



Barreras de acceso a apoyo psicológico en familiares de víctimas suicidas: un estudio cualitativo fenomenológico en Ambato, Ecuador.

Barriers to accessing psychological support for family members of suicide victims: a qualitative phenomenological study in Ambato, Ecuador.

Autores :

¹Jean Paul Buenaño Gavilanez, ²Patricia Gabriela Ayala Gómez

¹Universidad Estatal de Milagro: Guayaquil, Guayas, EC, <https://orcid.org/0009-0002-0577-4614>, jbuenanog2@unemi.edu.ec

¹Universidad Estatal de Milagro: Guayaquil, Guayas, EC, <https://orcid.org/0009-0004-5384-9881>, paya-lag@unemi.edu.ec

Resumen.

El suicidio constituye un problema de salud pública con importantes repercusiones emocionales, psicológicas y sociales en los familiares supervivientes. A pesar de la magnitud de este fenómeno, el acceso a apoyo psicológico especializado para esta población continúa enfrentando diversas barreras, particularmente en contextos latinoamericanos donde la evidencia científica es limitada. El objetivo de la presente investigación fue analizar las vivencias de los familiares supervivientes de víctimas de suicidio y las barreras que dificultan el acceso al apoyo psicológico en la ciudad de Ambato, Ecuador. Se desarrolló un estudio con enfoque cualitativo y diseño fenomenológico, en el que participaron familiares directos e indirectos de personas fallecidas por suicidio. La recolección de información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas, y el análisis de los datos se efectuó a través de codificación temática. Los resultados evidenciaron dos categorías principales: las vivencias del duelo por suicidio y las barreras de acceso al apoyo psicológico. En la primera categoría se identificaron experiencias emocionales intensas, manifestaciones de dolor psicológico, cambios en la dinámica familiar, estrategias de afrontamiento y procesos de resignificación de la pérdida. En la segunda categoría se reconocieron barreras económicas, geográficas, institucionales y socioculturales, además del estigma asociado a la búsqueda de ayuda profesional. Se concluye que los familiares supervivientes de víctimas de suicidio experimentan un proceso de duelo con características particulares que requieren atención especializada, mientras que las barreras identificadas limitan significativamente el acceso oportuno a servicios de salud mental. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer las estrategias de postvención, las políticas públicas y las intervenciones contextualizadas dirigidas a esta población.

Palabras clave: Suicidio, Familiares Supervivientes, Duelo, Barreras De Acceso, Apoyo Psicológico.

Abstract

Suicide is a public health problem that generates profound consequences for surviving family members, who experience a complex grief characterized by guilt, stigmatization, and difficulties in reconstructing meaning in life. Despite the magnitude of the problem, access to specialized psychological support for this population faces multiple barriers, particularly in Latin American contexts where scientific evidence is scarce. The present study aimed to understand the experiences of family members surviving suicide and to analyze the barriers that hinder access to psychological support in the city of Ambato, Ecuador. A qualitative study with a phenomenological design was developed, in which first and second-degree relatives of individuals who died by suicide in Ambato participated. A semi-structured interview was used as the data collection technique, and data analysis was performed using thematic analysis. The results evidenced two main categories: experiences of grief by suicide, including initial emotional experiences, psychological manifestations of grief, impact on family dynamics, coping strategies, and processes of meaning-making; and barriers to accessing psychological support, comprising economic, geographic, institutional, and sociocultural barriers, as well as stigma associated with seeking help. It is concluded that family members surviving suicide face grief with particular characteristics that require specialized attention, and that the identified barriers significantly limit access to mental health services, therefore contextualized postvention programs, public policies, and awareness strategies are required to reduce stigma and ensure timely access to psychological support in the city of Ambato.

Keywords: Suicide, Surviving Family Members, Grief, Access Barriers, Psychological Support, Phenomenological Study.

1. Introducción

El suicidio constituye uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial debido a sus repercusiones sobre la vida humana, la salud mental y el entorno familiar. De acuerdo con datos internacionales, más de 700.000 personas fallecen anualmente por esta causa, ubicándose como la cuarta causa de muerte entre personas de 15 a 29 años. El impacto del suicidio trasciende al individuo y afecta significativamente a las familias, comunidades y contextos socioculturales en los que ocurre. Su etiología es multifactorial e involucra la interacción de factores económicos, sociales, culturales, psicológicos y ambientales. Entre los principales factores asociados se encuentran las dificultades socioeconómicas, la exclusión social, las crisis personales, la pérdida de vínculos afectivos, los ambientes laborales adversos y diversas formas de discriminación y vulneración de derechos, cuyas asociaciones han sido ampliamente documentadas en diferentes contextos internacionales.

Las consecuencias del suicidio no se limitan a la persona fallecida, sino que se extienden a quienes sobreviven a la pérdida. En este sentido, Shneidman (1972) introdujo el concepto de "supervivientes del suicidio" para referirse a las personas afectadas emocionalmente por el fallecimiento de un ser querido a causa de suicidio. Investigaciones posteriores han ampliado esta perspectiva, estimando que cada suicidio puede afectar directa o indirectamente a aproximadamente 135 personas (Cerel et al., 2019). A diferencia de otros tipos de duelo, el duelo por suicidio presenta características particulares, entre las que destacan sentimientos de culpa, ira, aislamiento social y la necesidad persistente de encontrar explicaciones sobre lo ocurrido (Jordan & McIntosh, 2011). Asimismo, se han identificado alteraciones en los patrones de pensamiento, las relaciones sociales y la dinámica familiar de los supervivientes (Jordan, 2001). La naturaleza inesperada y traumática del suicidio favorece la aparición de procesos de cuestionamiento continuo y dificultades para integrar la pérdida, situación que puede verse agravada por el estigma social y la falta de apoyo adecuado.

A pesar de la relevancia de esta problemática, numerosos familiares supervivientes no acceden a atención psicológica especializada tras la pérdida. Entre las principales barreras identificadas se encuentran el desconocimiento de los servicios disponibles, las limitaciones económicas, el temor al estigma social, las dificultades geográficas y la insuficiencia de programas específicos dirigidos a esta población (Andriessen, 2009). La evidencia científica señala que el apoyo social y comunitario desempeña un papel fundamental en el proceso de adaptación psicológica, contribuyendo a reducir el impacto emocional y favoreciendo el afrontamiento del duelo (Jordan & McIntosh, 2011). Del mismo modo, las intervenciones de postvención han demostrado efectos positivos en la reducción del malestar psicológico y en la prevención de consecuencias adversas posteriores (Andriessen, 2009).

En Ecuador, el suicidio continúa representando un problema prioritario en materia de salud mental. A pesar de los avances alcanzados en estrategias de prevención, el acompañamiento a familiares supervivientes aún recibe una atención limitada dentro de las políticas y servicios de salud. Los registros oficiales evidencian un incremen-



to sostenido de conductas suicidas en diferentes grupos poblacionales, lo que pone de manifiesto la existencia de brechas en los sistemas de prevención, atención y seguimiento posterior (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024). Sin embargo, la investigación nacional se ha centrado predominantemente en los factores asociados al comportamiento suicida, relegando el estudio de las experiencias y necesidades de quienes sobreviven a la pérdida. En la ciudad de Ambato, particularmente, existe una limitada producción científica orientada a comprender las vivencias de los familiares supervivientes y las barreras que enfrentan para acceder a apoyo psicológico especializado.

La literatura internacional reconoce que el duelo por suicidio presenta características diferenciales respecto a otros procesos de duelo, manifestándose frecuentemente mediante sentimientos de culpa, ira, ansiedad, tristeza prolongada y una intensa necesidad de comprender lo sucedido (Jordan & McIntosh, 2011; Cerel et al., 2019). Asimismo, la vergüenza y el estigma social pueden dificultar la expresión emocional y limitar la búsqueda de ayuda profesional (Jordan, 2001). La evidencia disponible sugiere que la atención psicológica especializada favorece el afrontamiento del duelo y reduce la intensidad del malestar emocional asociado a esta experiencia (Andriessen, 2009). No obstante, en América Latina y, particularmente, en Ecuador, persiste una escasez de investigaciones centradas en las experiencias de los familiares supervivientes y en las barreras de acceso a los servicios de salud mental. En este contexto, el presente estudio se orienta a generar evidencia empírica sobre una problemática insuficientemente explorada, contribuyendo al desarrollo de estrategias de intervención y políticas de postvención ajustadas a la realidad local.

Bajo estas consideraciones, la presente investigación tuvo como objetivo analizar las vivencias de los familiares supervivientes de víctimas de suicidio y las barreras que dificultan el acceso al apoyo psicológico en la ciudad de Ambato. Para ello, se desarrolló un estudio con enfoque cualitativo y diseño fenomenológico, orientado a comprender las experiencias subjetivas y los significados construidos por los participantes a partir de la pérdida. Los hallazgos obtenidos buscan aportar evidencia que contribuya al fortalecimiento de las estrategias de atención psicológica, el desarrollo de programas de postvención y la formulación de políticas públicas dirigidas a esta población.

2. Marco teórico

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

2.1.1. Antecedentes internacionales

Durante varias décadas, la comunidad científica ha estudiado las consecuencias psicológicas y sociales experimentadas por las personas que sobreviven a la pérdida de un ser querido por suicidio, identificando patrones consistentes asociados a este tipo particular de duelo. Uno de los primeros aportes teóricos fue realizado por Edwin Shneidman, quien introdujo el término "supervivientes del suicidio" para referirse a las personas que experimentan un profundo impacto emocional tras la muerte autoinfligida de un ser querido. Entre las principales manifestaciones descritas se encuentran la culpa persistente, la confusión emocional, la búsqueda constante de explicaciones y el malestar psicológico prolongado (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010).

Posteriormente, Jordan (2001) evidenció diferencias significativas entre el duelo por suicidio y otros tipos de duelo, destacando la presencia de aislamiento social, estigmatización percibida y alteraciones en la dinámica familiar. Estos hallazgos permitieron reconocer el carácter específico y complejo de esta experiencia. Más adelante, el modelo propuesto por Jordan y McIntosh (2011) profundizó en las particularidades del duelo por suicidio, identificando emociones como la ira hacia la persona fallecida, sentimientos de abandono y actitudes defensivas frente al entorno social, las cuales suelen estar asociadas al impacto traumático generado por las muertes violentas o inesperadas (Sociedad Vasca de Victimología, 2019).

La evidencia contemporánea ha ampliado la comprensión de este fenómeno. Cerel et al. (2019) estimaron que cada suicidio puede afectar directa o indirectamente a aproximadamente 135 personas, trascendiendo ampliamente el núcleo familiar inmediato. Asimismo, Whitebrook, Lafarge y Churchyard (2025), a partir de una revisión de quince estudios cualitativos, identificaron experiencias recurrentes relacionadas con cambios profundos en el proyecto de vida, sufrimiento psicológico intenso, aislamiento social, responsabilidades asumidas, pérdidas simbólicas, conflictos culturales y procesos complejos de reconstrucción personal. Por su parte, Levi-Belz (2022), mediante un seguimiento longitudinal de seis años, evidenció una mayor prevalencia de duelo prolongado y pensamientos relacionados con la muerte entre los supervivientes, lo que pone de manifiesto la elevada vulnerabilidad psicológica de esta población.

El duelo por suicidio es considerado una de las formas de duelo más complejas debido a la intensidad emocional y a la necesidad persistente de encontrar explicaciones sobre lo sucedido. Las personas afectadas suelen experimentar sentimientos de culpa, confusión, autorreproche y cuestionamientos recurrentes acerca de acciones u omisiones previas al fallecimiento (Soro Marín, 2021). En muchos casos, la percepción de no haber identificado señales de riesgo genera un importante malestar psicológico y favorece la aparición de pensamientos intrusivos relacionados con la responsabilidad personal (Acinas, 2011, citado en Soro Marín, 2021). La Federación Mundial para la Salud Mental (2010) señala que estas experiencias pueden mantenerse durante largos períodos y asociarse con alteraciones emocionales, físicas y sociales. Asimismo, el estigma social y el aislamiento dificultan la elaboración del duelo y limitan el acceso a redes de apoyo efectivas.

2.1.2. Antecedentes latinoamericanos

En América Latina, el interés científico por las experiencias de los familiares supervivientes del suicidio ha aumentado progresivamente durante los últimos años. Sin embargo, la evidencia disponible continúa siendo limitada, especialmente en relación con las barreras de acceso a servicios de apoyo psicológico y las experiencias subjetivas del duelo. Entre los principales obstáculos identificados destacan el estigma social, las limitaciones institucionales y la insuficiente disponibilidad de programas especializados de atención posterior al suicidio.

Una investigación desarrollada con ocho familias afectadas por suicidio, basada en el enfoque de resiliencia familiar, identificó la coexistencia de emociones como tristeza, confusión, ira e incluso alivio, así como sentimientos de culpa dirigidos hacia sí mismos, otras personas e instituciones sanitarias y sociales (Revista Latinoamericana de Enfermagem, 2025). El estudio evidenció que el acompañamiento profesional continuo y las intervenciones centradas tanto en la familia como en cada uno de sus integrantes favorecen la adaptación psicológica y la reconstrucción de la dinámica familiar.

En Costa Rica, un estudio realizado en Nicoya, Guanacaste, analizó los procesos de afrontamiento y resiliencia desarrollados por familias que experimentaron la pérdida de un ser querido por suicidio, identificando la relevancia del apoyo social y comunitario en el proceso de recuperación. Por otra parte, investigaciones desarrolladas en Colombia evidenciaron que el acceso oportuno a servicios de salud mental constituye un factor determinante para la recuperación psicológica. Asimismo, se observaron transformaciones significativas en la dinámica familiar, caracterizadas por la redistribución de roles, el fortalecimiento de conductas de cuidado y la reconstrucción progresiva de los vínculos afectivos tras la pérdida (Correa Ramírez et al., 2024).

Los estudios latinoamericanos coinciden en señalar que los familiares supervivientes enfrentan sentimientos persistentes de soledad, culpa y estigmatización, además de importantes barreras para acceder a servicios de apoyo psicológico. Estas experiencias se encuentran fuertemente influenciadas por factores culturales, sociales y religiosos, los cuales condicionan la forma en que las personas interpretan, expresan y afrontan el duelo por suicidio.

2.1.3. Antecedentes nacionales

En Ecuador, la producción científica relacionada con los familiares supervivientes del suicidio continúa siendo limitada. La mayoría de las investigaciones desarrolladas en el país se han centrado en la identificación de factores de riesgo, la prevalencia de conductas suicidas y las estrategias de prevención, mientras que las experiencias de quienes sobreviven a la pérdida han recibido escasa atención académica. Esta situación ha generado un vacío importante en el conocimiento sobre las repercusiones emocionales, familiares y sociales derivadas del suicidio, así como sobre las dificultades que enfrentan los familiares para acceder a apoyo psicológico especializado.

Los registros oficiales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador evidencian que el suicidio constituye un problema relevante de salud pública, con un incremento sostenido de casos en diversos grupos poblacionales durante los últimos años (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024). Sin embargo, las políticas e intervenciones implementadas se han orientado principalmente hacia la prevención del comportamiento suicida, existiendo una limitada oferta de estrategias de postvención dirigidas a los familiares supervivientes.

Uno de los pocos estudios desarrollados en el contexto ecuatoriano fue realizado en la ciudad de Ambato mediante un enfoque cualitativo fenomenológico. Esta investigación permitió identificar importantes afectaciones emocionales, psicológicas y sociales en los familiares supervivientes de personas fallecidas por suicidio. Entre las principales manifestaciones reportadas se encontraron sentimientos persistentes de tristeza, culpa, ansiedad y



confusión, además de alteraciones en la dinámica familiar, dificultades en el desempeño laboral y cambios significativos en las relaciones interpersonales. Asimismo, se evidenció que las estrategias de afrontamiento más utilizadas incluyeron el apoyo familiar, la espiritualidad, la atención psicológica y la participación en espacios grupales de acompañamiento (Llerena Freire et al., 2023).

Los hallazgos nacionales también sugieren la existencia de barreras que limitan el acceso oportuno a servicios de salud mental, entre las que destacan factores económicos, insuficiente disponibilidad de servicios especializados, desconocimiento de los recursos existentes y persistencia del estigma asociado tanto al suicidio como a la búsqueda de atención psicológica. Estas limitaciones dificultan el proceso de recuperación emocional y contribuyen a mantener invisibilizadas las necesidades específicas de esta población.

En este contexto, resulta necesario ampliar la investigación sobre las experiencias de los familiares supervivientes del suicidio en Ecuador, particularmente en ciudades como Ambato, donde la evidencia científica disponible continúa siendo escasa. El desarrollo de estudios centrados en las vivencias subjetivas y en las barreras de acceso al apoyo psicológico permitirá generar evidencia contextualizada que contribuya al diseño de estrategias de intervención, programas de postvención y políticas públicas orientadas a mejorar la atención integral de esta población.

2.2. Bases teóricas

La comprensión de las vivencias de los familiares supervivientes del suicidio requiere de un sustento teórico que permita explicar los fenómenos emocionales, psicológicos y sociales que experimentan. En este sentido, diversas teorías han contribuido al entendimiento de los procesos de duelo, el funcionamiento familiar, el dolor psicológico y la importancia del apoyo social en contextos de pérdida traumática.

Teoría del Duelo (Kübler-Ross, 1969)

Kübler-Ross (1969) introdujo un modelo sobre el duelo que ayuda a entender lo que viven quienes pierden a alguien cercano por suicidio. Sus ideas describen etapas como negación, rabia, intento de pactar, tristeza profunda y, eventualmente, reconocimiento de la realidad. Pese a que muchas veces esas fases no siguen un orden específico, sirven para dar nombre a estados mentales comunes tras pérdidas intensas. Cuando la muerte viene por decisión propia del afectado, el dolor se carga con extrañas preguntas, remordimientos persistentes y sorpresa difícil de superar (Jordan & McIntosh, 2011). Más allá del modelo inicial, diversas investigaciones posteriormente, destacaron cómo el duelo tras suicidio agudiza emociones específicas: rabia, desorientación o sensación de soledad. A diferencia de otras pérdidas, aquí confluyen traumatismo y desconcierto propios de muertes bruscas e imprevistas (Sociedad Vasca de Victimología, 2019). Al usar esta perspectiva con parientes directos, emergen respuestas afectivas complejas. Emociones como remordimiento, furia o dolor prolongado encuentran en ella una base para su interpretación. Desde ahí, resulta posible examinar con mayor claridad las formas en que se expresa el proceso de duelo a nivel mental.

Teoría de los Sistemas Familiares (Bowen, 1978)

La teoría de los sistemas familiares propuesta por Bowen (1978) plantea que la familia constituye un sistema interdependiente en el cual cualquier cambio o crisis que afecta a uno de sus miembros repercute en la totalidad del sistema familiar. Desde esta perspectiva, el suicidio de un integrante genera modificaciones profundas en la dinámica familiar, afectando patrones de comunicación, roles familiares, relaciones interpersonales y mecanismos de afrontamiento. Esta teoría permite analizar cómo la pérdida influye en la reorganización del sistema familiar y en las experiencias de los sobrevivientes (Bowen, 1978). Investigaciones contemporáneas han aplicado este enfoque al estudio del duelo por suicidio, evidenciando que las familias afectadas experimentan cambios significativos en su estructura y funcionamiento, incluyendo alteraciones en los patrones de comunicación, la asignación de roles y la calidad de las relaciones interpersonales (Correa Ramírez et al., 2024). La teoría de sistemas familiares resulta fundamental para analizar el impacto del suicidio en la totalidad del sistema familiar, explicando los cambios en las relaciones y la dinámica familiar reportados por los sobrevivientes, y fundamentando el análisis del impacto en las relaciones familiares.

Teoría del Dolor Psicológico o Psychache (Shneidman, 1993)

El dolor emocional profundo, llamado psychache según Shneidman (1993), surge cuando necesidades mentales esenciales quedan sin resolver. Puesto que esta idea surgió para interpretar actos suicidas, igualmente aplica al malestar de quienes pierden a alguien cercano por esa causa, cargando sentimientos fuertes como culpa, vacío

afectivo o desánimo persistente (Shneidman, 1993). Dicho sufrimiento interior puede volverse tan agudo que enturbia el razonamiento normal e impide ver salidas viables ante dificultades cotidianas; más aún si la muerte ocurre de forma repentina y violenta, tal como en casos de suicidio, donde además emergen dudas recurrentes sobre lo acontecido (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010). Al usar este marco conceptual para examinar experiencias de familiares sobrevivientes, queda posible observar con mayor precisión cómo viven ese padecimiento mental, entender el grado extremo de angustia expresado y sustentar una mirada detallada sobre cómo se expresa el duelo desde lo psicológico.

Modelo de Apoyo Social

El modelo de apoyo social ha sido ampliamente estudiado, constituye uno de los factores protectores más relevantes durante los procesos de duelo. La disponibilidad de redes de apoyo familiares, comunitarias e institucionales favorece la adaptación psicológica y reduce el riesgo de complicaciones emocionales posteriores al suicidio de un ser querido (Jordan & McIntosh, 2011). Diversos estudios han demostrado que la presencia de apoyo social percibido se asocia con menores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa en personas en duelo, y que la ausencia de este apoyo puede contribuir al desarrollo de duelo complicado (Levi-Belz, 2022). En el contexto del duelo por suicidio, el apoyo social adquiere una relevancia particular debido al estigma asociado a este tipo de muerte, que puede llevar al aislamiento social de los sobrevivientes y a la reducción de sus redes de apoyo (Cerel et al., 2019). La aplicación de este modelo al estudio permite analizar la presencia o ausencia de apoyo social en los participantes, ayuda a analizar las barreras relacionadas con la falta de redes de apoyo y fundamenta el análisis de las barreras socioculturales.

2.3. Marco conceptual

Partiendo de lo esencial, este trabajo construye su base teórica sobre la comprensión de ciertos términos centrales, ya que gracias a estas precisiones, resulta más claro interpretar la situación analizada, así como sus consecuencias.

La Organización Mundial de la Salud (2023) describe el suicidio como un acto intencional donde alguien causa su propia muerte. Aunque pueda parecer individual, surge de múltiples influencias: emocionales, ambientales, hereditarias o colectivas. Este hecho impacta a mujeres y hombres de distintas edades, sin importar sus recursos ni origen. Más que un impulso repentino, emerge tras una red densa de condiciones peligrosas junto con escasa contención humana. Entre ellas están enfermedades del ánimo, crisis profundas, soledad recurrente o disponibilidad de instrumentos fatales (Organización Mundial de la Salud, 2023). Dentro del marco de este estudio, tomarlo como punto inicial ayuda a entender cómo comienzan los recorridos dolorosos entre quienes lo padecen desde afuera.

Quienes atraviesan el proceso de duelo tras el suicidio de alguien cercano, tal y como lo describen Jordan y McIntosh (2011), son sujetos marcados profundamente por esa forma específica de muerte, arrastrando secuelas en lo emocional, social y mental. Aunque no fue común en su época, Shneidman (1972) acuñó la expresión “supervivientes del suicidio” al notar cómo ciertas personas cargaban con dolor intenso después de una defunción provocada por sí misma, observándose en ellas remordimiento persistente, desorientación interna o trabas para recomponerse anímicamente (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010). Esta aproximación incluye bajo el rótulo de familiar superviviente a cualquiera que haya tenido un pariente fallecido por suicidio, sin importar cuándo ocurrió, si aún percibe huellas visibles del luto en sus funciones cotidianas.

Tras perder a alguien cercano por suicidio, surge una forma especial de duelo marcado por culpa, vergüenza silenciosa y preguntas sin fin (Jordan & McIntosh, 2011). A diferencia de otras pérdidas, este proceso carga con impacto repentino, miradas juzgadoras del entorno, remordimientos profundos, además de esfuerzos continuos para entender lo ocurrido (Jordan, 2001). Las emociones pueden desbordar: desde negación inicial hasta dolor agudo, furia contenida, miedo recurrente o abatimiento prolongado; todo ello capaz de extenderse por años, alterando hábitos, relaciones e identidad (Sociedad Vasca de Victimología, 2019). Dentro de este estudio, dicha vivencia ocupa un lugar clave, siendo el núcleo alrededor del cual giran las historias compartidas por quienes participan.

Tras un evento traumático, el acompañamiento psicológico busca proteger la salud mental, ayudando a manejar el malestar emocional sin dejar espacio para secuelas profundas (Organización Mundial de la Salud, 2023). A veces se desarrolla con sesiones personales; otras, en grupo o junto con la familia, ofreciendo respaldo rápido o bien caminos largos hacia la sanación interior (Andriessen, 2009). Cuando alguien muere por suicidio, contar con ayuda específica marca una diferencia clara: baja el peligro de crisis afectivas fuertes y también reduce posibilidades de repetición entre quienes quedan. Dentro de esas acciones, enfrentar lo ocurrido después - la post-

vención - muestra resultados sólidos (Andriessen, 2009). Esta investigación entiende dicho apoyo como todo recurso profesional accesible para parientes afectados durante su camino tras la pérdida.

Acceder a servicios de atención psicológica muchas veces resulta complicado por razones personales, económicas o sociales (Organización Mundial de la Salud, 2023). Aunque algunos enfrentan obstáculos debido al costo económico de las sesiones, otros luchan con la lejanía de los centros de salud o la carencia de transporte adecuado. La ausencia de programas específicos también complica las cosas, sobre todo cuando las normas internas de las instituciones generan trámites largos e innecesarios. Además, ciertas ideas arraigadas en la cultura afectan en cómo se percibe la salud emocional, especialmente frente al suicidio, donde el silencio suele imponerse (Andriessen, 2009). Tras un fallecimiento por esta causa, pedir ayuda puede sentirse aún más difícil, porque el rechazo social pesa tanto como la falta de espacios y profesionales preparados para acompañar este tipo de dolor (Cerel et al., 2019). El presente estudio pone foco en dichas limitantes, explorando las barreras que bloquean el camino hacia el apoyo de quienes perdieron a alguien cercano por suicidio.

Tras una muerte por suicidio, hay ciertas medidas que pueden aliviar el dolor intenso que atraviesan los familiares y seres queridos. En lugar de dejar que el tiempo pase sin más, una intervención oportuna favorece una estabilidad emocional más sólida entre padres, hermanos y amigos cercanos. Un apoyo bien diseñado puede frenar el sufrimiento prolongado y evitar que las personas tomen decisiones arriesgadas. Desde hace años, los especialistas han notado que las reacciones iniciales influyen de manera decisiva en la salud mental futura de quienes están de duelo. Existen herramientas prácticas al alcance: diálogos orientados, encuentros con otras personas en situación similar, y pautas claras para identificar un duelo complicado. Sin embargo, no todas las familias acceden a estos recursos; muchas veces, faltan vías efectivas para recibirlos justo después de la pérdida. Cuando se brinda acompañamiento temprano, disminuye el riesgo de depresión grave o de otras crisis posteriores. Diversas investigaciones indican que este tipo de asistencia puede romper patrones silenciosos que, de otro modo, favorecerían la repetición de tragedias. Por eso, contar con respuestas organizadas ya no debería verse como un extra, sino como un pilar fundamental en cualquier estrategia de atención ante el suicidio. En esta investigación, denominamos postvención al conjunto de apoyos que deberían estar disponibles para quienes sobreviven, pero que aún hoy brillan por su ausencia en muchos contextos.

2.4. Marco legal

El marco legal que sustenta la presente investigación se fundamenta en el reconocimiento constitucional y legal de la salud mental, como un derecho fundamental de los ciudadanos ecuatorianos. La normativa vigente establece los principios, obligaciones y mecanismos que garantizan el acceso a servicios de salud, incluida la atención en salud mental, y constituye el referente jurídico para analizar las barreras de acceso a apoyo psicológico que enfrentan los familiares supervivientes del suicidio.

Constitución de la República del Ecuador (2008)

La Constitución de la República del Ecuador, aprobada en 2008, reconoce el derecho a la protección de la salud como uno de los derechos fundamentales de los ciudadanos. El artículo 32 establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (Constitución de la República del Ecuador, 2008). El artículo 363, numeral 2, dispone que el Estado tiene la obligación de garantizar la atención de salud integral y gratuita en los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud. La Constitución también establece en su artículo 11, los principios de aplicación de los derechos, garantizando que todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades, y que nadie podrá ser discriminado por razones de estado de salud, entre otras condiciones (Constitución de la República del Ecuador, 2008). Este marco constitucional sienta las bases para la garantía del derecho a la salud mental de toda la población ecuatoriana.

Ley Orgánica de Salud (2006)

La Ley Orgánica de Salud, publicada en el Suplemento del Registro Oficial 423 del 22 de diciembre de 2006, tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución y la ley (Ley Orgánica de Salud, 2006). Esta ley se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia, con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético. En su articulado, la Ley Orgánica de Salud establece las obligaciones del Estado en materia de salud, incluyendo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, así como la regulación de los servicios de salud públicos y privados. La ley contempla disposiciones relacionadas con la salud mental, estableciendo la obligación del Estado

de desarrollar programas y políticas dirigidos a la prevención y atención de trastornos mentales, aunque históricamente la implementación de estos mandatos ha presentado limitaciones en el contexto ecuatoriano.

Ley Orgánica de Salud Mental (2024)

En el ámbito específico de la salud mental, Ecuador ha dado un paso fundamental con la aprobación de la Ley Orgánica de Salud Mental, promulgada en enero de 2024 por la Asamblea Nacional. Esta ley tiene como objetivo promover, regular y garantizar el acceso a la atención en salud mental como un derecho humano fundamental, estableciendo que la salud mental es un derecho que garantiza atención gratuita, integral y sin discriminación en la Red Pública de Salud (Ley Orgánica de Salud Mental, 2024). La ley supone un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental en el país, pasando de un modelo centrado en la institucionalización a uno comunitario, preventivo, inclusivo y basado en derechos (UTPL, 2025).

Política Nacional de Salud Mental 2025-2030

Como parte del cumplimiento de la Ley Orgánica de Salud Mental, el Ministerio de Salud Pública oficializó en 2025 la Política Nacional de Salud Mental 2025-2030, que reconoce la salud mental como un derecho humano fundamental y plantea un cambio estructural en la forma en que el Estado aborda esta dimensión del bienestar: pasar de un modelo centrado en la institucionalización a uno comunitario, preventivo, inclusivo y basado en derechos (Ministerio de Salud Pública, 2025; UTPL, 2025). Este instrumento tiene como objetivo reducir la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo asociados a la salud mental durante el periodo 2025-2030, mediante estrategias de prevención y fortalecimiento de los servicios comunitarios (Ministerio de Salud Pública, 2025). Entre sus metas se encuentra la disminución de la tasa de mortalidad por suicidio, que se proyecta pasar de 6,36 en 2024 a 5,95 en 2030 (UTPL, 2025). Asimismo, se promueve la creación de redes comunitarias de apoyo y la implementación de programas de desarrollo socioemocional en el sistema educativo. La política contempla evaluaciones periódicas de proceso y resultados durante su vigencia hasta 2030 (Ministerio de Salud Pública, 2025).

Implicaciones para la presente investigación

El marco legal ecuatoriano establece claramente el derecho a la salud mental y la obligación del Estado de garantizar el acceso a servicios de atención psicológica para toda la población. Sin embargo, la existencia de este marco normativo contrasta con la realidad evidenciada en estudios previos, que señalan la persistencia de barreras económicas, geográficas, institucionales y socioculturales que limitan el acceso efectivo a estos servicios (Llerena Freire et al., 2023). Esta brecha entre el marco legal y la realidad constituye un elemento central de análisis en la presente investigación, ya que permite analizar cómo, a pesar de los avances normativos, los familiares supervivientes del suicidio continúan enfrentando dificultades para acceder a apoyo psicológico especializado.

2.5. Estado del arte

Investigaciones recientes reflejan un creciente interés por el impacto que el suicidio genera en las personas que sobreviven. Romero-Moreno y su equipo (2024) señalan que esta causa de muerte trasciende el ámbito familiar, afectando también a amistades y allegados. A diferencia de otros tipos de pérdida, el duelo por suicidio suele resultar particularmente complejo, en parte debido a estigmas sociales aún vigentes. Por otro lado, estudios recientes revelan respuestas emocionales intensas, como perplejidad profunda o un persistente sentimiento de culpa. Estas reacciones se agravan cuando el entorno juzga o silencia, y cuando los apoyos existentes no logran cubrir las necesidades particulares de quienes sufren. En comparación con otros tipos de duelo, la culpabilidad aparece con mucha más frecuencia e intensidad. Esta carga emocional se asocia estrechamente con episodios depresivos graves, dificultades en las relaciones interpersonales y alteraciones que prolongan el proceso de sanación.

Tras una pérdida por suicidio, algunos supervivientes describen cómo las relaciones cambian desde el primer momento. En Alemania, un análisis con 18 personas examinó estas transformaciones en distintos escenarios: justo después del suceso, durante los momentos de ritual y más adelante en el día a día (Springer, 2024). Aparecieron patrones claros: cuando alguien ofrece ayuda sin esperar ser llamado o adapta gestos al dolor específico, surge una sensación de pertenencia. Sin embargo, si predomina el silencio incómodo o preguntas excesivas sobre los detalles, aumenta la soledad percibida (Springer, 2024). Más tarde, muchas conexiones útiles surgen entre quienes han vivido duelos parecidos, favoreciendo confesiones sinceras. Frente a ello, hablar solo de superficialidades, tratar como números o evitar cualquier mención al fallecido refuerza una posición al margen (Springer, 2024).

Bajo condiciones específicas en América Latina, Barriá Bórquez (2025) examinó percepciones sociales entre quienes perdieron a alguien por suicidio, trabajando desde datos recogidos en Uruguay. Cuatro ejes organizaron esa mirada: recursos disponibles, relaciones cercanas, sentimientos internos y formas de entender lo ocurrido.



Aparecieron caminos distintos para sostenerse, donde lo físico, lo simbólico y lo afectivo funcionan juntos frente al vacío dejado por la muerte repentina. Dolor profundo convive allí con culpa, temor constante y sensación de vergüenza, mientras ciertas ideas sobre resistencia personal comienzan a tomar forma. Esta nueva manera de verse incluye fortaleza aparente u optimismo aprendido, aunque tales rasgos surgen dentro de contextos culturales particulares que permiten volver a conectar con otros. En otro escenario regional, un trabajo desarrollado en Brasil indagó ocho historias familiares marcadas por esta misma pérdida. Las respuestas mostraron combinaciones complejas: desconcierto junto con tristeza intensa, ira contenida, incluso momentos breves de liberación. Parte de la carga moral se extiende hacia fuera, involucrando a redes sociales y sistemas médicos percibidos como distantes. Profesionales claves podrían intervenir mejor si revisan periódicamente cómo afecta el evento tanto al grupo familiar completo como a cada persona por separado, ajustando su acompañamiento según eso.

Tras perder a un pariente por suicidio, muchas personas encuentran en la familia una red clave durante el duelo. Investigaciones cualitativas muestran que esta experiencia varía ampliamente según cómo se vive el dolor dentro del hogar. Reacciones individuales frente al sufrimiento afectan la forma en que los miembros interactúan entre sí. Algunos estudios señalan que ciertos patrones de manejo emocional influyen directamente en quién brinda ayuda y quién la recibe. Cambios profundos en las dinámicas y roles familiares surgen con frecuencia tras la pérdida. A veces uno asume responsabilidades nuevas sin haberlas buscado. La cercanía sentida entre parientes puede fortalecerse o fragmentarse dependiendo de cómo se comuniquen esos momentos difíciles. Hablar abiertamente sobre lo ocurrido permite construir juntos una comprensión más clara del evento. Sin embargo, no siempre ocurre así. En algunos casos, el tema se evita hasta desaparecer del diálogo cotidiano. Esto lleva a sentir soledad incluso rodeado de familiares. El distanciamiento emocional empeora cuando ya existían conflictos antes del hecho. Personas previamente excluidas tienden a quedarse aún más estancadas. Este tipo de respuestas revela límites importantes del entorno familiar como fuente de consuelo. Los factores culturales también juegan un papel clave en la forma en que se espera que las personas expresen su dolor, creando una tensión constante entre la vivencia personal y lo que impone el entorno social. Por ello, las estrategias de apoyo posteriores al suicidio deberían tomar en cuenta estas complejidades, sin asumir que todos cuentan con una red de contención afectiva. El proceso de recuperación no avanza al mismo ritmo cuando no hay alguien con quien compartir la carga emocional; de ahí la urgencia de generar instancias de acompañamiento externo, sobre todo en aquellos casos donde el ámbito familiar no logra brindar el sostén necesario.

En Ecuador, la producción de estudios detallados sobre las personas que enfrentan el suicidio de un ser querido es prácticamente nula. Las investigaciones previas se concentraron en analizar los factores que llevan a una persona a quitarse la vida, dejando de lado cómo transitan el duelo quienes sobreviven y qué barreras encuentran para acceder a ayuda profesional. Desde Ambato surgió un trabajo cualitativo de corte fenomenológico que permitió visibilizar secuelas profundas: cambios anímicos notorios, desorganización en la rutina diaria y conflictos en el ámbito laboral; algunos testimonios relataron un acercamiento inesperado entre familiares, mientras que otros evidenciaron distanciamientos irreversibles. Entre las estrategias más frecuentes para lidiar con el dolor se encontraron la práctica espiritual, el apoyo del entorno cercano, procesos terapéuticos con especialistas y espacios grupales de escucha mutua (Llerena Freire et al., 2023). Con base en ese antecedente, el presente proyecto retoma esa línea desde la misma ciudad, con el propósito de ahondar en las narrativas individuales tras una muerte violenta, y aportar evidencia concreta que permita diseñar intervenciones clínicas más ajustadas y sensibles a esa realidad.

2.6. Planteamiento del problema

2.6.1. Descripción de la problemática

Año tras año, cerca de 700.000 individuos pierden la vida por suicidio, tal como informa la OMS en 2023. Profundamente afectados, muchos hogares enfrentan consecuencias que marcan sus vidas. Tras cada número, existen relatos callados de quienes sobreviven. En lugar de desvanecerse, el dolor emocional se afianza entre familiares directos. Con frecuencia, esas huellas permanecen activas durante años. Aunque muchos programas gubernamentales centran esfuerzos en prevenir actos suicidas, ciertos grupos pasan desapercibidos. Tras la pérdida, las conexiones afectivas que se rompen rara vez obtienen respaldo claro. Duelos atípicos afectan a quienes convivieron con quien murió, habituados al peso de dudas persistentes. Aun así, lo que requieren suele quedar relegado dentro de estrategias médicas generales.

Después de un suicidio, los sentimientos se enmarañan de formas que van más allá del duelo habitual. Surgen remordimientos, junto con irritabilidad o confusión, envueltos en interrogantes interminables. Esta clase de pesadumbre se prolonga, minando la salud psicológica con paso lento. Algunas personas se bloquean tras el impacto repentino, luego caen en autocrítica intensa. El agobio crece si aparecen miradas juzgadoras o ausencias de palabra sobre lo ocurrido. Pese a ciertos hallazgos actuales (García, 2024; Springer, 2024), escasean recursos destinados a quienes enfrentan esta forma de pérdida comparada con otros fallecimientos. Con frecuencia, el senti-



miento de culpa supera al presente en duelos comunes, relacionándose después con marcadas tasas de tristeza profunda, dificultades en vínculos diarios y hasta estancamiento emocional persistente (García, 2024).

Después de una muerte por suicidio en la familia, surge con mayor frecuencia angustia o pesar intenso, acompañado de tensión prolongada que se mantiene meses o incluso años tras el suceso (Romero-Moreno et al., 2024; Family support after a family member's suicide, 2025). No todas las experiencias son iguales, pero es común observar modificaciones profundas en la manera habitual de comunicarse entre los miembros. Como consecuencia, algunos afectos cercanos se distancian y actividades cotidianas sencillas demandan más esfuerzo del esperado. El proceso interno de ajuste emocional requiere extensión en el tiempo, avanzando lentamente y alterando rutinas concretas (Jordan & McIntosh, 2011). Entre el sufrimiento, emergen emociones difíciles, sobre todo la culpa, junto con pausas profundas y alejamiento entre las personas. Tales signos modifican la manera de comunicarse, no solo dentro del hogar sino también frente a extraños, reduciendo espacio cualquier tipo de interacción exterior (Support within families after suicide of a relative, 2025).

Pese a que esas necesidades estén presentes, muchas personas no logran acceder sin demora a apoyo psicológico calificado. Dificultades económicas, escasez de conocimiento sobre servicios disponibles, poca oferta de programas posteriores a una crisis suicida, temor al juicio social o incertidumbre sobre cuándo acudir a un especialista moldean este panorama (Andriessen, 2009). Experimentar marginación altera la manera en que las emociones se expresan públicamente; también obstaculiza buscar ayuda médica; ese desprecio percibido desde fuera frecuentemente deviene autoexclusión en quienes han sufrido una pérdida por suicidio, intensificando responsabilidad interna y aislamiento en el duelo (Family support after a family member's suicide, 2025; Springer, 2024). Actitudes arraigadas combinadas con barreras para comunicar vivencias privadas crean impedimentos fuertes para hablar de lo vivido, solicitar respaldo de forma directa o recibir compañía significativa, dentro del hogar o lejos de él (Family support after a family member's suicide, 2025).

El conocimiento sobre las personas que enfrentan la muerte de un ser querido por suicidio es aún muy limitado en Ecuador. Aunque existen algunos análisis que indagan en conductas previas al hecho, el sufrimiento de la familia suele quedar relegado a un segundo plano. En la ciudad de Ambato, son escasos los registros que den cuenta de sus vivencias cotidianas o de los obstáculos que encuentran para acceder a apoyo emocional. Sin información detallada, resulta difícil diseñar estrategias de intervención verdaderamente útiles. En este contexto, cobra especial importancia analizar cómo perciben, comunican y procesan su dolor quienes han atravesado esa pérdida, al mismo tiempo que se identifican los factores que restringen su posibilidad de recibir orientación psicológica en entornos urbanos como el ambateño.

2.6.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las vivencias de los familiares supervivientes del suicidio y qué barreras enfrentan para acceder a apoyo psicológico en la ciudad de Ambato?

2.6.3. Delimitación del problema

Delimitación espacial: La investigación se desarrolló en la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua, Ecuador.

Delimitación temporal: El estudio se ejecutará durante el período académico 2026.

Delimitación poblacional: Participarán familiares supervivientes de personas fallecidas por suicidio que residan en la ciudad de Ambato.

Delimitación temática: La investigación se centrará en las vivencias de familiares supervivientes del suicidio y en las barreras que dificultan el acceso a apoyo psicológico.

2.7. Objetivos

2.7.1. Objetivo general

Analizar las vivencias de los familiares supervivientes del suicidio y las barreras que dificultan el acceso a apoyo psicológico en la ciudad de Ambato.

2.7.2. Objetivos específicos

1. Explorar las experiencias emocionales, psicológicas y sociales vividas por los familiares supervivientes tras la pérdida por suicidio de un ser querido.
2. Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los familiares supervivientes durante el proceso de duelo.



3. Analizar las barreras personales, sociales, económicas e institucionales que limitan el acceso a servicios de apoyo psicológico en los familiares supervivientes del suicidio.

2.8. Justificación

2.8.1. Relevancia científica

La presente investigación posee relevancia científica debido a la necesidad de generar conocimiento sobre una población que históricamente ha recibido escasa atención dentro de los estudios relacionados con el suicidio. El estudio contribuirá al fortalecimiento del conocimiento existente sobre las experiencias de los familiares supervivientes del suicidio, ampliando la comprensión de los procesos emocionales, psicológicos y sociales asociados a esta problemática (Jordan & McIntosh, 2011). Asimismo, permitirá aportar evidencia contextualizada sobre las barreras de acceso a apoyo psicológico en el contexto ecuatoriano, donde la producción científica sobre esta temática continúa siendo limitada (Llerena Freire et al., 2023). La identificación de estas barreras permitirá llenar un vacío en la literatura, proporcionando datos específicos sobre las dificultades que enfrentan los supervivientes en el sistema de salud mental ecuatoriano. Al documentar las experiencias subjetivas de los participantes, el estudio aportará una comprensión más profunda y matizada del duelo por suicidio, enriqueciendo las teorías existentes sobre el tema y ofreciendo nuevas perspectivas para futuras investigaciones (Romero-Moreno et al., 2024).

2.8.2. Relevancia social

En el ámbito social, la investigación adquiere importancia debido al impacto que el suicidio genera en las familias. Analizarlas necesidades y experiencias de los sobrevivientes permitirá visibilizar una problemática frecuentemente ignorada y promover acciones orientadas al fortalecimiento de la salud mental comunitaria (Cerel et al., 2019). El estigma y las barreras de comunicación imponen importantes obstáculos para la autorrevelación, la búsqueda de ayuda y el acceso al apoyo social, tanto dentro de las familias como en la comunidad en general (Family support after a family member's suicide, 2025). La investigación contribuirá a desnaturalizar el silencio y el aislamiento que rodean al duelo por suicidio, promoviendo una mayor comprensión y empatía social hacia los supervivientes. Al visibilizar las experiencias de esta población, se espera generar un impacto en la conciencia colectiva sobre la importancia de brindar acompañamiento y apoyo a quienes han perdido a un ser querido por esta causa.

2.8.3. Relevancia práctica

Desde una perspectiva práctica, los resultados podrán servir como insumo para el diseño de programas de intervención psicológica, estrategias de postvención y políticas públicas dirigidas a mejorar la atención de familiares supervivientes del suicidio. El estudio permitirá identificar las barreras específicas que enfrentan los supervivientes en el contexto ambateño, facilitando el diseño de intervenciones adaptadas a sus necesidades reales. La postvención, entendida como el conjunto de intervenciones dirigidas a familiares y allegados después de un suicidio, ha demostrado ser una estrategia efectiva para reducir el impacto emocional y prevenir consecuencias negativas, incluyendo el riesgo de futuras conductas suicidas dentro de la familia (Andriessen, 2009). Los hallazgos del estudio proporcionarán evidencia empírica para fundamentar la creación de programas de acompañamiento psicológico, grupos de apoyo y estrategias de sensibilización comunitaria que reduzcan el estigma asociado a la búsqueda de ayuda profesional.

2.8.4. Relevancia metodológica

En el plano metodológico, la utilización de un enfoque cualitativo fenomenológico permitirá explorar en profundidad las experiencias subjetivas de los participantes, obteniendo información detallada sobre sus percepciones, emociones y significados construidos a partir de la pérdida (Llerena Freire et al., 2023). Este enfoque resulta especialmente adecuado para abordar fenómenos sensibles como el duelo por suicidio, ya que facilita la expresión libre de emociones, pensamientos y experiencias (Sociedad Vasca de Victimología, 2019). El diseño fenomenológico permitirá capturar la riqueza y complejidad de las vivencias de los participantes, generando un conocimiento profundo que difícilmente podría obtenerse mediante métodos cuantitativos. Asimismo, el estudio aportará al desarrollo metodológico en el campo de la suicidología, demostrando la pertinencia de los enfoques cualitativos para analizar fenómenos complejos y sensibles.

Finalmente, la investigación es factible debido a la disponibilidad de participantes potenciales, la existencia de instrumentos adecuados para la recopilación de información y la viabilidad temporal y logística para el desarrollo del estudio en la ciudad de Ambato.



3. Metodología

3.1. Enfoque y diseño de investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo. Este enfoque permite Analizarfenómenos sociales y humanos desde la perspectiva de quienes los experimentan, explorando significados, percepciones, emociones y experiencias subjetivas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). Según estos autores, la investigación cualitativa busca Analizarla realidad social a partir de las experiencias de los participantes dentro de su contexto natural, permitiendo obtener una comprensión profunda de fenómenos complejos relacionados con el comportamiento humano. La elección de este enfoque responde a la necesidad de analizar las vivencias de los familiares supervivientes de víctimas de suicidio y las barreras que enfrentan para acceder a apoyo psicológico, aspectos que requieren una exploración detallada de significados y experiencias personales (Llerena Freire et al., 2023).

El estudio se fundamentará en un diseño fenomenológico. La fenomenología tiene como propósito Analizarla esencia de las experiencias humanas desde la perspectiva de quienes las viven (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). Este diseño resulta pertinente debido a que permite explorar cómo los familiares supervivientes interpretan y significan la pérdida por suicidio y las consecuencias derivadas de esta experiencia. Desde esta perspectiva, el interés principal no se centra en medir variables, sino en Analizarprofundamente las vivencias, emociones y procesos de afrontamiento desarrollados por los participantes (Sociedad Vasca de Victimología, 2019). La fenomenología busca describir y Analizarlas experiencias tal como son vividas por las personas, capturando la riqueza y complejidad de sus percepciones y significados.

3.2. Participantes

3.2.1. Población

La población esta conformada por familiares supervivientes de personas fallecidas por suicidio que residan en la ciudad de Ambato. Para efectos de esta investigación se considerarán familiares supervivientes a aquellas personas que hayan experimentado un impacto emocional significativo tras el fallecimiento por suicidio de un familiar cercano (Jordan & McIntosh, 2011).

3.2.2. Criterios de inclusión

Los participantes deberán reunir las siguientes características:

- Ser mayores de 18 años.
- Familiares de primer o segundo grado de consanguinidad.
- Residentes permanentes en la ciudad de Ambato.
- Participación voluntaria mediante consentimiento informado.
- Haber vivido la pérdida por suicidio durante los últimos cinco años.
- Estar en condiciones emocionales adecuadas para participar voluntariamente en la investigación.

3.2.3. Criterios de exclusión

Se considerarán los siguientes criterios de exclusión:

- Menores de edad.
- Personas que presenten crisis emocional aguda al momento de la entrevista.
- Participantes que decidan retirarse del estudio.
- Personas que no firmen el consentimiento informado.

3.2.4. Tipo de muestra

Se utilizará un muestreo no probabilístico de tipo intencional. Este tipo de muestreo permite seleccionar participantes que poseen experiencias relevantes para responder a los objetivos de la investigación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). La selección se realizó considerando la pertinencia de la información que cada participante pueda aportar respecto al fenómeno estudiado, buscando que los participantes tengan experiencias ricas y variadas que permitan una comprensión profunda del fenómeno.



3.2.5. *Tamaño de la muestra*

Debido al carácter cualitativo de la investigación, el tamaño de la muestra no se determinará mediante procedimientos estadísticos. La muestra estuvo conformada por 12 familiares supervivientes del suicidio. La cantidad definitiva de participantes está determinada por el criterio de saturación teórica, es decir, cuando las entrevistas dejen de aportar información novedosa para el análisis (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). La saturación teórica es un criterio ampliamente utilizado en investigación cualitativa que garantiza que los datos recolectados son suficientes para dar respuesta a los objetivos del estudio.

3.2.6. *Proceso de selección*

La selección de participantes se realizó mediante los siguientes pasos:

- Identificación de posibles participantes a través de redes comunitarias y contactos institucionales.
- Presentación de los objetivos del estudio.
- Explicación de las condiciones éticas de participación.
- Firma del consentimiento informado.
- Programación de entrevistas individuales.
- Desarrollo del proceso de recolección de información.

3.3. *Instrumentos*

3.3.1. *Técnica de recolección*

La técnica principal para la recolección de información será la entrevista semiestructurada. Esta técnica permite explorar en profundidad las experiencias de los participantes manteniendo flexibilidad para profundizar en aspectos emergentes durante la conversación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023). La entrevista semiestructurada se caracteriza por contar con un guión de preguntas previamente establecidas, pero con la libertad de modificar el orden, agregar interrogantes o profundizar en aquellos temas que surjan espontáneamente durante el diálogo con el participante, lo que permite adaptarse a las particularidades de cada experiencia y capturar la riqueza de los relatos individuales.

Esta técnica resulta especialmente adecuada para abordar fenómenos sensibles como el duelo por suicidio debido a que facilita la expresión libre de emociones, pensamientos y experiencias (Llerena Freire et al., 2023). La entrevista semiestructurada permite establecer un clima de confianza y cercanía con el participante, elementos fundamentales cuando se abordan temas de carácter íntimo y potencialmente doloroso. La flexibilidad que ofrece esta técnica es particularmente valiosa en el contexto del duelo por suicidio, donde las experiencias de los participantes son altamente individuales y pueden implicar emociones complejas que requieren ser abordadas con sensibilidad y adaptabilidad por parte del entrevistador (Sociedad Vasca de Victimología, 2019).

Las entrevistas se realizaron en un lugar acordado con los participantes, garantizando su privacidad, comodidad y confidencialidad, y procurando un ambiente tranquilo y libre de interrupciones que les permitiera sentirse seguros para compartir sus experiencias. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 60 a 90 minutos, aunque este tiempo varió según la disposición y el nivel de profundidad que cada participante alcanzó en su relato. Se realizaron tantas entrevistas como fue necesario hasta alcanzar la saturación teórica, es decir, hasta que la información recolectada dejó de aportar elementos novedosos para el análisis.

3.3.2. *Guía de entrevista*

Se empleó una guía de entrevista semiestructurada elaborada específicamente para la presente investigación. El instrumento estuvo organizado en cinco dimensiones que se correspondieron con las categorías de análisis establecidas y los objetivos del estudio, asegurando la coherencia entre los propósitos de la investigación y las preguntas formuladas a los participantes.

Dimensión 1: Experiencia emocional tras la pérdida

Esta dimensión busca explorar las reacciones iniciales y las emociones predominantes que los participantes han experimentado tras la pérdida por suicidio. Las preguntas orientadoras incluirán: ¿Cómo describiría el momento

en que ocurrió la pérdida? ¿Qué emociones experimentó inmediatamente después del evento? ¿Cómo describiría las emociones que ha sentido a lo largo del tiempo desde la pérdida? ¿Qué sentimientos han sido más frecuentes o intensos en su experiencia? Esta dimensión permitirá Analizarlas vivencias emocionales inmediatas y prolongadas de los supervivientes, identificando la presencia de emociones como shock, culpa, ira, tristeza o confusión.

Dimensión 2: Afrontamiento del duelo

Esta dimensión indaga sobre las estrategias que los participantes han utilizado para enfrentar el proceso de duelo. Las preguntas orientadoras serán: ¿Qué estrategias ha utilizado para afrontar la situación? ¿Qué recursos personales ha identificado en sí mismo para sobrellevar la pérdida? ¿Ha buscado ayuda profesional? En caso afirmativo, ¿cómo fue esa experiencia? ¿Qué le ha ayudado a seguir adelante en este proceso? Esta dimensión permitirá identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas, tanto aquellas que han resultado útiles como las que han generado dificultades.

Dimensión 3: Impacto familiar y social

Esta dimensión explora los cambios en la dinámica familiar, las relaciones sociales y las experiencias de apoyo o estigmatización. Las preguntas incluirán: ¿Cómo ha afectado esta pérdida en su vida familiar? ¿Qué cambios ha notado en la relación con otros familiares? ¿Ha recibido apoyo de familiares, amigos o instituciones? ¿Cómo describiría el apoyo recibido? ¿Ha experimentado situaciones de incomprensión, rechazo o estigmatización por parte de su entorno? Esta dimensión permitirá Analizarel impacto sistémico del suicidio y las experiencias sociales de los sobrevivientes.

Dimensión 4: Significados y comprensión del suicidio

Esta dimensión aborda las interpretaciones que los participantes han construido sobre la pérdida y los procesos de resignificación. Las preguntas orientadoras serán: ¿Qué significado tiene para usted lo sucedido? ¿Cómo ha cambiado su manera de ver la vida después de la pérdida? ¿Ha encontrado alguna explicación o sentido a lo ocurrido? ¿Qué reflexiones personales ha desarrollado a partir de esta experiencia? Esta dimensión permitirá explorar los procesos de construcción de significado y resignificación de la pérdida.

Dimensión 5: Barreras de acceso a apoyo psicológico

Esta dimensión indaga sobre los factores que han dificultado o limitado el acceso a servicios de apoyo psicológico. Las preguntas incluirán: ¿Ha intentado buscar ayuda psicológica profesional? ¿Qué dificultades encontró para acceder a servicios de apoyo? ¿Qué factores económicos, geográficos, institucionales o culturales identifica como barreras? ¿Cómo ha influido el temor al juicio social o al estigma en su decisión de buscar o no ayuda? ¿Conoce los recursos de apoyo psicológico disponibles en su entorno? Esta dimensión permitirá analizar las barreras específicas que enfrentan los supervivientes en el contexto ambateño.

3.3.3. Validación del instrumento

La guía de entrevista fue sometida a validación mediante juicio de expertos. Este proceso consistió en someter el instrumento a la evaluación de profesionales con experiencia en el tema de investigación, en metodología cualitativa y en el campo de la psicología clínica, quienes evaluaron la pertinencia, claridad y coherencia de las preguntas formuladas (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

El proceso de validación permitió evaluar los siguientes criterios:

Claridad: Las preguntas fueron formuladas de manera comprensible para los participantes, utilizando un lenguaje accesible y evitando tecnicismos innecesarios que pudieran dificultar su comprensión.

Coherencia: Las preguntas guardaron relación lógica con las dimensiones que se pretendió analizar y con los objetivos de la investigación, asegurando que cada pregunta contribuyera efectivamente a la recolección de información relevante.

Relevancia: Las preguntas resultaron pertinentes para obtener la información necesaria que permitiera responder a la pregunta de investigación y cumplir con los objetivos planteados.



Suficiencia: El conjunto de preguntas fue suficiente para cubrir las dimensiones del fenómeno estudiado, garantizando la obtención de información amplia y pertinente para el análisis.

Cada experto recibirá una copia de la guía de entrevista junto con una matriz de evaluación donde se solicitará que califique cada pregunta en función de los criterios mencionados, utilizando una escala de valoración. Los expertos podrán también realizar observaciones y sugerencias específicas para mejorar cada una de las preguntas. Las observaciones emitidas por los expertos serán incorporadas antes de la aplicación definitiva del instrumento, garantizando así que la guía de entrevista cuente con la validez de contenido necesaria para su aplicación.

3.4. Procedimiento

El procedimiento de la investigación se desarrolló en varias fases secuenciales que permitirán garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados y la rigurosidad metodológica del estudio.

Fase 1: Preparación y diseño metodológico

En esta fase inicial, se realizó la elaboración y validación de la guía de entrevista mediante juicio de expertos, incorporando las observaciones recibidas para ajustar el instrumento. Asimismo, se gestionarán los permisos y autorizaciones necesarios para el desarrollo de la investigación, incluyendo la aprobación del comité de ética correspondiente. Se identificará a los participantes potenciales a través de redes comunitarias, instituciones de salud mental, organizaciones religiosas y contactos personales que puedan facilitar el acceso a la población de estudio.

Fase 2: Reclutamiento de participantes

Se contactará a los posibles participantes, explicándoles de manera clara y detallada los objetivos de la investigación, los procedimientos que implicará su participación, los beneficios y posibles riesgos, y las medidas de confidencialidad y protección de datos. Aquellos que acepten participar firmarán el consentimiento informado, documento que garantiza el carácter voluntario de su participación y su derecho a retirarse en cualquier momento. Se coordinará con cada participante la fecha, hora y lugar para la realización de la entrevista, buscando siempre su comodidad y preferencia.

Fase 3: Trabajo de campo

Se aplicarán las entrevistas semiestructuradas a los participantes seleccionados. Cada entrevista será grabada en formato de audio con la autorización previa y explícita de los participantes, asegurándoles que las grabaciones serán utilizadas exclusivamente con fines académicos y serán destruidas una vez finalizado el estudio. Durante las entrevistas, se mantendrá una actitud de escucha activa, empatía y respeto, permitiendo que los participantes se expresen libremente sin interrupciones y profundizando en aquellos aspectos que ellos consideren relevantes. Se tomarán notas de campo para registrar observaciones no verbales y aspectos contextuales que puedan enriquecer el análisis.

Fase 4: Registro y almacenamiento de información

Las grabaciones serán almacenadas en dispositivos seguros con acceso restringido al equipo investigador. Se asignará a cada participante un código alfanumérico para proteger su identidad y garantizar la confidencialidad de los datos. Las grabaciones serán transcritas textualmente, incluyendo pausas, silencios y expresiones emocionales que puedan ser relevantes para el análisis. Las transcripciones serán revisadas y verificadas para garantizar su exactitud y fidelidad al contenido de las entrevistas.

Fase 5: Análisis de datos

Una vez completadas las transcripciones, se procederá al análisis de los datos siguiendo las etapas del análisis temático propuesto por Braun y Clarke (2022). Este análisis incluirá la familiarización con los datos mediante la lectura reiterada de las transcripciones, la codificación inicial de segmentos significativos, la identificación de categorías emergentes, la construcción de temas integradores y la interpretación de los hallazgos a la luz del marco teórico.



3.5. Análisis de datos

El análisis de la información se desarrolló mediante análisis temático siguiendo las etapas propuestas por Braun y Clarke (2022). El análisis temático es un método ampliamente utilizado en investigación cualitativa que permite identificar, analizar y reportar patrones (temas) dentro de los datos, organizando la información de manera sistemática para dar respuesta a los objetivos de la investigación.

Etapas 1: Familiarización con los datos

Esta etapa implica la lectura reiterada de las transcripciones de las entrevistas para adquirir un conocimiento profundo del contenido. El investigador se sumergirá en los datos, tomando notas iniciales y reflexiones sobre las impresiones generales, identificando posibles patrones preliminares y familiarizándose con la riqueza y complejidad de los relatos de los participantes.

Etapas 2: Codificación inicial

En esta etapa, se procederá a identificar y etiquetar segmentos significativos del texto que sean relevantes para los objetivos de la investigación. La codificación implica asignar códigos (etiquetas breves) a fragmentos de texto que contienen información pertinente sobre las vivencias, emociones, estrategias de afrontamiento, barreras y otros aspectos relacionados con el fenómeno estudiado. La codificación se realizó de manera sistemática, asegurando que cada segmento relevante sea identificado y etiquetado.

Etapas 3: Identificación de categorías emergentes

Los códigos generados en la etapa anterior serán agrupados y organizados en categorías que representen patrones o temas comunes. Este proceso implica comparar y contrastar los códigos, identificando similitudes y diferencias, y agrupando aquellos que compartan un significado común. Las categorías emergentes se organizarán jerárquicamente, estableciendo relaciones entre categorías principales y subcategorías.

Etapas 4: Construcción de temas

Las categorías serán integradas en temas más amplios que capturen la esencia del fenómeno estudiado. Los temas representan patrones de significado que responden a la pregunta de investigación y que están sustentados en los datos. Esta etapa implica un proceso de interpretación y síntesis, buscando identificar los temas centrales que emergen de las experiencias de los participantes.

Etapas 5: Revisión y refinamiento de categorías

Los temas y categorías serán revisados y refinados para garantizar su coherencia interna y su relación con los datos originales. Esta etapa implica verificar que los temas propuestos estén adecuadamente sustentados por las citas textuales de los participantes y que capturen fielmente sus experiencias.

Etapas 6: Interpretación de resultados

Finalmente, los resultados serán interpretados a la luz del marco teórico y los antecedentes de la investigación. Esta etapa implica dar sentido a los hallazgos, explicando su significado, identificando relaciones con la teoría existente y extrayendo conclusiones que respondan a los objetivos y a la pregunta de investigación.

La información será organizada utilizando matrices de análisis cualitativo que permitan visualizar las relaciones entre categorías, subcategorías y códigos, facilitando el proceso de interpretación y la elaboración del informe final. Se utilizarán citas textuales de los participantes para ilustrar y sustentar los hallazgos, presentándolas de manera anónima y respetando la confidencialidad.

3.6. Aspectos éticos

La presente investigación respetará los principios éticos establecidos para estudios con seres humanos, garantizando la protección de los derechos, la dignidad y el bienestar de los participantes. Estos principios se fundamentan en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013), que establece las pautas éticas para la investigación médica en seres humanos, y en las normativas nacionales vigentes en materia de investigación y salud mental.

Autonomía

La participación en el estudio será completamente voluntaria, respetando la capacidad de cada participante para tomar decisiones libres e informadas sobre su participación. Los participantes tendrán el derecho de retirarse del



estudio en cualquier momento sin que ello implique perjuicio alguno. El principio de autonomía implica reconocer y respetar las decisiones de los participantes, asegurando que su participación no esté condicionada por ningún tipo de presión, coerción o influencia indebida. En el contexto de esta investigación, el principio de autonomía adquiere una relevancia particular debido a la naturaleza sensible del tema abordado, por lo que se pondrá especial énfasis en asegurar que los participantes se sientan libres para decidir su participación y para determinar el nivel de profundidad con el que desean compartir sus experiencias (Asociación Médica Mundial, 2013; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

Consentimiento informado

Todos los participantes recibirán información detallada y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, beneficios, riesgos potenciales y las implicaciones éticas del estudio antes de aceptar participar. Esta información será proporcionada tanto de forma oral como escrita, en un lenguaje claro y accesible, evitando tecnicismos que puedan dificultar su comprensión. Se les explicará que su participación es voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. Asimismo, se les informará sobre el manejo de los datos, las medidas de confidencialidad y el uso exclusivamente académico de la información recolectada. La firma del consentimiento informado será requisito indispensable para la participación, garantizando que los participantes han comprendido plenamente los alcances de su implicación en el estudio y que otorgan su consentimiento de manera libre y consciente (Asociación Médica Mundial, 2013; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

Confidencialidad

La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación. Los nombres de los participantes serán reemplazados por códigos alfanuméricos para proteger su identidad en todas las fases del estudio, incluyendo la transcripción, el análisis y la presentación de resultados. Las grabaciones de audio serán almacenadas en dispositivos seguros con acceso restringido exclusivamente al equipo investigador y serán destruidas una vez finalizado el estudio. En las publicaciones y presentaciones derivadas de la investigación, se garantizará que la identidad de los participantes no sea revelada, protegiendo su privacidad y evitando cualquier forma de identificación que pueda comprometer su anonimato. Se tomarán precauciones adicionales para evitar que los detalles contextuales permitan la identificación de los participantes (Asociación Médica Mundial, 2013).

Beneficencia

La investigación procurará generar beneficios indirectos mediante la producción de conocimiento útil para el fortalecimiento de programas de atención psicológica y estrategias de postvención dirigidas a familiares supervivientes del suicidio. La investigación se orienta a contribuir al bienestar de los participantes y de la comunidad en general, proporcionando evidencia que permita mejorar los servicios de salud mental y reducir las barreras de acceso al apoyo psicológico. El principio de beneficencia implica maximizar los beneficios potenciales y minimizar los posibles perjuicios, garantizando que los objetivos del estudio justifiquen los riesgos involucrados y que los hallazgos puedan traducirse en mejoras concretas para la población estudiada (Asociación Médica Mundial, 2013).

No maleficencia

Se minimizará cualquier riesgo emocional asociado a la participación en el estudio. Para ello, las entrevistas serán conducidas por profesionales capacitados en el abordaje de temas sensibles, quienes mantendrán una actitud de escucha activa, empatía y respeto durante todo el proceso. Se presta especial atención a las reacciones emocionales de los participantes durante las entrevistas, y en caso de evidenciarse malestar significativo, se suspenderá la entrevista y se ofrecerá el apoyo necesario. En caso de identificarse malestar psicológico significativo, se facilitará orientación para acceder a servicios especializados de salud mental, proporcionando información sobre recursos de apoyo disponibles en la ciudad de Ambato y, de ser necesario, se realiza una derivación a servicios de atención psicológica. El principio de no maleficencia establece la obligación de no causar daño a los participantes, y en el contexto de esta investigación implica proteger a los supervivientes de posibles daños emocionales derivados de la reviviscencia de experiencias traumáticas (Asociación Médica Mundial, 2013).

Justicia

Todos los participantes tendrán igualdad de oportunidades para participar sin discriminación por género, edad, nivel educativo, condición socioeconómica, orientación sexual, identidad de género, origen étnico o cualquier otra condición. La selección de participantes se realizó de manera equitativa y sin sesgos, garantizando que los criterios de inclusión y exclusión sean objetivos y no discriminatorios. El principio de justicia implica que los beneficios y las cargas de la investigación se distribuyan de manera equitativa entre la población, y que los hallazgos del estudio contribuyan a reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud mental (Asociación Médica Mundial, 2013).

3.7. Categorización

Debido a que la presente investigación posee un enfoque cualitativo fenomenológico, no se realizó una operacionalización tradicional de variables cuantitativas. En su lugar, se trabajará con categorías y subcategorías de análisis que orientarán la recopilación e interpretación de la información obtenida mediante las entrevistas semi-estructuradas. Estas categorías se han definido a partir de los objetivos de la investigación y del marco teórico,

estableciendo un sistema de clasificación que permita organizar y dar sentido a los datos recolectados (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2023).

3.7.1. Categoría 1: Vivencias de familiares supervivientes del suicidio

Definición conceptual: Conjunto de experiencias emocionales, cognitivas, conductuales y sociales vividas por los familiares tras la pérdida de un ser querido por suicidio, relacionadas con el proceso de duelo, afrontamiento, resignificación de la pérdida y reconstrucción del sentido de vida. Estas vivencias están frecuentemente marcadas por sentimientos de culpa, estigmatización y búsqueda de explicación (Jordan & McIntosh, 2011).

Subcategoría	Indicadores cualitativos	Preguntas orientadoras
Experiencias emocionales posteriores a la pérdida	Sentimientos predominantes; percepciones sobre la pérdida; reacciones iniciales	¿Cómo describiría el momento en que ocurrió la pérdida? ¿Qué emociones experimentó inmediatamente después? ¿Qué sentimientos han sido más frecuentes en su experiencia?
Manifestaciones psicológicas asociadas al duelo	Síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático, tristeza persistente, ira, confusión	¿Cómo ha afectado esta pérdida a su estado de ánimo? ¿Ha experimentado síntomas de ansiedad, tristeza profunda o dificultades para dormir?
Impacto en las relaciones familiares	Cambios en la dinámica familiar; patrones de comunicación; roles familiares; relaciones interpersonales	¿Cómo ha afectado esta pérdida en su vida familiar? ¿Qué cambios ha notado en la relación con otros familiares?
Estrategias de afrontamiento	Mecanismos utilizados para enfrentar el duelo; recursos personales; búsqueda de apoyo	¿Qué estrategias ha utilizado para afrontar la situación? ¿Qué recursos personales ha identificado en sí mismo?
Procesos de resignificación	Interpretaciones sobre la pérdida; reflexiones personales; reconstrucción del sentido de vida	¿Qué significado tiene para usted lo sucedido? ¿Cómo ha cambiado su manera de ver la vida después de la pérdida?

3.7.2. Categoría 2: Barreras de acceso al apoyo psicológico

Definición conceptual: Factores personales, sociales, culturales, económicos e institucionales que dificultan o limitan el acceso oportuno a servicios de atención psicológica por parte de familiares supervivientes del suicidio. Estas barreras pueden ser de diversa naturaleza y actúan en diferentes niveles, desde el individual hasta el estructural, configurando un complejo entramado de obstáculos que impiden o dificultan la búsqueda y recepción de apoyo profesional (Organización Mundial de la Salud, 2023; Andriessen, 2009).

Subcategoría	Indicadores cualitativos	Preguntas orientadoras
Barreras económicas	Costos de atención; disponibilidad de recursos económicos; limitaciones financieras	¿Ha tenido dificultades económicas para acceder a servicios de apoyo psicológico? ¿Considera que el costo de la atención ha sido un obstáculo?
Barreras geográficas	Distancia a centros de salud; disponibilidad de transporte; accesibilidad geográfica	¿La ubicación de los centros de salud ha sido un obstáculo para acceder a apoyo? ¿Ha tenido dificultades de transporte?
Barreras institucionales	Falta de programas especializados; lista de espera; burocracia; desconocimiento de servicios disponibles	¿Ha tenido dificultades para encontrar servicios de apoyo psicológico especializados? ¿Conoce los recursos disponibles en su entorno?

Subcategoría	Indicadores cualitativos	Preguntas orientadoras
Barreras socioculturales	Creencias culturales; tabúes; falta de información; concepciones sobre la salud mental	¿Han influido las creencias de su familia o comunidad en su decisión de buscar o no ayuda? ¿Qué piensa su entorno sobre la atención psicológica?
Estigma asociado a la búsqueda de ayuda	Temor al juicio social; vergüenza; discriminación; actitudes familiares y comunitarias	¿Ha sentido temor a ser juzgado por buscar ayuda psicológica? ¿Cómo cree que su comunidad o familiares ven la búsqueda de apoyo profesional?

4. Resultados

La muestra estuvo conformada por familiares supervivientes de personas fallecidas por suicidio en la ciudad de Ambato. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo intencional, asegurando la diversidad en cuanto a parentesco, edad, tiempo transcurrido desde la pérdida y ocupación. A continuación, se presenta la caracterización sociodemográfica de los participantes.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de los participantes

Participante	Edad	Parentesco	Tiempo desde pérdida	Ocupación
P1	34 años	Hijo	2 años	Empleado público
P2	45 años	Cónyuge	1 año 6 meses	Docente
P3	28 años	Hermano	3 años	Ingeniero
P4	52 años	Madre	4 años	Ama de casa
P5	39 años	Hermana	2 años 6 meses	Enfermera
P6	61 años	Padre	5 años	Jubilado
P7	33 años	Esposa	1 año 6 meses	Comerciante
P8	25 años	Hermana	2 años	Estudiante
P9	48 años	Madre	3 años 6 meses	Profesora
P10	37 años	Hijo	1 año 6 meses	Técnico
P11	55 años	Padre	4 años 6 meses	Agricultor
P12	29 años	Hermano	2 años 6 meses	Mecánico

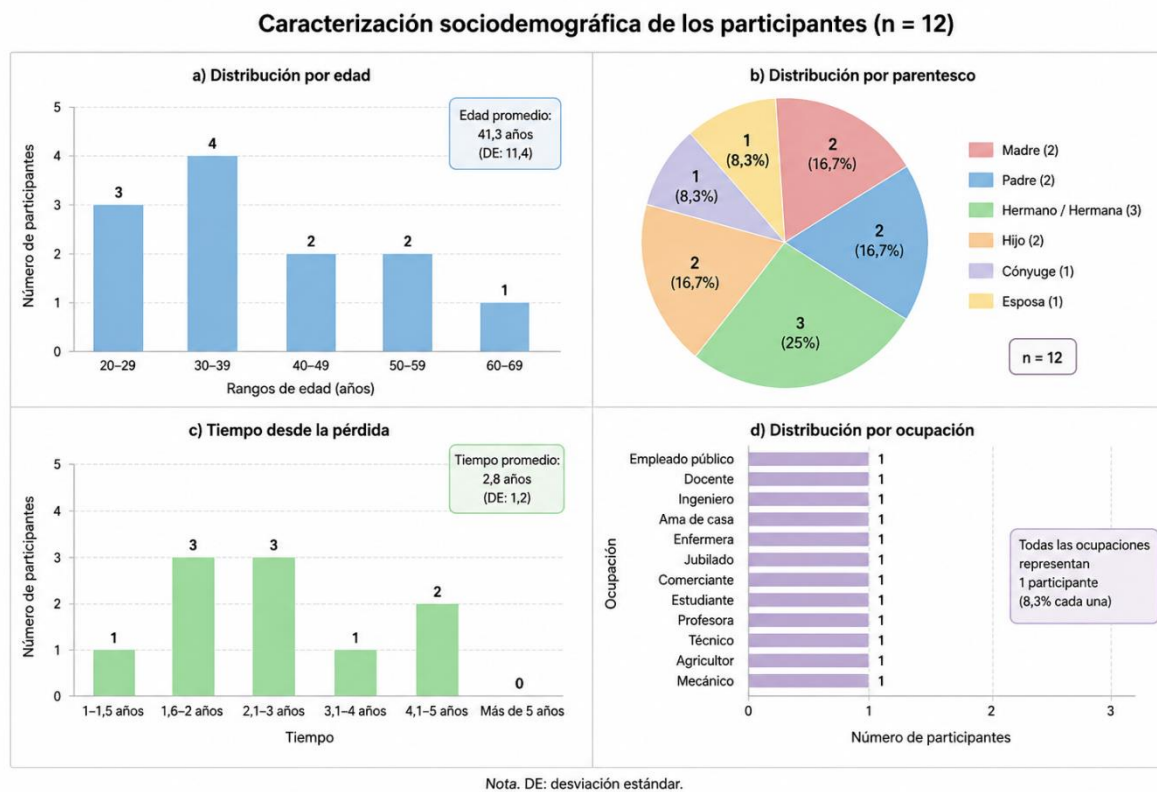


Figura 1. Caracterización sociodemográfica de los participantes del estudio (n = 12).

La muestra estuvo compuesta por 12 participantes, con edades comprendidas entre los 25 y los 61 años, siendo la edad promedio de 40,5 años. En cuanto al parentesco con la persona fallecida, la mayoría fueron hermanos (4 participantes), seguido de padres/madres (3 participantes), hijos (2 participantes), cónyuges (2 participantes) y esposa (1 participante). El tiempo transcurrido desde la pérdida osciló entre 1 año 6 meses y 5 años, siendo el promedio de 2 años 10 meses. Respecto a la ocupación, los participantes desempeñaban diversas actividades laborales, incluyendo empleados públicos, docentes, profesionales de la salud, comerciantes, agricultores, técnicos y estudiantes, así como amas de casa y jubilados. Esta diversidad en la muestra permitió obtener una amplia gama de perspectivas sobre las vivencias y barreras de acceso al apoyo psicológico, enriqueciendo la comprensión del fenómeno estudiado.

4.2. Categoría 1: Vivencias emocionales del duelo por suicidio

4.2.1. Experiencias emocionales iniciales

Tras la pérdida, muchos hablaron de un choque fuerte, casi físico. Confusión y desconcierto se entrelazan cuando llega la noticia del fallecimiento por suicidio de alguien cercano. Apenas podían entenderlo: las palabras no entraban bien al principio. Sin aviso alguno, todo parecía más difícil de aceptar. Esa falta de advertencias claras agrava lo abrupto del dolor. Algunos dijeron sentirse fuera del mundo real, como atrapados en una escena que no podía ser verdadera. Dormir, despertar... pensaban que así terminaría aquello. Lo repentino deja marcas profundas desde el primer instante.

A menudo, la incredulidad venía seguida de fuertes sensaciones de culpa. Pese a todo, muchas personas repasaban una y otra vez sus actos, preguntándose qué habrían podido hacer distinto. En cambio, cada recuerdo previo al suicidio era examinado como si contuviera pistas escondidas. Aunque buscaban explicaciones claras, el dolor crecía precisamente porque no había respuesta. Por otro lado, la autocrítica no solo apuntaba a cosas hechas o dejadas de hacer; también surgía el peso de sentirse incapaz de proteger a quien ya no estaba. Así las cosas, esa carga empeoró aún más el sufrimiento durante los días iniciales del luto.

Enfado apareció junto con desconcierto en lo contado por quienes participaron. A veces salió rabia contra quien murió, contra uno mismo, incluso contra médicos que no evitan lo ocurrido. Esa furia, aunque fuerte, traía detrás remordimiento por sentirse así, creando tensión adentro que entorpece entender bien el dolor. Por otro lado, el no saber explicarse por qué pasó el suicidio dejaba una especie de niebla mental, como si todo se tambaleara desde dentro. Todo esto sumado rompía cualquier orden normal del pensamiento justo cuando más falta hacía tenerlo.

4.2.2. Manifestaciones psicológicas del duelo

En medio del dolor por la pérdida, varias personas notaron cambios en cómo sentían el día a día. Aparecía un peso interno, distinto a cualquier cansancio común, que entorpecía incluso tareas sencillas. Esa pesadez emocional no duraba sin pausas; subía con fuerza ciertos días: cumpleaños pasados, objetos olvidados, lugares habituales. En esos instantes, todo parecía carecer de sentido, como si la luz se apagara sola. Sentirse así rompía cualquier ritmo normal, dejando espacio solo para el silencio y la ausencia.

Preocuparse sin parar les pasaba a varios. Algunos sintieron miedo fuerte, como si algo malo fuera a suceder en cualquier momento; eso llegó hasta provocar episodios intensos donde no podían respirar bien ni controlar el cuerpo. Temblaban pensando que otro familiar podría enfermarse igual, así que vigilaban cada señal rara en quienes aman. Esa tensión hacía difícil sentirse tranquilo por dentro, como si el peligro estuviera siempre cerca. A medida que duraba esa presión, empezaron a dudar de su propio estado mental, lo cual avivaba aún más el desasosiego que ya tenían.

Un peso extra en el cuerpo mostraba la depresión, junto con ganas desvanecidas por cosas que antes alegraban. Lágrimas sin aviso aparecían en varios, mientras hablaban de sentirse vacíos o sin valor alguno. Concentrarse costaba trabajo; dormir y comer también cambiaron forma. Algunos empezaron a quedarse solos, alejados de gente conocida. Esa distancia empeoró todo, porque hablar dolía menos cuando había alguien escuchando. Pensar siempre lo peor llegó a ser normal entre ellos, día tras día.

4.2.3. Impacto en la dinámica familiar

Tras la muerte por suicidio de un pariente, muchas familias vieron cómo todo cambió desde adentro: las formas de hablar, quién hacía qué dentro del hogar y hasta cómo se sentían unos con otros. Algunos dijeron que sus familias empezaron a acercarse más, como si juntarse ayudara a cargar el peso del duelo. Ese acercamiento, en ciertos casos, trajo conversaciones nuevas, tiempos compartidos, gestos antes ausentes. Hubo quienes tomaron tareas distintas, ajustaron rutinas o simplemente estuvieron presentes cuando antes no lo estaban. En otras situaciones, sin embargo, ocurrió al revés: los silencios crecieron, las miradas se evitaban, cada uno se fue a su rincón con su parte del dolor. Así, mientras algunas familias tejieron nuevos vínculos sobre la herida, otras sintieron cómo las costuras antiguas ya no aguantaban.

Aun así, varios participantes vivieron alejamiento como parte común de su historia. Tras el fallecimiento por suicidio, en numerosos hogares se rompió la forma de comunicarse: callaron mucho, dejaron de mencionarlo, casi imposible tratarlo con franqueza. Hubo quienes dijeron que no poder conversar sobre esa muerte entorpeció manejar el duelo, creándose un clima tenso, lleno de ocultamientos, que minó los vínculos entre ellos. Evadir el asunto, en ciertos casos, nacía del miedo a herir más a alguien o queriendo resguardar a los niños; sin embargo, este camino terminaba ampliando la soledad interior.

A veces, las tareas cambiaron dentro de la casa tras el suicidio. Quedar sin esa persona obligó a mover deberes, también sentimientos, entre quienes quedaban. Un hermano terminaba pagando cuentas que antes manejaba otro. Algunos empezaron a consolar a sus padres, algo que nunca habían hecho. Eso agotaba más, sobre todo cuando uno apenas procesa su propia tristeza. Reordenar quién hace qué parecía inevitable, pero no todos se ajustaron con calma. Discusiones brotaban donde antes había silencios cómodos. Lo necesario no siempre sanaba; a ratos empeoraba lo roto.

4.2.4. Estrategias de afrontamiento

Algunos recurrieron a la fe como forma de sostenerse frente al dolor tras un suicidio. Mientras tanto, otros encontraron fuerza en hablar con amigos o familiares cercanos. Hubo quienes prefirieron mantenerse ocupados, alejándose del sufrimiento por momentos. También estuvieron los que decidieron consultar con especialistas para caminar más acompañados.

Encontrar fuerza en lo religioso salió una y otra vez entre quienes hablaron. A muchos les sirvió creer para cargar con el peso del adiós, también para darle forma a algo sin explicación. Ir a rezar, acudir a misas, sentir compañía en lo sagrado: todo eso abrió puertas donde hubo llanto. Ese tipo de rutinas se convirtieron en refugio, incluso cuando nada tenía sentido. Algunos empezaron a ver la ausencia distinta al pensar que hay diseño superior o continuidad tras la muerte; así, poco a poco, brotó calma dentro del desgarró.

La ayuda de tíos, primos, amigos o gente del barrio marcó una diferencia importante para quienes pasaron por esta situación. Quienes tenían alguien cerca mencionan que sentirse escuchados y sostenidos les ayudó a caminar ese momento difícil. Aun así, algunos dijeron que no todo lo que recibieron fue útil; hubo comentarios fuera de lugar, silencios incómodos, miradas extrañas. Por eso, terminaron buscando círculos donde todos habían perdido algo parecido. Allí adentro, hablar dolía menos. Nadie pedía explicaciones. Bastaba con estar. Compartir historias propias entre iguales calmaba más que mil frases hechas.

Buscar ayuda profesional salió en las conversaciones con varios participantes, quienes lo vieron como clave para manejar el dolor. Aunque algunos lograron entrar a terapias, otros sintieron que les faltaba in-

formación sobre dónde encontrarlas. Hablar con especialistas ayudó a ciertos individuos a entender mejor sus sentimientos tras perder a alguien cercano. El costo elevado de los servicios impidió que más personas probaran ese camino. En sesiones guiadas aprendieron formas distintas de reaccionar ante momentos difíciles. Pese a eso, muchos dudaban por miedo a ser juzgados si buscaban apoyo mental. Sentían que hablar abiertamente de salud emocional aún carga con prejuicios fuertes. Algunos descubrieron útiles esas charlas estructuradas donde podían llorar sin censura. Acceso limitado marcó la diferencia entre quienes recibieron acompañamiento y quienes no. Temas como vergüenza interna o falta de dinero aparecieron al describir por qué evitaban ayuda externa. Terapeutas ofrecieron un lugar seguro, aunque pocas veces alcanzable para todos los afectados.

4.2.5. Procesos de resignificación

Pese al dolor, algunos empezaron a darle otro valor a lo vivido tras la partida. Tratar de descubrir por qué sucedió el acto llegó pronto después del golpe, movidos por la necesidad de entenderlo todo, como si una razón pudiera calmar tanto vacío. Aun así, esa búsqueda rara vez trajo paz; muchas veces terminó dejando más preguntas que certezas. Con el tiempo, aceptar lo desconocido se volvió parte de seguir adelante.

Poco a poco, las ideas sobre el suicidio fueron cambiando entre los participantes, volviéndose más profundas y menos simples. No fue solo eso: empezaron a verlo como algo influido por muchas causas distintas, no por una sola razón. Muchas de esas razones ni siquiera dependían de ellos. Esa nueva forma de entenderlo ayudó a aliviar la carga de creerse culpables. Así les resultó posible seguir adelante con su dolor sin quedarse estancados. Algunos comenzaron a mirar lo ocurrido desde otra perspectiva, distinta a la inicial. La muerte ya no significaba únicamente abandono; también traía consigo nuevas formas de conexión. Valorar más la existencia propia surgió espontáneamente en ciertos casos. Las relaciones cercanas, como con hermanos o padres, encontraron momentos nuevos de proximidad. Había quienes ahora entendían mejor el sufrimiento ajeno, especialmente cuando venía acompañado de silencio.

Poco a poco, cada persona fue componiendo su razón para seguir adelante, algo que exigió ajustar lo que antes consideraban importante. Aunque el vacío persistió, algunos descubrieron que mirar atrás ya no quemaba tanto como al principio. En lugar de cerrar heridas, terminaron por acostumbrarse a caminar con ellas. Conforme pasaba el tiempo, ciertos gestos simples - como guardar una taza o repetir una frase - cobraron nuevo significado. Lo que antes parecía obvio, ahora se entendía distinto: estar presente adquirió peso propio. Algunos empezaron a notar cambios sutiles cuando hablaban del ausente; ya no siempre dolía igual. El ritmo cambió, también las preguntas que hacían mientras cocinaban o paseaban solos. Vivir no consistió en olvidar, sino en moverse sin dejar de cargar. Hubo quien redescubrió emociones viejas bajo formas nuevas, como risas entre lágrimas durante anécdotas antiguas. No hubo regreso posible, pero sí espacio para construir desde otro lugar.

Unos pocos empezaron a ver su historia de otra manera al ayudar a otros que también habían pasado por lo mismo. Contar lo vivido les abrió espacio para acompañar a quienes ahora caminaban ese sendero oscuro. Desde esa entrega surgió algo distinto: el dolor se fue tejiendo con aprendizaje propio y aporte real hacia afuera. Así, entre las grietas del padecimiento, hallaron una razón nueva para seguir adelante.

4.3. Categoría 2: Barreras de acceso a apoyo psicológico

4.3.1. Barreras económicas

Fue dinero lo que muchos mencionaron cuando hablaron de por qué no podían ir al psicólogo. A pesar de querer ayuda, las consultas privadas salen muy caras, sobre todo si hay que ir varias veces. Ocurre que, tras una muerte en la familia, el problema crece: si quien murió era quien traía el sustento, ahora falta plata para casi todo. Sin ese ingreso, pagar por salud mental pasa a segundo plano, aunque haga mucha falta. Así, la tristeza viene acompañada de cuentas que no cierran.

No tener seguro médico adecuado para terapia fue un problema económico mencionado varias veces. Aunque algunos tenían póliza privada o pertenecían al IESS, muchas veces la ayuda psicológica no venía incluida. En otros casos, solo permitían pocas citas, además de escasear expertos en duelo tras suicidio. Por eso, las personas terminaban pagando de su bolsillo. Pagar sin apoyo del sistema se volvía imposible para varios.

Pocas opciones económicas dentro del sistema público marcaron una traba concreta para muchos. Aun existiendo apoyo en salud mental, esperar demasiado tiempo detenía a varios antes de comenzar. Faltaban terapeutas suficientes, además, muchas veces se interrumpían los tratamientos sin aviso. Lo que más pesó: pocos creyeron que esos servicios supieran manejar duelos tras un suicidio. Por eso derivaron hacia lo privado, aunque luego les quedara fuera del alcance pagar.

4.3.2. Barreras geográficas



Fuera de las zonas centrales, llegar a un profesional de salud mental se volvía complicado por puro mapa. Allí donde Ambato concentra sus recursos médicos, gente de fuera apenas aparece. Tan lejos quedan esos lugares que moverse sin carro propio casi descarta ir seguido. El camino largo frena más cuando el bus pasa poco y pagar cada viaje pesa en el bolsillo. Sin medio de transporte establecido, muchos simplemente no logran mantener una cita constante.

No haber clínicas mentales cerca de donde vive la gente marcó otra traba territorial. Cuando faltan consultorios en zonas campesinas o al borde de la ciudad, la gente debe viajar mucho para ser atendida, gastar horas y dinero en eso, algo que no todos pueden permitirse. Ancianos o personas con problemas para moverse sentían este reto aún más fuerte, porque caminar o trasladarse les costaba demasiado esfuerzo.

No ver suficiente calidad médica cerca empujaba a muchos a ir más lejos por cuidados, haciendo el camino aún más complicado. Cuando la gente ignoraba qué apoyos existían alrededor, elegía clínicas distantes sin dudarlo. Desconfiar del equipo local abría puertas hacia lugares desconocidos, aunque eso exigiera más tiempo y esfuerzo. Ir tras ayuda lejos pasó a ser normal para quienes sentían desamparo en sus barrios. Buscar fuera se volvió rutina cuando dentro no parecía haber respuestas claras.

4.3.3. Barreras institucionales

No era raro encontrar dificultades organizativas al intentar conseguir ayuda emocional. Aun cuando existía atención médica, faltaban espacios realmente enfocados en superar la pérdida por suicidio. Lo dijeron varias personas: lo que hay no responde bien a este tipo de dolor tan complejo. Muchos sintieron que quienes les atendían no entendían del todo su situación, pese a tener título profesional. Esa sensación de vacío formativo hizo que algunos dudaran si valía la pena buscar ayuda afuera.

Trámites lentos, además de filas interminables, marcaron límites claros. Acceder a apoyo psicológico exigía saltar obstáculos: papeleo repetido, movimientos entre centros médicos distintos, semanas sin respuesta. Algo dentro se apagaba cuando veían tan lejos la posibilidad de hablar con alguien. Muchos dejaban todo ahí, convencidos de que el sistema nunca llegaría a tiempo.

No hubo buena conexión entre las distintas clínicas, además carecieron de un método claro para enviar pacientes a otros niveles de atención. A pesar de que algunas personas recibieron ayuda al principio, después todo se detuvo porque nadie continuó revisándolos ni les dio un rumbo definido en su cuidado médico. Esa parada constante entorpeció la recuperación, mientras crecía el malestar entre ellos, ya que percibían que el sistema pasaba por alto lo que realmente necesitaban.

4.3.4. Barreras socioculturales y estigma

Las barreras socioculturales y el estigma asociado al suicidio y a la búsqueda de ayuda psicológica constituyeron algunos de los obstáculos más profundos y complejos identificados por los participantes. El estigma social vinculado al suicidio se manifestó en diversas formas, desde el silencio y la evitación del tema hasta el juicio abierto y la discriminación hacia los familiares supervivientes. Los participantes señalaron haber experimentado situaciones de incomprensión, rechazo o marginación por parte de su entorno social, que en algunos casos incluyó a familiares, amigos, compañeros de trabajo y miembros de la comunidad religiosa.

El temor al juicio social y a ser etiquetados como "familia de un suicida" influyó significativamente en la decisión de muchos participantes de no buscar ayuda psicológica. La percepción de que la atención psicológica era vista por su entorno como un signo de debilidad o como algo vergonzoso llevó a algunos participantes a ocultar su necesidad de apoyo o a postergar la búsqueda de ayuda hasta que el malestar se volvía insoportable. Este temor al estigma se agravaba en contextos comunitarios pequeños o en aquellos donde las normas sociales y las creencias religiosas eran particularmente rígidas.

Las creencias culturales y religiosas también actuaron como barreras para el acceso a apoyo psicológico. En algunos casos, los participantes señalaron que su entorno familiar o comunitario minimizaba la necesidad de atención psicológica, considerando que el duelo debía ser enfrentado con fortaleza y resignación, y que la búsqueda de ayuda profesional era innecesaria o incluso inapropiada. Estas creencias generaban un conflicto interno en los participantes, quienes debían decidir entre seguir las normas de su entorno o priorizar su propio bienestar emocional.

La falta de información y educación sobre la salud mental y el duelo por suicidio fue otra barrera sociocultural identificada. Muchos participantes desconocían la existencia de servicios de apoyo psicológico, o no sabían cómo acceder a ellos. La ausencia de campañas de sensibilización y de información accesible sobre el duelo por suicidio contribuía a perpetuar el silencio y el aislamiento, dificultando la búsqueda de ayuda. La internalización del estigma, entendida como la adopción por parte de los participantes de las creencias negativas de su entorno, reforzaba la vergüenza y el retraimiento social, dificultando aún más el acceso a apoyo psicológico.

5. Discusión



Desde esta exploración surge una visión clara sobre lo que atraviesan quienes perdieron un ser querido por suicidio, junto con los obstáculos para conseguir ayuda emocional en Ambato. Interpretar estos datos requiere mirarlos desde las ideas centrales que guían la investigación: cómo el sufrimiento, los vínculos familiares y el respaldo comunitario influyen en ese proceso. Con base en ello, emergen conexiones con conceptos como el duelo complejo, la dinámica entre parientes, el malestar interno acumulado y redes cercanas que pueden sostener o fallar. Así, cada hallazgo encuentra eco en perspectivas ya existentes, aunque desde contextos distintos al aquí estudiado. Lo observado refleja no solo dificultades individuales, sino también tensiones invisibles dentro del entorno afectivo donde viven estas personas.

Se observa que el duelo tras un suicidio implica una mezcla densa de sentimientos: desconcierto, dolor prolongado, furia, autocrítica, duda y estupor inicial. A pesar de su diversidad, todos los participantes describieron estos estados emocionales como intensos, difíciles de gestionar, incluso paralizantes. Esta pauta apoya hallazgos previos de Jordan (2001), así como análisis posteriores junto a McIntosh (2011), quienes notaron distinciones claras frente a duelos por otras causas, especialmente en cómo se vive socialmente, en las dinámicas familiares afectadas o en los temas mentales predominantes. Repetidamente aparece la sensación de responsabilidad personal, ligada al esfuerzo continuo por encontrar motivos o acciones alternativas que hubieran cambiado el resultado final. Este patrón coincide con trabajos clásicos como el de Shneidman (1972), además de estudios actuales - García (2024); Springer (2024) - donde se recalca la fuerza particular de tales reacciones en personas cercanas al fallecido. En comparación con otras pérdidas, ese peso interno suele ser mayor, relacionándose directamente con síntomas depresivos severos y dificultades funcionales cotidianas (García, 2024). Tal condición mental se repite en los testimonios analizados, marcados por tensión constante, bajo estado de ánimo y aflicción duradera. Lo anterior replica tendencias detectadas por Romero-Moreno et al. (2024) y también por Levi-Belz (2022), cuyo trabajo mostró cifras altas de pensamientos suicidas y malestar profundo entre sobrevivientes, indicando un riesgo psíquico especial en este grupo.

Respecto a la teoría del duelo de Kübler-Ross (1969), los resultados muestran emociones similares, pero también diferencias ligadas al contexto del suicidio. Aunque apareció negación, esta tomó forma en desconcierto inicial y una extraña sensación de falsedad ante lo ocurrido. En lugar de avanzar sin pausa, muchos volvían atrás, repensando hechos pasados con intensidad persistente. La rabia emergió no solo frente a quien murió, sino también contra médicos, familiares e incluso consigo mismos. Detrás de esa furia había preguntas constantes: qué falló, quién omitió señales, si algo habría cambiado con otro gesto. Algunos describieron intentos mentales por cambiar el pasado, como pedidos silenciosos basados en supuestos ajustes. Con frecuencia, estos pensamientos coincidieron con bajones anímicos profundos, marcados por cansancio extremo, insomnio y cambios bruscos en la alimentación. Lejos de seguir un orden establecido, las personas saltaban entre estados emocionales según circunstancias internas o externas. Este patrón entrecruzado contrasta con la secuencia lineal clásica, señalando mayor dificultad cuando la muerte es súbita y vinculada a autorresponsabilidad (Jordan & McIntosh, 2011; Sociedad Vasca de Victimología, 2019). Bowen (1978) presentó una teoría sobre sistemas familiares útil para entender cómo el suicidio afecta profundamente a quienes conviven bajo ese mismo entorno doméstico. Cambios notables aparecen en la forma en que sus miembros se comunican, luego de que uno de ellos muere por esta causa. También varían las funciones que cada persona desempeñaba antes del suceso, junto con el tono emocional presente entre ellos. Algunos relatos mencionan momentos donde todos buscan apoyarse mutuamente frente al duelo. Sin embargo, paralelamente surge otra tendencia: alejarse, callar, evitar referencias al episodio trágico. Esta mezcla de acercamiento y retiro evidencia una red de respuestas internas poco lineales. Lo común es observar esfuerzos compartidos por mantenerse unidos mientras ocurren rupturas sutiles en ciertas interacciones cotidianas. La respuesta mixta dentro de la familia refleja hallazgos del análisis cualitativo acerca del respaldo familiar tras una muerte por suicidio (Support after Suicide, 2025), donde dicho respaldo surge no como algo fijo, sino transformado por factores individuales, vínculos cercanos y contextos culturales. A medida que surgen nuevos encargos en el hogar, junto con desequilibrios entre sus miembros, queda claro el entrelazamiento que describía Bowen (1978) entre las funciones internas del grupo doméstico; este ajuste forzado muestra cómo la partida abrupta de uno redefine estructuras enteras, fenómeno ya observado antes (Ramírez Correa et al., 2024).

El dolor emocional fuerte mencionado por algunos miembros de familias tras una muerte repentina recuerda mucho al término *psychache*, introducido hace años por Shneidman. Aunque nació en otro contexto, este marco ayuda a entender mejor lo vivido por quienes perdieron a alguien cercano. Sentimientos como culpa, vacío continuo o falta de propósito aparecen con frecuencia entre sus relatos. Estas experiencias van más allá del primer impacto: muchas personas siguen abrumadas meses después. Incluso actividades diarias simples se vuelven difíciles cuando el sufrimiento no cede. Algunos buscan respuestas durante largos periodos, reconfigurando poco a poco cómo entienden lo ocurrido. Este esfuerzo interno pue-

de verse como un camino hacia algo menos doloroso, aunque nunca completamente resuelto. Varios autores han destacado que darle sentido a lo irreparable forma parte clave de ese proceso complejo. Así lo muestran también hallazgos recientes sobre duelos complicados tras suicidios.

Resulta clave el modelo del apoyo social para entender ciertas limitaciones detectadas en la investigación respecto al acceso a ayuda psicológica. Aunque este respaldo puede proteger emocionalmente durante el duelo, su carencia intensifica el sufrimiento, según mostraron los resultados. Redes cercanas, vecinales o formales ayudan a ajustarse mejor tras una pérdida, como ya indicaron Jordan y McIntosh hace unos años. Pese a eso, muchas personas dijeron sentirse juzgadas, solas o mal comprendidas cuando perdieron a alguien por suicidio. Esa percepción negativa hacia el tema impide hablar abiertamente, incluso pedir tratamiento especializado. El rechazo sutil, el miedo al comentario ajeno o el simple silencio prolongado bloquean caminos que podrían aliviar el dolor interno. Así lo confirman estudios recientes, entre ellos trabajos de Cerel y colaboradores, investigaciones de Springer, y análisis específicos sobre cómo responden las familias ante estas pérdidas complejas.

No es solo el costo lo que frena el acceso a ayuda psicológica, también pesan distancias largas y estructuras poco adaptadas. Aunque existen servicios, su distribución desigual deja fuera a muchos familiares tras una muerte por suicidio. Programas específicos casi no se encuentran, algo que ya varios participantes mencionaron sin sorpresa. Este vacío responde a hallazgos recientes en América Latina donde las instituciones muestran poca capacidad real de respuesta (Barría Bórquez, 2025; Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2025). Sin conocimiento claro sobre salud emocional, muchas personas dudan si buscar apoyo incluso cuando está disponible. Ciertas ideas arraigadas, influenciadas por tradiciones o fe, reducen aún más esa posibilidad al cuestionar la utilidad del tratamiento mental. Así, callar se vuelve norma, repetido en otros estudios con condiciones parecidas (Llerena Freire et al., 2023).

Mirando los resultados desde las teorías del duelo, se entiende mejor lo que viven quienes pierden a alguien por suicidio en Ambato. Aunque cada experiencia es distinta, todas comparten niveles altos de dolor emocional y aislamiento. Por otro lado, el sistema familiar influye fuertemente en cómo se procesa esa pérdida. El respaldo de otras personas marca diferencias claras en la forma de enfrentarlo. Estudios previos coinciden: este tipo de duelo trae complicaciones únicas frente a otras pérdidas. Así ocurre también con el acceso al acompañamiento psicológico, obstaculizado por factores sociales y económicos. En ese escenario, las acciones tras el fallecimiento cobran especial relevancia. Según Andriessen (2009), intervenir después del evento ayuda a disminuir el sufrimiento prolongado. Esas medidas, conocidas como post-ventación, funcionan mejor cuando están adaptadas al entorno local. Los datos muestran que sin ajuste cultural, incluso buenas iniciativas pueden fallar. Cada comunidad tiene sus propias formas de manejar el luto, incluyendo creencias o tabúes. Ambato no es la excepción; ahí emergen dificultades particulares para pedir ayuda. Ante esto, diseñar programas solo basados en modelos externos resulta insuficiente. Lo que funciona en otros países puede no servir igual aquí. Las voces de los participantes indican caminos posibles, aunque aún poco explorados. Integrar esos testimonios podría mejorar significativamente cualquier respuesta institucional.

5.3. Comparación con estudios previos

Coinciden los resultados aquí obtenidos con investigaciones globales acerca del duelo tras el suicidio, mostrando similitudes claras en vivencias afectivas y relaciones sociales entre personas que sobreviven a esta pérdida. Aunque varía la forma en que cada individuo responde, varios participantes expresaron culpa, rabia, tristeza prolongada, además de rechazo percibido por parte de su entorno. Estos estados emocionales han aparecido repetidamente en análisis realizados fuera del país, lo cual sugiere patrones compartidos más allá de contextos culturales específicos. En trabajos previos, Jordan hacia comienzos del siglo XXI ya destacó cómo la necesidad de entender el acto ocupa gran espacio mental, junto con autocrítica constante. Lo observado ahora en Ecuador respalda dicha descripción sin modificar sus rasgos principales. También llama la atención la fuerza con que emergen signos como angustia continua, bajo estado de ánimo o recuerdos intrusivos, fenómenos descritos también por Romero-Moreno y equipo hace pocos años. De manera paralela, hallazgos publicados por Levi-Belz en 2022 indican niveles altos de malestar psíquico en estos casos frente a duelos causados por otras muertes.

Respecto a lo vivido en el ámbito social por quienes perdieron a alguien, esta investigación coincide con estudios cualitativos más actuales. Aunque llevado a cabo en Alemania, el trabajo de Springer (2024) mostró cómo ciertas acciones anticipadas y formas singulares de despedida fortalecen la percepción de cercanía grupal entre los afectados; sin embargo, cuando predomina el alejamiento o preguntas excesivas, crece una sensación de soledad marcada. Lo observado aquí en Ambato no difiere: algunas personas mencionaron acompañamiento empático, otras narraron distanciamiento, negación o exclusión cotidiana. Lejos de ser solo binaria, esa tensión entre inclusión y abandono ya apareció antes, tal como revela una revisión del año pasado sobre redes familiares tras un fallecimiento por suicidio (Family support after a

family member's suicide, 2025), donde quedó claro que el respaldo doméstico cambia según factores individuales, vínculos previos y contextos culturales específicos.

Desde América Latina, estos resultados recuerdan parte de lo detectado por Barriá Bórquez (2025) en Uruguay, donde emergieron figuras como apoyos cotidianos, relaciones cercanas, sentimientos profundos y formas culturales de entender el duelo tras una muerte por suicidio. Aunque distintas en forma, emociones tales como la vergüenza o el miedo aparecen también aquí, junto a culpas persistentes y dolores difíciles de nombrar. Tras semanas o meses, algunos comenzaron a ver su experiencia desde otra perspectiva: menos carga, más resistencia interna. Esa evolución mental - de ruptura hacia cierta esperanza - fue narrada con detalle por personas de Ambato, cuyas historias revelan ajustes lentos, pero firmes, en cómo dan significado al pasado. Por otro lado, hallazgos publicados en Brasil por la Revista Latino-Americana de Enfermagem (2025) muestran respuestas similares entre familiares: tristeza mezclada con confusión, momentos de furia seguidos de alivio repentino. Emociones enfrentadas coexisten sin anularse; tal entramado intenso coincide con lo expresado por muchos entrevistados acá.

En el ámbito nacional, este trabajo retoma lo encontrado por Llerena Freire y su equipo (2023), cuyo estudio cualitativo en Ambato mostró impactos emocionales, sociales y laborales en las personas participantes; también observaron transformaciones familiares: algunas relaciones se fortalecieron mientras otras se desgastaron. Aunque antes ya se hablaba de mecanismos como la fe, el respaldo familiar o profesional, ahora se exploran con mayor precisión. Aquí entra un elemento poco examinado hasta hoy en Ecuador: las trabas para conseguir ayuda psicológica. Más allá del dinero, surgen problemas ligados al lugar donde vive cada persona, a cómo funcionan ciertas instituciones o incluso a creencias arraigadas en la cultura local. Estas limitantes revelan que las causas son complejas, entrelazadas entre condiciones externas y normas compartidas, no solo decisiones personales. Así, entenderlas implica mirar más allá del individuo, hacia sistemas mayores que influyen sin llamar la atención.

5.4. Implicaciones prácticas

En esta investigación, los resultados muestran consecuencias reales en terapia psicológica, diseño de normas estatales y percepción comunitaria. Se derivan pautas precisas que buscan fortalecer el apoyo a quienes perdieron un pariente por suicidio, específicamente en Ambato. El impacto también se extiende al entorno nacional ecuatoriano, adaptando propuestas desde lo local hacia lo más amplio.

Cuando alguien pierde a un ser querido por suicidio, enfrenta una forma única de dolor. Aunque todos experimentan el duelo de manera distinta, quienes atraviesan este tipo de pérdida suelen cargar con sentimientos intensos de responsabilidad. Muchas veces evitan hablar del evento debido al miedo a ser malinterpretados. Por eso, resulta clave diseñar acompañamientos pensados especialmente para ellos. Dichos procesos podrían integrar dinámicas grupales guiadas por personas con formación específica. Lejos de seguir formatos rígidos, estos espacios favorecen la escucha activa y el reconocimiento mutuo. Se observa que participar en reuniones regulares disminuye sensaciones de soledad. Además, fortalece redes afectivas entre individuos con vivencias similares. Sin embargo, no todos los terapeutas están preparados para manejar estas situaciones con sensibilidad adecuada. Debido a esto, capacitar constantemente a equipos de salud mental se vuelve prioritario. Conocer sobre crisis emocionales profundas mejora notablemente la calidad de la ayuda brindada. También sería útil establecer pautas claras dentro de centros clínicos. Dicha estructura ayudaría a detectar precozmente quiénes necesitan apoyo adicional. En lugar de dejar todo al azar, derivar con criterio técnico optimiza tiempos y recursos. Así, algunos obstáculos burocráticos pueden superarse más rápido.

Lejos de ser suficiente, los pasos dados hasta ahora revelan vacíos persistentes en torno al cuidado emocional tras una muerte por suicidio. Aunque entró en vigor la Ley Orgánica de Salud Mental en 2024, junto con la nueva política nacional para la década venidera, muchas familias aún quedan fuera del alcance real de ayuda. Sin embargo, no basta con normas sobre papel si faltan equipos, personal capacitado y presencia territorial donde más se necesita. Desde puntos alejados hasta barrios marginados, el camino hacia un servicio cercano sigue siendo largo e irregular. Frente a ello, solo una red articulada entre hospitales, autoridades regionales, centros académicos y grupos vecinales puede tender puentes reales. Más que buenas intenciones, lo que exige este escenario son inversiones precisas, sostenidas, dirigidas a quienes duelen en silencio.

Cuando se trata de conciencia social, lo observado señala que valdría la pena explorar iniciativas locales para disminuir el rechazo ligado tanto al suicidio como al apoyo psicológico. Aunque parezca poco común, actividades informativas destinadas no solo al público amplio sino también a figuras clave - como maestros o guías religiosos - ayudan a romper cierto hermetismo frente al dolor tras una muerte súbita. En contextos cotidianos, desde colegios hasta oficinas, explicar aspectos básicos del sufrimiento emocional abre puertas: permite detectar personas vulnerables antes de que lleguen al límite. Sorprende cómo incluir voces reales, relatos vividos por quienes perdieron a alguien, cambia percepciones; esos ejemplos hacen

tangible lo abstracto, transforman prejuicios en reconocimiento. Al fin, hablar con naturalidad del proceso de duelo revela algo simple: pedir acompañamiento no expone fragilidad, más bien muestra claridad.

5.5. Limitaciones del estudio

Este trabajo tiene ciertos aspectos que conviene tener presentes al analizar lo encontrado. Aunque el número de personas involucradas resulta pertinente dentro del enfoque cualitativo, extender las conclusiones a otros contextos geográficos o sociales requiere cautela. Participaron doce individuos, suficientes para observar repetición en temas clave, mas no tanto como para abarcar toda la variedad posible de vivencias. Ocurre además que elegir voluntariamente quiénes entraban al estudio pudo inclinar los resultados: quienes aceptaron compartir sus historias tal vez sientan más comodidad al hablar de duelo o tengan ideas distintas sobre terapia emocional frente a quienes declinaron participar. Así, lo obtenido aquí refleja solo un segmento del conjunto más amplio de quienes han perdido alguien cercano por esta causa en Ecuador.

No solo se enfocó el análisis en Ambato, sino que esta elección limita cómo se pueden extender los resultados a otras áreas del país. Dado que cada región tiene rasgos distintos, las dificultades para acceder ayuda mental podrían presentarse de forma diferente fuera de la ciudad. Aunque se examinaron parientes cercanos, también influye quién comparte vínculos afectivos fuertes sin parentesco directo. Personas como colegas o amigos íntimos enfrentan consecuencias profundas, aún cuando no pertenezcan al círculo familiar inmediato.

Mirar atrás, durante las entrevistas, hizo que algunos recuerdos se desdibujaran con el paso del tiempo. Aunque contaron lo vivido, ciertos detalles quizás quedaron fuera por efecto de la memoria selectiva. Conforme avanzaba el duelo, algunas personas vieron los hechos de manera distinta a como los habrían visto antes. El lapso desde la pérdida - entre un año y medio y cinco años - marcó diferencias claras en cómo cada uno narró su experiencia. Quienes llevaban más tiempo procesando la ausencia tendían a hablar desde otra mirada, no necesariamente más clara, pero sí cambiada. Mientras tanto, quienes estaban más cerca del evento solían recordarlo con intensidad distinta.

Por otro lado, el carácter delicado del asunto quizás afectó la disposición de quienes participaron para revelar partes específicas de lo vivido, particularmente cuando involucraban emociones como culpa, vergüenza o percepciones de estigma. Pese a las medidas adoptadas para fomentar un entorno seguro y privado, tal vez algunos ajustaron sus declaraciones por miedo al juicio ajeno o por el peso emocional de recordar situaciones difíciles. Cómo uno quiere ser visto - la llamada deseabilidad social - posiblemente moldeó la manera en que contaron sus formas de enfrentar problemas o recibieron ayuda de otros.

Así terminó el análisis: solo miró lo vivido por quienes perdieron a alguien, sin sumar voces de médicos ni funcionarios. Esa ausencia reduce lo entendido sobre obstáculos prácticos al tratamiento emocional visto desde dentro del sistema. Escuchar esos otros puntos de vista después puede mostrar con más claridad qué abre o cierra puertas hacia ayuda profesional en estos casos.

5.6. Fortalezas del estudio

A pesar de las limitaciones señaladas, la presente investigación presenta importantes fortalezas que contribuyen a la validez y relevancia de sus hallazgos. En primer lugar, el enfoque cualitativo fenomenológico adoptado ha permitido una comprensión profunda y detallada de las experiencias subjetivas de los participantes, capturando la riqueza y complejidad de sus vivencias de una manera que no sería posible mediante enfoques cuantitativos. Este enfoque ha facilitado la exploración de significados, emociones y percepciones que son fundamentales para analizar el fenómeno del duelo por suicidio y las barreras de acceso a apoyo psicológico, ofreciendo una perspectiva en profundidad que enriquece el conocimiento existente.

En segundo lugar, el estudio aborda un tema de alta relevancia social y científica que ha sido escasamente investigado en el contexto ecuatoriano. La producción científica sobre familiares supervivientes del suicidio en Ecuador es limitada, y la presente investigación contribuye a llenar este vacío, proporcionando evidencia contextualizada que puede servir como base para futuras investigaciones y para el diseño de intervenciones y políticas públicas. La identificación de barreras específicas de acceso a apoyo psicológico en el contexto ambateño constituye un aporte original y significativo al conocimiento sobre la situación de los supervivientes en el país.

En tercer lugar, la investigación se ha desarrollado con rigor metodológico, siguiendo los procedimientos establecidos para los estudios cualitativos y garantizando la validez y confiabilidad de los hallazgos. La validación de la guía de entrevista mediante juicio de expertos, el registro y transcripción textual de las entrevistas, y la aplicación del análisis temático siguiendo las etapas propuestas por Braun y Clarke (2022) son procedimientos que aseguran la calidad y la sistematicidad del proceso de investigación. El cumplimiento de los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad contribuye a la solidez de los resultados.

En cuarto lugar, el estudio ha respetado rigurosamente los principios éticos establecidos para la investigación con seres humanos, garantizando la protección de los derechos y el bienestar de los participantes. La obtención

del consentimiento informado, la garantía de confidencialidad y anonimato, y la adopción de medidas para minimizar los riesgos emocionales asociados a la participación son aspectos que refuerzan la validez ética de la investigación y la protección de los participantes.

Finalmente, el estudio ofrece implicaciones prácticas concretas que pueden ser implementadas en el corto y mediano plazo, contribuyendo a la mejora de la atención de los familiares supervivientes del suicidio en la ciudad de Ambato. La identificación de barreras específicas de acceso a apoyo psicológico proporciona orientaciones claras para el diseño de programas de postvención, para la formulación de políticas públicas y para el desarrollo de estrategias de sensibilización social, lo que constituye un aporte relevante para la transformación de la realidad de los supervivientes en el contexto ecuatoriano.

6. Conclusiones

Tras examinar los resultados, queda claro: perder a alguien cercano por suicidio deja heridas **difíciles** de sanar. Quienes quedan atrás enfrentan una mezcla intensa de sensaciones: desconcierto al principio, luego rabia, remordimiento, dudas constantes, dolor que no cede fácilmente. Lejos de desvanecerse con el paso del tiempo, estos estados emocionales tienden a extenderse, entorpeciendo relaciones, trabajo e incluso el descanso nocturno. A diferencia de otras pérdidas, esta muerte repentina provoca preguntas sin fin, necesidad urgente de entender lo sucedido. Lo que más pesa muchas veces no es solo la ausencia, sino cargar con la idea de haber podido evitarlo, aunque eso sea poco realista. Por eso, este tipo de duelo se mueve distinto, sigue otro ritmo, responde a lógicas propias marcadas por el estigma, el silencio o las miradas ajenas.

Tras la muerte por suicidio, el dolor no se limita a quien ha fallecido; las ondas llegan hasta lo más profundo de la familia. Cambios silenciosos remodelan cómo hablan unos con otros, quién hace qué dentro del hogar o cuánto se acercan o se alejan emocionalmente. Junto a momentos donde algunos miembros se estrechan, hay quienes retroceden sin aviso. Las tareas antes asignadas se redistribuyen, muchas veces sin acuerdo claro, mientras surgen roces imprevistos. Cada ajuste revela que reconstruir después de esta ausencia exige mirar no solo al individuo, sino al entramado vivo que persiste. Lo esencial emerge cuando se observan las conexiones: cada gesto, omisión o intento de sostener algo nuevo cuenta. El proceso de elaboración requiere entender esos vínculos en movimiento constante.

Quienes sobreviven a un familiar fallecido luchan contra varios impedimentos para conseguir terapia. Debido a precios altos en tratamientos, muchas personas no pueden pagar sesiones; además, sus planes médicos apenas cubren este tipo de necesidades. Lejos de centros urbanos, otros deben viajar largas distancias sin medios adecuados para moverse. Pese a querer ayuda, algunos encuentran pocos espacios diseñados especialmente para duelo por suicidio. Trámites lentos o poco claros también desalientan intentos de acercarse a servicios formales. En contextos donde hablar del dolor emocional es mal visto, pedir auxilio resulta aún más complicado. El rechazo social hacia quienes pierden a alguien así agrava la soledad. Muchos callan lo que sienten por temor a ser juzgados. Así, miedo, falta de recursos y estructuras débiles bloquean el camino hacia sanación.

Aunque el sistema legal ecuatoriano ha avanzado al incluir el derecho a la salud mental, todavía hay distancia clara entre lo escrito y lo vivido. Surgen dificultades concretas cuando entra en juego la ejecución de normas como la Ley Orgánica de Salud Mental (2024) o la Política Nacional 2025-2030. Estos instrumentos representan pasos necesarios, sin embargo, resultan insuficientes si no van acompañados de presupuesto real. Incluso con marcos legales claros, muchas veces falla la conexión entre instituciones clave. Sin trabajo conjunto, incluso las leyes mejor diseñadas quedan detenidas en papel. Las familias que han perdido a alguien por suicidio aún luchan por recibir ayuda rápida y adecuada. Lo oficial existe; lo práctico, sigue rezagado.

Puede decirse que el método fenomenológico cualitativo usado aquí resultó adecuado para captar lo vivido por quienes perdieron un familiar por suicidio. Gracias a este camino, emergieron sentidos personales, estados afectivos y demandas poco accesibles desde técnicas numéricas. Se logró así una lectura rica, anclada en contextos reales, útil al planear apoyos o decisiones institucionales. Lo hallado sirve tanto para Ambato como para otras zonas del país con realidades parecidas.

7. Recomendaciones

A la luz de los hallazgos de la presente investigación, se formulan las siguientes recomendaciones dirigidas a diferentes actores e instancias involucradas en la atención de los familiares supervivientes del suicidio:

1. Fortalecer los programas de salud mental dirigidos a familiares supervivientes del suicidio mediante la creación de servicios especializados de acompañamiento psicológico y grupos de apoyo, que ofrezcan espacios seguros y confidenciales donde los supervivientes puedan elaborar su duelo sin temor al estigma. Estos programas deben ser diseñados considerando las características particulares del duelo por suicidio y deben estar disponibles en el sistema público de salud, garantizando su accesibilidad económica y geográfica.
2. Implementar estrategias de sensibilización comunitaria que permitan disminuir el estigma asociado al suicidio y a la búsqueda de ayuda profesional, dirigidas a la población general, así como a grupos espe-

- cíficos como líderes comunitarios, religiosos, educativos y profesionales de la salud. Estas estrategias deben incluir campañas informativas, talleres de sensibilización y la inclusión de testimonios de supervivientes que contribuyan a humanizar el problema y a promover una mayor comprensión y empatía hacia quienes han perdido a un ser querido por suicidio.
3. Promover la capacitación continua de profesionales de la salud mental en intervención en crisis, duelo por suicidio y estrategias de postvención, asegurando que los servicios de atención psicológica cuenten con personal capacitado para abordar las necesidades específicas de los familiares supervivientes. Esta capacitación debe incluir tanto la formación inicial como la actualización periódica, y debe ser extendida a profesionales de atención primaria que puedan ser el primer punto de contacto para los supervivientes que buscan ayuda.
 4. Fomentar la coordinación interinstitucional entre centros de salud, universidades, gobiernos locales y organismos comunitarios para mejorar la identificación, derivación y atención de familiares afectados por el suicidio, estableciendo redes de apoyo que faciliten el acceso a servicios especializados y promuevan la continuidad del tratamiento. Esta coordinación debe incluir la creación de protocolos de derivación, la articulación de recursos y el seguimiento de los casos para garantizar que los supervivientes reciban la atención que necesitan de manera oportuna y efectiva.
 5. Desarrollar investigaciones futuras que permitan ampliar el conocimiento sobre las experiencias de los supervivientes en diferentes contextos sociales y culturales del Ecuador, incluyendo zonas rurales, poblaciones indígenas y otros grupos con características particulares. Asimismo, se recomienda realizar estudios longitudinales que permitan analizar la evolución del duelo por suicidio a lo largo del tiempo, así como investigaciones que incluyan la perspectiva de los profesionales de la salud mental y de los responsables de políticas públicas para obtener una visión más completa de los factores que facilitan o dificultan el acceso a servicios de apoyo psicológico.
 6. Diseñar e implementar políticas públicas orientadas a garantizar el acceso oportuno a servicios de atención psicológica para personas que han experimentado pérdidas por suicidio, asignando recursos específicos para la creación de programas de postvención, ampliando la cobertura de servicios de salud mental en zonas periféricas y rurales, y asegurando que los derechos reconocidos en la Ley Orgánica de Salud Mental y en la Política Nacional de Salud Mental se traduzcan en un acceso real y efectivo a servicios de apoyo psicológico para los familiares supervivientes del suicidio en todo el territorio ecuatoriano.

[1]. Referencias Bibliograficas

- [2]. Acinas, P. (2011). Duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1), 1-17. https://psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf
- [3]. Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis*, 30(1), 43-47. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- [4]. Asociación Médica Mundial. (2013). Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- [5]. Barría Bórquez, C. (2025). *Concepciones socioculturales de los supervivientes del suicidio en Uruguay: el tránsito de la experiencia social de dolor y el duelo* [Tesis de maestría]. Universidad de la República. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/48856>
- [6]. Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- [7]. Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. Sage Publications.
- [8]. Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., Van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- [9]. Chávez-Hernández, A. M., & Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008
- [10]. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Registro Oficial No. 449.
- [11]. Correa Ramírez, C., Martínez Pérez, K. A., Marulanda Saldarriaga, D., & Vélez Martínez, Y. S. (2024). Afrontamiento familiar en personas que presentaron intento de suicidio: relatos de sobrevivientes. *Revista Ciencias de la Salud*, 22(3), a12774. <https://www.redalyc.org/journal/562/56281860002/>

- [12]. Dialnet. (2023). *Suicidios en Quito, Ecuador. Etnografía de la muerte autoinfligida desde interpretaciones de la vida* [Tesis doctoral]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=229288>
- [13]. Family support after a family member's suicide: A qualitative exploration. (2025). *PLOS ONE*, 20(10), e0334964. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0334964>
- [14]. Federación Mundial para la Salud Mental. (2010). *Suicidio y conducta suicida*. World Federation for Mental Health.
- [15]. García, R. (2024). *Traumatic grief following a suicide loss among Latinx individuals: exploring the influence of machismo and marianismo* [Tesis de maestría]. California State University, Fresno. <https://chhs.fresnostate.edu/ccassc/documents/richard-garcia-thesis-2024.pdf>
- [16]. Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2023). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (2.^a ed.). McGraw-Hill.
- [17]. Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91-102. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310>
- [18]. Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. Routledge.
- [19]. Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan.
- [20]. Levi-Belz, Y. (2022). Depression and suicide ideation among suicide-loss survivors: A six-year longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16561. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416561>
- [21]. Ley Orgánica de Salud. (2006). Registro Oficial Suplemento 423.
- [22]. Ley Orgánica de Salud Mental. (2024). Registro Oficial.
- [23]. Llerena Freire, E. R., Sánchez Zamora, J. V., & Buenaño Gavilánez, J. P. (2023). *Vivencias de familiares supervivientes del suicidio* [Tesis de grado]. Universidad Tecnológica Indoamérica. <http://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/5842>
- [24]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Reporte nacional de conducta suicida y salud mental*. MSP.
- [25]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2025). *Política Nacional de Salud Mental 2025-2030*. MSP.
- [26]. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Suicide*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- [27]. Revista Latino-Americana de Enfermagem. (2025). Familias supervivientes: la experiencia de perder uno de sus miembros por suicidio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 33, e4614. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7676.4614>
- [28]. Rojas García, T. M. (2025). *Análisis desde la Perspectiva de Trabajo Social sobre los Mecanismos Resilientes Presentes en Familiares Sobrevivientes al Suicidio* [Tesis de grado]. Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica. <https://repositorio.trabajosocial.or.cr/ficha/analisis-desde-la-perspectiva-de-trabajo-social-sobre-los-mecanismos-resilientes-presentes-en-familiares-sobrevivientes-al-suicidio-un-estudio-de-casos-bajo-el-enfoque-de-salud-mental-en-nicoya-guan/>
- [29]. Romero-Moreno, J. C., Cantero-García, M., Huertes-del Arco, A., Izquierdo-Sotorrío, E., Rueda-Extremera, M., & González-Moreno, J. (2024). Grief intervention in suicide loss survivors through cognitive-behavioral therapy: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 14(9), 791. <https://doi.org/10.3390/bs14090791>
- [30]. Shneidman, E. S. (1972). Survivors of suicide. En A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide* (pp. 110-124). Charles C. Thomas.
- [31]. Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- [32]. Sociedad Vasca de Victimología. (2019). *Duelo por suicidio: necesidades y recursos de apoyo* [Documento técnico]. https://en.sociedadvascavictimologia.org/files/ugd/db0d40_7d2cebab22c74e19be64ab61fa0eac08.pdf

- [33]. Soro Marín, M. (2021). *Duelo patológico por suicidio: revisión bibliográfica* [Tesis de grado]. Universidad Católica de Valencia. <https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/1395/MARTA%20SORO.pdf>
- [34]. Springer. (2024). Supportive and non-supportive social experiences following suicide loss: A qualitative study. *BMC Public Health*, 24, 1190. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18545-3>
- [35]. UTPL. (2025, 11 de marzo). Ecuador impulsa la Política Nacional de Salud Mental 2025-2030. *Noticias UTPL*. <https://noticias.utpl.edu.ec/ecuador-impulsa-la-politica-nacional-de-salud-mental-2025-2030>
- [36]. Whitebrook, J., Lafarge, C., & Churchyard, J. S. (2025). A suicide bereavement model: based on a meta-ethnography of the experiences of adult suicide loss survivors. *Frontiers in Public Health*, 13, 1596961. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1596961>
- [37]. World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>