio mucho interés por ella, y ya obviamente ya no había nada que hacer (Madre, E3, F1).

La valoración que hace la madre de la enfermera que no se cansa de insistir para el código, la presencia permanente del equipo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), una presencia que le va hablando a ella durante el proceso, que cree en sus palabras y las de su familia, que la escucha, que es amable, que la deja entrar a la unidad para que vaya viendo a su hija, que le dice que se quede, que valora su presencia, que hace lo posible, reanima a Bella, que informa que no hay nada más que hacer, refleja claramente este tipo de atención colaborativa.

Esta atención le da voz a la familia, la mantiene conectada todo el tiempo al cuidado médico, la involucra en lo que la puede involucrar, finalmente esta práctica lo que hace es que la madre diga: *creo porque vi interés por ella, por ayudarla*. El trabajo *colaborativo* entre equipo de salud-madre, lo que genera en último término es confianza de que cada uno va hacer lo posible por el bienestar de Bella, y que si no funcionan bien las cosas es porque *ya no había nada que hacer*.

La familia también encontró apoyo en otro tipo de red informal: la vecina,

Una vecina que tengo allí, si, con ella encontré muchísimo apoyo, mis hijos y yo, todavía ... ella me brindó mucha compañía y mucho apoyo, estaba pendiente de mí, se sentía uno más bien como alagado, como que hay alguien que se preocupe por uno y eso le levanta la moral a uno, le da un aire como diferente (Madre, E2, F1).

La madre relata como para ella y sus hijos esta vecina fue y sigue siendo compañía y apoyo, eso se evidencia en la preocupación permanente que ella tiene, ese acto de cuidado a ella la hace sentir alagada y ese alago termina levantando la moral, da un aire que es diferente.

La forma de apoyo que ha ejercido la vecina tiene que ver con el vínculo que se ha ido tejiendo a lo largo del tiempo. A este tipo de apoyo lo denominamos en el presente estudio como el *apoyo vinculante*, es decir, aquel que se suscita partiendo de la relación que se ha establecido a lo largo del curso de la vida. Éste se

caracteriza por su permanencia y por el reconocimiento que suscita en quienes lo reciben.

La tercera red de apoyo con la que cuenta la familia es Dios:

...he recobrado fuerzas, el Señor me ha ayudado a mi mucho a recobrar fuerzas si no yo no estaría aquí, yo he vivido situaciones horribles con mis hijos, pero uno confía en Dios y él le ayuda a uno... me metí en Dios, ya yo veía las cosas de otra manera, las veía más bonitas, o sea, ya yo veía que para todo había una solución... no es lo que yo quisiera, ni lo que yo impusiera, ni tampoco lo que ellos dijeran... fue lo que realmente me hizo cambiar (Madre, E2,F1).

Esta red ayuda a potenciar la vida de esta madre, a que ella se autoayude, se transforme, a esta red se la denomina en la presente investigación *red potenciadora*, en tanto da fuerza para vivir la vida, para lanzarse a acogerla conforme va llegando. Esta fuerza que ha encontrado en Dios le ayuda a encontrar un sentido, un para qué, un propósito que tiene que ver con la certeza de que pueden haber soluciones en medio de la dificultad.

Esa transformación que se ha ido suscitando en ella le ayuda a decirle a otras familias:

Uno en un momento de esos también quiere es morir, de pronto para no sentir todo eso que se siente, uno no quiere sentir nada, pero esa no es la solución. Que hay un Dios grande y poderoso que nos ayuda, que nos consuela, y si hay de pronto a veces hay muchas discusiones, al menos en nosotros hay, pues sí, tratar de cambiar eso, tratar de cambiar todo lo que uno crea que está perjudicando a su familia, hay que cambiarlo ... y no buscar culpables porque uno lo primero que hace es buscar un culpable, y de pronto a veces sí lo hay, de pronto personas, terceros que metieron su mano ahí, pero de igual manera no buscarlo y en caso de que lo haya, saber perdonar. Y mucho valor para salir adelante, que la vida sigue, igual cuando se acaba la vida de un familiar de uno, uno cree que también ahí se acabó todo, pero no... (Madre, E2,F1)

Cuando esta mujer da su “consejo” para las familias que vivan una situación similar a la que ella y su familia vivieron ella enfatiza varios aspectos:

- Saber que Dios ayuda y consuela, que no se está solo
- Recordar que cuando un familiar adelanta su muerte, los sobrevivientes quieren no sentir nada, pero eso no resuelve la situación.
- Que luego de este dolor hay que volver sobre la propia familia y mirar qué está mal para procurar mejorarlo.
- No desgastarse en buscar culpables aunque esta sea la primera tendencia.
- Si se considera que alguna persona estuvo involucrada, tener la capacidad de perdonar.
- Recordar que la vida sigue y tener valor para salir adelante.

Ella ha ido reflexionando sobre su vida y la vida de su familia, ha ido enredándose en *redes vinculares, colaborativas y potenciadoras* que le han dado otro marco de lectura de los acontecimientos, y de esta manera ha ido reconfigurando la propia vida y la de su familia.

Caso 2

El segundo caso se refiere a como la familia de Consentida (la llamamos así porque era la hija menor y la familia la describió como la consentida de la familia) vivió su muerte por suicidio. Consentida era una mujer de 30 años, separada, con una hija que tenía 4 años en el momento de su muerte por envenenamiento y a la que llamaremos Juanita. Contaba con 7 meses de gestación. Convivía con los padres, sobrinos y su hija, tenía 11 hermanos.

Del análisis de las entrevistas emerge la categoría:

La vivencia familiar frente al suicidio: cómo sobrevivir al dolor

En sus relatos, la familia no niega el dolor pero al mismo tiempo ha ido comprendiendo que no podía cambiar las elecciones de la hija, lo que podía hacer era acompañarla e ir ampliando las redes de apoyo, haciéndose cargo de lo que iban descubriendo para finalmente renarrar una historia del evento que les permita sobreponerse al dolor.

De dicha categoría emergieron dos tendencias:

- Ampliando y rompiendo las redes colaborativas.
- Atando cabos.

Ampliando y rompiendo las redes colaborativas

Esta tendencia da cuenta de cómo se fueron dando las ampliaciones en las conexiones y desconexiones entre los diversos nodos de la red colaborativa.

Cuando Consentida es llevada al servicio de Urgencias lo que va ocurriendo es que rápidamente se dan cuenta de su mal estado, tanto el equipo de salud como la familia lo reconoce:

Entonces el médico me dijo que la vamos a tirar pa Apartadó, y yo le dije no hay paso, mejor a Montería; y me dijo si usted quiere mejor a Montería es pa Montería que nos vamos y nos vamos ya!! Conseguí una plata y nos vinimos pa Montería (Hermano 1, E1, F2)

Consentida está enferma, yo hablé con mi papá, si Consentida está enferma ¿Qué hacemos?. Me dijo: ya usted sabe que hay que hacer!. Bueno ahí hay una vaca, se vende esa vaca y llevamos a Consentida, yo voy con ella (Hermano 1, E1, F2).

Le dije a los médicos: miren yo tengo una duda que no sé, pero debajo de la cama se encontró un frasco de matarratas, vacío...porque no hacemos estos análisis, enseguida el médico dijo: los vamos a hacer enseguida, hizo los análisis... (Hermano 1, E1, F2).

Ante esta situación, el médico propone la remisión a un centro de mayor complejidad, la familia propone otro, el médico lo capta y ambos en acuerdo hacen lo que corresponde, igual ocurre luego de la muerte de Consentida con el hallazgo del veneno, la familia propone, el médico acoge la proposición. En el primer caso además, la familia conversa, se vende esa vaca para poder conseguir los medios económicos, y se van con ella para un hospital donde pueda hacerse una mejor atención dado su delicado estado de salud.

En los relatos del hermano se evidencia como entre el equipo de salud y la familia se instaura una relación que en el presente estudio hemos llamado *colaborativa*, se caracteriza porque hay escucha bilateral, se llega a un consenso dado que el médico y el familiar, buscan lo mejor para la enferma, por eso necesitan trabajar en equipo. En esta red cada nodo como se mencionó anteriormente tiene unas labores, una responsabilidad, esta responsabilidad se desarrolla en el caso de esta familia con mayor facilidad cuando se teje desde los inicios una relación *colaborativa* con el equipo de salud que tiene por propósito el bienestar de la enferma.

Cuando se fue el hermano mío, se fue a Montería yo lo llamé y en el camino me dijo: hermano, la cosa esta grave, parece que es un caso perdido porque ella va inconsciente, ya ella va trabada, no habla, mira como cuando ya ve uno un animal envenenado (Hermano 2, E2, F2).

Otro hermano, se pone en contacto telefónico para saber sobre su estado de salud, es así como se entera de que ella esta inconsciente, no habla, no mira. Esta llamada del hermano es otra manera de seguir ampliando la *red colaborativa*. En este caso la ampliación de la red hace posible ir poniendo en palabras posibles desenlaces.

Estas ampliaciones que se van suscitando en la red producen apoyo para este hermano que está haciendo frente en forma directa con el cuidado de su hermana, los apoyos son de diversa índole: clínico, material, afectivo, comunicativo, reflexivo.

En la ampliación de las redes también se da mutación de ciertos nodos, es así como parte del equipo de salud puede restar apoyo:

El siguiente día, ya que la teníamos en la clínica muy mal, el de seguridad no me dejaba entrar a la clínica ni me daban información de ella. En un descuido, él me volteó la espalda atendiendo una señora, me le metí... y en seguida una enfermera me llevo a donde la trabajadora social y yo le conté lo que me pasaba a la trabajadora social, en seguida la trabajadora social me dijo: sígame!. Y me llevó hasta donde la tenían, hasta donde estaban los médicos, yo le dije: Doctor yo no quiero que me de tanta explicación, dígame si está viva o muerta; y él me dijo: sí, ella vino mal, se le hizo tal cosa, y por ahí a las 10 de la noche sufrió un paro del corazón, ya está muerta. Bueno, eso era lo que yo quería saber, yo no quería que me tuvieran allá afuera todo el día y toda la noche, era que me lo dijeran (Hermano 1, E1, F2).

Este hermano que había viajado para acompañar a Consentida, que no se le había despegado durante su traslado permanece afuera en la clínica, pero al paso del tiempo se cansa de no recibir información, con toda suerte de artimañas logra acceder al médico para saber o quizá para confirmar lo que suponía, que su hermana no estaba viva. La interrogación que hace este hermano es por lo fundamental, vive o muere, quería ser informado, tenido en cuenta, no quedarse afuera con las manos cruzadas sino seguir con su responsabilidad. El equipo de salud no le informo, esta falta de comunicación, esta ruptura en la relación colaborativa produce tensión en la relación.

Atando cabos

La segunda tendencia evidencia como la familia ha ido conectando sucesos que le van permitiendo sobreponerse al dolor de la pérdida.

Para la familia de Consentida, el tema del suicidio era algo nuevo, en la familia no había ocurrido esto antes:

Entrevistadora: y en la familia alguien más ha muerto así?. Madre: no, no en la familia que yo sepa no, no (Madre, E2, F2).

Además de que era la primera vez, otro elemento que complejizó la situación fue que solo dos días luego de su fallecimiento se enteran de que ella se había envenenado,

... Ya después vino el cuerpo aquí y ya después del sepeio nos dimos de cuenta de que había un frasquito por ahí de veneno vacío... entonces ahí caímos en cuenta que se debía de pronto por no asumir el embarazo, usted sabe que tenemos personas que unos pensamos de una manera y otros pensamos de otra manera, ahí caímos en cuenta que sería que ella de pronto por no asumir al embarazo o algo, que se yo, ya se quitó la vida (Hermano 2, E1, F2).

Al hecho de ser novatos en el tema, de no tener experiencia previa como familia frente al evento del suicidio, se suma el enterarse accidentalmente luego de su fallecimiento, de la causa de muerte, estas conexiones van ayudando a comprender porque quizá Consentida se quitó la vida, por no asumir el embarazo. Éste hermano luego de hacer esta conexión, capta que las personas pueden pensar diferente, este hallazgo ya se había mencionado en otro artículo de la investigación, lo que da cuenta de la posibilidad de tomar distancia por parte de la familia de la elección de adelantar la muerte [15] por parte de Consentida. Esta reflexión que hace el hermano y otros miembros de la familia la denominamos la ruta de la diferenciación, que evidencia la capacidad de la familia de tomar distancia del hecho.

...no le digo que aja, eso da más tristeza, claro. Ya que va a hacer uno...toma el veneno y que más va a hacer uno (Madre, E2, F2).

Este relato de la madre es otra evidencia de la ruta de la diferenciación, el hecho de tomar una decisión,

planearla y ejecutarla en secreto como le ocurrió a Consentida no deja lugar a la acción de la familia, por eso más que buscar culpables lo que la familia ha ido haciendo es aceptar esa elección de ella, procurando encontrar posibles explicaciones que hagan más llevadero el dolor.

En la vivencia de la familia frente a la muerte voluntaria [15] de Consentida ellos van atando cabos, anudando elementos:

- La familia no niega el dolor que les genera la partida de la hija.
- Ante esta elección de Consentida la familia ha ido comprendiendo que no la podían cambiar, que fue quizá la única manera que ella encontró de salir, de solucionar y que aunque ellos lo habrían resuelto por otras vías, su hermana pensó distinto.
- Esta familia no hace referencia a la culpa o a la búsqueda de culpables en su reflexión en torno a la muerte por suicidio de la hermana o la hija, la extrañan, extrañan sus cuidados y presencia, pero no expresan sentimientos negativos en lo relacionado con su desenlace. A partir de la reflexión van atando cabos para procurar comprender los entramados que la llevan a este final.

Discusión

En la presente investigación, las dos familias del estudio han procurado sobreponerse a la pérdida por suicidio de la familiar. Este proceso de recuperación podría decirse que ha ido requiriendo de una suerte de entramados personales, familiares, sociales que se han ido tejiendo a lo largo del tiempo.

Ellas al igual que otras familias que han vivido esta experiencia pasan por una serie de emociones que incluyen: la tristeza, la culpa, la frustración [14,23]. En la familia de Bella estas emociones se manifestaron por dentro y por fuera al inicio del proceso con desaliento para vivir la vida, con permanencia en el recuerdo, con exceso en el apego para tratar de evitar más pérdidas, en la familia de Consentida se manifestaron con tristeza, con evocación para ir atando cabos y procurar comprender.

Sin embargo, a medida que ha ido pasando el tiempo ambas familias han ido reflexionando sobre lo que paso antes, durante y después de la muerte por suicidio de su familiar para poder sobreponerse. Antes, logrando recordar que ambas anunciaban la muerte por suicidio, lo cual concuerda por lo planteado por Améry [15] en relación a que la muerte voluntaria no es un acto de autoaniquilamiento, sino un proceso de inclinarse hacia abajo, de acercamiento a la tierra. Para las familias igual que para el autor, ellas pusieron en cuestión el valor supremo de la vida, quizá por eso no las escucharon, lo tomaron en juego, no le dieron tanta importancia, porque

para escuchar esta inclinación hacia la muerte se hace necesario quebrar los paradigmas sociales, religiosos, que se han instaurado a lo largo de la historia en los sujetos y que privilegian la vida frente a la autoaniquilación.

Durante el proceso de morir, las familias recuerdan lo que vivieron con Bella y Consentida y con las redes de apoyo, en la presente investigación hemos llamado esa vivencia de sordera y ruptura en algunos miembros del equipo de salud, en los casos en que no fueron capaces de escuchar a la familia y su dolor, y de colaboración y ampliación de la red, cuando otros miembros del equipo de salud escucharon a la familia, la incluyeron en el abordaje. La vecina, la familia extensa fueron redes que denominamos vinculantes, en tanto se van tejiendo a lo largo de la vida, van suscitando alivio porque propician reconocimiento mutuo [24]. En esa relación los unos están pendientes de la familia, y los otros, los sobrevivientes, se dejan cuidar y reconocen ese cuidado. En la familia de Bella recuerdan otra red, Dios, que la denominamos como red potenciadora, en tanto propicia que su madre se autoayude y recobre fuerzas. Estas redes colaborativas, vinculantes y potenciadoras que se mantuvieron activas y algunas de ellas que aún permanecen, han hecho posible que ambas familias puedan ir siendo aprendices y sobrevivientes del suicidio de su familiar gestante. Esto coincide con lo que se ha evidenciado en otras investigaciones [14] sobre la importancia del soporte social para las familias que tienen que hacer frente a la muerte por suicidio de uno de sus miembros, dado que éste es un fenómeno complejo, pobremente entendido, altamente estigmatizado a lo largo de la historia [25]. Las redes de apoyo, juegan un lugar muy importante porque pueden ayudar a asfixiar sentimientos como la culpa y la vergüenza.

Después de la muerte de Bella y Consentida, las familias han podido ir renarrando las experiencias del antes y durante y han ido logrando recuperarse de la pérdida, esa recuperación está atravesada por la capacidad que han tenido para tomar distancia del evento, lo que en otro artículo denominamos la ruta de la diferenciación. Ellos logran hacerlo en la medida en que no se detienen a buscar culpables, se saben diferentes a las hijas y hermanas y por eso pueden elegir distinto frente a la adversidad. Esta manera estética, diferenciada [26] de tomar conciencia, de elaborar este evento vital no esperado, destierra la culpa, el estigma que socialmente pueden llegar a sentir las familias que sobreviven a un suicidio [15]. La ruta que eligen estas dos familias, podría tener relación con lo planteado por Álvarez [25] en como el suicidio ha ido perdiendo desestigmatización a partir de la contrarrevolución científica de 1879 con Morselli, predecesor de Durkheim. Girar de lo moral al problema, trajo beneficios sociales en tanto desaparecieron las penas legales, sus sobrevivientes no

se vieron desheredados ni manchados, pudieron enterrar y llorar a su familiar como a cualquier otro deudo. Las familias del estudio no niegan el dolor, la pérdida, el desconcierto, pero fundamentalmente lo que hacen en el presente, luego de transitar por el tiempo reflexionando, atando cabos y tomando conciencia, es sobreponerse con valentía para seguir viviendo.

Conclusión

La muerte por suicidio durante la gestación es una doble muerte que requiere ser visibilizada en el contexto público. El investigar sobre la temática y conocer la vivencia que van teniendo los sobrevivientes y las redes de apoyo con las que han contado luego de este acontecimiento puede ser fuente de mayor conocimiento y de prácticas más colaborativas por parte del equipo de salud y en general de los sujetos del mundo social. Dichas prácticas pueden ayudar a las familias a sobreponerse a esta pérdida.

Agradecimientos

A la familia de Bella y de Consentida, por permitirnos entrar en su intimidad para visibilizar e intentar comprender sus vivencias. A la Universidad de Antioquia y al grupo de investigación en Psiquiatría (GIPSI) por su apoyo para realizar el estudio.

Referencias

- 1 Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2002;11(3): 192-205.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Guías de la OMS para la aplicación de la CIE 10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Ginebra: OMS; 2012.
- 3 Organización de las Naciones Unidas Centro de información. Mortalidad materna en Colombia: Un grave problema de salud pública [internet]. [Consultado 2011 octubre 21]. Disponible en: www.nacionesunidas.org.co
- 4 Shadisman E, Baver S. Pregnancy associated death: A qualitative systematic review of homicide and suicide. *Rev. Obstetrical and gynecological Survey*. Michigan 2005; 60 (3): 183-190.
- 5 Lara M. A, Letechipia G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Revista salud mental México* 2009; 32 (5): 381-387.
- 6 Czeizel. A. Attempted suicide and pregnancy. *Rev. Injury&Violence Budapest* 2011; 45 (1): 45-54.
- 7 Escobar A, Hernández D, Gómez J, Sierra M, Vélez G. Suicidio en gestantes. En: *La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007. 257-64.
- 8 Gentile S. Suicidal Mothers. *J Inj Violence Res*. 2011;3: 90-7.
- 9 Shadisman E, Baver S. Pregnancy-associated death: a qualitative systematic review of homicide and suicide. *Obgynsurvey*. 2005;60:183-90.
- 10 Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A. La contribución de la violencia a la mortalidad materno en Morelos, Mexico. *Salud pública Mex* vol. 48 (2). 2006; 297-306.
- 11 Püschel, G. Embarazada y Deprimida. [internet]. [Consultado 2011 octubre 1]. Disponible en: [Http://www.ciudadanos.org/modules.php](http://www.ciudadanos.org/modules.php).
- 12 Fino E, Cuevas E Mortalidad relacionada con el embarazo, Colombia 1985-2005. Tesis para optar por el título de especialista en Epidemiología, Universidad de Antioquia, 2007.
- 13 Kaslow N, Gilman S. Recommendations for family interventions following a suicide. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2004; (35):240-247.
- 14 Cerel J, Jordan J, Duberstein P. The impact of suicide on the family. *Crisis*. 2008; Vol. 29(1):38-44
- 15 Améry J. Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria. Valencia: Ed. Pre-textos; 1999.
- 16 Henao G, Gómez S, Ocampo L, Ramírez J. Por el derecho al sueño. [Título de Maestría]. Universidad de Manizalez-Cinde Medellín; 2006.
- 17 Perilla L, Zapata B. Redes sociales, participación e interacción social. *Trabajo Social*. 2009.11;147-158.
- 18 Bedoya M. Redes del cuidado: Ética del destino compartido en las madres comunitarias antioqueñas. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv* 11 (2): 741-753; 2013.
- 19 Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003.
- 20 Ferrater, José. Diccionario de filosofía. Barcelona: Editorial Ariel; 1994.
- 21 Sandoval, C. Investigación Cualitativa. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. IPFES – ACIUP. Corcas Editores. Bogotá. 1997. p 60.
- 22 Galeano M. Estrategias de investigación social cualitativa: el giro de la mirada. Medellín: La Carreta; 2004.
- 23 Carter, B. & McGoldrick M. The expanded Family Life Cycle. United States of America: Allyn and Bacon; 1999.
- 24 Ricoeur, P. Caminos del reconocimiento. México: Fondo de Cultura económica; 2006.
- 25 Álvarez A. El dios salvaje. Bogotá: Norma; 1999.
- 26 Bowen M. De la familia al individuo. España: Paidós; 1991.