

**VIVENCIA E INTERIORIZACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN UN HOMBRE DE
33 AÑOS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

ESTUDIO DE CASO

LILIANA PATRICIA BETANCUR GALLÓN

MARTA LILIANA GIRALDO GAVIRIA

ASESOR

WBEIMAR LOPERA LÓPEZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

PSICOLOGÍA

BELLO

2015

Resumen

La presente investigación surge bajo la necesidad de investigar las razones por las cuales una persona adulta interioriza ideas suicidas, pero nunca llega al acto. Para tal fin, se propuso como objetivo de investigación el analizar la vivencia e interiorización de la ideación suicida en un hombre de 33 años habitante de la ciudad de Medellín. La metodología asumida para cumplir con esto fue el estudio de caso; se le aplicaron entrevistas semiestructuradas a profundidad, con base en las categorías: vivencia e ideación suicida, interiorización de la idea suicida, procesos de socialización y creencias sobre el suicidio; la información se analizó a través de un matriz categorial. Los resultados permiten concluir que en el caso hay una relación muy fuerte entre la depresión, el sentimiento de culpa, la deprivación emocional y el consumo de alcohol con la idea suicida; además, la interiorización de la idea suicida se hace en la adolescencia, pero se evidencia en la vida adulta con los riesgos psicosociales mencionados.

Palabras Clave: Ideación suicida; interiorización; vivencia; emociones; socialización.

Abstract

This research began in the need to investigate the reasons why an adult internalized suicidal thoughts, but never gets to act. To that end, it was proposed research aims to analyze the experience and internalization of suicidal ideation on a 33-year resident of the city of Medellín.

The approach taken to fulfill this purpose was the case study; semi-structured interviews were applied to depth, based on the categories: *survival and suicidal ideation, suicidal ideation internalization, socialization processes* and *beliefs about suicide*; and the information was analyzed through a *categorical matrix*. The results suggest that if there is a strong relationship between depression, guilt, emotional deprivation and alcohol consumption with suicidal ideation; in addition to the internalization of suicidal idea becomes an adolescent, but is evident in adulthood with psychosocial risks mentioned.

Keywords: suicidal ideation; internalization; experience; emotions; socialization.

Tabla de Contenido

Resumen.....	2
Abstract.....	2
Tabla de Contenido.....	4
Planteamiento del problema.....	6
Antecedentes.....	10
Justificación.....	19
Objetivos.....	21
General.....	21
Marco referencial.....	22
Contenidos de las ideas suicidas.....	34
Vivencia.....	35
Procesos de socialización primaria y secundaria.....	35
Metodología.....	37
Enfoque.....	37
Método de investigación.....	38
Técnicas de recolección de información.....	39
Procedimiento metodológico.....	39
Caracterización del sujeto objeto de estudio.....	40
Cronograma.....	40
Consideraciones éticas.....	42
Análisis de la información.....	42
Presentación del caso M.....	42
Análisis y discusión de resultados.....	43
Interiorización de la ideas suicidas.....	44
Contenidos de las ideas suicidas.....	46
Emocionalidad asociada a las ideas suicidas.....	47

Procesos de socialización primaria y secundaria en M.....	49
Dificultades en la comunicación	52
Deprivación emocional	52
Alcoholismo, ludopatía e ideación suicida.....	54
Sensación de fracaso y depresión.....	56
Conclusiones	59
Referencias.....	62
Anexos	71
Anexo 1. Consentimiento informado	71
Consentimiento informado escrito	73
Anexo 2. Matriz categorial para análisis de la información.....	74
Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada	81

Planteamiento del problema

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial debido a que está entre las tres primeras causas de mortalidad en personas de 15 a 44 años (Forensis, 2013, p. 132), pero aun sabiendo esto y a pesar de los innumerables proyectos de prevención que se han hecho para reducir las tasas en todo el mundo, no se evidencian reales avances que demuestren su eficacia, pues, como dice Montezuma (2010, p. 162), y a pesar que las estadísticas lo demuestran, no se ha considerado como algo de gran magnitud, entre otras cosas porque durante mucho tiempo se consideró como una falta religiosa, hablando especialmente de la edad media, donde el cristianismo prohibía y castigaba el acto de suicidarse, teniendo como premisa que aquel que se mata “es el asesino de un hombre”, y va en contra de la voluntad de Dios (Moron, 1992, p.7), o desde de la filosofía, donde lo estudiaron varios filósofos, entre ellos Platón, Sócrates, Aristóteles, Séneca y San Agustín, haciendo surgir argumentos de “tipo social y existencial” que iban “en pro y en contra del suicidio” (Quintanar, 2008, p. 2), además de la educación, tomándolo desde el problema de la autonomía que tienen los seres humanos sobre la propia vida o la propia muerte.

A pesar de lo anterior, el suicido es considerado actualmente como un problema de salud pública, con dimensiones tan serias que en las últimas dos décadas se han comenzado a establecer políticas públicas a nivel mundial para intentar prevenirlo (Toro, Paniagua, González & Montoya, 2009, p. 201).

En ese sentido, a nivel internacional, Finlandia y Canadá son los países con las tasas más altas de suicidio (Toro et al., p. 303), mientras que en Latinoamérica se destacan Cuba, Brasil y Colombia (Forensis, 2013, p. 132).

Con relación a lo anterior, Antioquia se encuentra dentro de los cinco departamentos de Colombia con las tasas más altas de suicidio con 329 casos en el año 2013 (Forensis, 2013, p. 129). Por su parte, la ciudad de Medellín ha tenido gran cantidad de casos de mortalidad por la misma causa; en el año 2010 la tasa de suicidio fue de 5,2 por cien mil habitantes superando la de Colombia que fue de 4,1 (Gaviria, 2012, p. 47), mientras que en el año 2013 se presentaron 1810 muertes por suicidio, hecho que es preocupante ya que tiende al ascenso (Forensis, 2013, p. 129).

Por otro lado, factores como la depresión, la autoimagen disminuida, dificultades a nivel cognitivo, trastornos mentales, entre otros, son en su mayoría los que conllevan a la idea del suicidio, sin embargo, la sociedad ejerce también gran presión sobre el ser humano pues se vuelve cada vez más exigente, creando constantes espacios de competencia para mostrar las potencialidades de cada quien y cuando no se alcanzan los logros propuestos, se genera en muchos casos que las personas se llenen de pensamientos y emociones de tipo negativo, que sumados a sus experiencias de vida (Ellis, 2008, p. 3), les pueden hacer sentir inferiores, temerosos o llenos de incertidumbre (García, et al., 1998, p. 2), deteriorando su auto concepto y llevándolos a pensar en que no son eficaces o útiles para el mundo y es allí donde se corre el riesgo de que aparezcan ideas autodestructivas que pueden traer consecuencias irreparables.

Debido a dichas razones, el presente proyecto investigativo pretende indagar sobre este fenómeno, bajo la consideración de que si es una causa de muerte tan frecuente se debe tener la mayor cantidad de estudios posibles desde ópticas o perspectivas amplias e integradoras que den luces para abordarlo con mayor eficacia.

Como se mostrará en el apartado de los antecedentes, la gran cantidad de estudios que se han realizado se han centrado en el acto suicida pero poco en el de la ideación, definida como “la presencia de deseos de muerte y pensamientos persistentes de querer matarse” (Llaberia, 2005).

Considerando lo anterior se argumenta que no se le ha dedicado el suficiente interés como al intento o al acto en sí (García, et al., 1998, p. 1), hallando en este punto lo problemático, pues si el tema se revisa de manera rigurosa y comprometida seguramente generará resultados que tengan gran utilidad a la hora de prevenir comportamientos suicidas, pues además, la prevalencia de los estudios está muy marcada en investigaciones sobre el adolescente como el grupo poblacional en el que más se presentan las ideas y el acto suicida, al igual que en el suicidio vinculado a perspectivas de género o a su relación con las enfermedades mentales. Es inquietante que el abordaje sobre los adultos, que incluso en muchos casos no tienen diagnóstico psiquiátrico o antecedentes del mismo en su historia de vida, sea tan reducido. Así, desde el punto de vista de la psicología, se hace interesante centrarse en la presencia de las ideas suicidas en un sujeto adulto, no sólo desde una edad frecuentemente olvidada por las investigaciones halladas, sino también desde el punto de vista de la vivencia, pues los trabajos encontrados refieren a aspectos

muy descriptivos de las formas externas de la personalidad de un suicida o un sujeto con ideaciones de este tipo, pero muy poco sobre la vivencia interna a través de su experiencia de vida de cómo fue interiorizando estas ideas, considerando factores psicosociales, del desarrollo evolutivo, de los procesos de socialización con la familia, la escuela y la sociedad, de sus vínculos más importantes, de las emociones más notorias en su personalidad, de los duelos no elaborados etc., es decir, en pocas palabras, de su historia de vida y los elementos de esa historia que pudieran estar íntimamente involucrados con las razones por las cuales aparece en su vida la ideación suicida, o como lo define Llaberia (2005, p, 77): ganas de querer matarse.

Para concluir, las teorías o investigaciones actuales acerca de la ideación suicida son sólo descriptivas, así que tienden a carecer de un valor “explicativo” que permita llegar al descubrimiento de tratamientos efectivos, debido a que “no ayudan a entender por qué la gente se vuelve suicida o cómo ayudar a una persona a cambiar mediante la terapia”, como propone Ellis (2008, p. 3), a pesar de ello, se ha elegido profundizar particularmente en el caso de un hombre de 33 años de la ciudad de Medellín que ha tenido ideas suicidas frecuentes, con el fin de obtener los fundamentos que ha tenido para llegar a ello y así analizar cómo ha sido su vivencia y la interiorización de éstas, hecho que tampoco pretende explicar pero que sí dará un acercamiento mayor a una problemática a la que se le debe prestar más atención para que paso a paso se pueda llegar a una solución más eficaz.

Todo lo anterior nos lleva a preguntarnos como investigadoras *¿Cómo ha vivenciado e interiorizado la ideación suicida, un hombre de 33 años de la ciudad de Medellín?*

Antecedentes

A continuación se expondrán algunos de los antecedentes de investigación hallados y que fueron realizados previamente por otros estudiantes y profesionales, relacionados al tema de la ideación suicida, con el fin de obtener conocimiento acerca de sus resultados y posteriormente evidenciar la pertinencia y los aportes que le puedan brindar al presente proyecto, del mismo modo en que este puede complementarlos o brindar información relevante para futuros estudios.

El proyecto de Toro, Paniagua, González & Montoya (2009) tuvo como objeto explorar la posible asociación que hay entre factores como el suicidio, la depresión, el consumo de drogas psicoactivas y la disfunción familiar en adolescentes escolarizados de la ciudad de Medellín. El instrumento de recolección de datos fue una encuesta auto aplicada con 779 adolescentes para evaluar la probabilidad que tenían de estar en riesgo de alguno de ellos, de lo cual surge como resultado un riesgo de suicidio entre el 23,0% y 26,5%, con el que se relacionan a su vez la depresión y disfunción familiar. Se llega a la conclusión de que una problemática como esta debe recibir especial atención por parte del área educativa, la administración municipal y los padres de familia, de tal modo que se implementen propuestas de detección de depresión y la exigencia de tratamientos para ésta, además de propuestas con padres y educadores donde se fomente el afecto, la comunicación, cooperación y respeto entre las familias.

La investigación realizada por Calvo, Sánchez, & Tejada (2003) tuvo como objeto cuantificar la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios, además de caracterizar grupos en relación con la ideación y conductas suicidas, adicionalmente determinar las variables asociadas a la ideación y tentativa suicida. La prevalencia de ideación suicida que se logró determinar fue de 3.6 % y 18 % en el último año. En este estudio se reitera que es más frecuente la ideación y la tentativa suicida en mujeres. Aspectos como violaciones o permanecer solo más de ocho horas diarias, están relacionados con la idea de suicidarse. En el mismo estudio se argumenta que los países industrializados tienden a presentar mayores tasas de suicidio, siendo la tercera causa de muerte en personas entre 15 y 24 años. De igual modo se expone que el aislamiento social, una débil red de apoyo o experiencias negativas deben ser tenidas en cuenta al momento de evaluar riesgos. Se detecta mayor prevalencia en personas separadas o solteras. Por otro lado, las patologías psiquiátricas conforman aproximadamente el 95 % de suicidios consumados. Estos autores afirman también que un factor importante es la historia de intento de suicidio previo, pues por lo general, quien lo intenta termina muriendo a causa del suicidio. Otros factores asociados a éste último están relacionados con el fácil acceso a métodos letales, antecedentes de suicidios en familiares (genética) (Moscicki (1995; 1997); & Foster et al., (1999), citados en Calvo et al. (2003) y experiencias negativas en la infancia, como se concluyó en el mismo estudio.

Pérez, Piernagorda & Rengifo (2010) decidieron describir y estimar la prevalencia del suicidio entre la población de adultos jóvenes del departamento del Quindío-Colombia durante los años de 1989-2008; para ello realizaron un estudio cuantitativo de tipo descriptivo usando datos brindados por el Instituto Seccional de Salud del Quindío. Como resultado, se hallaron 683

suicidios de los cuales 321 fueron de adultos jóvenes; 262 (82%) fueron hombres y 59 (18%) mujeres. Con respecto a los métodos, los hombres recurrieron más al arma de fuego y el ahorcamiento (35%, respectivamente) y las mujeres a la intoxicación (59%). La mayor tasa de suicidio se encontró entre los 18-24 años. Concluyen recomendando a las autoridades competentes hacer campañas de prevención.

Gómez, Plaza, Ramírez, Losada, Torres, Monrroy y Vega (2008) estudiaron a 116 personas que tuvieron intento de suicidio en el departamento de Huila, Colombia, con el fin de establecer el perfil multidimensional de personas con intento de suicidio. Se realizaron entrevistas semi – estructuradas y se aplicaron pruebas de personalidad, inventario de depresión, evaluación de alcoholismo, evaluación de ideación e intento de suicidio. El perfil multidimensional se centró en adolescentes rurales y adultos citadinos, además, se consideraron amas de casa con relación de pareja estable y personas solas, divorciadas y desempleadas. La estructura y dinámica familiar disfuncional están altamente asociadas a la persona con intento de suicidio.

Por su parte, Ceballos y Suárez (2012) realizaron un estudio descriptivo-correlacional, de diseño transversal, en el que buscaron identificar la relación entre ideación suicida (IS) y las características de inteligencia emocional (IE) en 328 estudiantes de psicología de una universidad estatal del departamento de Magdalena, Colombia; de manera intencional se aplicó el Traid Meta Mood Scale-24 y la Escala de Ideación Suicida de Beck en 157 de ellos, obteniendo como resultado una prevalencia de IS de 5,1 %, con adecuados estados en las

habilidades de IE, además de una relación negativa entre la IS y el componente de reparación emocional. No se encontró correlación entre IS e IE.

El objetivo de la investigación realizada por Rodríguez, Rozo, & Sánchez (2013) fue identificar la ideación suicida en un grupo de policías de Pereira; para ello se aplicó el cuestionario ISO 30 y una encuesta de caracterización en 137 policías, en lo cual el 2,9% presentó ideación alta. Las mayores puntuaciones se registraron entre los que vivían solos (11,1%) y los que tenían intento previo de suicidio (25,0%) aunque sólo en los primeros se encontró una asociación estadísticamente significativa.

Pasando ahora a investigaciones internacionales, García, González-Forteza, Medina & Sánchez (1998) tuvieron como objetivo conocer la prevalencia de ideación suicida en estudiantes universitarios jóvenes, además de las variables de riesgo y de protección asociadas, e incluso las variables predictoras de dicho estado emocional. El estudio se realizó en México con generaciones del 93 y del 95 de Licenciatura teniendo en cuenta su género. Se evaluó usando una escala conformada por cuatro reactivos que coincidían con la Cédula de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD). Este estudio concluye que entre un 27% y un 30% de los universitarios presenta ideación suicida, siendo más frecuente encontrar síntomas en las mujeres; la autoestima fue la variable de protección más común para la muestra elegida. Con respecto a los factores de riesgo se encuentra el estrés social en los hombres de la generación del 93 y en los dos grupos de mujeres.

En el año 2006, Muñoz, Pinto, Callata, Napa, & Perales (p. 239), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes de 15 a 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de la ciudad de Lima, Perú. Se realizó un estudio transversal analítico aplicando un cuestionario autoadministrado formado por la subescala de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado, aplicado a 1500 estudiantes divididos entre adolescentes (15 a 19 años) y adultos jóvenes (20 a 24 años). Dentro de los resultados hallaron que 48% de los estudiantes presentó deseos pasivos de morir, el 30% ideación suicida, el 15% elaboró un plan suicida y el 9% intentó suicidarse. Con respecto a las familias de acuerdo a su cohesión, se encuentra la familia desligada (22%), la separada (32%), la conectada (31%) y la familia amalgamada (15%). Los investigadores concluyen que existe una prevalencia elevada de ideación suicida en estudiantes entre 15 y 24 años y está asociada, sólo en adolescentes, a pertenecer a familias con niveles muy bajos de cohesión familiar.

Alvarado, Quiroz, Vianchá et al. (2013) realizaron una investigación para determinar la medida en que los estilos parentales predicen la ideación suicida en adolescentes estudiantes de bachillerato en instituciones públicas de México. En dicha investigación participaron 172 hombres y 226 mujeres entre los 15 y 17 años; se aplicó una escala de estilos parentales propuesta por Andrade y Betancourt (2008) y se desarrolló una escala para medir la ideación suicida. Se concluyó que la ideación suicida y los sentimientos de soledad se presentan en mayor porcentaje en las mujeres que en los varones, además, se observaron correlaciones

significativas entre los estilos parentales del padre con el control psicológico en los varones (0,219) y en mujeres (0,396). Con relación a los factores predictores de ideación suicida se identificó que el afecto/comunicación y el control psicológico son un factor de riesgo (0,79 en los hombres y 33,5 en las mujeres). Las mujeres se muestran con mayor vulnerabilidad y el control psicológico parece ser una práctica de riesgo en los padres para que sus hijos desarrollen ideas suicidas.

En otro estudio, López, Medina, Villatoro, Juárez, Carreño, Berenzon & Rojas (1995) analizaron la ideación suicida en jóvenes mexicanos que consumen drogas, describiendo la relación que existe entre su estado mental y las sustancias que utilizan. Los datos iniciales fueron obtenidos de la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas en la Comunidad Escolar de México con estudiantes de enseñanza media y media superior (3,459 estudiantes). Los resultados muestran que el 47% de estudiantes presentó por lo menos un síntoma de idea suicida para el año anterior al estudio, 17% pensó en quitarse la vida y 10% respondió afirmativamente a los cuatro reactivos del CESD (Cédula de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos). Dichos síntomas se presentan un poco más en las mujeres con ligeras variaciones entre las edades de 13 a 19 años. A modo de conclusión del presente estudio, el consumo de alcohol y de drogas constituyen factores de riesgo muy importantes para que haya ideación suicida; ésta se presenta en mayor medida en estudiantes que toman drogas medicadas sean estimulantes o depresoras. Entre los alucinógenos se presentan menos casos en los consumidores de cocaína.

Por otra parte, Marco, García-Alandete, Pérez, & Botella (2014) proponen que el trastorno límite de la personalidad (TLP) se asocia de gran manera con una alta incidencia de suicidio. Las creencias y pensamientos positivos pueden amortiguar a la persona al momento de querer suicidarse aunque hayan otros factores importantes que influyen para llegar a ello, como la depresión o la desesperanza. Existen varios estudios que muestran una fuerte relación entre bajos niveles de sentido de la vida y riesgo de suicidio, por lo anterior, el objetivo de esta investigación en la que participaron 80 personas con TLP provenientes de tres servicios de salud mental en régimen de Hospital de Día, de tres ciudades de España, fue analizar el papel mediador del sentido de la vida entre la depresión y la desesperanza, en la que surge como resultado que el 61 % del efecto total de la depresión sobre la desesperanza fue mediado por el sentido de la vida.

El estudio realizado por Serrano, Barrantes, Doménech, Obiols, & Subirá, (1997) tuvo como objetivo determinar la relación entre la sintomatología obsesivo-compulsiva (SOC) y la ideación suicida en una muestra de 1525 estudiantes de 8º de una institución de la ciudad de Barcelona, además de estudiar la presencia de dicha sintomatología en la población origen de la muestra. Se obtuvo como resultado que las personas con puntuaciones más elevadas en la escala de SOC tienen mayor ideación suicida.

Jiménez y Ruiz (2011) realizaron un estudio titulado “Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes” en el que aplicaron el constructo Sturm und Drang (tormenta e impulso) centrándose en la idea estereotipada de crisis emocionales y afectivas de adolescentes. Se analizaron desajustes comportamentales, trastornos depresivos y ansiógenos,

quejas somáticas, problemas de relación, conducta agresiva, búsqueda de atención y problemas de pensamiento en estudiantes de Secundaria del Principado de Asturias (España). Resultaron tendencias de respuesta denotativas de estabilidad, escasas manifestaciones de cuadros ansiógenos, confusiones personales en la búsqueda de sí mismo, una adecuada valoración de los contactos interpersonales, escasas conductas agresivas o amenazantes y leve manifestación de desajustes mentales y otras conductas problema. De igual manera encontraron diferencias significativas con respecto a la edad, el autoconcepto, la relación con iguales y el grado de insatisfacción institucional con mayor vulnerabilidad a manifestaciones de patología externalizada. Los autores concluyen que la adolescencia tiende a representar una sucesión de crisis (en la acepción de cambios) adaptativas, más que un período de sucesivos e incontrolables tumultos emocionales.

Debido al incremento de los fenómenos suicidas en adolescentes, Fernández y Merino (2001) realizaron un proyecto para estudiar los índices de ideación suicida, la capacidad del autoconcepto y la depresión para predecir los pensamientos de suicidio en adolescentes españoles, teniendo en cuenta su género. El estudio se realizó con 161 personas escolarizadas de 16 a 19 años usando la escala de ideación suicida (Beck, 1979), adaptada y abreviada por Villardón (1993), la escala de autoconcepto (Villa, 1992) y el inventario de depresión de Beck (BDI) adaptado por Vázquez y Sanz. Como resultado hallaron que las chicas tuvieron niveles más altos de ideación suicida, además de que en ellas la depresión explicaba hasta un 64% de varianza, mientras que en los hombres es la dimensión social de autoconcepto la que más influye.

Para concluir, Gómez y Cortés (1996, p. 241) consideraron que para poder analizar la relación que hay entre el suicidio y la concepción de muerte hay que partir de lo siguiente: “La concepción que un individuo posea de la muerte puede ser un indicador de riesgo de la intención suicida”. Por lo anterior, estudiaron las concepciones de muerte presentes en población con intento de suicidio y con ideación suicida, comparándolas con las de los individuos “normales”. La muestra estuvo compuesta por 90 sujetos colombianos, divididos en tres grupos a los que se les aplicó la entrevista de diagnóstico psiquiátrico (PDI-R) y el instrumento de concepción de muerte y suicidio construido específicamente para dicha investigación. A través del análisis comparativo se llegó a que existe relación entre la concepción de muerte y la intención suicida de los individuos, así que se puede considerar el concepto de muerte como un indicador de riesgo suicida.

Para finalizar, se concluye que a pesar de no haber investigaciones muy profundas con respecto a la evaluación de la ideación suicida, sí hay hallazgos bastante importantes que como se mencionó en un principio, seguramente servirán para orientar posteriores estudios, como se espera que se haga con el presente, el cual busca, como ya se ha expresado, analizar la vivencia e interiorización de la ideación suicida de un hombre de 33 años de la ciudad de Medellín, un caso particular en el que se pretende ahondar con el fin de obtener datos significativos que sirvan para generar estrategias de prevención del suicidio, comenzando por prevenir que se llegue al pensamiento suicida, que es la primera etapa.

Justificación

El presente proyecto pretende analizar la vivencia e interiorización de la ideación suicida de un hombre que la ha experimentado en varias ocasiones, profundizando en su caso con el fin de descubrir lo que ha influido en sus pensamientos, teniendo claro que es algo muy subjetivo pero que servirá precisamente para conocer aquellos aspectos internos que se albergan en él y que influyen en el hecho de querer terminar con su vida; con ello se pretende dar una luz a la búsqueda de soluciones o al tratamiento de la conducta suicida, aportando no sólo a la ciencia sino también a la sociedad.

Según la OMS (2012), cada año se cometen cerca de 900.000 suicidios a nivel mundial, una cifra que es bastante alarmante, sin embargo, aunque no todos se pueden prevenir, sí se pueden evitar en la mayoría de los casos; además, en muy pocas ocasiones, la conducta suicida se da sin que la persona haya hablado o dado previo aviso de ello, así que las amenazas de esta conducta no pueden ignorarse.

Como lo muestran los datos expuestos en el planteamiento del problema, el suicidio es un fenómeno social que está causando muchas muertes en Antioquia, estando este dentro de los cinco departamentos con mayor cantidad de casos del país. Es por esto que es de suma importancia realizar investigaciones que abarquen el fenómeno con nuevos planteamientos problemáticos y que intenten responder con nuevos abordajes o propuestas de abordaje. Es bien

sabido que de la manera en que se comprende un fenómeno depende el modo en que los profesionales y hasta las políticas públicas, preocupadas por la salud mental de la población y de sus individuos, se ocupan de él y es allí donde se evidencia la importancia de continuar con investigaciones y estudios que sigan dando luces sobre el tema.

Por otro lado, esta investigación se hace aún más relevante porque ha decidido centrarse en el fenómeno desde la vivencia misma de la persona que la experimenta, a través del método del estudio de caso, que permite profundizar en su subjetividad.

También es importante resaltar que la investigación se enfoca en el aspecto provocador de la idea suicida y no en la actuación o en el hecho del suicidio como conducta consumada, como lo hace un enorme porcentaje de los estudios que sirvieron como antecedente.

Con respecto a la propia formación como psicólogas, la investigación cumple la función de fortalecer en los principios y competencias de la investigación cualitativa, específicamente en el estudio de caso, el cual, por su característica de profundidad y focalización en un único caso como el de las ideas suicidas que acompañan a un hombre, ayuda a acentuar habilidades y en la capacidad de adentrarse en esa profundidad y focalización que requiere análisis, interpretación, observación y escucha de lo verbal y lo no verbal en el discurso del sujeto que se estudia.

Finalmente, esta investigación es evidentemente pertinente para la psicología, porque si bien el fenómeno del suicidio y de las ideas suicidas es del campo global de la salud mental, la psicología es una disciplina que le da luces teóricas y de intervención sumamente importantes, teniendo en cuenta además que la idea suicida aunque puede estar motivada por varios factores, tiene como base esencial el componente psicológico.

Objetivos

General

Analizar la vivencia e interiorización de la ideación suicida en un hombre de 33 años habitante de la ciudad de Medellín a partir de un estudio de caso.

Específicos

Caracterizar el contenido y tipo de las ideaciones suicidas interiorizadas por el sujeto objeto de estudio.

Indagar acerca de las repercusiones emocionales que presenta el sujeto como consecuencia de las ideas suicidas.

Identificar los procesos de socialización del sujeto y la relación de éstos con la interiorización de la idea suicida.

Establecer las creencias que el sujeto ha interiorizado sobre el suicidio.

Marco referencial

Con el pasar del tiempo el suicidio se ha concebido desde diferentes perspectivas, entre ellas como una cuestión de la moral, la espiritualidad, la filosofía, los procesos inconscientes, las disfunciones biológicas, fuerzas del medio ambiente o la combinación de todos ellos (Ellis, 2008, p. 12); sin embargo, gracias a los avances científicos se ve al suicidio como un tema de mayor complejidad cuyo estudio requiere rigurosidad.

La palabra Suicidio proviene del latín (súis: a sí, caedes: muerte”), y significa “la muerte dada a sí mismo”; aun así, dicha definición no aplica en todos los casos en los que una persona muere por su propia decisión, pues hay situaciones en las que por diversas circunstancias, por ejemplo, el preferir dar la vida por ayudar a otra persona, o por accidentes ocasionados con consecuencias catastróficas, se llega a la muerte. Es por eso que la “voluntariedad” juega un papel importante al momento de decidir vivir o no (Tozzini, 1969, p. 6).

Por lo anterior se ha llegado a un consenso en el que el suicidio es denominado como “una conducta compleja en la que intervienen factores sociodemográficos, psicológicos y biológicos” (Toro; Paniagua; González & Montoya,. 2009, p. 303).

Para el año de 1955, Shneidman y Farberow (en Ellis, 2008, p. 36) llegaron a la conclusión de que un “paciente peligroso, hablando del suicidio”, es aquel que tiene una historia con intentos o amenazas previas, además, el periodo más peligroso se da cuando el paciente parece estar recuperado.

Shneidman, mencionado por Ellis (2008, p. 33) creó un modelo cúbico del suicidio conformado por “tres fuerzas psicológicas” ubicadas en tres ejes; dichos ejes están compuestos por el dolor psicológico que no se puede tolerar (dolor de psique), el segundo es el de las presiones psicológicas incesantes o estresores y el tercero es la perturbación; A partir de esto el autor argumenta que cuando una persona se suicida está en los máximos niveles de las tres fuerzas. Gracias a este modelo, además, logra definir a las conductas suicidas como aquello que surge como consecuencia a alguna situación particular, en la que siempre hay una “sinergia de eventos, circunstancias, sufrimiento patológico y molestia” que en algún momento se unirán para llevar a la muerte.

La “perturbación”, término anteriormente mencionado, es otro factor importante que puede incidir en el pensamiento suicida, y se define como el estado de “sentirse emocionalmente molesto e intranquilo” (Shneidman, 1993 mencionado en Ellis, 2008, p. 32).

Neuringer (1976), citado en Ellis (2008, p. 15), propone que los individuos suicidas tienen dificultad para hacer uso de sus recursos imaginativos internos a diferencia de individuos

no suicidas, además, son más rígidos y limitados en su pensamiento y tienen gran dificultad para proyectarse en un futuro.

Neuringer (1961, 1967, 1964, 1968, 1971) en Ellis (2008, p. 14) expone que la persona con ideación suicida tiene rigidez cognitiva y resolución de problemas deteriorada; así, considera a la muerte como un aspecto más favorable que la vida.

Para Beck (1973), mencionado por Ellis (2008, p. 51), la manera de pensar y de interpretar los eventos de la vida influye en las respuestas emocionales y conductuales que surgen; así mismo, lo que lleva al pensamiento suicida es el constructo de la desesperanza, “conjunto de expectativas negativas acerca del futuro”, que sumada a un razonamiento deteriorado puede llevar a la conducta suicida (Ellis, 2008, p. 15, 52).

Algunos estudios demuestran que una persona que tiene pensamiento suicida no ve un futuro negativo sino que ve un futuro con muy pocos eventos positivos por lo que pierde el sentido de vivir (MacLeod, Rose & Williams, 1993; MacLeod, & Tarbuck, 1994, citado por Ellis, 2008, p. 96).

Con respecto a otros aportes brindados por Shneidman (1984), citado por Ellis (2008, p. 34), este propone algunos aforismos acerca del suicidio, entre ellos, que este nunca debería llevarse a cabo cuando se está en depresión, se está molesto o constreñido por algo; lo anterior se

explica en el hecho de que Shneidman ha encontrado características comunes en personas con conductas suicidas, hallando gran influencia en las etapas mencionadas, por lo que es importante que el sujeto cuente con el acompañamiento de una persona significativa, y a su vez, que el terapeuta ejerza un rol activo para evitar que llegue al acto mientras atraviesa alguna de ellas. La constricción, es definida por él mismo como un trastorno del pensamiento primario en el que hay un “estrechamiento patológico del foco de la mente”, que hace que sólo se vean dos caminos, el de afrontar o cesar ante una situación.

Beck, et al., (1973) en Ellis (2008, p. 53) proponen que el suicidio consumado, el intento de suicidio y la ideación suicida se diferencian por el “grado de intento, grado de letalidad y método”; si un comportamiento “autolacerante” no incluye intento suicida, no puede ser considerado como tal sino como un “comportamiento autodañino”. Con relación a lo anterior, el suicidio consumado se define como aquel que está conformado por todos los actos realizados y que tienen como resultado la propia muerte; en el intento de suicidio, el sujeto ejecuta acciones que atentan contra él mismo pero sin poder llegar a consumir la muerte, y la ideación suicida, abarca los pensamientos acerca “de la utilidad o valor de la vida” hasta la ejecución o amenaza del acto suicida (Silva et al., 2006).

En cuanto al riesgo de suicidio, según Ellis (2008, p. 2), tiende a ser muy alto en poblaciones clínicas pues al menos un 90% de suicidios implican enfermedades psiquiátricas, como en el caso de personas con esquizofrenia que representan una tasa de 30 a 40 veces más, comparado con la población en general; los ambientales, con las experiencias adversas de la

infancia de las que se pudieron haber aprendido respuestas emocionales o patrones de pensamiento disfuncionales (Ellis, 2008, p. 89). Así mismo, dichos sucesos pueden provocar emociones estresantes y depresión (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001, mencionados en Ellis, 2008, p. 91).

Según Rodríguez (2012), médica psiquiatra del Hospital Mental de Antioquia, no existe un método que pueda determinar con exactitud el riesgo suicida de un paciente, ya que esta conducta está influenciada por varios factores que incluyen diagnóstico psiquiátrico, médico y psicológico, además de aspectos familiares, genéticos, entorno social y cultural o eventos estresantes, y además, puede cambiar rápidamente.

En la relación del comportamiento suicida y la edad se identifica que ciertos patrones de constructos en los suicidios de jóvenes adultos pueden diferenciarse psicológicamente de los de los adultos mayores, aunque siempre habrá similitudes en otros rasgos a través de toda la vida adulta. (Bauer et al., 1997; Leenaars, 1988^a) citado en Ellis (2008, p. 38).

Por lo general, la persona suicida crea entornos aversivos y siempre está a la espera de que los demás solucionen sus asuntos (Kehler & Linehan, 1996; Linehan, et al., 1987; Pollock & Williams, 1998; Schotte & Clum, 1987) mencionados por Ellis (2008, p. 91), así mismo, buscan comentarios negativos (Joiner, 1995) mencionado por Ellis (2008, p. 91).

Continuando con los factores asociados, según Montezuma (2010, p. 163), el suicidio no puede asociarse a niveles de educación o pobreza. La actual “velocidad” de los países desarrollados, los cambios sociales y culturales frecuentes y la adaptación a ellos, la impulsividad y la violencia en sociedades “avanzadas”, pueden traer graves consecuencias en los más “vulnerables”. Por otro lado, según Tozzini (1969, p. 91), es más común el suicidio en personas que han colmado sus “aspiraciones vitales”, como la riqueza, la fama, la posición social, o las que sienten que han perdido la posibilidad de planear un futuro, como en el caso de los adultos mayores o enfermos, a diferencia de quienes comienzan a definir sus metas, que también pueden ser materiales, pues tienen el deseo de superarse y alcanzarlas.

La falta de apoyo social es también un factor relacionado al suicidio debido a que la persona no tiene la posibilidad de expresar sus necesidades y carece de una “asistencia” que le colabore en la reducción de su estrés y le muestre otras alternativas para la resolución de sus problemas (Wagner, 1997, mencionado por Ellis, 2008, p. 91).

Linehan (1939), citada por Ellis (2008, p. 99), menciona que los factores genéticos, el desarrollo intrauterino o traumas cerebrales deben tenerse en cuenta ya que pueden provocar que la emocionalidad se exprese con mayor fuerza, así, ante eventos negativos puede comenzar a idearse un suicidio; de igual manera las predisposiciones conductuales como el temperamento tienen una importante influencia; éste factor, relacionado con los aspectos ambientales, tiene gran fuerza pues si el sujeto tiene un fuerte temperamento y no logra adaptarse al ambiente, habrá predisposición al suicidio.

Según una investigación realizada por Toro, et al. (2009) se encuentra que algunos de los factores asociados al suicidio, en el caso de los adolescentes, son la depresión, los sentimientos de soledad, el desespero e incapacidad, el deterioro de las relaciones familiares, el rendimiento escolar deficiente y dificultades de aprendizaje, la autoimagen disminuida, el consumo de sustancias psicoactivas, sucesos de tensión e historia de abuso físico o sexual, de igual manera, el hecho de tener tentativas previas de suicidio o perder a alguien amado, incrementan las posibilidades de llegar al acto.

Los vínculos y el ambiente familiar, a pesar de servir a un sujeto como custodia y como fuente de prevención de un acto suicida, pueden ser también detonantes importantes del acto en sí, siendo un factor de mucha importancia (Tozzini, 1969, p. 99).

A pesar de que el riesgo de suicidio tiene relación con la cantidad de factores de riesgo que existan, Mann, et al. (1999) citados por Toro, et al. (2009, p. 303), crearon un “modelo de conducta suicida que consta de dos dimensiones interrelacionadas”: la de los rasgos de la persona, como son la genética, el abuso de sustancias, el trastorno de personalidad limítrofe o la impulsividad, y por otro lado, la de “desencadenantes o precipitantes”, como “enfermedades psiquiátricas agudas o acontecimientos vitales adversos”. Los autores concluyen que debe coincidir al menos un factor de cada una de las dimensiones para que haya aumento de riesgo de suicidio.

La depresión es considerada como uno de los factores más relacionados con el suicidio pues afecta en gran medida el funcionamiento personal y social, (Toro, et al. 2009, p. 303); así mismo, los conflictos familiares son el factor de riesgo más prevalente en los depresivos, por tal razón, algunos investigadores han expuesto cuáles serían las características principales de una familia “funcional”, donde se destacan aquellas que tienen jerarquías, límites claros, roles ya definidos, comunicación abierta y explícita, afectividad y cooperación entre sus miembros, además de la capacidad de adaptación a los cambios; de esa manera, cuando las relaciones en familia son “cálidas, estrechas y cooperativas, los miembros se fortalecen y se fomenta la libre y creadora evolución personal; en cambio, cuando lo anterior no acontece, predomina la incertidumbre, con el consiguiente malestar que puede generar la ideación e incluso el intento suicida.” (Toro, et al., 2009, p. 303).

El consumo de sustancias psicoactivas es otro factor predisponente debido a que puede alterar las funciones orgánicas y los estados de consciencia, “el estado de ánimo, y los procesos de pensamiento” (Cardona & Hernández (2007) en Toro, et al., (2009, p. 303); Con el consumo de alcohol se aumenta el riesgo del suicidio pues “agrava” los sentimientos de la depresión y disminuye el autocontrol, incluso, se ha detectado que aproximadamente la mitad de quienes han intentado suicidarse, han estado bajo sus efectos (Guibert & Del Cueto, 2003), mencionados en (Toro, et al., 2009, p. 303). Adicionalmente, en una investigación realizada en España por Domènech, Larraburu, Moncada & Font (2003) citados en Toro, et al., (2009, p. 303), se observó que hay una relación bidireccional entre tabaquismo y depresión pues el acto de fumar es un factor de riesgo para entrar en depresión y esta es a su vez un factor de riesgo para comenzar a fumar.

En cuanto a la “decepción amorosa”, un “amor no correspondido” o una “traición de la pareja”, son importantes detonantes de la conducta suicida, teniendo presente que muchos de los que cometen el acto, antes de hacerlo, van a ingerir licor y escuchar canciones de despecho (Ramírez, 2000, p. 71).

Con respecto al género se observan algunas diferencias ya que los hombres buscan actos más eficaces a la hora suicidarse, es decir, en sus planes no está sobrevivir, mientras que en el caso de las mujeres, que parecen estar más “propensas al sacudimiento familiar”, lo que se relaciona con que pueden llamar la atención de ésta cuando algo no anda bien, pueden tener más intentos fallidos, y siendo así, aparentemente continúan con motivos para seguir con vida (Tozzini, 1969, p. 100).

En otras investigaciones se ha determinado que estar internado o permanecer en hospitales son factores motivantes al suicidio por lo que acontece en dichos espacios, pues aparte del internamiento, se suman los cambios del nivel emocional, el sufrimiento físico y la soledad en la que se pueden ver envueltos ya que generalmente sus pacientes reciben visitas muy restringidas (en el caso de los hospitales) o el hecho de saber que tienen alguna enfermedad incurable o mortal, convierten a dichas personas en seres supremamente vulnerables al suicidio durante la internación (Tozzini, 1969, p. 102). Con respecto a los internos de las cárceles, se encontró en una investigación reciente realizada por Larrotta, Luzardo, Vargas & Rangel (2014, p. 83) que la etapa inicial del encarcelamiento que oscila entre uno a cinco meses, es la de mayor riesgo de conducta suicida debido al desajuste afectivo y emocional que se produce,

además de la alteración que se presenta en la comunicación positiva, ya que se ausenta y adicionalmente aparecen el estrés moral y la tensión psicológica (OMS, (2000), citada en Larrotta et al., (2014).

Barón (2000, p. 51) cita a Otto (1972), quien encontró a través de un estudio que de 10 a 15 años después de un intento de suicidio en la adolescencia, cerca del 10% de la muestra de sexo masculino, y el 3% del femenino, había muerto por suicidio. Los antecedentes familiares patógenos como los trastornos afectivos y el abuso de drogas y alcohol, juegan un rol importante, como lo expresa la misma autora. De los adolescentes que alguna vez han intentado suicidarse, el 60% han tenido relación con personas que ya lo habían intentado o que han llegado al acto (Barón, 2000, p. 52).

Finalizando con los factores asociados y siguiendo con Barón (2000, p. 54), ésta cita a Bouchard y su explicación del “proceso suicida” quien propone cinco momentos:

En el primero se buscan soluciones esperando un cambio y la terminación del sufrimiento. Es normal en todas las crisis. La solución puede llegar o no; en este punto la ideación suicida no ha aparecido.

El segundo paso es la ideación suicida propiamente dicha: mientras se buscan soluciones, una “imagen súbita, breve y pasajera de muerte aparece como una posible solución”. Las

opciones encontradas no son “eficaces”, por lo tanto, se eliminan. De ahí que la idea del suicidio empiece a presentarse aún más, con la sensación de que algo sucederá para morir.

En el tercer momento está la “rumiación”; la situación es más difícil de llevar y crece el deseo de querer salir de ello. Además, el hecho de no encontrar soluciones va aumentando la angustia e incluso surge dolor.

La “cristalización” es el cuarto; se han perdido las esperanzas. El suicidio es la única salida, ingeniando por ello un “plan preciso” para llevarlo a cabo: “el día, la hora, el medio, el lugar”. Únicamente falta el suceso que lo lleve al acto. Finalmente hay un “elemento desencadenante”, donde no hay reversión. Hay alguna situación que ha desencadenado la ideación suicida y no necesariamente tuvo que haber sido intensa o haber tenido mucha trascendencia.

En cuanto a los métodos utilizados para llegar al suicidio, se tienen, según medicina legal, los tóxicos (44%), las armas de fuego (33%), el ahorcamiento (16%) y otras causas (7%). El método más usado por adolescentes es la ingesta de fármacos (Barón, 2000, p. 52).

Generalmente cualquier “tratamiento activo” suele ser eficaz para prevenir el suicidio en personas que tienen un bajo riesgo inicial de llegar a él, es decir, que estén durante la primera etapa (Prólogo, Cognición y suicidio, por Marsha Linehan p. xv).

Interiorización de la idea de suicidio

Por internalización se entiende al proceso que implica la transformación de fenómenos sociales en fenómenos psicológicos a través del uso de herramientas y signos. Esta serie de transformaciones psíquicas se sintetizan de la siguiente forma: una operación que inicialmente representa una actividad externa, se construye y comienza a suceder interiormente y después, un proceso interpersonal queda transformado en otro de carácter intrapersonal (Vygotsky, 1979, p. 27).

Al tratar la categoría de internalización hay que hacer necesariamente alusión a los procesos cognitivos del conocimiento, como los plantea Vygotsky (1979); así se tratarán aquí tres importantes conceptos del campo psicológico dentro de las elaboraciones teóricas de este autor: la internalización a partir del plano de lo interpsicológico hacia el plano de lo intrapsicológico que es, en sí, el proceso de interiorización (p. 77).

Al referirse al primer aspecto, el de la internalización, es necesario partir del análisis de las funciones psíquicas superiores, para arribar a la comprensión de cómo el conocimiento pasa del plano social al individual, mediante el proceso de interiorización

Contenidos de las ideas suicidas

Como se ha descrito anteriormente, para llegar el acto suicida es necesario que primero ocurran las ideaciones suicidas, y no siempre que aparecen las ideas suicidas en una persona, se da el acto (Carmona, et al. 2014, p. 13). Por ello es importante dar cuenta de los contenidos de las ideas suicidas y el proceso que se debe dar para que esto suceda en una persona.

En algunos casos, cuando una persona siente que las cosas van por mal camino y que no es capaz de seguir soportando más el estrés y el dolor causado por una situación traumática, se consuela al imaginar que está muerta. Esta fantasía de muerte puede comenzar con la imagen de su familia y sus amigos alrededor de su tumba, llorando y lamentándose desconsoladamente. El coste ha sido alto: se acaba con la propia vida, pero a su vez, ellos pueden comprender lo mal que la ha tratado el mundo, por fin la toman en serio y se dan cuenta de que la pena y el dolor eran reales, no una simulación. Así mismo, esta fantasía puede presentarse de la siguiente manera: Alguien ha fingido que se ha suicidado y sus seres queridos están en el hospital, alrededor de su cama, enterándose de lo insoportable que le resulta vivir. (Quintanar, 2008, p. 151).

Lo más peligroso es que si la persona se acostumbra a fantasear sobre la propia muerte como mecanismo de escapatória ante la pena de vivir, la fantasía puede adquirir el carácter de respuesta condicionada en periodos de crisis o de un mayor estrés. La muerte puede convertirse

en un pensamiento reconfortante hasta el punto que el temor a la vida llegue a parecer más horrible que el temor a la muerte (Quintanar, 2008, p. 151).

Vivencia

Si bien la noción de vivencia nació en la filosofía fenomenológica de Edmund Husserl, es incorporada por Alfred Schütz a las ciencias sociales y a la psicología, sobre todo cuando se quiere hablar de la realidad como un mundo en el que los fenómenos están dados, sin importar si éstos son reales, ideales, imaginarios, etc. Desde esta perspectiva, como dice el mismo Schutz, se considera que los sujetos viven en una actitud natural desde el sentido común y ésta, frente a la realidad, les permite suponer un mundo social externo regido por leyes, en el que cada uno vive experiencias significativas y asume que otros también las viven, pues es posible ponerse en el lugar de ellos; desde esta actitud natural el sujeto asume que la realidad es comprensible desde los conceptos del sentido común que maneja, y que esa comprensión es correcta (Schütz, 1993).

Procesos de socialización primaria y secundaria

La socialización es el proceso mediante el cual el ser humano aprende, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medioambiente, los integra a la estructura de su personalidad, bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir. También, es la asunción o toma de conciencia de la estructura social en la que un individuo nace, y aprende a diferenciar lo aceptable (positivo) de lo

inaceptable (negativo) en su comportamiento, que se le llama socialización. La socialización, según Berger y Luckmann, se puede clasificar en dos etapas: primaria y secundaria.

La socialización primaria finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo. A partir de allí se lo considera miembro efectivo de la sociedad y está en posesión subjetiva de un yo y un mundo. La socialización secundaria es la internalización de "submundos" institucionales o basados sobre instituciones. Es la internalización de campos semánticos que estructuran interpretaciones y comportamientos de rutina dentro de un área institucional. Es decir, la adquisición del conocimiento específico de "roles" y sus normas apropiadas: "los submundos internalizados en la socialización secundaria son generalmente realidades parciales que contrastan con el -mundo de base- adquirido en la socialización primaria" (Berger y Luckmann, 1968, p. 33). Sin embargo, también ellos constituyen realidades más o menos coherentes, caracterizadas por componentes normativos y afectivos a la vez que cognoscitivos. Algunas de las crisis que se producen después de la socialización primaria se deben realmente al reconocimiento de que el mundo de los propios padres no es el único mundo que existe, sino que tiene una ubicación social muy específica. En la socialización primaria el niño aprehende a los otros como mediadores de la realidad. En la socialización secundaria suele aprehenderse el contexto institucional y a los otros generalizados como funcionarios institucionales. Los "roles" de la socialización secundaria se separan fácilmente de los individuos que los desempeñan; son intercambiables. (Berger y Luckmann, 1968, p. 179).

Metodología

Enfoque

El enfoque de la investigación elegido es el cualitativo, bajo la modalidad de estudio de caso, donde la muestra, como bien lo plantea Yin (1994) citado por Martínez (2000), se puede recoger a través de una persona, una familia, una pareja, una comunidad y cualquier otra población que de manera individual o en su conjunto, representen un caso típico que sea importante para la ciencia social. En este estudio de caso, se ha elegido a un hombre de 33 años de la ciudad de Medellín, ante sus ideas recurrentes de suicidio y en el que se pretendía encontrar los factores subjetivos de la vivencia e interiorización de dicha ideación. Se entiende entonces por enfoque cualitativo, según Hernández, Fernández y Baptista (2006, p. 8), aquel que “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación”, además, como también lo dan a entender los autores mencionados, en este tipo de investigaciones se comienza examinando el mundo social y en ese proceso se va desarrollando una teoría coherente con lo que se observa que ocurre.

Adicionalmente, fue de tipo descriptivo, entendiendo el término como ese medio que sirve para “especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández, et al. 2006, p. 103). Lo anterior se explica en el hecho de que en la investigación que se llevó a cabo lo que se pretendía era analizar lo hallado a través de un estudio de caso, sin profundizar en explicaciones, comparaciones o experimentos.

Si bien el denominado método del estudio de caso puede ser abordado desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa, e incluso autores como Yin (1994, p.33) recomiendan hacer una combinación de ambos enfoques para alcanzar mayor objetividad en la investigación de este corte, el presente estudio ha asumido como método el estudio de caso desde la perspectiva o enfoque cualitativo, ya que considera que se pueden abordar los aspectos subjetivos que permitan a su vez la investigación desde este paradigma.

Método de investigación

El método elegido para la presente investigación es el estudio de caso, el cual es definido por Eisenhardt (1989) como “una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares” (p. 77) la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría.

A pesar de las críticas que tiene como método por su aparente falta de validez, el método de estudio de caso es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica en que a través del mismo se profundiza en la subjetividad de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, caso específico de la presente investigación, de la cual surgen datos obtenidos a través de una gran variedad de fuentes como documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa y participante (Galeano, 2007, p. 41).

Técnicas de recolección de información

Como instrumentos de recolección de la información se utilizó la entrevista semi estructurada, definida por Báez y Pérez (2007, p. 97) como aquella en la que se trabaja con ciertos contenidos y un orden preestablecido, sin limitar las diferentes posiciones que pueda tomar o quiera expresar el entrevistado.

Procedimiento metodológico

El estudio de caso, según Yin (1989) citado por Martínez (2006, p. 54) propone una ruta metodológica para los estudios de caso, la cual fue seguida al pie de la letra de la siguiente manera:

- Inicialmente se definieron los mecanismos, lugares y personas clave para contactar con el sujeto objeto de estudio y se hizo entrevista previa para determinar los criterios de inclusión y exclusión de la persona, en relación a los objetivos de la investigación.

- Posteriormente, se construyó la guía y los protocolos de las entrevistas semi-estructuradas.

- Luego se hizo un esquema y un cronograma de las actividades que debían ser realizadas de las entrevistas a la persona, previendo rutas alternas en caso de dificultades con el entrevistado.

- Se sistematizaron los datos obtenidos de las entrevistas a través de una matriz categorial, como lo propone Galeano (2007, p. 82) dejando claridad a las categorías y dimensiones en las que se desea enfocar el estudio de caso: vivencias, internalización, procesos de socialización y contenido de la ideas suicidas. (Ver anexo 3)

Caracterización del sujeto objeto de estudio

Hombre de 33 años de edad, habitante de la ciudad de Medellín, con presencia de ideas suicidas desde su adolescencia.

Cronograma

TIEMPO		Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
ACTIVIDADES					
	Búsqueda de referentes en la Web				
	Asesorías Teóricas				

Visitas a bibliotecas para búsqueda de antecedentes y marco teórico				
Escritura de título				
Escritura de pregunta				
Escritura de objetivos				
Elaboración de presupuesto y cronograma				
Escritura de marco teórico				
Escritura de planteamiento del problema				
Escritura de justificación				
Escritura de diseño metodológico				
Escritura de referencias				
Asesorías metodológicas				

Consideraciones éticas

Para realizar la presente investigación se hace necesario tener en cuenta algunos aspectos a nivel ético debido a que se profundizará en la experiencia subjetiva de un ser humano que demanda y merece total protección y confidencialidad. Por lo anterior se tienen como base las siguientes fuentes: La ley 1090 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones; la Resolución n° 008430 de 1993 del Ministerio Nacional de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Análisis de la información

Presentación del caso M

M es un hombre de 33 años de edad de la ciudad de Medellín, quien actualmente se dedica a ser conductor de taxi, pero que en su vida ha realizado varias labores como prestamista, escolta, soldado, y ha intentado lo que él denomina “montar unos negocios”, todos ellos fracasados.

Hace cinco meses se encuentra separado de su mujer y estando aún con ella, establece una relación de noviazgo con otra mujer, desde hace dos años. Tiene dos hijos y convive con su padre y su madre. Vuelve al hogar materno justamente después de la separación y manifiesta nunca haber vivido solo.

M ha tenido ideas suicidas desde los 13 años de edad, pero estas se intensificaron desde que se casó y aún más, cuando comenzó a vivir crisis económicas fuertes. Manifiesta que tiene pensamientos suicidas frecuentemente, pero el que más caracteriza tiene que ver con el deseo de “tirársele a una mula”; sus otras ideas suicidas son menos reiterativas que esta.

Finalmente, hay situaciones en su condición psicológica estrechamente relacionadas con las crisis económicas y evidentemente con las ideas suicidas y, que se refieren específicamente a la experiencia de alcoholismo y ludopatía, hechos que se han presentado en varios periodos de su vida.

Análisis y discusión de resultados

La presentación de los hallazgos y la discusión que sobre ellos se haga, se ha querido presentar de la siguiente manera: Primero, se harán unos capítulos de los hallazgos por cada categoría preestablecida en el diseño metodológico, a saber: interiorización de la idea de suicidio, emocionalidad asociada a las ideas suicidas, caracterización de los procesos de socialización

primaria y secundaria y contenido de las ideas suicidas; segundo, el análisis y la discusión de las categorías emergentes, que corresponden a: deprivación emocional con familia primaria y familia constituida, la relación de alcohol, ludopatía e ideas suicidas y las estrategias de afrontamiento ante las dificultades económicas; y por último, los factores protectores de su carácter y personalidad para que no ocurra el suicidio en M.

Interiorización de la ideas suicidas

Lo primero que se aborda en M es la significación que tiene sobre lo que es la vida, lo que es la muerte y el suicidio dentro de esto, con el fin de establecer la manera en que ha interiorizado la ideas suicidas en el cruce de información y datos recogidos en las entrevistas. Asumiendo que la idea suicida se entiende como la manera en que una persona presenta pensamientos y fantasías en relación a la provocación de la propia muerte (Moron, 1987, p. 55) se busca encontrar en M la manera en que ha interiorizado esta idea. M la define como... *“es dejar de existir, quererse matar uno mismo y ya, ya no querer seguir en la vida”*.

En relación a la interiorización de la idea suicida en M, lo primero que se encuentra es que expresa contrariedades entre una idea religiosa de trascendencia y otra de que después de la muerte no hay nada más: *“pues, yo siempre he dicho que Dios es el que debe decidir cuándo uno muere, no sé si esté equivocado, todos tenemos un propósito en el mundo”* pero después argumenta que *“si yo algún día decido matarme, pues será porque Dios así lo quiere...porque no me dio la fuerza para hacerlo”* y agrega *“pues yo digo que después de la muerte, o sea dicen*

que hay un más allá y que... pero no creo, yo creo pues que lo que dice la gente que uno muere y que sigue en otra vida más allá, y no...uno ha escuchado que vivir eternamente es falso, que todo se acaba, es como todo, pues la eternidad no existe, para mí no existe". Se evidencia en estas dos afirmaciones cómo M ha interiorizado la idea de que la vida y la muerte la define un ser trascendente como Dios, pero que incluso si los suicidas lo hacen es porque Dios también lo ha definido: *"haber porque pues, lo que uno medio escucha, los musulmanes lo hacen por una creencia, o los suicidas esos lo hacen por una fe o una creencia de que van estar con Dios, estar al lado de Dios, que escucha uno, pero, pero que, no"*.

Por otro lado, la creencia que tiene M en relación al suicidio también se diferencia de aquellas creencias que consideran que el suicidio sólo se da cuando una persona está enferma mentalmente o cuando carece de sentido de vida: *"no es necesario, yo creo que hay personas que se aburren, o hay gente que tiene todo y emocionalmente está mal y lo hace, o personas que creen que ya han logrado todo en la vida y lo hacen, no quieren seguir viviendo porque consideran que ya todo lo han logrado y lo hacen, pues no, no necesariamente vos tenés que estar apegado a alguien o algo, y no necesariamente es el motivo para no hacerlo"*.

En cuanto a la aparición de la idea, manifiesta que *"como desde los 13 o 14 años las tengo, pero realmente fueron fuertes cuando comencé a prestar servicio militar... yo veía las armas y me imaginaba que me volaba los sesos con eso"*. Esto último permite establecer como bien lo dice González-Forteza (1996, p. 51,) que la idea se interioriza usualmente en la

adolescencia, pero que sólo cuando el sujeto está expuesto a situaciones de estrés de la vida adulta, logra hacer las fantasías realmente peligrosas.

Por último, M manifiesta que no debe estar ocurriendo nada extraordinario en él para que aparezca la idea, sino que para él las fantasías son muy normales, al respecto dice: *“por ejemplo, ustedes pueden pensar en matarse, de cómo sería eso...pero no lo hacen...una cosa es que no lo hagan, pero otra es que no se piense”*. En este último sentido, parece tener la creencia de que las fantasías sobre la muerte propia son normales en los seres humanos.

Contenidos de las ideas suicidas

En relación con la interiorización de la idea suicida, la presente investigación también se planteó el contenido específico de esas ideas suicidas que M ha interiorizado.

Al respecto manifiestan Muñoz, Pinto, Napa y Perales (2006) los contenidos de las ideas suicidas son muy diversos y establecer las relaciones entre la personalidad y los procesos de pensamientos son claves para determinar el contenido de las mismas. Los datos arrojados por las entrevistas permiten dar cuenta que el contenido más frecuente y repetitivo en M es, en palabras de él: *“tirársele a una mula: “no, por ejemplo, yo a veces voy en la moto y veo una mula y digo - ah, yo me le voy a meter a esa mula-”*.

Pero a pesar de que esta es la más frecuente, no es la única, ya que mencionó que la primera y desde la que comenzó a interiorizar esta idea fue de dispararse con un arma, fantasía que ha vuelto a tener y ante la que manifiesta *“yo por eso no cargo armas, para evitar, digamos la tentación”*. Es importante resaltar que en esta primera fantasía está asociada a un casi intento como lo menciona M: *“llegué a tener un revolver en mi mano con la intención de dispararme y volarme los sesos”*.

Otro contenido de sus fantasías, que según él solo ha tenido una vez en la vida es la de tirarse de un edificio de veinte pisos: *“yo estaba con tres personas y es que por decir algo usted sube a un edificio y ve un piso alto, por ahí un piso veinte y usted se asoma y usted en el momento lo que piensa es en tirarse”*

Emocionalidad asociada a las ideas suicidas

Según Levy y Deykin (1989) citados en González-Forteza (1996) la ideación suicida es un síntoma inespecífico y frecuente que refleja el grado de conflicto interno; frecuentemente asociado con desesperanza, baja autoestima y depresión con los intentos de suicidio. En ese sentido, M dice que hay una asociación entre sus ideas suicidas y la depresión: *“sí, eh, toda depresión es así, o sea, hay momentos en que me coge el aburrimiento y piensa uno en eso, no quiero vivir más, no le veo sentido a la vida”* y frente a sentimientos de desprecio por sí mismo: *“si un perro tiene chanda, muerto el perro muere la chanda, entonces si uno se suicida, muerta la persona, muertos los problemas”*.

De manera muy específica, en cuanto a la emocionalidad que M asocia a sus ideas suicidas reitera en todas las entrevistas el sentimiento de culpa, igual que el de tristeza, los más fuertes en su vivencia: *“es como un cargo de conciencia, de pronto, de lo que te dije ahora, de haber hecho lo que no debí haber hecho, de haber tratado a alguien mal, de estar enfermo a causa de eso sabiendo que lo podía evitar, de perder plata o un trabajo por culpa de malas decisiones, del alcohol y el juego...de todo eso...”*. Al respecto, Artaes, Hernández, Alvares y García (1998) manifiestan que esta afección de la culpa se caracteriza especialmente por autoacusaciones, autodesprecio y tendencia al autocastigo, que puede conducir al suicidio. En este sentido M agrega: *“¡exacto!, por ejemplo, cuando veo que algo está saliendo mal, algo pasa, por ejemplo en el 2005 me tocó volver, volví y empecé, ya luego fue por culpa mía, por el alcoholismo ... y volví a fracasar y ahí es donde pienso que ya no más, en este momento”*.

Por otro lado las emociones vividas en la niñez y la adolescencia son importantes para entender la dinámica emocional del suicida. En este sentido, M expresa que en la niñez no vivió tristeza pero sí recuerda sentir episodios de ira muy intensos: *“bueno ahí sí, una vez me hicieron dar mucha rabia los primos míos, no recuerdo el por qué pero me hicieron dar mucha rabia y cogí un zurriago para arriar al ganado y cogí a perseguir a los primos y los hice subir a unos guayabos y tuvo que venir mi tío y se me voló uno por allá por el potrero a llamarlo, me dio mucha rabia entonces no dejaba bajar a ninguno, el que se bajaba se llevaba su zurriago y entonces ya”* y otro en el que manifiesta: *“recuerdo una vez que mi hermano me quiso pegar y también me sacó rabia y también lo agredí y se tenía que meter mi papá, cuando me sacaban la rabia sí era muy grosero”*.

Al respecto, Levy y Deykin, (1989), citados en González-Forteza, (1996) argumentan que los suicidas suelen tener una tendencia a la ira que con el tiempo van ocultando, pero que se les convierte en una intra-agresión continua caracterizada por expresiones negativas contra sí, siendo el suicidio el acto de intra-agresión más fuerte al que puede llegar.

Procesos de socialización primaria y secundaria en M

Se entiende que la socialización es el proceso mediante el cual el ser humano aprende, en el transcurso de su vida, los elementos socioculturales de su medioambiente, los internaliza en su estructura de personalidad bajo la influencia de experiencias y de agentes sociales significativos, y se adapta así al entorno social en cuyo seno debe vivir. (Berger y Luckmann, 1969).

A partir de la anterior definición, la investigación pretendió establecer en la historia de vida del caso M, las relaciones entre los procesos de socialización primaria (en el seno familiar) y los procesos de socialización secundaria (con la instituciones sociales a las que perteneció y pertenece M) con la interiorización de las ideas suicidas.

En relación a la etapa de socialización primaria, M da cuenta de haber nacido en una familia de origen campesino en la que había pocas expresiones de afecto e incluso vivencias que hacen que M les responsabilice de algunas situaciones de su vida, concretamente el alcoholismo: *“no pues de... (Risa)...de mi familia... de mi papá pues, él está enseñado a tomarse sus tragos y*

fue el que me enseñó a mi... diario no le falta la media de guaro, pero el trato con él es normal, de padre a hijo muy distante” “entonces es duro estar en el entorno, tratando de salir adelante y la misma familia te está incitando”. En este último sentido, le damos la razón a Macías (1994), quien afirma que el funcionamiento familiar negativo como la desorganización familiar, en lo que respecta a un consenso de normas, falta de comunicación, hostilidad entre sus miembros, discusiones familiares constantes por parejas de padres en continuo desacuerdo, peleas con agresión física y psicológica o por abandono físico o emocional constituyen factores de riesgo esenciales para la conducta suicida.

En cuanto a los procesos de socialización secundaria, aparece en M una buena cantidad de vínculos personales e institucionales, pues ha establecido relaciones sanas con su grupo de amigos, que de hecho lo han acompañado desde su niñez, al ser, en su mayoría, compañeros del colegio, así que a su vez se han convertido de alguna manera en factores protectores que han hecho que M no llegue al acto y se quede en la idea suicida meramente.

Con respecto a los vínculos afectivos con mujeres, aparecen en su vida algunas relaciones que si bien no fueron largas, sí fueron estables, como comenta: *“sí, por decir, de cuales me acuerdo... L, como seis meses, con P, como dos años, un poco de años no, pero sí duramos un poco de tiempo... L, R, P, D, O... pues que recuerde, pero no...no fueron muchas pero sí muy estables”*.

Por el lado de las relaciones de amistad, asegura que en una época de su vida, más o menos en la adolescencia y juventud, las amistades que tenía estaban relacionadas casi todas con grupos que lo invitaban al consumo de alcohol y de juegos de azar, otros tantos de fútbol, donde indica que encontró a sus dos mejores amigos, los cuales, en sus palabras son los apoyos que encuentra para no suicidarse: *“amigos que apoyan, cuando me veían aburrido me decían ¿jey, qué te pasa!?, que yo te contaba que estábamos jugando y ¿jey que te pasa!, que estás desanimado, que no estás como con ganas de jugar?, y otro que se llama DA, que es como muy amigo mío también, se da cuenta de mi estado de ánimo pero no, no hablo con él mucho de eso”*.

Con las instituciones se ha vinculado de manera fuerte pero en diferentes momentos de su vida. La religión a través de la iglesia y la participación como fiel ha sido la más estable, dada por influencia familiar directa. La otra es el ejército al que perteneció en calidad de remiso por prestación del servicio militar obligatorio a sus dieciocho años, del cual dice: *“lo que se quería era acabar con la guerrilla, y si por decir algo, uno asesinaba a alguien en un combate uno decía, Dios sabe que si maté a alguien no es nada malo, y ellos tienen que pagar...es como una licencia para matar...pero legalmente”* y por último, grupos sociales asociados al deporte, sobre todo el de la liga antioqueña de ciclismo a la que perteneció muy joven y de jugadores informales de fútbol, deporte que aun practica y en el cual, como se dijo en el párrafo anterior, ha encontrado a sus dos mejores amigos.

Dificultades en la comunicación

De acuerdo a González-Fortaleza (2013), las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación que está bloqueado. La frustración que se siente por no ser capaz de comunicarse con alguien o persuadirlo de algo, puede incitar el acto. Un factor cultural entra a ser protagonista en el suicidio y es la frustración comunicacional, que se asocia a la desconfianza, a la palabra empeñada y a la ineffectividad de la comunicación. En este sentido, el análisis al caso de M puede dar cuenta que con la madre se comunica de manera conflictiva, la gran mayoría de ocasiones haciendo uso de sarcasmo e ironía en la que se puede evidenciar una agresividad camuflada y un mensaje indirecto como lo plantea Sugiyama (1984): *“má, estoy pensando en quitarme esta mecha de vida y ya, yo les digo así, esta mecha de vida...”* *“yo le digo má, un día de estos me le tiro al metro, o me dice cuando me ve aburrido a usted qué le pasa, por qué está tan pensativo, qué tiene; cuénteme yo le tengo mucha confianza y le digo – má, estoy como cansado, ya no quiero seguir viviendo, estoy aburrido, tanto problema, tanta cosa”* *“no, más como una charla, por lo menos a mi mamá le digo muy seguido y en estos días le dije que esperáramos que ya casi llega al tranvía pa que me quede más cerquita”*.

Deprivación emocional

Otra categoría emergente que ha surgido en el análisis del caso M, es la deprivación emocional asociado a las ideas suicidas. Esta deprivación se da en él en un primer momento en su familia de origen pero M la ha perpetuado en su matrimonio y con sus hijos.

En relación a la deprivación emocional con su esposa, manifiesta: *“la relación de verdad se perdió fue por el mismo descuido de parte mía...porque me dediqué al licor, a la parranda a no dedicarle tiempo a la familia como tal, entonces cuando yo quise retomar la familia ya no había nada que hacer, ella me tenía rencor... todo eso”* y agrega en otro momento: *“se volvió como muy fría entonces ya empecé a sentirme solo solo solo...”* esto último asociado a que parece ser que M no soporta la frialdad emocional que apareció en su esposa como respuesta al abandono que él mismo propició, y esto fue el desencadenante más fuerte de la separación. En la manera en que esto ha afectado su vida en la actualidad manifiesta que *“haber, lo que pasa es que yo estuve 16 años casado, 13 años casado y 3 de noviazgo, y extraño más el lugar, el espacio, yo mantenía pues el lugar, el espacio, y pues los niños llegaban en la noche o en la tarde y casi siempre estaban conmigo entonces uno extraña es como eso, pero ya, ya uno va como asimilando, cinco meses ya como que me acostumbré...”*

Con respecto a la deprivación emocional con sus hijos, parece cumplir el mismo ciclo pues se desconecta emocionalmente de ellos y posteriormente los niños le responden de la misma manera; dicha situación hace que él se desconecte más o por lo menos justifique mejor su desconexión. Al respecto dice M: *“no... a uno le nace, es que yo sí los quiero, yo sí los amo, a pesar de que yo sé que fui quien cometió errores, dije, lo voy a intentar por mi familia, pero uno sabe que hay un rechazo, que ya no es igual, o sea, es como un deber, porque debo de estar ahí, entonces ya ahí fue cuando decidí que iba a dejar todo y me fui alejando ya”*. Y en otro momento dice: *“eso cómo lo toma uno, no, pues uno si extraña que ellos se alejen pero uno también hace que ellos se alejen, yo ya tampoco me preocupo por llamarlos porque los llamo y no me contestan entonces ya los dejo de llamar más bien”* *“cuando lo necesitan a uno por lo*

material ahí si llaman, pero por decir algo si se van a ir para un paseo o una finca no me llaman a decir si estoy de acuerdo o para que sepa que voy a estar en tal parte, si están enfermos no me llaman”.

Al respecto, Artaes et al., (1998) encuentra que entre los factores de riesgo personales asociados al intento de suicidio predomina la carencia de apoyo familiar, con una asociación estadísticamente significativa. Pérez (2010) aclara que el suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su funcionamiento familiar y la presencia de otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida.

Alcoholismo, ludopatía e ideación suicida

Muchos estudios relacionan el trinomio entre uso de drogas, depresión y suicidio (Calvo, Sánchez y Tejada, 2003). En el caso de M, se encuentra que existe una relación muy fuerte entre el alcoholismo, la adicción al juego conocida como ludopatía y la depresión.

Al respecto M manifiesta: *“por decir algo, yo me metí, pues, en la ludopatía y todo eso, eso me afectó mucho y pues de hecho me llevó a pensar así, en fracasar”*: En otro momento

manifiesta que: *“cada que uno se deprime y siempre pienso en eso, en que dediqué mucho a los juegos de azar, a los casinos, después perdía”*.

Posteriormente, manifiesta que el alcoholismo y la ludopatía está muy vinculada a amigos que funcionan en su vida como pares negativos, según expresan Calvo et al., (2003): *“en ese entonces me presionaron a beber unos amigos, después, estando ebrio me fui y pensé como todo el fracaso, perdí todo lo que tenía en ese momento, dejé la familia, dejé todo, ya, es lo único que en ese momento pensé”*.

Por último, es importante la conciencia que parece mostrar M cuando habla del ciclo que implica el uso de alcohol combinado con la ludopatía y la pérdida de dinero que provocan ambas adicciones, la culpa sentida por esto los días siguientes y la aparición de las ideas suicidas al conectarse con la culpa por sentir que no es capaz con la situación; al respecto dice M: *“uno toma y en la borrachera también le da a uno por los casinos y llega un momento en el que uno no es capaz de parar y perder hasta el conocimiento...al otro día uno no se acuerda de casi nada y comienza esa culpa de sentir que uno es una mierda...las ideas no aparecen ahí mismo, parecen tiempo después”*.

Sensación de fracaso y depresión

Beck (2002, p. 77) citado por Sánchez *et al* (2002) plantea que la ideación suicida es como una expresión extrema de un deseo por huir de los problemas, situaciones o eventos que no se pueden soportar. También menciona, que las personas con sintomatología depresiva se ven como una carga inútil, y esto les genera la idea de que la situación se mejorará si ellos estuvieran muertos. *“cuando yo me separé y volví a mi casa me sentía un estorbo porque incomodaba a todos...”* Al respecto, plantea que las ideas suicidas surgen cuando la persona percibe su situación como intolerable.

Por su parte, Villardón (1997) aplicó la teoría del constructo personal de Kelly a la depresión y al suicidio. Dicho autor plantea que los constructos de las personas suicidas y las depresivas se caracterizan por cuatro formas: 1) anticipación del fracaso, 2) autoconstrucción negativa, 3) construcción polarizada y 4) aislamiento personal. Mientras que las personas suicidas presentan dos características más que los deprimidos y son: a) constricción en el contenido y la aplicación del constructo y b) desorganización interpersonal.

Vemos en esta definición que la relación que ya se planteó en el capítulo anterior entre depresión e ideación suicida está íntimamente involucrada también con la sensación de fracaso en la vida y el bloqueo que después produce el sentirse importante para salir de allí. En relación a esto, Beck (1983) citado en Villardón (1997) quien en su obra *Terapia Cognitiva de la depresión* expone que toda la sintomatología depresiva va surgiendo

progresivamente de los patrones cognitivos negativos distorsionados a través de la Tríada cognitiva, que está compuesta por: visión negativa de sí mismo, tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa, visión negativa acerca del mundo. En este sentido, M expresa *“obviamente como que no es capaz de llevar como sus problemas, sus situaciones, entonces uno piensa que como quitándose la vida uno soluciona eso”* y en otro momento expresa que *“o problemas con la mamá de mis hijos, entonces uno piensa en eso, qué sentido tiene seguir viviendo si tengo problemas económicos, causo problemas a las personas que quiero, entonces mejor acabar con la vida, ¿no?”*.

En relación al suicidio con la depresión, Beck, Steer y Ranieri (1988) citados por Villardón (1997) plantean que los individuos suicidas poseen un estilo cognoscitivo peculiar, que es diferente a los individuos normales y a los de aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas. Son sus estructuras particulares las que determinan el acto suicida: la ambivalencia interna fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir y el conflicto previo al acto suicida, ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad del deseo de muerte y por lo tanto, su intensidad. *“pues uno a veces quiere suicidarse, pero después comienza a pensar en todo, en la familia, en que las cosas pueden mejorar...a veces quiero cambiar, dejar amigos, entrar a terapia...”* *“no porque hay otras soluciones también porque todo tiene solución como dicen por ahí...todo tiene solución y hay otras maneras de solucionar las cosas, pues no se soluciona de la noche a la mañana, pero sí con el tiempo todo puede mejorar”*.

Factores protectores

La gran mayoría de autores que tratan el suicidio se enfocan en el acto suicida o en el intento, pero pocos se han enfocado sobre la idea suicida. Los autores que se han dedicado a ésta han intentado hacer un análisis de los factores protectores del suicidio y en esto han rescatado que es la posibilidad de tener redes afectivas que le soporten las crisis y ciertos factores de personalidad que les permitan superar o salir del riesgo del suicidio (Calvo, et al, p. 11). En el caso de M se encontraron algunos de estos aspectos que podrían explicar por qué M sólo ha dejado su vivencia en la interiorización de la idea y no ha pasado al acto.

El primer factor protector parece ser el nuevo vínculo de pareja que ha establecido después de la separación, sobre ella dice: *“pues afecto, mucho afecto, me da estabilidad, me ayuda como a estar muy tranquilo, y siempre me dice que me va a ir bien en mis proyectos que tenía de montar el negocio del cobro bien, del parqueadero, del asadero, todo eso, eso no lo soluciona todo”*.

Otro factor protector ha sido, a pesar de la ambivalencia presentada en uno de los párrafos anteriores, la familia, sobre todo la constituida y su lugar de padre frente a dos hijos *“pero uno piensa, empieza a pensar como soy tan creyente, empieza uno a pensar como en todas esas cosas, en la familia, en los hijos, en que todavía mis hijos me necesitan, en que de pronto mi mamá, pues, esas cosas...”*

El otro factor protector es una tendencia muy alegre en su personalidad que manifiesta tener desde muy pequeño y que le sirve en momentos difíciles cuando aparecen las ideas suicidas. Al respecto dice M: *“Cuando yo estoy bien, soy el alma de la casa, soy quien lleva la alegría allá”*.

Y el último de los factores protectores que se evidencian en el análisis de caso de M es su vivencia religiosa *“sé que con la ayuda de Dios y los grupos de oración yo puedo ir dejando de tomar, y con eso ya puedo mejorar, el hecho de estar trabajando que lo demás va llegando por añadidura”*.

Conclusiones

- La interiorización de la idea de suicidio en M aparece en la adolescencia, pero sólo en la adultez, ante la exposición de situaciones estresoras, logra hacer las fantasías e ideas realmente peligrosas.

- El contenido de las ideas suicidas en M es diverso y no se pudo establecer una relación entre estos contenidos y aspectos particulares de su carácter o de vivencias específicas de su historia de vida.

- La emocionalidad asociada a las ideas suicidas en M evidencia el sentimiento de culpa, frecuentemente asociado con desesperanza, baja autoestima y depresión.

- Los procesos de socialización primaria y secundaria han tenido en él influencias negativas y positivas y en algunos de esos procesos se pueden hacer relaciones con las ideas suicidas. En relación a la etapa de socialización primaria, M da cuenta de haber nacido en una familia de pocas expresiones de afecto e incluso de vivencias que hacen que M les responsabilice de algunas situaciones de su vida, concretamente el alcoholismo. En cuanto a los procesos de socialización secundaria, aparecen en M buenos vínculos personales e institucionales, que a su vez, se han convertido en factores protectores que han influido en M para que no llegue al acto y se quede en la idea suicida únicamente.

- Aparece de manera muy notoria en M, la deprivación emocional con la familia primaria y la familia constituida. Esta deprivación se da en él en un primer momento en su familia de origen pero M la ha perpetuado en su matrimonio y con sus hijos.

- En el caso de M, se encuentra una estrecha relación entre el alcoholismo, la adicción al juego (ludopatía) y la depresión.

- La depresión y la ideación suicida en M están íntimamente involucradas también con las sensaciones y situaciones de fracaso en su vida y el bloqueo que después produce el sentirse

impotente para salir de allí. Es notorio que lo mencionado anteriormente, está relacionado con su situación económica.

- M tiene varios factores protectores, derivados de su carácter y de su red de apoyo social y familiar para que no ocurra el suicidio. El primer factor protector es el nuevo vínculo de pareja que ha establecido después de la separación. El otro factor protector es una tendencia muy alegre en su personalidad que manifiesta tener desde muy pequeño y que le sirve en momentos difíciles cuando aparecen las ideas suicidas. Y el último de los factores protectores que se evidencian en el análisis de caso de M es su vivencia religiosa.

Para finalizar, es necesario sugerir tratamiento y acompañamiento psicológico a M, ya que como se ha mencionado a lo largo de este proyecto de investigación, un sujeto con ideas frecuentes de suicidarse, requiere especial atención y una guía adecuada que favorezca su salud mental y ayude mejorar su calidad de vida, aunque tenga otras redes de apoyo.

Referencias

Artaes Nápoles L, Hernández Sori G, Alvares Concepción D, Cañizares García T. (1998).

Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. En Revista Cubana Med Gen Integr

1998; 14(2):122-6

Barón B., O. P. (2000). *Adolescencia y suicidio.* Revista Psicología desde el Caribe, (6) 48-69.

Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21300605>

Báez, J. & Pérez de T. (2007). *Investigación cualitativa.* Madrid: ESIC Editorial

Berger, P. L.; Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires:

Amorrortu

Calvo, J. M., Sánchez, R., & Tejada p. a (2003). *Prevalencia y factores asociados a ideación*

suicida en estudiantes. Revista de salud pública, 5 (2): 123-143. Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v5n2/v5n2a02.pdf>

Ceballos, G. A., & Suárez Y. (2012). *Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología*. Revista CES Psicología.

5 (2). Recuperado de

<http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2218/1766>

Collazo-Rodríguez, S. (2013). *Perfil psicológico y psicosocial de estudiantes universitarios de primer año con riesgo suicida*. Recuperado de

<http://search.proquest.com/docview/1468435993?accountid=4879>

Damasio, A. (1996). *El error de Descartes: La razón de las emociones*. Santiago de Chile:

Andrés Bello.

Ellis, T. E. (2008). *Cognición y suicidio: teoría, investigación y terapia*. México: Manual

Moderno

Fernández, N., & Merino, H. (2001). *Predictores de la ideación suicida: un estudio empírico en adolescentes*. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(2), 121-127. Recuperado

de <http://search.proquest.com/docview/1114069462?accountid=48797>

Forensis. (2013). *Comportamiento del suicidio*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias

Forenses. Recuperado de

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>

Galeano, M. E. (2007). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Eafit.

Gómez, A. P., & Cortés, L. M. (1996). *Relación entre la conducta suicida y el concepto de muerte*. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(3), 241-251. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1114847348?accountid=48797>

Gómez, N. A., N., Plaza, S. L., Ramírez, I.D., Torres, M. P., Monroy, L. G., Vega, H. (2008). *Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio*. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 85-100. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/214141407?accountid=48797>

González-Forteza, C., García, G., Medina-Mora, M. E., & Sánchez, M. A. (2013). *Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios*. Recuperado de <http://inprf.digital.com:8080/bitstream/123456789/1759/1/sm210301.pdf>

Hernández, R., Fernández- Collado, C., Baptista-Lucio, P., (2006). *Metodología de la investigación*. México D.F: McGraw-Hill Interamericana

Jiménez, M., Villa Moral, & Ruiz, C. S. (2011). *Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11(1), 33-56. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/859436056?accountid=48797>

Larrotta C., R., Luzardo B., M., Vargas C., S. & Rangel N., K. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56 (1): 83-95. Recuperado de http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/vol56_1/5.pdf

López, E. M. (1995). *La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias tóxicas*. Resultados de una encuesta en la población estudiantil. INPRF, 25-30. Recuperado de <http://inprf.bi-digital.com:8080/bitstream/123456789/1759/1/sm210301.pdf>

Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S., & Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 22(2), 293-305. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1560678444?accountid=48797>

- Martínez, C. (2006). *El método de estudio de caso, estrategia metodológica de la investigación científica*. Revista pensamiento & gestión, 20. Universidad del Norte, 165-193, 2006
- Montezuma, J. (2010). *Tiempos Nuevos*. Pasto: Centro de estudios superiores María Goretti.
- Moreno, M. A. C., Rodríguez, M. J. C., & Pérez, R. R. (2011). *¿Es posible prevenir el suicidio? evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato*. Revista Pensamiento Psicológico, 9(17), 21-32. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1020569419?accountid=48797>
- Morón, P. (1987). *El Suicidio*. México: Publicaciones Cruz.
- Morín, P. (1992). *El suicidio*. México: Publicaciones Cruz.
- Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., & Perales, A. (2006). *Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, lima*. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 239 - 245. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342006000400002&script=sci_arttext

OMS. (2012) ¿Cómo se puede prevenir el suicidio? Organización Mundial de la Salud.

Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/24/es/>

Pérez, Ó. M., Piernagorda, D. C., & Rengifo, Á. J. (2010). *Prevalencia del suicidio en adultos*

jóvenes en el departamento del Quindío - Colombia, entre 1989 Y 2008. Revista

Pensamiento Psicológico, 8(15), 9-16. Recuperado de

<http://search.proquest.com/docview/822237204?accountid=48797>

Quintanar, F. (2008). *Comportamiento suicida. Perfil psicológico y posibilidades de*

tratamiento. México: Editorial Pax.

Quiroz, A. P., Alvarado, J. U., Vianchá, M. A., Bahamón, M. J., Verdugo, J. C., & Alcaráz, S. O.

(2013). *Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes*

adolescentes. Psicología Desde El Caribe, 30(3), 551-568 Recuperado de

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu:8000/ehost/detail/detail?vid=4&sid=8>

f1a5146-fc79-470d-aa10-

2fd938e62e78%40sessionmgr111&hid=118&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC

1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#db=zbh&AN=95806113

Ramírez, M. E. (2000). *Aporías de la cultura contemporánea*. Medellín: Universidad de

Antioquia.

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos Teóricos y conceptualización del Caso clínico*. Bogotá: Ed. Norma.

Rodríguez, A. (2012). Guía clínica prevención y tratamiento del paciente con riesgo suicida (Conducta y/o Ideación). Hospital Mental de Antioquia. Recuperado de www.homo.gov.co/.../1278_5708a13ad68cb550f14f5d9044fea065.html

Rodríguez Escobar, A., Medina-Pérez, Ó. A., Rozo David, A. J., & Sánchez García, S. (2013). *Ideación suicida y factores asociados en un grupo de policías de Pereira-Colombia*. El Ágora USB, 13(2), 411-420 Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.uniminuto.edu:8000/ehost/detail/detail?vid=5&sid=8f1a5146-fc79-470d-aa102fd938e62e78%40sessionmgr111&hid=118&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#db=zbh&AN=95509832>

Sánchez, R.; Cáceres, H.; Gómez, D. (2002) *Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados*. Revista Biomédica. 22: 407 – 16.

Serrano, F., Barrantes, N., Doménech, E., Obiols, J. E., & Subirá, S. (1997). *Ideación suicida y sintomatología obsesivo-compulsiva en una muestra de adolescentes*. En Revista De

Psicopatología y Psicología Clínica, 2(3), 265-271. Recuperado desde
<http://search.proquest.com/docview/1114847251?accountid=4879>

Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós

Silva, L., Ania, J. M., Alés, M., García, M. J., Ochoa, O., Valverde, E.,... Cuevas, A. (2006).
Auxiliares Sanitarios (Auxiliares clínicos) (3a ed.). Grupo IV Xunta de Galicia. España:
MAD.

Stoff, D. M. (2002). *Conducta antisocial, causas, evaluación y tratamiento*. México: Oxford
UniversityPress México S.A de C. V

Toro, D. C., Paniagua, R. E., González, C. M., Montoya, B. (2006) *Caracterización de
adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio. Medellín. Rev. Facultad. Nacional de
Salud Pública; 27(3): 302-308*. Recuperado
de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-
386X2009000300007&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2009000300007&script=sci_arttext)

Tozzini, C. A. (1969). *El Suicidio*. Buenos Aires: Ediciones Depalma

Villardón, L. (1997). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. España: Universidad de Deusto

Vygotsky, Lev S. (1979). *El desarrollo de los procesos psíquicos superiores*. Barcelona: Edit. Crítica.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Título del proyecto: Vivencia e interiorización de la ideación suicida en un hombre de 33 años de la ciudad de Medellín.

Identificación de las investigadoras.

Liliana Patricia Betancur Gallón

Teléfonos: 6003889 - 3012348335

Correos electrónicos: lili-5173@hotmail.com

Martha Liliana Giraldo Gaviria

Teléfonos: 2125092 - 3166293469

Correos electrónicos: liliana._2508@hotmail.com

Sitio donde se llevará a cabo el estudio:

Las entrevistas se realizarán en un consultorio arrendado en “Mi Otro Yo”, lugar ubicado en el barrio Laureles de Medellín.

Entidad que respalda la investigación:

La investigación se realiza con el respaldo de la Corporación Universitaria Minuto de Dios por medio de la facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Beneficios para el participante:

Se aclara que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en el presente estudio. En contraste, se estima como beneficios que compensan la inversión de su tiempo, la posibilidad de acceder a la información que halle pertinente en los resultados de la investigación y que considere pueda serle útil.

Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio somos los miembros del equipo de investigación. No divulgaremos ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Si es su voluntad, su nombre no será registrado en ninguna otra parte. Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a su información sin su autorización escrita.

Después de haber realizado las entrevistas, de las cuales usted hace parte, las investigadoras nos comprometemos a devolverle los resultados de este estudio, para que pueda, además de conocerlos, aprender de estos como también nosotras lo haremos.

Su participación en esta investigación es voluntaria. Su decisión de participar o no en este proyecto no afectará sus relaciones actuales o futuras con la Corporación Universitaria Minuto de Dios.

Si usted decide participar, está libre retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia para usted. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto las investigadoras se la proporcionarán.

Se aclara que una vez obtenidos los resultados no se hará intervención alguna al respecto, pues simplemente se realizará la investigación para fines académicos.

A continuación usted encontrará un formato en el cual nos autoriza a realizar y a grabar las entrevistas, teniendo en cuenta que este material sólo será utilizado para la transcripción de las mismas y para la elaboración de informes escritos solicitados por la Universidad, y que en todo momento conservaremos su anonimato, por lo cual, dentro de nuestra conversación no es necesario hacer mención de su nombre.

Consentimiento informado escrito

Yo, _____ identificada/o con cédula de ciudadanía N° _____ de _____, doy fe de que he sido informado sobre este proyecto: Vivencia e interiorización de la ideación suicida en un hombre de 33 años, de la ciudad de Medellín (Estudio de caso analizado durante el año 2015)

Autorizo las entrevistas y la grabación de las conversaciones, teniendo en cuenta que la información será utilizada sólo con fines académicos, es decir, en la producción de textos escritos para la Universidad, donde nunca se citará mi nombre y se conservará la confidencialidad de mis datos personales.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

C.C de

C.C de

C.C de

Anexo 2. Matriz categorial para análisis de la información

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CATEGORIA CENTRAL	CATEGORIAS DE SEGUNDO ORDEN	INDICADOR
<p>Analizar la vivencia e interiorización de la ideación suicida en un hombre de 33 años habitante de la ciudad de Medellín a partir de un estudio de caso</p>	<p>Caracterizar el contenido y tipo de las ideaciones suicidas interiorizadas por el sujeto objeto de estudio</p>	<p>Ideación suicida</p> <p>Presencia de deseos de muerte y pensamientos persistentes de querer matarse”; es la primera fase de la conducta suicida. (Llaberia, 2005, p. 349)</p>	<p>Interiorización</p> <p>(Proceso mental a través del cual se hace asimilación de una idea - Piaget, 1981, p.15)</p>	<p>-¿Para usted, qué es la vida y qué significa la muerte?</p> <p>-Háblenos del momento de su vida en el que comenzaron las ideas suicidas, qué pasaba en su casa, que acontecimientos estaban sucediendo con usted. Trate de ser lo más específico posible con todo lo que estaba</p>
			<p>Vivencia</p> <p>(No significa vivir algo externo, sino que “la conciencia vive sus experiencias</p>	

			<p>como contenidos que pertenecen a la corriente total de sus elementos” (Paredes, 2001, p. 93)</p>	<p>pasando en su vida.</p> <p>-¿Comparte con otros cuando aparecen las ideas suicidas en usted?</p> <p>-¿Qué le da sentido a <i>su vida</i>?</p> <p>-¿Qué cosas o circunstancias cree usted que son la causa de que a veces quiera suicidarse?</p> <p>-Cuando piensa en suicidarse, ¿hay una causa en especial o son varias?</p> <p>-¿Qué piensa que le impide llegar a</p>
--	--	--	---	---

				<p>suicidarse?</p> <p>-¿Cree que ante las dificultades hay salidas diferentes al suicidio?</p> <p>-¿Cómo ha logrado salir de sus problemas anteriormente?</p> <p>-Cuando piensa en suicidarse, ¿qué imagina? ¿Cómo lo imagina? Trate de ser lo más detallado posible</p> <p>-Alguna vez ha pasado de ser más que una idea, lo ha intentado hacer?</p>
	Indagar acerca de las		Repercusiones emocionales	-¿En qué estado se encuentra cuando llega

	<p>repercusiones emocionales que presenta el sujeto como consecuencia de las ideas suicidas.</p>		<p>(Expresiones de la experiencia del sentir Individual y es entendido como un proceso secundario donde aparecen emociones muy vinculadas a la supervivencia, como lo son ira, tristeza, alegría y miedo-Damasio, Antonio, 1996, p. 57)</p>	<p>la idea del suicidio? ¿Cuáles son las sensaciones o emociones más importantes que siente cuando piensa en suicidarse? -¿Qué siente después de que lo invaden las ideas sobre su suicidio? -¿Cuáles son las emociones que más han predominado en su vida? -¿Cuando tiene las ideas suicidas siente culpa? Si no es así, trate de detallar las emociones que le</p>
--	--	--	---	--

				produce esto en su vida.
	Identificar los procesos de socialización del sujeto y la relación de éstos con la interiorización de la idea suicida		<p>Procesos de socialización</p> <p>La socialización primaria finaliza cuando el concepto del otro generalizado se ha establecido en la conciencia del individuo. A partir de allí se lo considera miembro efectivo de la sociedad y está en posesión subjetiva de un yo y un mundo. La socialización secundaria es la</p>	<p>-Háblenos de su infancia. Sea lo más específico posible teniendo en cuenta sus recuerdos, sus vivencias en los primeros años de su vida, la relación con cada miembro de su familia, el jardín infantil etc.</p> <p>-Háblenos un poco de su inicio en la escuela, su relación con los amigos , compañeros de estudio, la familia u otros grupos a los que perteneciera</p>

			<p>internalización de "submundos" institucionales o basados sobre instituciones Berger y Luckmann, 1968, p.167)</p>	<p>(deportivos, culturales)</p> <p>-Háblenos de su adolescencia, el colegio, la relación con su familia en esa época, la relación con los amigos en esa época, las relaciones afectivas y sexuales</p> <p>-¿Qué importancia tiene para usted su familia?</p> <p>-¿Cómo es la relación con sus familiares? Sea lo más detallado posible</p> <p>-¿Cómo es su trabajo? ¿Lo satisface, lo frustra?</p>
--	--	--	---	--

				-¿Pareja e hijos? Si es así, cuéntenos lo más detalladamente posible la relación con cada miembro.
	Establecer las creencias que el sujeto ha interiorizado sobre el suicidio		<p>Creencias</p> <p>Estado mental de carácter representacional que toma como contenido una proposición (verdadera o falsa) e interviene, juntamente con factores motivacionales, en la dirección y control del</p>	<p>-¿Qué piensa de la vida y de la muerte?</p> <p>-¿Qué piensa del suicidio?</p> <p>-¿Por qué cree que se da el suicidio en personas de nuestra sociedad y del mundo?</p> <p>-¿Cuáles cree que son las cosas que hacen que las personas a pesar de tener ideas suicidas no lleguen al acto?</p> <p>¿Quiénes deben decidir</p>

			comportamiento voluntario (Honderich 200, p. 221)	la muerte de las personas?
--	--	--	--	-------------------------------

Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada

-¿Para usted, qué es la vida y qué significa la muerte?

-Háblenos del momento de su vida en el que comenzaron las ideas suicidas, ¿qué pasaba en su casa, que acontecimientos estaban sucediendo en usted? Trate de ser lo más específico posible con todo lo que estaba pasando en su vida.

-¿Comparte con otros cuando aparecen las ideas suicidas en usted?

-¿Qué le da sentido a su vida?

-¿Qué cosas o circunstancias cree usted que son la causa de que a veces quiera suicidarse?

-Cuando piensa en suicidarse, ¿hay una causa en especial o son varias?

-¿Qué piensa que le impide llegar a suicidarse?

-¿Cree que ante las dificultades hay salidas diferentes al suicidio?

-¿Cómo ha logrado salir de sus problemas anteriormente?

-Cuando piensa en suicidarse, ¿qué imagina? ¿Cómo lo imagina? Trate de ser lo más detallado posible.

-Alguna vez ha pasado de ser más que una idea, lo ha intentado hacer?

-¿En qué estado se encuentra cuando llega la idea del suicidio? ¿Cuáles son las sensaciones o emociones más importantes que siente cuando piensa en suicidarse?

-¿Qué siente después de que lo invaden las ideas sobre su suicidio?

-¿Cuáles son las emociones que más han predominado en su vida?

-¿Cuando tiene las ideas suicidas siente culpa? Si no es así, trate de detallar las emociones que le produce esto en su vida.

-Háblenos de su infancia. Sea lo más específico posible teniendo en cuenta sus recuerdos, sus vivencias en los primeros años de su vida, la relación con cada miembro de su familia, el jardín infantil etc.

-Háblenos un poco de su inicio en la escuela, su relación con los amigos, compañeros de estudio, la familia u otros grupos a los que perteneciera (deportivos, culturales)

-Háblenos de su adolescencia, el colegio, la relación con su familia en esa época, la relación con los amigos en esa época, las relaciones afectivas y sexuales.

-¿Qué importancia tiene para usted su familia?

-¿Cómo es la relación con sus familiares? Sea lo más detallado posible.

-¿Cómo es su trabajo? ¿Lo satisface, lo frustra?

-¿Pareja e hijos? Si es así, cuéntenos lo más detalladamente posible la relación con cada miembro.

-¿Qué piensa de la vida y de la muerte?

-¿Qué piensa del suicidio?

-¿Por qué cree que se da el suicidio en personas de nuestra sociedad y del mundo?

-¿Cuáles cree que son las cosas que hacen que las personas a pesar de tener ideas suicidas no lleguen al acto?

¿Quiénes deben decidir la muerte de las personas?