

**IDEACIÓN SUICIDA: NO ME COARTES MIS EXPECTATIVAS DE VIDA**

**CLAUDIA YANETH MONTOYA ACEVEDO  
VIVIANA ANDREA FRANCO PALACIO  
MARÍA EUGENIA TORO ORTIZ**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
PREGRADO DE PSICOLOGIA  
ENVIGADO - ANTIOQUIA  
NOVIEMBRE 2016**

**IDEACIÓN SUICIDA: NO ME COARTES MIS EXPECTATIVAS DE VIDA**

**CLAUDIA YANETH MONTOYA ACEVEDO**

**VIVIANA ANDREA FRANCO PALACIO**

**MARÍA EUGENIA TORO ORTIZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al TÍTULO de  
PSICÓLOGA**

**Asesor de Trabajo de Grado**

**WBEIMAR LOPERA LÓPEZ**

**Magister**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**PREGRADO DE PSICOLOGIA**

**ENVIGADO - ANTIOQUIA**

**NOVIEMBRE 2016**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

Envigado, \_\_\_\_\_ de 2016.

## DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a mis padres, quienes no pudieron ver los esfuerzos y alegrías que me brindaron este periodo de formación en la Universidad, pero que continúan en mi memoria y corazón.*

*También lo dedico a todas las personas que en medio de las dificultades, se desalientan y no siguen el camino emprendido y les digo como el escritor “la determinación no es un pensamiento, ni un objeto, ni un deseo, es lo que te hace invulnerable” hay que decidirse y realizarlo.*

*Para mi esposo por todo el amor brindado y comprensión para que mi deseo se cumpliera.*

Claudia Yaneth Montoya Acevedo

*Dedico este trabajo a todos los estudiantes que como yo, se encuentran en un proceso de formación profesional, con el ánimo de motivar y alentar en este camino que emprenden, en el cual se encontraran con situaciones que los desalentaran y desmotivaran para continuar el camino que emprendieron, pero mi palabra para estos momentos es “si de verdad te importa vas a encontrar la manera, sino, vas a tener la excusa”*

Viviana Andrea Franco Palacio

*Dedico este trabajo a todas las personas que hicieron posible que este sueño se convirtiera realidad, a mi madre que fue mi mayor motivación para emprender este camino, a mi esposo que ha sido un apoyo incondicional y me ha acompañado durante todo este tiempo de formación profesional, a mi hijo que es el motor que me impulsa a seguir adelante y a mis compañeras de estudio con las cuales construimos este proyecto de grado para sacarlo adelante.*

*Hoy reafirmo esa frase que dice “todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar”.*

María Eugenia Toro Ortiz

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco antes que nada a Dios, quien ha estado presente en todos los momentos felices y difíciles de mi existencia y quien me regaló la fe.*

*A mí a mi asesor Wbeimar Lopera, por toda su valiosa ayuda y sabiduría para realizar este trabajo.*

*A mis amigas y compañeras María Eugenia y Viviana, por haberlas encontrado en mi camino.*

*Y a la Universidad por brindarme conocimientos y orientación en la práctica y diversas visiones de la profesión que escogí.*

Claudia Yaneth Montoya Acevedo

*Agradezco a la IUE por haberme abierto las puertas para acceder a mi formación profesional.*

*A mi asesor Wbeimar Lopera, y a mis compañeras María Eugenia, y Janeth, por su apoyo incondicional y por participar en esta etapa de crecimiento y madurez profesional.*

*A mi familia por su paciencia, amor, comprensión y acompañamiento durante todos estos años y por hacer posible que cumpliera uno de mis grandes sueños.*

*Y por supuesto a Dios quien me brindó la oportunidad de emprender y culminar con valentía este proyecto de vida*

Viviana Andrea Franco Palacio

*Agradezco a Dios por tantas bendiciones y por permitirme culminar una etapa más en mi vida, gracias a él por poner en mi camino personas tan maravillosas e incondicionales como lo fueron mis compañeras y amigas Yaneth y Viviana, a ellas agradezco todo el apoyo que me brindaron y por haber hecho parte de este proceso de formación y*

*crecimiento profesional, de ellas me llevo grandes aprendizajes; gracias a mi Madre por ese gran amor y acompañamiento que siempre me ha brindado durante todas las etapas de mi vida y a mi esposo por su amor, dedicación, comprensión y paciencia durante todo este proceso de formación profesional, además por ser mi polo a tierra; a mi asesor Wbeimar Lopera por contribuir al logro y culminación de este proyecto de grado y a la IUE que me abrió las puertas para poder llevar a cabo mi carrera profesional. Gracias a todos ellos por hacer parte de este gran sueño.*

María Eugenia Toro Ortiz

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTAS ESPECIALES .....	10
GLOSARIO .....	11
RESUMEN .....	14
Palabras Claves .....	14
ABSTRACT .....	15
Keywords.....	15
INTRODUCCIÓN .....	16
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
<b>¡Error! Marcador no definido.</b> 2. JUSTIFICACIÓN.....	21
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 Objetivo general .....	24
3.2 Objetivos específicos.....	24
4. MARCO REFERENCIAL .....	25
4.1 Antecedentes.....	25
4.2 Marco teórico .....	37
4.2.1 El Suicidio .....	37
4.2.2 La idea .....	46
4.2.3 Ideación suicida.....	48
4.2.4 Manifestaciones psicológicas de un suicida .....	52
4.2.5 Conductas suicidas .....	57
4.2.6 Comportamiento social suicida.....	61
5. MARCO INSTITUCIONAL .....	65
5.1 Presentación del Municipio de Sabaneta.....	65
5.2 Misión.....	65
5.3 Visión .....	65
5.4 Valores.....	65
5.5 Objetivos.....	66

5.6 Organigrama .....	67
6. MARCO LEGAL.....	68
6.1 Ley Estatutaria 6505 de 2007 Senado .....	68
6.2 Criterios éticos .....	71
7. METODOLOGIA.....	71
7.1 Enfoque.....	71
7.2 Nivel del Estudio.....	72
7.3 Tipo de estudio.....	72
7.4 Diseño.....	73
7.5 Población .....	73
7.5.1 Muestra .....	73
7.5.2 Criterios de Inclusión .....	74
7.5.3 Criterios de Exclusión .....	74
7.6 Técnicas de recolección de la información.....	74
7.7 Procedimiento .....	75
8. RESULTADOS .....	76
8.1 El caso de G.....	76
8.2 Análisis y descripción de resultados .....	78
8.2.1 Categoría: Factor Psicológico .....	79
8.2.1.1 Subcategoría: La culpa .....	79
8.2.1.2 Subcategoría: El goce .....	81
8.2.1.3 Subcategoría: Depresión.....	83
8.2.1.4 Subcategoría: La fantasía –El fantasma.....	86
8.2.2 Categoría: Factor Social .....	88
8.2.2.1 Subcategoría: Irresponsabilidad .....	88
8.2.2.2 Subcategoría: El narcicismo .....	89
8.2.2.3 Subcategoría: Adicciones .....	90
8.2.2.4 Subcategoría: El vínculo social.....	92
9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	93
10.CONCLUSIONES .....	97
11. LIMITACIONES O DIFICULTADES .....	99



12. RECOMENDACIONES .....	99
REFERENCIAS .....	100
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	115
Anexo 2. Entrevista semiestructurada.....	116
Anexo 3. Tablas de codificaciones .....	121

**LISTAS ESPECIALES**

	Pág.
GRÁFICOS .....	66
Gráfico 1: Organigrama del municipio de Sabaneta.....	67
Gráfico 2: Mapa categorial consecuencias psicosociales de las ideaciones suicidas .....	79
TABLAS .....	75
Tabla 1. Categoría: Factor psicológico .....	121
Tabla 2. Categoría: Factor social .....	123

## GLOSARIO

**Adulthood:** Etapa de la vida posterior a la adolescencia. Se divide en: adultez temprana, adultez media, y adultez mayor. La adultez temprana va desde la segunda hasta la cuarta década de la vida. . La adultez media va desde los 40 hasta los 65 años aproximadamente. La adultez mayor va desde los 65 años hasta la muerte (Consuegra, 2011, p. 5).

**Adicción:** Tendencia imperiosa de la persona que pierde su capacidad de dominio en relación con el consumo de drogas, al uso de objetos o a la repetición de actividades hasta el punto de dañarse a sí misma o a la sociedad (Consuegra, 2011, p. 8).

**Comportamiento-conducta:** Respuesta o acto observable o mensurable. Se define de manera amplia para incluir cogniciones, reacciones psicofisiológicas y sentimientos que no pueden observarse directamente, pero que se definen en términos que pueden medirse mediante diversas estrategias de evaluación (Consuegra, 2011, p. 53).

**Conducta social:** cualquier conducta en que exista interacción entre dos o más seres humanos (Consuegra, 2011, p. 55).

**Fantasía:** Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo inconsciente (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 138).

**Familia:** Se define a la familia como el territorio en el que se aprende de la experiencia, como un benévolo modelo en escala del mundo exterior y contexto determinante de las conductas normales y anormales del ser humano (Consuegra, 2011, p. 120).

**Goce:** Diferentes relaciones con la satisfacción que un sujeto deseante y hablante puede esperar y experimentar del usufructo de un objeto deseado. El goce concierne al deseo, y más precisamente al deseo inconsciente, lo que muestra que esta noción desborda ampliamente toda consideración sobre los afectos, emociones y sentimientos para plantear

la cuestión de una relación con el objeto que pasa por los significantes inconcientes (Chemama, 1998, p. 192).

**Idea:** El término idea procede del griego Ιδέα (idea) que etimológicamente significa “visión”. (Cfr. El latín videre (ver); vid es la raíz tanto Ιδέα como de videre. La Ιδέα griega es más bien el aspecto o figura que ofrece una cosa al verla. “Idea” significó luego tanto el aspecto de la cosa como el hecho de "verla" (Ferrater, 1965, p. 890).

**Psicoanálisis:** Disciplina fundada por Freud y en la que, con él, es posible distinguir tres niveles:

A) Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres.

B) Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza la palabra psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica; ejemplo: emprender un psicoanálisis (o un análisis).

C) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

(Laplanche & Pontalis, 2004, p. 316).

**Psique:** Conjunto de las funciones sensitivas, afectivas y mentales de un individuo (Consuegra, 2011, p. 229).

**Subjetividad:** Es lo propio del sujeto singular. Se construye en la trama intersubjetiva, desde las experiencias infantiles tempranas, en la pertenencia obligada a los vínculos que son producidos y a su vez producen distintos tipos de subjetividad (Consuegra, 2011, p. 254).

**Suicidio:** Es el resultado de un acto de la víctima dirigido contra su propia vida, acto que puede ser una lesión autoproducida o suicidio, o la realización de una actividad extremadamente peligrosa que, con toda probabilidad, conduce a un accidente fatal. Otro tipo de suicidio es el que se conoce como submeditado, en donde la intención de morir no es consciente, de manera que la víctima, sin reconocerlo, se autodestruye lentamente (Consuegra, 2011, p. 258).

## **RESUMEN**

El presente trabajo, propone analizar las consecuencias psicosociales en un individuo que presenta ideaciones suicidas desde su adolescencia, el abordaje teórico se realizó desde algunos autores de corte social y psicoanalítico. La metodología utilizada fue de tipo cualitativa, estudio de caso a nivel descriptivo y con un diseño fenomenológico. La elección de la muestra fue a conveniencia y se aplicó como herramienta una entrevista semiestructurada. Los resultados evidencian que los vínculos con las figuras significativas y las vivencias infantiles jugaron un papel muy importante en la estructuración de la personalidad del sujeto, posibilitando la instalación de ideas suicidas con contenido de culpa y que además se consolidara un estilo de vida que deterioró aspectos personales, familiares y sociales.

**Palabras claves:** Psicosocial, fantasía, goce, ideación, suicidio.

## **ABSTRACT**

The present work proposes to analyze the psychosocial consequences in an individual who present suicidal ideas since her teens. The theoretical approach was conducted from some authors cut social and psychoanalytic. The methodology used was qualitative type, at the descriptive level case study, and with a design phenomenological. The choice of the shows was to convenience, and a semi-structured interview was applied as tool. The results show that linkages with significant figures and childhood experiences played a very important role in structuring the personality of the subject, also enabling the installation of ideas suicides with content of guilt and that is established a style of life that deterioration aspects personal, family and social.

**Keywords:** Psychosocial, fantasy, enjoyment, ideation, suicide.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno social y cultural que afecta en la actualidad a toda la población mundial, ha sido investigado desde el pasado hasta el presente, ya que no deja de suscitar en el hombre preguntas sobre su naturaleza y los elementos que giran a su alrededor.

El suicidio a pesar de ser un evento subjetivo, está enmarcado dentro de la sociedad, por lo que la afecta directamente, al ser un complejo de factores contextuales, familiares y personales entrelazados entre sí, lo que lo convierte en una problemática a ser intervenida multidisciplinariamente, su comprensión y abordaje a implicado la visión y especialización de diversas disciplinas, como la filosofía, la antropología, la sociología y la psicología entre otras.

El presente estudio profundiza en la ideación suicida, tomando todas las implicaciones psicosociales que rodean al sujeto, para analizarlas y aportar a su comprensión. Dicho estudio se trabajó desde un enfoque cualitativo, desde un estudio de caso que recogió información relevante de un sujeto adulto que presenta este tipo de ideación.

En una primera parte del trabajo se hace el planteamiento del problema que propone una mirada hacia el suicidio como uno de los aspectos más preocupantes de nuestro contexto cercano, sobre todo por el incremento que se da cada año y se teoriza el fenómeno a partir de varios referentes sociales y psicoanalíticos. En la segunda parte se describe el enfoque y el tipo de estudio y la herramienta utilizada y por último como una tercera parte aparecen, la interpretación de resultados y su respectiva discusión, conclusiones y recomendaciones.

Es importante destacar los hallazgos del estudio, donde se encontró que en la ideación suicida juega un papel determinante los vínculos en la primera infancia de las figuras significativas, las vivencias familiares y el contexto social que rodea al sujeto; además que el sujeto que las presenta elabora un estilo de vida que gira en torno a ellas, influyendo en sus hábitos, entorno y salud psíquica.



Se espera que esta investigación pueda aportar a la sociedad antioqueña desde el abordaje subjetivo y fenomenológico, para reconocer factores protectores y de riesgo en el suicidio y a la Universidad IUE en un futuro para sugerir nuevas preguntas y abordajes de carácter científico y académico.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la Organización Panamericana de la Salud-OPS (2014) en el mundo cada año se presentan 800.000 casos de suicidios, siendo una de las dos primeras causas de muerte a nivel mundial en personas entre los 15 y 29 años; en el año 2012 aparecía como la tercera causa de muerte entre personas de 15 a 44 años, lo que hizo que la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptara el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud en Mayo del 2013, con el objetivo de llegar a una reducción del 10% para el año 2020. Para la OMS los suicidios son prevenibles invitando a los Ministerios de Salud de las Naciones a llevar a cabo planes de prevención y a fomentar los factores protectores de las comunidades vulnerables.

El problema del suicidio hace parte del sistema de salud pública de los gobiernos, quienes deben de garantizar calidad de vida a los ciudadanos en todos los niveles, incluyendo el ámbito de la salud mental, según la Organización Mundial de la Salud-OMS (2011) esta última es definida como una condición que posee el individuo de bienestar que le hace afrontar las tensiones cotidianas de manera adecuada y en relación fructífera con su comunidad; en los últimos años se ha entendido la magnitud del problema, pero la oferta del servicio no alcanza el 20%, seguido además de la poca formación profesional, los diagnósticos y tratamientos inadecuados y los escasos programas de prevención y educación (Rueda, Paniagua & González, 2014).

En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, y en los de ingresos bajos y 1,5 hombres lo hace por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un

50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres, esto de acuerdo a la OPS (2014).

El suicidio en su mayoría puede ser prevenible ya que casi siempre es previsible “La conducta suicida es un proceso continuo, que va desde la ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los intentos, hasta el suicidio propiamente dicho” (Alcaldía de Medellín, Secretaria de Salud, 2015, p. 14). Además otro autor complementa que: “La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de alto riesgo en el individuo que los presenta” (Pérez 1999, p. 198).

La OPS (2014) considera que en América Latina la tasa de suicidio es inferior al promedio mundial, lo que no sucede en América del Norte que se ubica en un segmento intermedio. Los datos de mortalidad en América Latina han sido descritos como “irregulares”, esto puede deberse a diversas causas una de ellas el retraso en el reporte de los datos, también las clasificaciones de las muertes son erróneas dado los contextos socio-culturales y religiosos o debido a que en algunos países es legal. Phillips (2004), citado por OPS (2014) señala que en muchos países las tasas de mortalidad por suicidio que han sido reportadas pueden estar subestimadas.

Es así que en nuestro país según (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013) el suicidio es la cuarta forma de muerte violenta, la tasa de mortalidad para el año 2013 fue de 3,84 por cada 100.000 habitantes; por una mujer que se quita la vida lo hacen cuatro 4 hombres. Para este mismo año los cinco departamentos con las tasas más altas de suicidio fueron Amazonas (6,7), Meta (6,2), Quindío (5,9), Putumayo (5,9) y Antioquia (5,2) y las ciudades capitales con el mayor número de casos fueron Bogotá con 236, Medellín 124, Cali 64, Barranquilla 56 e Ibagué 42. Presentando más suicidios los rangos de edad comprendidos entre 20-24 años con 15,24%. Según el Sistema médico legal colombiano, las personas que fallecieron por suicidio durante la década comprendida entre los años 2004 a 2013, fueron 1.700 y 1.900 casos por año.

En la ciudad de Medellín en los últimos 9 años, se han presentado 1.105 casos de suicidio para un promedio anual de 122 muertes, siendo el 2012 el año con más casos (149) y el 2014 el año con menor número de suicidios (105). Este mismo informe presenta una prevalencia de ideación suicida de 3,59% entre los años 2011-2012, el sexo femenino mostró 3,94%, de proporción y para el sexo masculino fue de 3,01%, y el grupo de 13 a 18 años reportó la prevalencia más alta, con 6,92%, en contraste con el grupo de 45 (Alcaldía de Medellín, Secretaria de Salud, 2015).

Algunos estudios sobre el suicidio han dado a conocer las causas y las variables relacionadas con el acto de quitarse la vida, algunas de ellas de tipo interno, psíquico, biológico o mental, como depresión, autoestima baja, desequilibrio afectivo, sentimiento de culpa entre otras; también pueden obedecer a factores sociales referido al contexto socio familiar, laboral. Para la Alcaldía de Medellín, Secretaria de Salud (2015) la conducta suicida, debe ser entendida como una problemática multidimensional ya que en ella interactúan factores de tipo biológico, genético, psicológico, sociológico y ambiental y aunque pueden variar según las regiones y los contextos suelen mantenerse estables; además este también tiene un impacto fuerte en la comunidad, si es en un colegio o institución puede afectar cientos de personas y si es dentro del seno familiar puede afectar por lo menos a seis personas.

El suicidio podría definirse como “un proceso que se inicia con la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal, deseo de muerte) discurre por el intento suicida y finaliza con el suicidio consumado” (Sánchez, Villareal, Musitu & Martinez, 2010, p. 280). La persona inicia con una la fase de ideación y pensamiento, que aunque esté relacionada con múltiples variables antes mencionadas como causa, casi siempre aparece antes de iniciar un proceso que lleva o no al acto consumado y que va incidir determinadamente en las conductas observables del individuo en las diversas áreas de su vida y de su entorno.

Para Cheng et al (2009) “La ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales, como familiares y escolares” (citado por Sánchez, et

al, 2010, p. 280). Lo anterior permitiría decir que el suicidio se genera con ideas potenciales, a las cuales las mueve las experiencias individuales de los sujetos generalmente negativas; que pueden causar o no un estado patológico. La manera como la persona entiende su contexto en el que interactúa y como toma la información sensorial externa y emocional interna, ante problemáticas susceptibles de solucionar y que pertenecen a diversas índoles, llevará a elaborar un producto que se constituye como una idea, que consecutivamente llevará a desarrollar acciones para lograr o no un fin deseado, en este caso la muerte.

La percepción que el sujeto ha formado de su contexto familiar, cultural y social, que deriva en una manera particular desde la cual interpreta su hacer social, no corresponde con el marco valorativo de referencia que tiene la población general. La evaluación que hace de sus experiencias con el entorno social no es del todo positiva, y en cada interacción cobra fuerza su juicio negativo sobre el “estar” y “hacer” en dicho contexto. Pareciera que la integración que percibe en su entorno es más de enajenación que de realización. (Quintanilla, Valadez, Valencia & Gonzales, 2005).

El individuo que presenta un primer acercamiento a una idea suicida para luego precisar o planificar una acción, manifiesta conductas observables que pueden dar indicios de riesgos suicidas; pero en algunas ocasiones sucede que estas ideas simplemente aparecen influyendo y determinando la manera como el sujeto interactúa en su vida diaria en todos los ámbitos, el familiar, el social, el psicológico y el cultural; “así mismo, es importante considerar que no siempre es evidente el intento de suicidio o cuando este se hace evidente han sucedido una serie de situaciones que pudieron pasar desapercibidas para la familia y para los profesionales de salud” (Alcaldía de Medellín, Secretaria de Salud, 2015, p. 11).

Por lo descrito anteriormente, se podría pensar que una de las maneras de expresar los deseos de suicidio es que el individuo adopte actitudes de poco crecimiento personal y social tales como: Permanencia en el conflicto interno, emociones y sentimientos negativos, la no existencia de proyecto de vida, persistencia de indiferencia ante las problemáticas familiares, afectación de tipo laboral, poco desarrollo de capacidades y habilidades sociales

entre otras; esto evidencia que existe una manera de respuesta no adaptada o ajustada a lo que la sociedad pide al individuo, por lo que este puede replegarse, no integrarse al grupo social, ni a sus propuestas de vida, por el contrario presentar conductas individuales que lo aíslan y posteriormente lo marginan. Al pretender indagar sobre este tipo de comportamientos en una persona que presenta ideación suicida, se planteó la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles han sido las consecuencias psicosociales que se pueden presentar en un sujeto adulto, que presenta ideaciones suicidas desde su adolescencia, en un estudio de caso del Municipio de Sabaneta, Antioquia?

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Esta investigación tiene como finalidad identificar cual es la incidencia en el comportamiento psicosocial de un sujeto producto de sus ideas suicidas.

De acuerdo a una investigación realizada en Cuba el suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la OMS (s. f) se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1.110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión, posición socioeconómica, etcétera. Cualquier sujeto puede, en determinado momento de su existencia sentir que la vida no tiene sentido por diversas causas, como la enfermedad física o mental, la pérdida de una relación valiosa, un embarazo oculto o no deseado, la soledad, las dificultades cotidianas en personalidad poco tolerantes, lo que convierte el suicidio en la mejor y única opción para ellos (Pérez, 1999).

Según las investigaciones para llegar al suicidio existe primero una ideación aunque no en todos los casos, es así que según Pérez (1999) la idea suicida consiste en el pensamiento de acabar con la propia existencia y el espectro perfecto del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas,

el gesto, el intento y el hecho consumado. La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir las siguientes formas de presentación: El deseo de morir, la representación suicida, la idea de autodestrucción, la idea suicida con un plan indeterminado, la idea suicida con una adecuada planeación.

Según un informe de la OMS (2004) sobre la salud en el mundo, ha reconocido que la magnitud del problema pudiera ser más alarmante de lo que muestran las estadísticas, ya que es muy común el pretender ocultar un suicidio con el fin de evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la persona, o bien por conveniencia social, razones políticas, o porque quien comete el suicidio lo hace aparecer como un accidente (Citada por Sánchez, et al, 2010).

En los estudios revisados como antecedentes, se encontró que en la mayoría de estos se relacionó la ideación suicida con aspectos como: Perfiles psicopatológicos entre ellos depresión, ansiedad, stress, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar; factores de riesgo ambientales, genéticos y psicológicos; características socio demográficas, relaciones vinculares padre/madre, estrategias de afrontamiento y resiliencia, sentimiento de desesperanza, violación, abuso de alcohol y drogas entre otros. Estas investigaciones son de tipo descriptivo, explicativo y correlativo de múltiples variables como las mencionadas anteriormente. No se encontraron investigaciones que analicen la influencia de la ideación suicida en el estilo de vida de los sujetos que no consuman el acto, por lo que se intenta abordar cómo una persona que permanentemente está pensando en el suicidio, evidencia estas ideas en los diferentes ámbitos de su vida y además en qué grado y de qué manera afecta a las personas que están en su entorno. También se referencia a que los estudios anteriores toman como población o muestra los adolescentes, como un grupo de riesgo actual en relación con el suicidio, dejando de lado las personas adultas en donde también se presenta este comportamiento susceptible de ser analizado (Gabilondo, Alonso, Pinto, Vilagut, Fernández, Serrano, Almansa, Codony & Haro, 2007) (González, Ramos, Caballero & Wagner, 2003) (Galbán, Rodríguez, Padilla, Arencibia & Álvarez, 2002) (Quintanilla, Valadez, Valencia & Gonzales, 2005) (Núñez, Olivera, Losada, Díaz & Rojas,

2008) (Paniagua, Valencia, Trujillo, Gonzales & Zapata, 2014) (Mondragón, Saltijeral, Bimbaly & Guilheme (1986) citados en Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001).

En este orden de ideas el equipo de investigación decidió inclinarse por este tema, al detectar que le apasionaba fuertemente un tópico del cual se ha hablado poco en nuestro medio antioqueño. Es de gran interés pensar que las investigaciones precedentes pueden profundizarse algo más que solo describir y comprender aspectos como: Las causas de la ideación suicida y el acto suicida, el perfil psicológico de un suicida, trastornos mentales asociados, la influencia socio familiar. Desde el punto de vista planteado se quiere ampliar la perspectiva existente de la ideación suicida que no llega a consumarse en el acto, como es el caso particular escogido, constituirá un tipo de conducta que motiva a un sujeto a vivir de una determinada forma, donde estarían comprometidas varias áreas que lo afectan en su desempeño como persona.

Por otro lado, ante una sociedad como la colombiana pasiva ante los fenómenos sociales, se requiere alertarla, hacerla reflexionar, para que pueda enfrentar un problema tan perturbador, por esta razón es importante para el contexto social llevar a cabo este estudio, pues además de esclarecer las causas que conllevan a un determinado sujeto a tomar conductas que atenten contra su integridad, se analizó como este comportamiento afecta su entorno social, familiar y psíquico; y aunque el presente estudio no pretendió intervenir la problemática, si puede mediante la comprensión de este, ayudar a estudios posteriores para crear estrategias que permitan hacer un acompañamiento familiar y creación de redes sociales de apoyo y así evitar que estos sujetos con ideación suicida lleguen al acto.

Adicional este estudio permitirá a las futuras psicólogas, explorar y descubrir todos aquellos factores que son determinantes en el momento en que un individuo desarrolle la idea de terminar con su vida; además de identificar como incide esta situación en el comportamiento que un sujeto adopta producto de esas ideas suicidas y como estas a la vez afectan su entorno social. Se pretende además que este estudio, abra un panorama más amplio a las estudiantes, donde se reforzará el aprendizaje, obteniendo así los conocimientos necesarios que posibilite en un futuro la capacidad de abordar e intervenir

dichos sujetos, realizando un debido acompañamiento y brindando una adecuada y oportuna orientación psicológica.

Según lo anterior se considera que este trabajo fue pertinente realizarlo, ya que el análisis e identificación realizados en el proyecto contribuirá a que la universidad sea reconocida por la competitividad de las investigaciones y trabajos de sus estudiantes, como lo ha sido en los últimos años, comprometiéndose con una educación de calidad, formando personas éticas, críticas y responsables que impacten de manera positiva el medio en el cual se van a desempeñar como futuros profesionales.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Analizar las consecuencias psicosociales que se pueden presentar en un sujeto con ideaciones suicidas.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

Identificar las manifestaciones emocionales que presenta un sujeto producto de sus ideas suicidas.

Indagar sobre los comportamientos sociales que adopta un sujeto al tener ideas suicidas en su cotidianidad.

Establecer los efectos a nivel personal, familiar, social que se le presentan a un sujeto con ideaciones suicidas.



## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1. Antecedentes

Las siguientes son algunas investigaciones realizadas en relación a intentos de suicidio y a la ideación suicida, los cuales fueron indagadas por el equipo de trabajo, con el fin de descubrir la información existente sobre este fenómeno, detectar los aspectos que no ha sido examinados a profundidad y tener claridad sobre la información relevante que puede servir para la realización del presente estudio.

Con respecto a las investigaciones en Europa, se tiene que en España, Gabilondo, et al (2007) en un estudio titulado: *Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española*, el cual tenía como fin determinar la prevalencia y los factores de riesgo de ciertos precursores del suicidio (ideación, plan e intento de suicidio) a partir del proyecto ESEMeD-España. Se realizó una encuesta personal domiciliaria a una muestra de 5.473 individuos representativos de la población española mayor de edad. Se empleó el instrumento Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0), desarrollado por iniciativa de Encuestas Mundiales de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. La prevalencia de los precursores de suicidio obtenidos fueron los siguientes: 4,4% (ideas), 11,5% (intentos). El riesgo asociado a los precursores del suicidio estudiados fue significativamente mayor en las mujeres más jóvenes y los niveles educativos menores. La presencia de un trastorno mental se asoció con un aumento del riesgo en todas las categorías diagnósticas estudiadas, especialmente alto en el episodio depresivo mayor. El primer año desde el inicio de la ideación fue el de mayor riesgo de realizar un intento.

Así mismo en Suecia Niméus, Alsén, & Träskman (2001) en el Hospital Universitario, Departamento de Neurociencia Clínica, División de Psiquiatría, Hospital Universitario, S-221 85 Lund, en una investigación llamada: *La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida*; se administró la Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS) a 191 personas que

habían intentado quitarse la vida. Se examinó su validez predictiva. Se compararon las estimaciones de la SUAS con las de otras escalas, y se relacionaron con la edad y los diagnósticos psiquiátricos, incluida la comorbilidad. Se suicidaron ocho pacientes en un plazo de 12 meses después de la administración de la escala. Las puntuaciones altas en la SUAS eran predictores significativos del suicidio, además de la edad avanzada. Se identificaron puntuaciones umbral de la SUAS que, solas y en combinación con algunos factores diagnósticos y demográficos, son valiosas aparentemente en la evaluación clínica del riesgo de suicidio después de un intento de quitarse la vida.

Ahora bien, para América se revisaron algunos estudios como el realizado por González, Berenzon, Tello, Falacio & Medina (1998) en una investigación hecha en México, la cual tenía como título: *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes* y cuyo objetivo era determinar la prevalencia de ideación suicida, el perfil sintomático e identificar las características sociodemográficas que distinguen a quienes tuvieron mayores puntajes de ideación suicida entre población adolescente del Distrito Federal: estudiantes y pacientes por intento suicida. Analizaron la información de dos muestras: 1 712 mujeres, estudiantes de enseñanza media –secundaria– y media superior –bachillerato– (muestra escolar representativa en el D.F.) y 30 adolescentes mujeres internadas por intento suicida (muestra clínica). El estudio fue de tipo transversal y ex-post-facto. Se encontraron como resultados la prevalencia, tanto de presencia como de persistencia de ideación suicida, y fue más elevada en la muestra clínica; sin embargo, 11.8% de las adolescentes escolares presentaron todos los síntomas de ideación suicida de 1 a 7 días. Las características sociodemográficas que distinguieron a las estudiantes con mayores puntajes de ideación fueron: cursar secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber interrumpido sus estudios. En la muestra clínica se analizaron las características que distinguieron a las jóvenes con un intento suicida: Vivir solas o con uno de sus padres y pensar en que su muerte sería posible.

También en la ciudad de México una investigación llamada: *Correlatos psicosociales de depresión, Ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos*; realizada por Gonzáles, Ramos, Caballero & Wagner (2003) con el fin de identificar correlatos de depresión,

ideación e intento suicida en adolescentes; tomaron como muestra 508 hombres y 428 mujeres estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de México, cuya edad promedio fue de 13,7 años y en la cual utilizaron como herramienta un cuestionario autoaplicable; obtuvieron como resultado, que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos con padre/madre, y que sus padres discuten por problemas económicos, estos estudiantes tienen menor autoestima y no tienen una buena relación con padre/madre, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas. La prevalencia de intento suicida fue en hombres: 7% y mujeres: 17%. Los/as estudiantes impulsivos presentaron más riesgo con antecedente de intento suicida.

Siguiendo con investigaciones relacionadas con la ideación suicida, Sánchez, et al (2010) en un estudio llamado: *Ideación Suicida en adolescentes: Un Análisis Psicosocial*. Se especificó y contrastó un modelo explicativo psicosocial de ideación suicida en adolescentes, mediante un estudio explicativo de tipo transversal. Se utilizó una muestra probabilística estratificada de 1.285 estudiantes mexicanos de escolaridad media y media superior. Los instrumentos utilizados tenían índices adecuados de fiabilidad. Se contrastó el modelo con la técnica de ecuaciones estructurales utilizando el paquete estadístico EQS 6.1 que explicó el 33.10 % de varianza explicada. Los resultados mostraron que el modelo obtuvo niveles adecuados de bondad de ajuste absoluto. Concluyendo que el Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS) se ajustaba bien a los datos y era compatible con el modelo teórico propuesto. Se observó, una relación directa y significativa de la victimización escolar, sintomatología depresiva y conducta alimentaria de riesgo con la ideación suicida.

Por su parte Quintanilla, et al (2005) en una investigación titulada: *Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida*; con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento en una muestra de 103 pacientes que ingresaron al Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde” por intento de suicidio. Se utilizó como herramienta el inventario de Estilo de Afrontamiento desarrollado por Vitalino y Col. Este demostró consistencia al ser validado por factorización con la prueba Alpha de Cronbach, con valores iguales o mayores de 0.80. El 75% de la muestra estudiada utilizó estrategias de

afrontamiento poco adaptativas, focalizadas en la emoción como: la autoculpabilizante y la centrada en alterar el significado emocional (Fantasía).

Igualmente el Instituto Mexicano de Psiquiatría, por medio de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, llevó a cabo el proyecto: *Ideación suicida, desesperanza, depresión e intentos previos en pacientes depresivos y pacientes con consumo de alcohol*; realizada por Mondragón, et al (1986) (Citados en Mondragón, et al 2001) en ella se abordaba la problemática de la ideación suicida en relación con la desesperanza y al abuso de alcohol y drogas en la población del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". A todos los pacientes de los tres niveles de dicho hospital: hospitalización, urgencias y consulta externa, se les aplicó la Escala de Desesperanza y la de Ideación Suicida de Beck, así como un cuestionario sobre el consumo de alcohol y drogas. Se compararon los casos de ideación suicida con los de controles, en diferentes variables relacionadas con la ideación suicida, aplicando el análisis de regresión logística, con el objeto de encontrar variables predictoras de este problema. Se encontró que de los 1094 sujetos que representaban la población total, 972 no habían tenido ideación suicida (controles) y sólo 110 la habían presentado (casos). Con respecto al uso de drogas y alcohol, sólo se encontraron riesgos incrementados y estadísticamente significativos en el diagnóstico de alcohol de por vida. El análisis simple de la variable "desesperanza" reveló que el riesgo crecía según se avanzaba en la escala. Los pacientes con niveles elevados de desesperanza tienen un riesgo 6 veces mayor de presentar ideación suicida. Los resultados del modelo de regresión logística múltiple indicaron que el riesgo de presentar ideación suicida era casi dos veces mayor en las mujeres que en los hombres, con menor riesgo entre los 46 y los 65 años, y en las divorciadas o separadas. Asimismo, el riesgo era tres veces mayor en los pacientes que presentaban un patrón de consumo de alcohol consuetudinario, mientras que entre los que presentan mayor desesperanza el riesgo de ideación suicida es casi siete veces mayor.

Por otro lado, en Cuba, Gutiérrez, Marcos, Jimenez & Deronce (2009), realizaron una intervención educativa durante el 2005 en 30 de 225 adolescentes y adultos jóvenes con riesgo de conducta suicida, llamada: *Modificación de conocimientos sobre conducta*

*suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo*; en el municipio de Palma Soriano; el objetivo era evaluar sus conocimientos sobre esa forma de atentar contra su vida. Se utilizó el porcentaje como medida de resumen de la información obtenida a través de un cuestionario empleado antes y después de la intervención, así como también se aplicó la prueba de Mc Nemar con un nivel de significación de 95 %. Los resultados de las acciones educativas para modificar esa actitud inadecuada fueron muy favorables, al ser considerados como altamente significativos. Con la intervención educativa los pacientes encontraron nuevas formas para enfrentar la vida, se modificaron criterios erróneos sobre conducta suicida y se desarrollaron habilidades para enfrentar los conflictos intrafamiliares, la violencia familiar, la depresión y la autoestima baja, por lo que se recomendó extender su aplicación a todas las áreas de salud donde la conducta suicida constituya un problema.

Ahora bien, en el año 2004, Rosselló & Berríos, en un trabajo de investigación hecho en Puerto Rico que se titula: *Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as*; cuyo propósito era examinar la relación entre ideación suicida, depresión, autoestima, actitudes disfuncionales y eventos de vida negativos; utilizando una muestra clínica de adolescentes, entre las edades de 12 a 18 años (61 féminas, 52 varones). Los/as participantes fueron evaluados con los siguientes instrumentos: Identificación de Riesgo Suicida en Adolescentes (IRSA), Inventario de Depresión para Niños/as (CDI), Escala de Auto-Concepto de Piers-Harris (PHCSCS), Lista de Eventos Estresantes (EVE) y la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS). Los análisis estadísticos revelaron una relación significativa entre ideación suicida y las variables estudiadas. Los/as que reportaron niveles altos de ideación suicida reportaron además altos niveles de depresión, bajos niveles de autoestima y la presencia de más eventos de vida negativos como: dificultades económicas, rompimiento con novio/a, y dificultades o conflictos con algún miembro de la familia.

De modo similar en otro estudio llamado: *Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes*; Serrano & Flores (2005) en Mérida, México, que tuvo como objetivo determinar la relación entre el estrés, el afrontamiento de los problemas y la ideación suicida en adolescentes; participaron 370 sujetos, hombres y mujeres

seleccionados probabilísticamente de escuelas secundarias y preparatorias. Se aplicaron las escalas de estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida adaptadas por González-Forteza. Los resultados indicaron que a mayor estrés con la pareja, mayor ideación suicida en los hombres. En las mujeres, la ideación suicida se asoció con un mayor estrés social y con la pareja. Asimismo, se encontró correlación moderada, significativa y positiva entre los factores de las escalas de afrontamiento y la ideación suicida. Las esferas familiares, la del mejor amigo y de la pareja constituyeron los tres escenarios en donde los adolescentes de este estudio dijeron utilizar respuestas de afrontamiento poco funcionales, las cuales, a pesar de no ser tan frecuentes, inciden en el desarrollo de ideas suicidas. En este punto, cobra especial interés la familia y todos aquellos agentes de socialización (escuela, amigos, sociedad en general) que favorezcan el aprendizaje de formas más adecuadas, directas y constructivas para enfrentar el estrés.

Siguiendo la misma línea de investigaciones internacionales como la de Mondragón, et al (2001) en un análisis de los resultados de varios estudios en diferentes poblaciones de México sobre el intento y la ideación suicida, llamado: *La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos*; se utilizaron diferentes metodologías e instrumentos para medirlos, en su mayoría, estos fueron encuestas representativas de muestras de hogares y escuelas, así como estudios en escenarios clínicos. La prevalencia más alta de intento de suicidio fue de 10%. La prevalencia de ideación suicida más alta fue de 40.7%. Se encontraron diferencias importantes en los instrumentos utilizados para medir la conducta suicida y su temporalidad, y en los puntos de corte utilizados para definir los casos. Este análisis de la información permitió obtener datos más precisos sobre el intento y la ideación suicida en la población mexicana, los cuales serían utilizados para diseñar las políticas de salud. Unificando los criterios de los investigadores, se contará con mejores registros sobre el intento y la ideación suicida.

Así mismo, en Cuba Galbán, et al (2002) realizaron un estudio llamado: *Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes*; el cual fue de tipo descriptivo en 80 pacientes que realizaron intento suicida en el período comprendido de enero de 1997 a diciembre del 2000, ingresados en el Servicio de Psiquiatría del

Hospital Militar “Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja”. Predominó el grupo de edad de 17 a 23 años. El perfil psicopatológico destacó los síntomas de ansiedad, ideación suicida, tristeza e insomnio. El perfil de personalidad obtenido con la aplicación del 16 PF permitió caracterizar al grupo como emotivo con poca estabilidad emocional, insegura, aprensiva, angustiado, tenso, frustrados, agobiados con niveles altos de ansiedad. La intoxicación por psicofármacos fue el método más empleado por los pacientes. La incidencia de antecedentes familiares de intento suicida y trastornos psiquiátricos fue alta. Dentro de las enfermedades psiquiátricas predominaron los trastornos situacionales depresivos y ansiosos.

Con respecto a los estudios realizados en Colombia, se tiene que, Ceballos & Ospino (2012) realizaron un estudio de tipo descriptivo-correlacional y diseño trasversal que tenía por objetivo identificar la relación entre la ideación suicida (IS) y las características de inteligencia emocional (IE) en estudiantes de psicología de una universidad estatal del departamento de Magdalena (Colombia) titulado: *Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología*. La población estaba constituida por 328 estudiantes, la selección de la muestra se realizó de manera intencional, formada por 157 sujetos a los cuales se les aplicaron el Traid Meta Mood Scale-24 y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los resultados indican prevalencia de IS de 5,1%, se registraron adecuados estados en las habilidades de inteligencia emocional, y se encontró relación negativa entre la ideación suicida y el componente reparación emocional, no obstante, no se encontraron correlaciones entre la ideación suicida y la atención. El instrumento de medida utilizado en la presente investigación permitió conocer las características de la Ideación suicida referente a la actitud hacia la vida o la muerte, pensamientos o deseos, proyecto de intento suicida y realización del intento proyectado; es así como se registraron algunas características relevantes que pueden indicar riesgo potencial para la consumación del suicidio en los estudiantes que presentaron ideación suicida.

No solo identificar la inteligencia emocional relacionada con la ideación suicida, sino también la investigación llamada: *Factores Protectores de la ideación suicida en 50*

*mujeres del Centro Penitenciario: “Villa Cristina” Armenia – Quindío (Colombia);* realizada por Andrade, Bonilla & Valencia (2010) y que tenía como intención de determinar los factores protectores del suicidio en 50 mujeres privadas de la libertad, del centro penitenciario, y en la que se utilizó un modelo descriptivo-cuantitativo de corte transversal; los resultados de la escala “Inventario De Razones Para Vivir” (RFL), mostraron una prevalencia del 20% en la habilidad de supervivencia y afrontamiento, 19% en la responsabilidad con la familia y la preocupación por los hijos, como también, miedo al suicidio (12%), desaprobación social (12%) y objeciones morales (18%). En la población estudiada estuvieron presentes tanto factores de riesgo como de protección, en una relación inversamente proporcional, pues a mayor número de factores protectores, son menores los riesgos suicidas; en cierto sentido, ésta condición es fruto de un proceso adaptativo continuo.

Por otro lado Núñez, et al (2008) en Colombia, realizaron un estudio con el fin de Establecer el perfil multidimensional de personas con intento de suicidio y que se tituló: *Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio*; se estudiaron 116 personas reportadas con intento de suicidio en servicios de urgencias de instituciones educativas del departamento del Huila. En un diseño descriptivo; con entrevista semiestructurada, prueba de personalidad, inventario de depresión, evaluación de alcoholismo, evaluación de ideación e intento de suicidio. El perfil multidimensional se caracterizó: adolescentes rurales, adultos ciudadanos; son de consideración: ama de casa, con relación de pareja estable, y personas solas, divorciadas, desempleadas. La relación neuroticismo bajo y psicoticismo alto podría ayudar a explicar que el intento de suicidio haya sido realizado de “repente” sin existir ningún síntoma previo. La estructura y dinámica familiar disfuncional están altamente asociadas a la persona con intento de suicidio. En este grupo de personas estudiadas, se asocia la intensidad del pensamiento suicida con la gravedad biológica del intento del suicidio, es decir, a baja intensidad del pensamiento suicida las personas quedan en estado de conciencia alerta después del intento; pero, a intensos niveles de pensamiento suicida, termina en estado de conciencia comatoso después del intento de suicidio y, además, estas personas están en riesgo elevado de repetición del intento.



En un estudio llamado: *La imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes*; Sánchez, Guzmán & Cáceres (2005) en Colombia con un muestreo multietápico, estratificado, con 197 estudiantes (como representantes de la población universitaria), en el cual los datos de las mediciones se obtuvieron mediante entrevistas psiquiátricas, en las que se evaluaron la presencia de conductas suicidas, así como factores de riesgo, incluida la imitación y donde para analizar los patrones de asociación entre variables y su relación con la imitación se utilizó una metodología de análisis estadístico con correspondencias múltiples; se encontró que 56 estudiantes estuvieron expuestos a información sobre alguna persona que cometió suicidio, principalmente un amigo. El pertenecer a grupos sociales (especialmente deportivos), tener diagnóstico psiquiátrico del espectro depresivo, tener acceso a métodos letales e historia de abuso físico en la infancia se asoció con riesgo de imitación. Los adolescentes con aislamiento social, trastornos de ansiedad y uso de sustancias psicoactivas tienen riesgo de imitación si el suicidio lo comete un amigo.

Hay que mencionar además que Rodríguez, Medina, Roza & Sánchez (2013) en un estudio titulado: *Ideación suicida y factores asociados en un grupo de policías de Pereira-Colombia*; realizaron una investigación de tipo cuantitativa con análisis transversal; se aplicó el cuestionario ISO 30, y una encuesta de caracterización en ciento treinta y siete policías. El 2,9% presentó ideación alta. Los mayores porcentajes de ideación alta se presentaron entre los que vivían solos y los que tenían intento previo de suicidio, aunque solo en los primeros se encontró una asociación estadísticamente significativa. La ideación alta con respecto a la edad fue de aquellos que tenían entre veintiún y treinta años y en cuanto a la escolaridad la ideación es más alta en policías que tienen como máximo el título de bachilleres. Los niveles de ideación son inferiores a los hallados en población general.

Así también en Bogotá Calvo, Sánchez & Tejada (2003) en una investigación con el título: *Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios*; y cuyo fin fue cuantificar la prevalencia de ideación suicida en una población de estudiantes universitarios, caracterizar grupos en relación con la ideación y las conductas suicidas y

determinar las variables que se asocian con ideación suicida e intentos de suicidio, realizaron un estudio observacional, analítico y transversal en el cual se seleccionó una muestra probabilística de la población de estudio, a la cual se aplicó un instrumento para la medición del riesgo de suicidio y de las variables asociadas. La prevalencia de ideación suicida actual fue 3,6 % y 18 % en el último año. Tanto la ideación como el antecedente de intento de suicidio fueron más frecuentes en estudiantes de género femenino, el antecedente de violación, permanecer más de ocho horas diarias solo y el género femenino, fueron los factores más fuertemente relacionados con la ideación suicida. En esta población no se observó relación entre ideación suicida y exposición al suicidio de otros (modelamiento) que si se ha registrado en menores de edad.

A su vez, Quiceno, Mateus, Cardenas, Villareal & Vinaccia (2013) con el objetivo de examinar las relaciones de la resiliencia y la ideación suicida con la calidad de vida en 50 adolescentes víctimas de abuso sexual de la ciudad de Bogotá, Colombia. Realizaron un estudio titulado: *Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual*; el cual contó con un diseño ex-post-facto correlacional de corte transversal. Los participantes cumplieron la escala de resiliencia adolescente (ARS), el inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI) y el cuestionario de salud y bienestar para niños y adolescentes (KIDSCREEN-52). Encontraron moderados niveles de resiliencia, baja calidad de vida y altos niveles de ideación suicida; el análisis de correlación mostró que la resiliencia se relacionaba negativamente con la ideación suicida y positivamente con la calidad de vida, y la ideación suicida se relaciona negativamente con la calidad de vida. Concluyeron que la resiliencia es una variable protectora frente a los pensamientos sobre el suicidio y promueve la calidad de vida en los y las adolescentes víctimas de abuso sexual.

Por lo que se refiere al departamento de Antioquia, se realizó una investigación llamada: *Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010*; hecha por Medina, et al (2014) de tipo cuantitativa, descriptiva y trasversal; se analizaron variables de persona, tiempo y lugar; se calcularon medidas descriptivas y tasas; se registraron 693 suicidios en los 11 años estudiados, de ellos, el 63.2% fueron hombres; 83% tenían edades superiores a los catorce años; 80.1% eran solteros; 42.1% eligió el

ahorcamiento. El promedio de edad se ubicó en 16.5 años. La mayor proporción de suicidios ocurrió en los meses de julio, con 10.7%; por años fue 2005 con 11.1%. La tasa del periodo se ubicó en 5.7 por cada cien mil adolescentes (7.1 en hombres y 4.3 en mujeres). El riesgo más alto estuvo en los municipios del Nordeste, que registraron una tasa de 8,8 por cada cien mil adolescentes. Se concluye que en Antioquia, en el periodo 2000-2010 la tasa de suicidios en población adolescente se ubicó en 5.7 muertes por cada 100000 adolescentes. Se encontraron también claras diferencias según el sexo: se presentaron mayores tasas en hombres; según el mecanismo: se notó que ellos prefirieron el ahorcamiento y ellas la ingesta de medicamentos y venenos.

Consecuentemente en Copacabana, Medellín Paniagua, Valencia, Trujillo, Gonzales & Zapata (2014), en un estudio llamado: *Caracterización de la salud mental mediante 5 indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, vulnerabilidad a estresores sociales de la población escolar de Copacabana Antioquia*; administraron una encuesta de autoaplicación a una muestra aleatoria de 779 adolescentes para evaluar el riesgo de suicidio, depresión, consumo de sustancias psicoactivas y disfunción familiar; para el análisis se empleó la técnica del método casos y controles. Como resultados se obtuvo la prevalencia del riesgo de suicidio entre 23,0% y 26,5%. La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio, con una razón de disparidad de 4,3 y 2,0 respectivamente. Los resultados muestran que es necesaria la formación como estrategia en las escuelas y las familias y resaltar la importancia en la comunicación, la cooperación, el afecto y el respeto entre los miembros de la familia.

Las investigaciones antes mencionadas, muestran varios puntos de confluencia respecto a las variables que se han estudiado con relación a la ideación suicida, se pueden mencionar algunas, como las de tipo demográfico, es así que para la edad, se presenta más predisposición entre adolescencia y adulto joven, en un rango de edad entre 17 a 23 años, pero sin descartar otras edades como entre los 21 y 30 años y entre los 46 y 65 años. En cuanto al estado civil, se presentó más ideación entre personas solteras, divorciadas o que viven solas. La prevalencia en cuanto al sexo es más alta para las mujeres que para los

hombres. Para las ocupaciones y nivel económico, los resultados muestran que existe más ideación suicida para los desempleados y personas con baja calidad de vida, igualmente el bajo nivel académico se relacionó directamente con alto riesgo de ideación. Otras variables que se estudiaron fueron los tipos de familia, encontrando alta incidencia sobre los individuos, las de que poseen estructuras disfuncionales. Respecto a los perfiles más comunes para que se presente la ideación, se estudiaron las relaciones existentes entre psicopatías como: Depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas, neuroticismo y psicotismo; también se la relacionó con perfiles de personalidad con rasgos como: Agresividad, impulsividad, poca estabilidad emocional, deficiencias en las respuestas de afrontamiento, nivel de resiliencia, baja valoración personal. Así también los estudios revisados probaron diversas herramientas como predictores importantes para el suicidio tales como: La SUAS, escala de desesperanza e ideación suicida de Beck, el inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI), entre otras.

Es de aclarar que en el recorrido por las investigaciones citadas como antecedentes, que no hay divergencias entre ellas, al apuntar a resultados y conclusiones muy semejantes, por lo tanto existe un marco referencial muy articulado, facilitando así un buen soporte que ha sido utilizado para intervenciones clínicas, educativas e investigaciones. Estos estudios, la mayoría recientes, han dejado de lado algunos aspectos que podrían ser tópicos de estudio, por ejemplo la ideación suicida en etapas de la vida diferentes a la adolescencia como niñez, adultez en mediana edad y vejez; también la ideación suicida según las diversas áreas geográficas y culturales; al igual se evidencian pocos estudios de caso referidos al tema, que permitiría detallar el problema y caracterizarlo más singularmente; se evidencia un vacío en el conocimiento respecto al tipo de contenido de las ideas suicidas y consecuencias en las diversas dimensiones de la vida de una persona; por estos aspectos mencionados se decide indagar y centrarse en analizar las consecuencias psicosociales de la ideación suicida en la vida de un hombre adulto, en un estudio de caso, en Sabaneta, Antioquia- Colombia.

## **4.2. Marco teórico**

### **4.2.1. El suicidio**

Según Paniagua, Valencia, Trujillo, Gonzales & Zapata (2014) la palabra suicidio etimológicamente deriva de los vocablos latinos sui y cederé. Cederé significa “darse muerte”, y sui, “si mismo”. El suicidio se puede definir como un proceso que inicia con la ideación suicida, continua con el intento de quitarse la vida para llegar finalmente al suicidio consumado.

Para este grupo de investigación es importante tener en cuenta que el suicidio se puede dividir en tres categorías: suicidio consumado, intento suicida e ideación suicida. Esta última categoría, la ideación suicida, ha sido poco estudiada, pero es un importante predictor del intento suicida. Además, hay investigaciones que demuestran que la ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol

De acuerdo con el trabajo central de Shneidman (2010) en su libro sobre la Suicidología, está se basa teóricamente, y de manera primordial en estudiar las causas psicológicas y sociológicas del suicidio. Creía que la vida se enriquece con la contemplación de la muerte y el morir; y concibió a la Psicología como la ciencia que debería estar presente en el estudio de estas formas de expresión de la compleja individualidad de la persona, pues consideraba al suicidio, básicamente, como una crisis psicológica. El estudio del suicidio y su propuesta acerca de que éste podría evitarse, se convirtieron en la pasión de su vida.

Conviene subrayar el trabajo Durkheim (1897) con una mirada desde lo sociología muestra como refutar cada uno de estos factores como causa de suicidio. Los factores del grupo conducen a una explicación de tipo individual de las causas del suicidio o, a lo sumo, a una explicación social como efecto de lo individual.

En esta línea Durkheim (1987), para cada una de las categorías (locura, raza, etc.) procede de la misma manera: Comienza con una definición que le permite reflejar las confusiones que pudieran existir al respecto, y establece muy claramente qué va a entender por locura, raza, etc. Luego demuestra, para cada uno de los casos, que no existe relación causal entre la variable analizada y las tasas de suicidio (Citado por Galtieri & Peón, 1994).

Como sostiene R. Aron, en este primer libro Durkheim concluye que existe una predisposición psicológica al suicidio, pero esta predisposición sólo puede operar en tanto exista la fuerza social capaz de actualizarla. Dicho de otro modo, el suicidio, entendido como resultado de factores sociales encarna en determinados sujetos que se hallan predispuestos a él. Por lo tanto como conclusión de la primera parte de la obra se puede observar que el suicidio, como hecho social, se construye como una categoría residual a partir de refutar los factores extrasociales como causa del mismo (Citados por Galtieri & Peón, 1994).

A continuación se analiza el suicidio desde el punto de vista del psicoanálisis, pues se considera que puede darle al presente trabajo la profundidad que necesita para comprender este fenómeno.

Así según Garma & Rascovsky (1948) “el suicidio es un acto de autosadismo intenso. El yo realiza una acción agresiva contra sí, de una fuerza tal que consigue destruirse” (p. 334). Para Freud hay una tendencia en el ser humano a la destrucción en dirección hacia sí mismo y hacia el mundo exterior, esta es la pulsión, se cita a continuación el concepto acuñado por este:

La pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Representant} psíquico de los estímulos que provienen al interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (Freud, 1979, p. 117).

Hacia el año 1915, Freud como neurólogo había estudiado la energía en la sinapsis de las neuronas y cuando habla de pulsión la compara con la energía de excitación que básicamente debe ser descargada para liberar la tensión, al haber tensión o sobrecarga hay placer o displacer. La pulsión representa psíquicamente los estímulos que viene del interior del organismo, para satisfacerlos debe actuar a nivel más complejo, que un estímulo fisiológico, es una necesidad demandante del orden psíquico, es continua, y debe ser cancelado por la satisfacción y meta adecuada aunque lo hará de manera parcial y no total (Henríquez, 2009).

En lo que se refiere a su teoría inicial Freud habló de la pulsión sexual apoyada o apuntalada en las pulsiones biológicas de la nutrición, éstas son las pulsiones del yo o de autoconservación: hambre y sed; con el estudio de invertidos y las perversiones encuentra, que las metas pueden ser muchas y no siempre el coito, se pueden inhibir o desviar y que el objeto se puede cambiar o sustituir por uno inapropiado. Las metas sexuales pueden ser provisionales y nada tienen que ver con los genitales, ellas pueden ser simplemente, ver, tocar, mirar, oír. El hombre, no puede huir de sus pulsiones, se encontrará con la satisfacción, por eso habló de los destinos de la pulsión: La represión, la vuelta a lo contrario, la vuelta sobre sí mismo, la sublimación (Freud, 1979).

Más tarde en su construcción teórica Freud dirá que existe dos tipos de pulsión en el hombre: Pulsión de vida “Eros” y pulsión de muerte “Tanatos”. Según Serna (2007), este dualismo introducido por Freud en 1920 en su texto “Más Allá del Principio del Placer” Eros o pulsión de vida y el Tánatos o pulsión de muerte, esta última podría explicar de alguna manera las situaciones que rodean al suicidio o al suicidio mismo, al entender la relación de esta con el principio del placer del cual se sirve la pulsión de muerte para tender a un estado inorgánico e inanimado, la única forma de reducir totalmente la tensión psíquica y estado de excitación de la pulsión.

Consecuentemente para Rincón (1998) citado por Serna (2007), La pulsión de muerte contrapuesta a la de vida y tiende a destruir la vida, la cual adiciona unidades de esta, cada vez en más cantidad y busca mantenerlas. La pulsión de muerte buscaría un equilibrio

radical entre las dos, queriendo que el ser vivo retorne a un estado inorgánico, a un estado de reposo absoluto; el hombre tiene la tendencia a la destrucción, a la crueldad y el empuje a la muerte.

De manera similar, Gallo & Galindo (2009) Dicen que “La pulsión puede ser considerada como la forma humana del instinto, atravesada por el deseo humano” (p. 89). Para estos mismos autores hay una lucha entre Eros y Muerte, vivir es contraponerse a la muerte, pero una no puede estar sin la otra es una lucha que no acaba. Eros, es creatividad y vida, sobre la destrucción, pero la pulsión de muerte está subordinada a la de la vida. La pulsión de muerte tiende más bien a repetir, a fragmentar a desarticular; la pulsión de vida busca vincular a los objetos creativamente desde el psiquismo.

Existe otra motivación según la perspectiva psicoanalítica como causa de suicidio, la pérdida del objeto libidinoso, cuando el sujeto pierde algo que ha dotado de carga amorosa de energía puede existir esta posibilidad, Garma & Rascovsky (1948) hablan de la existencia y una identificación con el objeto perdido y la suerte ocurrida a este es lo que se quiere para sí mismo; puede ser el caso de una persona querida que ha muerto o una pérdida del en el campo económico considerado este como el objeto libidinoso; este autor dice: “Para dicho individuo, la vida carece de interés, ya que se considera incapaz de satisfacer gran parte de sus deseos” (p. 333).

Se podría entender el suicidio desde el campo del deseo y el goce, a continuación se conceptualiza el deseo para Freud y la construcción que hace Lacan desde Freud con la introducción de algunos elementos diferentes; respecto al goce que el hombre va a desear encontrarse, pero este siempre trae malestar, displacer y sufrimiento.

Al observar que en la neurosis histérica, su etiología es una fantasía sexual infantil, Freud construye la organización de la sexualidad humana y ligada a esta estaría, la construcción psíquica, el deseo y la entrada en la cultura. Para él y contrario a lo que se creía, en los niños existían excitaciones. En el infante hay mociones, que parecen



desaparecer en ciertas edades o para decirlo desde el psicoanálisis en ciertas etapas lógicas del individuo (Freud, 1978).

Teniendo en cuenta lo anterior, Freud dice, que en el niño hay un chupeteo, que el niño llegó a experimentar placer en el seno materno y que en él ha quedado una huella mnémica, una marca, el niño tiende a repetir y poco a poco se estructura la satisfacción, él es capaz de tener representaciones y cargar un objeto de afecto, de fantasear con él, hacerlo presente en la memoria, llamarlo y buscarlo; en el niño existen zonas erógenas, una de ellas ubicada en la boca, con el chupeteo y fricción, duerme plácidamente como en un orgasmo y obtiene placer, lo mismo en controlar las heces. Esta Satisfacción empieza en un órgano para satisfacerlo, pero pasa a otro o a una persona como objeto, en un principio, el objeto es la madre y el seno (Freud, 1978).

Es así que en una primera instancia el niño está ligado a un objeto que es la madre, ella le proporciona la satisfacción de las necesidades básicas, el alimento, es decir “la vida”, sólo existe la madre. El niño por medio de la boca se alimenta no solo biológicamente, sino afectivamente, a la vez que recibe placer. Para Freud existe una diada entre madre e hijo, el objeto padre está totalmente excluido. Pero como el psiquismo humano no se estructura de una vez por todas sino durante toda la vida, llega un tiempo, que es fundamental para que el niño humanice su deseo, ingrese al orden cultural y se inicie en la configuración como sujeto, Freud llamó a esta etapa fálica, a través de la diferenciación anatómica ocurre la subjetivación de los significantes fálicos a través de las figuras paternas. Él utilizó a “Edipo” de Sófocles, para explicar la inclusión en la diada madre-hijo al padre y le llamó el complejo de Edipo, en donde su fin principal es la construcción del sujeto; pues para ser sujeto debe separarse de la madre, la relación debe romperse mediante el complejo de Castración, que amenaza constantemente al niño y le produce angustia (Freud, 1979).

Las consecuencias psíquicas del complejo de Castración pondrán de manifiesto la relación del sujeto con la ley primordial, “la ley de la castración, que prohíbe cohabitar con la madre y asesinar al padre. Es gracias a la acción de la ley que se devenimos deseantes” (Carmona 2002, p. 61). La prohibición del incesto, la del parricidio y se configura la

sexuación; uno de los aspectos primordiales de la Ley de Castración, es que puede hacer que el niño se constituya como sujeto deseante de algo que perdió, lo que pierde es ese goce primordial que le daba placer pero a su vez le brindaba un regazo dañino y mortífero.

Para Carmona (2002) como consecuencia, el niño va a tender a la satisfacción, y a repetir, pues al quedar reprimida esta será tanto más deseada, querrá siempre pasar los límites y encontrarse con el goce y la muerte; por otro lado la cultura, le proporcionará al sujeto objetos para que el deseo encuentren la satisfacción, parcial y mude de un lugar a otro; es decir para que nunca se encuentre satisfecho; la única manera de satisfacerse sería mediante una pulsión total, para Freud es la pulsión de muerte, en la regresión al estado de completud total.

Siguiendo esta línea explicativa Carmona (2002) dice que el sujeto deseante es un sujeto en falta, pues ha perdido algo, un objeto imaginariamente, del cual gozó y le dejó una zanja y una herida, es decir una huella, uno de los objetos perdidos primordiales es la madre y el otro objeto perdido es el goce, el motivo es que el ser humano es hablante y deseante. Es así que el encuentro con el Otro del lenguaje introduce una falta en ser, el objeto perdido que daba al niño la sensación de completud, para Lacán este es el objeto *a*, gracias a la interdicción del padre que rompe la completud que sienten madre y niño, pues el niño piensa que es el objeto que ella desea, pero se da cuenta que el deseo de ella va más allá de él. “De esta forma, el sujeto ingresa al mundo de lo simbólico en Freud, y en Lacan al mundo significante, cuando se da cuenta que algo le falta” (Serna, 2007, p. 77).

En cuanto al goce Carmona (2002) afirma que está prohibido por la ley y está más allá de ella, por eso es deseado, no es placer, puede que empiece en lo placentero, pero pasa al displacer y la persona no se detiene y no sabe por qué, puede llegar a límites extremos pues es mortífero, lo que significa que puede llevar a la muerte. Conscientemente las experiencias son displacenteras, pero hay una forma de goce inconsciente que puede llevar a un dolor intenso, pero en todo caso gracias al goce, el deseo va a apuntar en un horizonte, para este autor la relación entre deseo y goce es compleja, pues el deseo aspira al goce, que es su propia muerte.

Para Freud (s. f.), citado por Serna (2007) cuando el suicida no puede con su deseo, porque le es insoportable, el suicida decide retornar al momento donde aún no había operado la metáfora paterna, no había ninguna ley; donde estaba en el puro silencio de los significantes. Así también el autor dice: “Para el caso del suicida, el goce sería entonces el goce máximo, en el que el sujeto renuncia completamente a la cadena signifiante, auto-excluyéndose definitivamente del mundo simbólico” (p. 80).

Consecuentemente, Serna (2007) dice que “Los mecanismos psíquicos del goce y del deseo juegan un importante papel dentro del desencadenamiento que lleva al sujeto a cometer una acción suicida como tal (paso al acto), o un mero intento de esta (acting-out)” (p. 74).

Acerca del acting-out, para Lacan (s. f.) citado por Arango & Martínez (2013) el sujeto conserva al Otro, le hace un llamado para que responda por el lugar vacío que suscita el deseo, es un llamado al deseo del Otro, un llamado a la interpretación, Es de aclarar que en estas ocasiones de constante llamado a la mirada del Otro, el sujeto puede pasar al acto, pero sin intención suicida, pues no controla la manera utilizada para el intento.

Arango & Martínez (2013) dicen lo siguiente del acting-out:

En ciertas tentativas de suicidio, el sujeto hace exhibición y reclamo, intenta instaurar al Otro en su lugar de falta, a través de sus tentativas de suicidio, por lo que podrían considerarse como acting-out, que, más que estar decidido a la consumación del acto, como ya se dijo, es un llamado al Otro, para que dé respuesta por aquello que introduce el vacío, el objeto (p. 68)

Por otro lado Lacan (s, f), citado por Arango & Martínez (2013) dice que el sujeto en el pasaje al acto es identificado con el objeto, pero caído, para él, el sujeto se precipita fuera de la escena. En el suicidio como acto, se tiene efectos a posteriori, para Lacan todo acto es fallido y para él el suicidio es el único acto que tiene éxito sin fracaso y es el paradigma

de todo acto. En esta línea Miller (1997) expone que para Lacan todo acto verdadero, es un suicidio para el sujeto, pues no es un acto que remite solo al movimiento, sino que el acto verdadero marca, cuenta y es una trasgresión de exclusión del mundo subjetivo y su meollo es el goce; el acto sería diferente de una acción, en cuanto que el primero transforma y cambia la vida, por lo que hay de compromiso en él, el segundo no estaría enmarcado en esta característica, además el acto tiene una dimensión de trasgresión, pues en este se excluye al Otro y al otro.

Consecuentemente con esto, Vargas (2010), citado por Arango & Martínez (2013, p. 71): “El suicidio al anular toda posibilidad de intentar decir de nuevo (a lo real), queda por fuera del fracaso que dicho intento implica”.

Con respecto a la melancolía, la descripción que hace Freud es equiparada con el duelo, en cuanto a la pérdida del objeto amado, en la melancolía el objeto amado es reconstruido en el yo y la persona con los auto reproches realiza en el yo la agresión dirigida al objeto, donde el objeto regresa a sus sustituto narcisístico, allí la crueldad del superyó es producida por la separación de los instintos, debido al acto de identificación. Abraham (1923) descubre que hay una primitiva desilusión sufrida en la época del desarrollo del complejo de Edipo por el desengaño amoroso doble, del padre y de la madre, Sandor Radó (1927) citados por Garma & Rascovsky (1943).

De igual modo según Serna (2007) “lo importante es reconocer que aunque en su lenguaje él anuncia que ha sufrido una pérdida en el objeto, lo que ha ocurrido realmente es que ha sufrido una pérdida en su Yo” (p. 85). Este mismo autor expone, que la persona en la identificación con el objeto goza sádicamente, la cual está la causa de que el melancólico busque el suicidio. “Sólo este sadismo nos revela el enigma de la inclinación al suicidio por la cual la melancolía se vuelve tan interesante y... peligrosa” (Freud, 1979, p. 249).

El sujeto melancólico, por hacerse al objeto, aquello que está por fuera del orden simbólico (que es percibido por el sujeto a través del filtro de su fantasma) hace una

exclusión fundamental sin retorno: “Es decir abandona la escena de su historia para formar parte del mundo, Izcovich (2005) citado por Arango & Martínez (2013).

Conviene subrayar que según Dor (2006) en la estructura histérica, el padre interdictor Castra al niño en la dimensión de no ser el falo de la madre y por ende este entiende que no lo tiene, tal como lo entendió su madre y esta será la apuesta del histérico conquistar el falo, reivindicando que la madre puede tenerlo y no solamente le pertenece al padre por legalidad. Existe un trauma interno obrado por la represión en la castración y el sujeto se adhiere a él provocándole un grado de angustia, al enfrentarse las demandas del Ello con instancias del Superyó, expresado en varias sintomatologías y una insatisfacción característica (Citado en Serna, 2007, p. 90).

Por lo descrito anteriormente, es más fácil que el histérico presente un acting-out, pues en esta estructura hay un difícil desprendimiento del Otro, un querer abrir una falla en él, suscitar su deseo pues cree que el Otro puede decirle quién es él como sujeto (Arango & Martínez, 2013). El suicidio del histérico serían más bien “actuaciones, de carácter inconsciente que tienen como objetivo no la muerte en sí, sino enviar una señal a ese otro, una señal que demanda atención, en últimas, una señal que demanda afecto” (Serna, 2007, p. 90). El histérico entonces manipula al otro para que sienta lástima, pues él es una víctima. “El sujeto ha vuelto sobre sí mismo el impulso de matar a otro, contra el que está prohibida la agresión” Ramírez (2000) citado por Serna (2007, p. 92)

Por el contrario, en el sujeto neurótico existe un conflicto pues con el Ello hay una tendencia hacia la satisfacción, pero por otro lado hay un exceso de moralidad del lado del Superyó para inhibir la satisfacción del Yo, el obsesivo siente vergüenza por haber gozado demasiado en la relación con su madre. “Esto reaparece en la forma sintomática característica de la culpabilidad, que evoca indirectamente el privilegio casi incestuoso del niño junto a la madre frente a la castración” (Dor, 2006, citado en Serna 2007, p. 139).

Es así que para Arango & Martínez (2013), el obsesivo puede tomar distancia del paso al acto, porque evita el encuentro con el objeto causa de deseo, lo postergará poniendo toda

clase de obstáculos lo cual igualmente le brindará satisfacción con en una época mítica de su infancia, por lo que este sujeto estará en pos de anticipar la satisfacción para obstruirla y evitarla.

#### **4.2.2. La idea**

El término idea procede del griego *Iδέα* (idea) que etimológicamente significa “visión”, pero con la característica de que es el aspecto de una cosa al verla, es decir verla y aspecto, las dos al tiempo. Existen tres vías de entender la idea, la primera es un concepto, la segunda comprendida como una entidad mental, es decir psicológica y la tercera cuando se compara con la realidad, es difícil en ocasiones entender su sentido específico, en la filosofía se encuentra una dilucidación del problema con Platón (Citado por Ferrater, 1965).

Para Platón, la idea está lejos del mundo material, es perfecta, inmutable, universal más no particular, pertenece a un mundo diferente al sensible captado por los sentidos del ser humano siendo este último solo un reflejo de un mundo trascendente (Citado por Roos, 1993).

En este mismo sentido Ferrater (1965), hace un recorrido a lo largo de la historia filosófica para explicar el concepto idea. En Aristóteles dirá que este niega que las ideas existan en un mundo inteligible separado de las cosas sensibles; las ideas para este filósofo son sensible e inmanentes, de lo contrario no podrían explicar la realidad sensible. Pero con Platón y la inteligibilidad de las ideas, relacionadas al final con dios, estaría Filón de Alejandría y los neoplatónicos, así una buena parte de la teoría fue adoptada por San Agustín; pero fueron los escolásticos los que le abrieron la posibilidad de entenderla como principio de conocimiento.

Es así que para los filósofos de la modernidad como Descartes (Citado por Hernández & Salgado, 2011) la idea es una representación del mundo o de un objeto del mundo. Para él el conocimiento humano no puede conocer las cosas tal como son, sino las ideas de las

cosas, es decir, el modo en que éstas se presentan en la mente. La importancia es del sujeto que capta y no la objetividad de las cosas; por lo que la idea tiene un aspecto objetivo al representar un objeto, pero no necesita seguir existiendo una vez que se formó en la mente. Según Hernández & Salgado (2011) existen, en opinión de Descartes, tres tipos de ideas: Facticias: proceden de la imaginación y la voluntad. Su procedencia es subjetiva o interior; adventicias: son aquellas donadas por los sentidos; innatas: se encuentran impresas en nuestra mente y son tres: la idea de Yo, la idea de Dios y la idea de Mundo.

Así ha habido una gran discusión durante siglos entre racionalistas y empiristas, por un lado los racionalistas consideran que las ideas son innatas, pues corresponden a la naturaleza del hombre y para los empiristas las ideas representan las cosas en el espíritu. Locke por ejemplo dice que la idea equivale a fantasma, noción, especie, relacionada más con aprehensiones que con conocimiento, otro empirista Berkeley dirá que lo único que existe es percibir o ser percibido, las ideas son cosas percibidas. Kant, en cambio encuentra que el uso que le dan a la palabra idea tanto empiristas como racionalistas es abusivo, (Citados por Ferrater, 1965).

Para Lepe (2009), Kant transforma el significado de verdad que se le había dado a la idea, a un contexto social, para él hablar de idea, lo era en el sentido platónico, “prototipo de las cosas mismas y oriundas de la razón suprema” citado por Lepe (2009, p. 4). Para Kant la experiencia humana ocurre en el nivel de la inmanencia, una copia de lo que está estructurado en la mente, es decir en la idea hay experiencia, y la idea es el fundamento de todo, del gobierno, de la república, y de las personas jurídicas o morales; pero en la polis hay una idea orientadora, un soporte racional que transforma la sociedad. La idea entonces es contemplación como en Platón, pero no es una esencia, sino la contemplación de la vida del ciudadano en consenso y utilización de la propia razón y pensamiento.

Igualmente, Ferrater (1965) menciona también al filósofo Bergson, para él las ideas son elevaciones o Abstracciones de las cosas, son separaciones realizadas por la mente; estas separaciones son el fundamento de las ideas generales o son reproducciones de semejanzas esenciales de lo real.

Ya para finales del siglo XVII y comienzos del siglo XIX, se crea una disciplina especializada en la idea o ideas, llamada ideología, con ellas se nombran las diversas ideas que han tenido objeto de estudio: Ideas filosóficas, religiosas, políticas; luego la idea y su estudio pasa a ser objeto de múltiples disciplinas (Ferrater, 1965).

### **4.2.3. Ideación suicida**

Según Paniagua, et al (2014), cuando se habla de conductas suicidas se incluye no solo el intento sino la ideación, el cual es el primer elemento en un continuo de menor gravedad pero sigue a la severidad, es decir al suicidio consumado, para el grupo este es la aparición jerárquica del suicidio, precedidos de deseos de morir, pero también tal como apuntan Wild, Kienhorst & Diekstra (1996), “este modelo no sea aplicable a todos los casos ya que en algunas personas la conducta suicida podría haber surgido de un modo no jerárquico” (Citados por Paniagua, Valencia, Trujillo, Gonzales & Zapata, p. 58).

Desde una perspectiva psicosocial la ideación suicida sería considerada como un trastorno multifactorial, donde esta es el inicio de un continuo dirigido al suicidio. Los factores de riesgo no serían solo la depresión, relacionada la mayoría de veces directamente con esta, también estaría la victimización escolar, conducta alimentaria de riesgo, es decir factores contextuales y personales (Sánchez, et al, 2010).

Según Pérez (1999) La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamiento que puede adquirir algunas formas de presentación como: El deseo de morir, la representación suicida (imaginándose como hacerlo), la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción, la idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún (piensa en varias maneras como podría hacerlo), la idea suicida con una adecuada planificación; se le conoce también como plan suicida, ya tienen claridad de cómo lo va a hacer y es de mucha gravedad.



Varios autores coinciden en que la ideación suicida puede variar en tipos y grados, desde simplemente el deseo de morir, pero sin una planeación específica de cómo lograrlo, hasta el deseo de morir de una forma particular, con cierto instrumento, en determinado lugar, esta última manifestación como puede observarse está orientada por acciones muy concretas (Eguiluz, 2003, citado por Vírveda, Amado, Bonilla & Gurrola, 2011, p. 4).

La ideación suicida en niños y jóvenes es más común de lo que se piensa y según las estadísticas reportadas EEUU, ya se le considera como algo normal (Canino 1999) citado por Grupo de Salud Mental (2010). La ideación suicida es un síntoma que refleja un conflicto interno relacionado con la desesperanza y la depresión, al igual que con el consumo de drogas y alcohol, (Mondragón, Saltijeral, Bimbela & Borges, 1998, citados por Vírveda, Amado, Bonilla & Gurrola, 2011). Aunque las posibilidades de conductas suicidas en niños son poco probables y los adolescentes se sienten mejor después de haber contado las ideas suicidas, reduciendo el riesgo después de comprobar que alguien los escucha y quiere (Vírveda, Amado, Bonilla & Gurrola, 2011).

“La ideación suicida se refiere a cogniciones que pueden variar desde pensamientos fugaces de que la vida no vale la pena vivirla, hasta imágenes autodestructivas persistentes y recurrentes” (Goldney, Winefield, Tiggemann, Winefield & Smith, 1989, citados por Fernández & Merino, 2001, p. 122). Así también (Goldney & Col, 1989) hablan de que la ideación suicida “hace parte de comportamientos suicidas, distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción” citados por Casullo (2005, p. 174).

Por su parte Quintanar (2008) habla de los estresores que hacen que una persona pueda padecer ideación suicida, refiriéndose a una situación traumática y donde la persona, encuentra consuelo en imaginar que está muerta, pues se siente una víctima. Para este autor en la fantasía también puede aparecer que el suicidio no se ha logrado, lo que conecta

entonces con que los familiares se presenten al hospital y se evidencie lo difícil que es vivir. Es así que agrega lo siguiente:

Lo más peligroso es que si la persona se acostumbra a fantasear sobre la propia muerte como mecanismo de escapatoria 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).

De otra parte Yampey (1992) habla de “sistemas de fantasías inconscientes” que se manifiestan como deseos, encubiertos, racionalizaciones o actitudes como: Deseo de evasión de venganza, de castigo, de unión erótica con objeto amado, deseo de conmovier a otro, deseo de renacer, de liberación o de eterna felicidad, de rehabilitación de prestigio o de honor y por último deseo de autoaniquilación o de desintegración del yo (citado por Barrionuevo, 2009)

En esta misma línea Valls (1985), afirma que la fantasía tiene un papel fundamental en el suicidio al precederlo, y también porque es la que le da sentido al suicidio mismo, es una elaboración fantástica que puede ser de corto tiempo o que puede durar años; algunas veces pueden ser amenazas al Yo que provienen de deseos reprimidos por ser inaceptables. En este sentido las fantasías obedecen a situaciones de frustración, como una forma de venganza contra familiares o amante, y estas están relacionadas con sentimientos de culpa; pero sobre todo la fantasía tendría que ver con una crisis de identidad: Donde la persona se escinde en una parte “mala” que mata a la “buena”, pues es alguien victimizado o por que los deseos suicidas, son indeseables para el Yo; por el contrario si es la parte “buena” la que mata, se vivirá en estado depresivo, ya que es un sujeto es tan moral que no puede vivir con sus culpas.

Tomando la perspectiva psicoanalítica, la fantasía o fantasma, para Freud es una representación, ensoñación consiente y lo que pone en escena con sus personajes, es un

deseo disfrazado arcaico inconsciente o consciente que también puede ser la matriz de los deseos actuales, mientras que para Lacan el fantasma importa más por ciertos componentes fonemas, palabras y objetos asociados entre otros, Chemama (1998). “La fantasía como un derivado deformado del recuerdo de acontecimientos reales fortuitos, y otra que no atribuiría realidad propia a la fantasía, viendo en ella únicamente una expresión imaginaria destinada a enmascarar la realidad de la dinámica pulsional” (Laplanche & Pontalis, 2004, p. 139).

Inicialmente el lenguaje es el que constituye al sujeto del inconsciente, está relacionado con el deseo del Otro. Para Lacan existen tres registros encuadrados por el Nombre del Padre: En el registro imaginario hay un encuentro con el Otro del cual viene una imagen especular, una identificación con el Otro, en la imagen que el semejante brinda y el mundo que este refleja; en lo simbólico se ubica la relación a la ley y al lenguaje (significante, significado, significación); en lo real hay un resto que queda del encuentro con el Otro (el objeto *a*) la imposibilidad de alcanzar la completud, algo falta en el ser, se pierde por la interdicción del padre y es lo que se va a buscar durante la vida una y otra vez. Lacan propuso el matema:  $\$ \llcorner a$ , y se lee “S tachado”, es decir el sujeto del inconsciente, tachado y dividido por su entrada en el universo significante, sujeto naciente con una división subjetiva y el objeto *a* es la causa inconsciente de su deseo (Chemama, 1998).

“Esta superficie del fantasma está bordeada por el campo de lo imaginario y por el de lo simbólico, mientras que el fantasma recubre el de lo real” (Chemama, 1998, p. 159). Para este autor, lo real es de carácter de lo insoportable, de lo imposible, hay una obturación con lo real, un vacío que el sujeto intentará obturar toda la vida con objetos *a* imaginarios. Lo imaginario y lo simbólico protegen al sujeto del horror de lo real y de su división subjetiva producto de los significantes.

El fantasma para Izcovich (2005), es el que protege al sujeto del suicidio y afirma lo siguiente:

El fantasma es un montaje de una escena que captura al sujeto en relación con su objeto de goce, fija unos límites al actuar del sujeto, repitiéndolo en su goce pero, a la vez, manteniendo su actuar en conexión con el Otro, en una escena o marco a través del cual filtra y constituye su realidad (citado por Bermúdez & Martínez, 2012, p. 74).

Por lo que se refiere al deseo en el suicidio el psicoanalista Menninger (s. f.), afirma que en el suicidio hay impulsos internos que se justifican inconscientemente a partir de los factores externos; este autor plantea que en el sujeto existen tres tipos de deseo respecto al suicidio: El deseo de matar al Otro, cuando quiere matarse, en realidad lo que hay detrás es una frustración con un ser introyectado; el deseo de ser matado, buscando un castigo y sufrimiento por las culpas y recriminaciones del Superyó; y el deseo de morir, donde se busca el alivio de una tensión, la de la pulsión de muerte, un deseo de pasividad, en este deseo se daría el suicidio consumado (citado por Sivera & Couso, 2014).

#### **4.2.4. Manifestaciones psicológicas de un suicida**

El factor personal o psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida. La literatura especializada informa que problemas como la depresión, una baja autoestima, el consumo de drogas (legales e ilegales) e incluso los desórdenes alimenticios, así como otras formas de violencia son variables que comúnmente se asocian a esta problemática (Sánchez, et al, 2010, p, 7).

Para iniciar un abordaje de factores psicológicos, Sánchez, et al (2010) la depresión es una variable que casi siempre está presente en un suicidio y está relacionada directamente con la ideación suicida y como un importante predictor del acto, y puede ser causa de factores subjetivos internos como de la interacción social; las manifestaciones emocionales que aparecen en ella pueden ser de tipo biológico o en algunos casos mediada por aprendizajes previos. En muchos estudios citados en la investigación de estos autores se encontraron que la persona con ideación suicida posee una autoestima baja, es decir un

juicio pobre de sí mismo, pero que interactúa en el medio social. La relación con el consumo de drogas está en el mismo nivel que la variable depresiva. Respecto a la relación de la ideación suicida con la violencia, cualquier forma de esta puede inducirla siendo el suicidio una forma de violencia autoinfringida movilizadora por las anteriores.

Del mismo modo, la autoestima según Branden (1995) es “la disposición a considerarse competente frente a los desafíos básicos de la vida y sentirse merecedor de la felicidad” (Citado en Ceballos et al, 2015, p. 16). Por lo cual, el tener una autoestima baja frente a los factores estresantes del medio social actual pueden llegar a presentar un factor de riesgo para la aparición de la ideación o de conductas suicidas (Ceballos et al, 2015).

Para la OMS (2000) los siguientes factores aumentan el riesgo de suicidio en personas con depresión: Edad menor de 25 años en varones, fase temprana de la enfermedad, abuso del alcohol, fase depresiva de un trastorno bipolar, estado mixto (maniaco-depresivo), manía psicótica. “La depresión es un factor importante en el suicidio entre los adolescentes y personas de edad, pero aquéllos con iniciación tardía de depresión están en mayor riesgo” (p. 9).

Es así que también los esquizofrénicos sufren riesgo suicida, manifestado en etapas tempranas de la enfermedad de la siguiente manera: estar desempleado, aquellos con síntomas de suspicacia e ilusiones falsas y depresión; al igual que los trastornos de personalidad limítrofe, antisocial, histriónica y narcisista, donde existe un factor de impulsividad: los trastornos de ansiedad están relacionados como el trastorno del pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Los trastornos somatomorfos y los trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia) (OMS, 2000).

Consecuentemente con lo expuesto, la persona suicida no está ajustada emocionalmente y al presentarse los problemas, tienen sentimientos como: Desamparo, desesperanza y desespero, donde se hacen evidente manifestaciones de ambivalencia, entre el querer vivir y morir; impulsividad y rigidez de pensamiento y actuación (OMS, 2000).

Existen factores considerados de riesgo en el suicidio, para Sánchez, Guzmán, & Cáceres (2005), los más importantes son: El género las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres, pero los hombres consuman el suicidio con mayor frecuencia, ya que sus métodos son más eficaces. El estado civil, los divorciados y viudos lo intentan más que los solteros, y éstos a su vez lo intentan más que los casados. Existen la disponibilidad de medios eficaces y letales, la comorbilidad con enfermedades médicas y mentales: Como abuso de sustancias, impulsividad, trastornos de personalidad y trastornos afectivos, los problemas interpersonales y los antecedentes familiares donde ha existido abuso de sustancias y de intentos de suicidio.

También se encontró, según Galbán, et al (2002), que el intento suicida es más frecuente en las personas agobiadas por problemas que no le encuentran solución, se encuentra desesperanzado, inseguro, apático y rechazado, por lo que tiende a aislarse. Psicopatológicamente hay síntomas de ansiedad, ideación suicida, hipotimia, insomnio e irritabilidad como manifestación externa. Las personalidades se caracterizan por emotivos con poca estabilidad emocional, inseguros, aprensivos angustiados, tensos, frustrados, agobiados en cierta medida están relacionados con la edad con un desequilibrio de la personalidad. Coexistiendo con un nivel elevado de ansiedad, provocada insatisfacción de necesidades no resueltas y presiones externas, inestabilidad emocional, depresión, sentimientos de culpa, preocupaciones e ideas de abatimiento.

Otros factores de riesgo que podrían alterar el estado psicológico, están asociados al alcoholismo en su intoxicación aguda, sea por la depresión que causa o por la culpa que lo acompañan en la fase de abstinencia, el delirio persecutorio o de celos. En la toxicomanía, se describe como la muerte lenta sobre todo en los opiáceos, el principal motivo de suicidio para estos, sería el de salir de una vida penosa e insoportable de la droga, (López, Hinojal & Bobes, 1993) “Perseguido como medio aceptable y no doloroso, para sujetos que no tienen el coraje de vivir y tampoco lo tienen para morir” (p. 371).

Es importante resaltar que muchos autores están de acuerdo con que la presencia de una enfermedad psiquiátrica, es predictor del suicidio y que se puede agudizar en el manejo

psiquiátrico, como para Franco, López & López (2008), es necesario entender la ideación suicida como la desesperanza, para entender el comportamiento suicida y explicar porque algunas personas son más propensas a cometer suicidios dentro de trastornos mentales o en las experiencias traumáticas, estas suelen aumentar cuando las personas no poseen capacidad de afrontamiento a las situaciones estresantes y poseen rigidez cognoscitiva y no responden a las posibles alternativas de manera positiva ante los conflictos emocionales. “La desesperanza se considera una actitud negativa hacia la vida, un mediador entre afectos negativos y la conducta suicida que no predice la severidad de un intento, pero que tiene una relación positiva con estos” (Mondragón, Borges & Gutiérrez, 2001, citados por Franco, López & López, 2008, p. 35)

Así en este mismo sentido Frankl (1997, 2001) afirma que:

La desesperanza por causa existencial puede comportar riesgo suicida más en sujetos cuyas condiciones personales de salud física, social y económica son favorables, que cuando tales condiciones no son tan buenas pero que sí se experimenta el logro mismo de sentido (citado por García, Gallego & Pérez, 2009, p. 448).

Hay que mencionar que en el suicidio según Rolla (s f) “hay un juego permanente de elementos como esperanza, desesperanza, desesperación, injuria narcisista al sentirse incompetente o más aun con pérdida de la competencia” (citado por Barrionuevo, 2009, p. 9). Para Rolla (s. f.) Las motivaciones del suicida deben estudiarse si tiene éxito en su objetivo, pues cuando no llegan a consumarse son desesperados llamados de ayuda o de auxilio, pues hay esperanza de vida y a eso se debe que no llegue al acto, a pesar de su depresión. La desesperanza sería crucial en lograr o no el deseo Ubica como central a la desesperanza, definiéndola como la expectativa acerca de un resultado a lograr acorde al propio deseo, (citado por Barrionuevo, 2009).

Así es que Rocamora (2013) habla de que la muerte es una puerta de salida ante una situación personal, familiar o social que es insoportable. Lo que viene después de ella no

importa tanto, pero sí lo que se va a dejar: dolor, pena, sufrimiento. El suicida busca salida a la angustia o producir un cambio en sí mismo y en su entorno, con el deseo de adquirir: tranquilidad, paz, felicidad. Se puede afirmar que “el objetivo de matarse es vivir” es decir mayor posibilidad de vivir, y regresar al útero materno (Abadi et al. 1973, citado por Rocamora, 2013, p. 42).

Por otro lado, en el suicida existe una angustia; desde el psicoanálisis, está puede ser descrita como un proceso de descarga, mediante la cual una tensión que causa displacer es aligerado por una descarga. Freud habló de la angustia inminente ante el peligro de extinción de la vida, de la angustia ante el nacimiento, la pérdida del objeto, y la amenaza a la castración, produciendo una insatisfacción ante la cual el sujeto se siente impotente; existe una relación entre el síntoma y la angustia ante las exigencias que hace el Ello en la pulsión al Yo, es la libido reprimida y latente (Bedoya, 2008).

Según lo anterior Betancurt (2009) menciona que para Freud, la persona no se puede imaginar la propia muerte, pues no tiene representación, por lo que esto suele causar angustia en un vivo, pero para Freud, la angustia siempre lo será a la castración, porque en el suicidio lo que se pone en juego es la pérdida de la propia vida, lo más valioso; al querer aliviar el dolor psíquico y reducir la tensión en el aparato psíquico mediante el suicidio, según Freud “Principio de Constancia o Principio de Nirvana”, pero la persona también tiene otra búsqueda: El pasaje al acto para retener la angustia en el otro, la culpa. “Sin embargo, sí se puede hablar de un dolor psíquico insoportable e insostenible por la existencia de un sujeto que no quiere ser tal” (Betancurt, 2009, p. 17).

En el suicidio aparecen variados sentimientos, en el malestar en la cultura Freud (1979) habla de que al ingresar a la cultura, hay algo que se pierde. La cultura se queda con un poco de energía de la pulsión, es necesario darle caminos aceptables socialmente. Al final de su teorización para Freud solo existirá la pulsión de muerte, y es la cultura, el Otro, el que pone el límite para poder permanecer en convivencia. “La cultura tiene que movilizarlo todo para poner límites a las pulsiones agresivas de los seres humanos, para sofrenar mediante formaciones psíquicas reactivas sus exteriorizaciones” (Freud, 1979, p. 109) Es



ante el no alcance de la satisfacción por ningún tipo de vía que reduzca el daño de las pulsiones destructivas que Serna (2007) afirma: “Permutan en el orden de la agresión que por lo general va dirigida a otro” (p. 81) para este autor aparece la culpa y ante el avasallamiento que ejecuta el superyó sobre el Yo, la salida que se percibe es al auto-aniquilamiento, causada por la culpa de una agresión consumada o imaginada; los sentimientos de frustración, agresión y culpa, son ejemplificados en el mito del parricidio primitivo propuesto por Freud en su texto “Tótem y Tabú”.

#### **4.2.5. Conductas suicidas**

En el sociólogo Durkheim (1897) se encuentra la referencia de que las muertes voluntarias no son realizadas por personas fuera de la realidad “No es posible ver un loco en cada suicida” (Durkheim, 1897, p. 7). Para él el único suicidio con algunas diferencias difíciles de captar al de las personas que no sufren patologías y que entonces están sanos, es el suicidio melancólico; el hombre normal que se mata se encuentra, también, en un estado de ánimo abatido y deprimido como el melancólico; la diferencia primordial, el estado del hombre sano y el acto de este realiza tiene una causa objetiva, mientras que en el melancólico con su acto muestra que carece de toda relación con las circunstancias exteriores.

En los pacientes psiquiátricos es difícil saber el riesgo, pero según varios estudios han mostrado no sólo que un intento de suicidio es un factor de riesgo importante para el suicidio, sino también que el riesgo de suicidarse después de hacer un intento es más evidente durante el primer año y disminuye luego durante los años siguientes (Niméus, et al, 2001).

El intento suicida y el suicidio son las 2 formas más representativas de la conducta suicida. “El intento suicida o parasuicidio es definido como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención” (Galbán, et al, 2002, p. 1).

Según Gutiérrez, et al (2009), la OMS plantea que en el mundo la tasa de conducta suicida es de alta prevalencia. Los países desarrollados notifican elevadas tasas de mortalidad 30 suicidios por cada 100 000 habitantes, los intentos fallidos se plantean en un indicador de alrededor de 10 por cada suicidio consumado.

Es importante resaltar que el factor familiar juega un papel muy importante en la conducta suicida, la mitad de los pacientes en cuyas familias han existido suicidios realizan un intento. Existe una identificación con el familiar suicida, en ocasiones hasta imitación, mientras que genéticamente aparte de heredar los trastornos mentales de base también podrían heredarse las conductas suicidas. Al estudiar el intento es necesario explorar las circunstancias: En medio de una crisis psíquica, existencial, situación socio-familiar o una enfermedad psiquiátrica (Cano, Pena, Ruiz, s. f., p.11). La conducta suicida también puede obedecer a factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir es multifactorial

Según Ichoch (1935) citado por López, Hinojal & Bobes, 1993, p. 361). “la conducta autolesiva constituye un comportamiento humano claramente patológico, siempre anormal, aun en aquellos casos en que existe una motivación psicológicamente aceptable, como en el caso de una enfermedad física grave”.

Una manifestación de la conducta suicida en varones, se concluye que consuman el suicidio entre 2 y 4 veces más que las mujeres, mientras que los intentos suicidas se dan más en las mujeres. En cuanto a la edad los suicidios ocurren más entre adultos jóvenes, sin descartar adolescentes donde la tasa anual sigue subiendo, para los ancianos la edad de riesgo es a partir de los 74 años. Existen predominio de suicidio entre las personas solteras especialmente varones, o personas que vivan solas. Las personas que intentaron suicido, lo volverán a intentar en los días siguientes o al año siguiente. El suicidio se encuentra en todas las clases sociales, pero con más frecuencia asociado a las variables desempleo o pérdidas económicas considerables en contextos económicos favorables (López, Hinojal & Bobes, 1993).

En cuanto al método y la intencionalidad el 70%-80% de tentativas de suicidio se realiza con sobre ingesta de medicación. Los métodos violentos indican claramente una intención suicida, el ahorcamiento, armas o precipitación, en el mismo nivel de letalidad está la ingesta de productos químicos y cáusticos; existe mayor presunción de letalidad cuando la persona ha planeado, deja notas despedida, deja asuntos ordenados, cuando a toda costa impiden ser rescatados, diferente a cuando se dejan cosas, se pide ayuda o hay conductas impulsivas (Soler & Barrachina, s. f.).

Zúñiga (1998), citado por Quintanar (2007) afirma que el suicidio es el resultado de una conducta psicopatológica, que puede ser catalogada como un fracaso adaptativo; el acto suicida se realiza en medio de una crisis, en la cual los trastornos emocionales llevan al individuo a un grado de tal restricción cognoscitiva que no encuentra una mejor solución. En la conducta suicida existen tres formas de realizarla: el gesto suicida, el intento suicida y el suicidio; donde el gesto suicida es la conducta que produce con el propósito de manipular al otro; el intento suicida es el acto realizado para quitarse la vida, pero que no se logra; el suicidio consumado es la resultante de haber llegado al punto de no retorno en el cual se logra la muerte.

Para comprender un poco más las conductas suicidas, Soler & Barrachina (s. f.) hablan en primera instancia del suicidio consumado como un acto de letalidad, donde se evidencia el deseo de morir; diferenciándolo del intento suicida que no termina en letal, iniciado por el sujeto pero que solo lo autolesiona; se encuentra también el suicidio frustrado en el cual una accidentalidad de alguien o situación hace que se interrumpa; La ideación suicida, importante predictor días antes del suicidio; la autolesión daño corporal mediante quemaduras, rasgados, golpes, cortes en la piel, producto de la tensión y la ansiedad. Pero en este sentido se podría añadir: La amenaza suicida que es carácter verbal; equivalentes suicidas, donde la persona realiza una automutilación y pone en amenaza la vida; suicidio oculto, terminando con la vida verdaderamente; Suicidio racional, llegando a la conclusión de que lo mejor es acabar con la vida, el ejemplo ante una larga enfermedad (Quintanar 2007).

De otro lado, desde el enfoque psicoanalista en el acto suicida no siempre su intención es lograda, pero sí existe una ideación suicida, un plan y las herramientas para terminar con la vida, si la persona no lo logra lo intentará toda la vida, el acto está por fuera del lenguaje, el síntoma no puede tramitarlo, viviendo en el presente deseos y fantasías (Barrionuevo, 2009).

El sujeto repite en sus actos todo lo reprimido y lo que no puede recordar, es de orden traumático como por ejemplo la vida sexual infantil, el complejo de Edipo y el de Castración, al conmemorar, le trae no placer sino dolor, esta reminiscencia no pasa por el pensamiento y no se articula con palabras, sino que pasa por el acto (Bedoya, 2008). Es así que Freud se da cuenta que las personas caen en una compulsión de repetir un acto, que no pasa por la razón y son siempre dolorosas, en ocasiones la persona no quiere salir del círculo vicioso hacia la cura. El acto antes mencionado está relacionado con la Pulsión de muerte, pues no hay placer para sí mismo, más bien se busca displacer y autodestrucción.

De este mismo modo, Bedoya (2008), dice que en Lacan el concepto de repetición, de un acto que aunque con relación de la repetición con lo real, está dentro de la cadena de significativo y por eso no sería denominado comportamiento, pues el fin del acto es tocar al otro por medio de la palabra y se da el efecto de retorno. Para Freud el único acto logrado es el suicidio, este es el paradigma de todo acto, que lo diferencia de lo que se podrían llamar acciones, es un franquear los límites de la ley, por lo que quiere excluir al Otro y al otro, es un acto de trasgresión. Lacan lo comparó también con el acto analítico.

Así en el acto suicida aunque el sujeto intente rechazar su historia de sujeto y salir de la cadena significativa, con el suicidio más se inserta en ella quedando como un signo eterno que devela algo de su verdad, a pesar de su no querer saber (Bedoya, 2008, p. 84).

En cuanto al pasaje al acto, el sujeto se identifica con el objeto *a*, como el objeto caído, cuando el sujeto se encuentra con este objeto lo hace con la verdad de la castración, y en identificación con el objeto que cae como resto el también; lo que es él cómo objeto *a*, para

el Otro, hay una separación radical con el Otro y caída de la cadena de significante, este pasaje al acto sería más del melancólico al encontrarse dentro de la estructura de la psicosis, aunque es posible en la neurosis cuando se encuentra el sujeto con la falta (Bedoya, 2008).

Es así que a diferencia del pasaje al acto, en el acting out, lo que se encuentra en la escena es un acto que busca la interpretación del Otro, una llamada de reconocimiento, sobre un asunto que el Otro no resuelve por que ha vedado, que ignora o no logra interpretar. Este sujeto no busca salir de escena, ni rechazo del Otro, lo que busca es un mensaje, una interpretación, un reconocimiento (Bedoya, 2008). En ciertas tentativas de suicidio, el sujeto hace exhibición y reclamo, intenta instaurar al Otro en su lugar de falta a través de sus tentativas de suicidio, por lo que podrían considerarse como acting out (Bermúdez & Martínez, 2012). Para Lima (2010), el acting out es el armado de una escena, como tal se trata de un armado fantasmático, ubicando al Otro hacia el cual va la demostración por vía de acción y no en el decir, pues no utiliza la representación-palabra, el fantasma es el marco de una escena que posibilita el lazo al otro, como correlato del armado imaginario. El acting out deja entrar la dimensión del deseo.

#### **4.2.6. Comportamiento social suicida**

Los suicidios y las tentativas de suicidio constituyen un problema grave de salud pública y están insertos en el marco social y contextual, los cuales pueden favorecer o no la aparición de comportamientos suicidas, pues la postmodernidad le pone de frente al sujeto y al colectivo una vida carente de sentido en su proyecto social (Moya, 2007).

Desde la perspectiva sociológica de Durkeim (1897) expone que existen factores sociales inestables y confusos que han sido internalizados, debido a tres dimensiones: Los factores extra sociales, las causas y tipos sociales, y el suicidio como fenómeno social, es decir con situaciones y circunstancias externas (citado por Andrade, 2012). El suicidio es el resultado de la incidencia de factores psicosociales, que en la actualidad es de gran

preocupación por su elevada tasa; el que se dé tiene una relación proporcional con los cambios de vida que experimenta la sociedad, los adolescentes y los niños (Andrade, 2012).

Es así, como por ejemplo el adolescente según Andrade (2012), está expuesto a factores de riesgo biopsicosociales, que desde lo biológico, contextual, familiar hasta situaciones emergentes. Para este autor hay algo que permanece estable y es la representación respecto a otros, elaborando planes que pueden llegar a los intentos de causarse dolor con cortes o llegar al suicidio. El suicidio es la evidencia de que la institución familia, está en crisis de contención de su núcleo, además que el adolescente en la interacción social cuestiona normas, roles e identificaciones. El suicidio adolescente manifiesta que hay una sociedad que intenta sobrevivir a una crisis sociopolítica que afecta valores fundamentales, entre ellos la tolerancia y la solidaridad, provocando un importante fraccionamiento de estos, más bien aumenta el acceso al consumo y no articula lo social.

Otra mirada al fenómeno suicida desde lo social lo aporta Carmona (2012), cuando habla desde el interaccionismo simbólico, tomando la teoría del rol, donde en el contexto social se adjudican y asumen roles implícitos y explícitos y en algunos casos estos roles aparecen impuestos desde quien gobierna la estructura simbólica donde se interactúa; como ejemplo de estudio propone la postmodernidad, donde existen cuatro rasgos que priman: La provisionalidad, la levedad, el desarraigo y la falta de responsabilidad, que pueden ayudar a entender el fenómeno del suicidio sobre todo en los jóvenes. La provisionalidad, estaría presente en la inestabilidad de los paradigmas, que no permite que el joven se sostenga y construya identidad; la levedad, está dada por la falta de solidez y la inconsistencia de la cosmovisión, que genera la exaltación del cuerpo y de la imagen; el desarraigo, consecuencia de la globalización y es el debilitamiento de las raíces; la falta de responsabilidad, consecuencia del sobre diagnóstico, donde la patología se le dio a la ciencias naturales y los sujetos entregaron su imagen al hedonismo y al principio del placer.

Consecuentemente, existe un empuje para el suicida que es obrado por varios factores sociales, por ejemplo de otro significativo y el mecanismo que está de por medio es la sugestión, hay una influencia social de líderes ante seguidores manipulables, es el caso por

ejemplo de los suicidios en grupo; Los suicidios que tienen autoridad, en forma de mandato de una de las figuras paternas, retos impuestos de valor o por el contrario, cuando los hijos interpretan dentro de sus fantasías una hostilidad de parte de un progenitor; algunos suicidios quieren denunciar vínculos de dependencia del cual los sujetos no son capaz de librarse; la venganza sobre todo de alguien querido que pagará un precio alto, por la huella que el suicidio le dejará; Cuando hay una identificación grande con un par que se ha suicidado, esto puede iniciar un proceso de igual magnitud (Carmona, 2012)

Dentro del acercamiento del psicoanálisis Freud (1975), dice que el comportamiento social del suicida se relaciona con conflictos, experiencias y sucesos no resueltos, que se unen a la estructura de la personalidad y situaciones estresantes, existe un tema de descarga de emoción reprimida, la cual busca destruir y culpar de su muerte a otra persona o imaginario social (Citado por Bedout, 2008)

Al describir las conductas sociales y los comportamientos aceptables para que funcione la cultura, es de vital importancia hacer referencia a la pulsión, así cuando Freud plantea la dicotomía entre la Pulsión de vida y la pulsión de muerte, concluye diciendo que las dos tienden a lo mismo a la muerte e imaginación. Para Lacan existe el instinto de muerte y la Pulsión de muerte tiene que ver con la agresión (Ortega, 2009).

Para Gallo & Galindo (2009) la Pulsión de vida también contiene agresión, conductas destructivas, repetición traumática que se evidencia en la clínica. Para Lacan la pulsión aparece en la psique representada como el deseo, la pulsión de vida desea tener deseo, la pulsión de muerte es un deseo de no desear cuando; para estos autores cuando Freud habló de la pulsión de muerte, la describe con la finalidad de “repetición, fragmentación, dislocación, descomposición, ruptura y clausura” (p. 90).

Como consecuencia de lo mencionado antes, Lacan (1975) plantea que se deviene como sujeto dependiendo del lugar en el que se viene en el deseo del Otro, es la primacía del significante, luego está el sujeto, primero está el lenguaje, algo de otro condiciona al sujeto (Citado por Bermúdez & Martínez, 2013). Soler (2006) dice que el significante tiene efecto

sobre el organismo convirtiéndolo en cuerpo, sus necesidades satisfechas dependerán de otro por medio de la demanda que haga con el lenguaje, acude al Otro por su propia falta, pero que el Otro no puede resolver, lo que llevará a la interpretación de que él puede colmar la falta, restituirla: el falo (Citado por Bermúdez & Martínez, 2013).

Así Izcovich (2005) dirá: “Cada uno, hombre o mujer, independientemente de su estructura clínica, localiza en un significante lo que funciona como brújula de su deseo” (citado por Bermúdez & Martínez, 2013, p. 66). “La falta en el Otro suscita su deseo, y el sujeto, atravesado por la falta, con el falo intentará capturar así el deseo del Otro” (Bermúdez & Martínez, 2013, p. 66).

Consecuentemente con lo anterior, en el capitalismo actual, el sujeto puede acceder al goce, no existe padre que ponga límite, no existe lazo social, es una producción insaciable de falta de goce, un goce cortado y su efecto es la culpabilidad que no se puede atribuir al Otro porque no existe, Soler (2006), citado por Bermúdez & Martínez (2013).

Un goce que no satisface al sujeto, que reproduce la pérdida, el corte, que reproduce la castración primaria que evocaba Lacan en el seminario de La Angustia. No es el goce que se sueña, es un goce que cada vez recuerda al sujeto su falta central, su agujero central, que no se puede llenar (Soler, 2007, citado por Bermúdez & Martínez, 2013, p. 74).

Para explicar el problema del suicidio, se hace desde el supuesto que contemporáneamente hay un borramiento de la subjetividad, no existe el orden simbólico que es el nombre del Padre, sino un otro real, que es la ciencia y el mercado. La cultura posmoderna expone al sujeto a la falta en el Otro, lo que lo deja sin semblantes que lo resguarden del suicidio, otro para que se pueda hacer uso del fantasma, el sujeto queda de frente al suicidio (Bermúdez & Martínez, 2013).



## **5. MARCO INSTITUCIONAL**

### **5.1. Presentación del Municipio de Sabaneta**

El Municipio de Sabaneta pertenece al Valle de Aburrá y se ubica dentro de la ciudad de Medellín en el sur, perteneciendo a una de las nueve regiones en las que está dividido el departamento de Antioquia; es conocido como el Municipio más pequeño de Colombia, además por su desarrollo y proceso dinámico. Pasó de ser un pueblo a ciudad y es uno de los destinos turísticos predilectos gracias a su religiosidad y calidez de los habitantes (Municipio de Sabaneta, 2016).

### **5.2. Misión**

La administración de Sabaneta se propone trabajar en propiciar el desarrollo integral de la población para contribuir a su calidad de vida, mediante el uso efectivo, eficiente y eficaz de los recursos, prestando servicios públicos de calidad y promoviendo la participación ciudadana (Municipio de Sabaneta, 2016, párr. 1).

### **5.3. Visión**

“En el 2.020 Sabaneta será el municipio modelo de Colombia, dinámico, organizado, participativo, justo, amable, pacífico, con la mejor calidad de vida y en paz con la naturaleza” (Municipio de Sabaneta, 2016, párr. 2).

### **5.4. Valores**

**Responsabilidad:** Capacidad para reconocer y asumir los compromisos, obligaciones y consecuencias de las propias acciones.

**Transparencia:** Comportamiento humano con rectitud que permite evidenciar actuaciones claras, justas y que no generen duda.

Respeto: Reconocer que las personas somos diferentes y valorar su integridad y dignidad como ser humano.

Servicio: Trabajar con actitud y convencimiento, orientado a satisfacer las necesidades de los demás.

Compromiso: Es la actitud de disposición permanente para el cumplimiento de una función o actividad.

Honestidad: Moderación e integridad en la persona, en sus acciones y palabras (Municipio de Sabaneta, 2016, párr. 3).

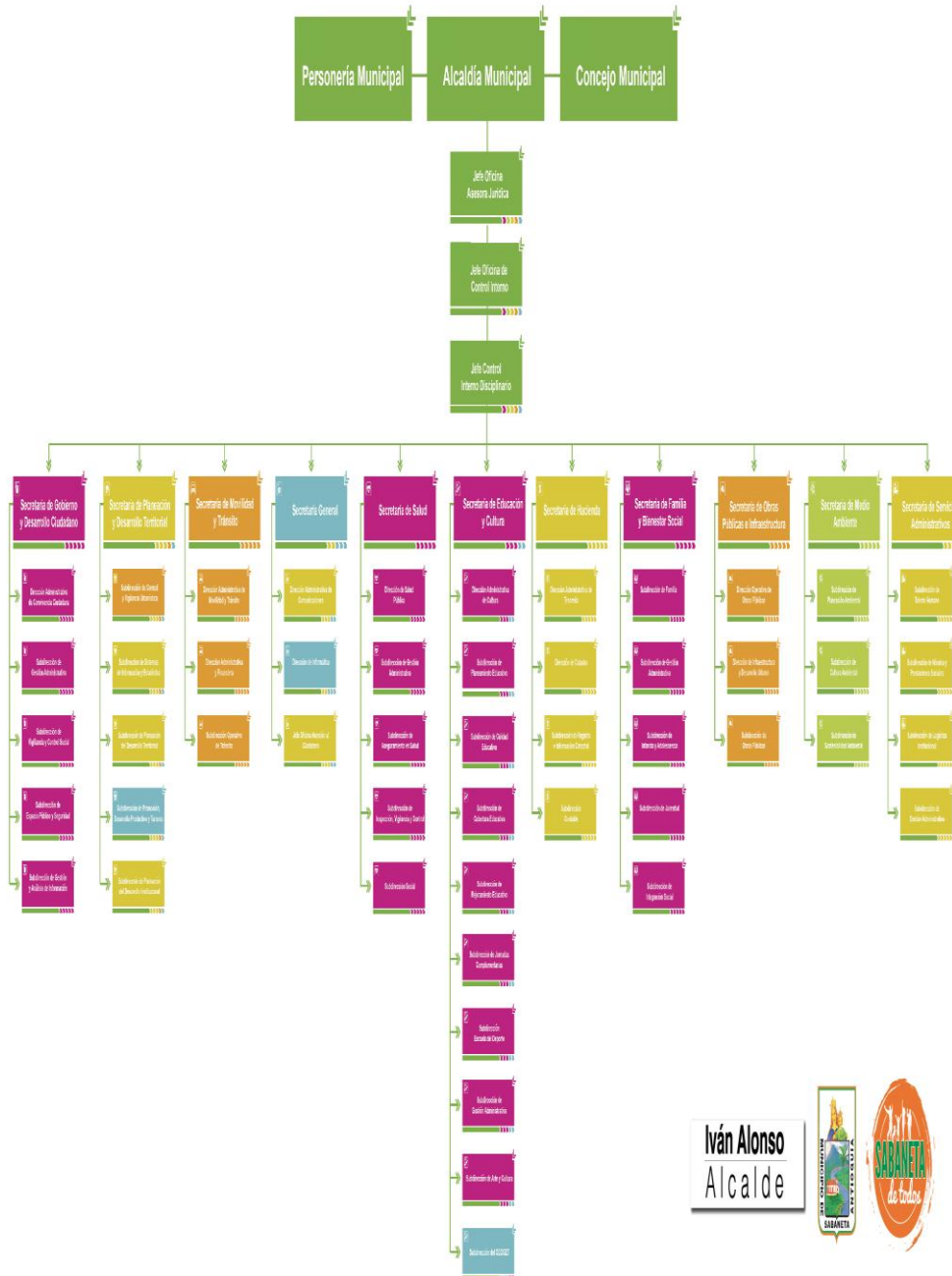
## **5.5. Objetivos**

La Administración Municipal de Sabaneta define y establece los objetivos de calidad, con el fin de cumplir la política de calidad. Todas las decisiones y acciones deberán orientarse hacia el logro de estos objetivos, mediante un Sistema de Gestión de la Calidad basado en la mejora continua.

1. Gestionar y administrar la consecución de recursos físicos y financieros adecuados para la prestación de los servicios.
2. Disponer de personal competente para la realización de sus actividades.
3. Generar una cultura de trabajo en equipo y de mejoramiento continuo en la Administración Municipal de Sabaneta.
4. Generar procesos de desarrollo institucional, de infraestructura, social y de convivencia.
5. Satisfacer las necesidades y expectativas de la comunidad según la constitución y las leyes (Municipio de Sabaneta, 2016, párr. 1).

### 5.6. Organigrama

Gráfico 1: Organigrama del municipio de Sabaneta



Tomado de: (Municipio de Sabaneta, 2016, párr. 1).

## 6. MARCO LEGAL

### 6.1. Ley Estatutaria 05 de 2007 Senado.

Por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones. Esta ley regula en Colombia, la terminación de la vida, como solicitud hecha por personas que desean una muerte digna; por lo que evalúa que se lleve a cabo de manera adecuada, tanto la Eutanasia como el suicidio asistido, su único fin es el de proteger la vida. A continuación se citan de manera textual algunos artículos o algunos de los apartados de dichos artículos, que se consideran relevantes para el presente trabajo.

**(i). Eutanasia:** Es la terminación intencional de la vida por otra persona, esto es, un tercero calificado, el médico tratante, de una forma digna y humana, a partir de la petición libre, informada y reiterada del paciente, que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal (Congreso de Colombia, 2007, párr. 2).

**(ii). Suicidio asistido:** Consiste en ayudar o asistir intencionalmente a otra persona, el paciente, a cometer suicidio, o en proveerle de los medios necesarios para la realización del mismo, a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal (Congreso de Colombia, 2007, párr. 3).

#### **Artículo 2°.**

Condiciones. En los estrictos términos de esta ley, la única persona que puede practicar el procedimiento eutanásico o asistir al suicidio a un paciente, es un profesional de la medicina, que para los efectos de esta regulación es el médico tratante. De esta forma, no será objeto de sanción penal el médico tratante que respete

estrictamente las condiciones y el procedimiento de cuidado debido que esta ley provee, y adicionalmente, verifique el cumplimiento de cada uno de los siguientes requisitos:

1. Que el paciente sea colombiano o extranjero residente por un término no menor de un (1) año, adulto mayor de edad, legalmente capaz y en pleno uso de sus facultades mentales al momento de solicitar, oralmente o por escrito, al médico tratante la terminación de su vida de una forma digna y humana o la asistencia al suicidio; en concordancia con lo dispuesto en materia de capacidad por el artículo 1503 y siguientes, del Código Civil y la jurisprudencia de la Corte Constitucional.
  1. En los casos en que el paciente adulto mayor de edad, se encuentre inconsciente y no pueda expresar su voluntad por escrito, ni por ningún otro medio, se deberá proceder únicamente de la forma indicada en el artículo 5°, relativo a la petición escrita completada por los familiares y/o el médico tratante, de la presente ley.
  2. Que la petición o solicitud para la terminación de la vida del paciente sea libre e informada, manifestada inequívocamente por escrito, cuando sea posible, voluntaria y reiterada, la cual no permita albergar la menor duda sobre si el origen de la misma es el producto de una presión exterior indebida o el resultado de una depresión momentánea.
  3. Cuando no sea posible obtener la autorización por escrito del paciente terminal se procederá de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5° de la presente ley.
  4. Que el paciente, en efecto, sufre de una enfermedad terminal o grave lesión corporal, certificada en su historia clínica por dos médicos especialistas, que le produce intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna, los cuales no pueden ser aliviados por la ciencia médica actual con esperanza de cura o mejoría.
  5. Parágrafo. Ningún médico tratante podrá ser obligado a practicar el procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para tal fin, si este así lo decide. En caso de que el médico tratante se rehúse a practicar el

procedimiento eutanásico o a proveer la ayuda necesaria para la terminación de la vida del paciente, este último o sus familiares, si el mismo se encuentra inconsciente, en cualquier tiempo, podrán solicitar la ayuda de otro médico, que asuma el caso como médico tratante en los términos de la presente ley.

Esta misma disposición se aplicará, cuando haya lugar, al médico tratante en los términos señalados en el artículo 5° de la presente ley (Congreso de Colombia, 2007, párr. 1).

### **1. El artículo 106 del Código Penal quedará así:**

Artículo 106. Homicidio por piedad. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.

Cuando el médico tratante cuente con el consentimiento libre e informado del paciente, y haya respetado el procedimiento de cuidado debido, exigido por la ley que regula la terminación de la vida de una forma digna y humana y la asistencia al suicidio, no será objeto de sanción penal alguna (Congreso de Colombia, 2007, párr. 2).

### **2. El artículo 107 del Código Penal quedará así:**

Artículo 107. Inducción o ayuda al suicidio. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años.

Cuando sea el médico tratante quien provea los medios necesarios para la realización del suicidio y cuente con el consentimiento libre e informado del paciente, y además haya respetado el procedimiento de cuidado debido, exigido por la ley que regula la terminación de la vida de una forma digna y humana y la asistencia al suicidio, no será objeto de sanción penal alguna (Congreso de Colombia, 2007, párr. 3).

## **6.2. Criterios éticos**

El equipo de investigación durante el estudio actuó de manera respetuosa con la persona que participó en el estudio, considerando su individualidad, estableciendo una relación de empatía, cordialidad y buen trato. De igual forma se le pidió que otorgara su consentimiento por escrito y explicando el objetivo del estudio, y la no finalidad de juzgar o de realizar intervención psicológica, asegurando su protección y confidencialidad.

Este estudio se adhiere a la Ley 1090 de 2006 del Ministerio de la Protección Social: El Código Deontológico y Bioético por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología (Congreso de Colombia, 2006) en el cual se respeta la confidencialidad de la información obtenida y propende el bienestar e integridad de las personas, además de informar claramente del propósito y de los procedimientos de la investigación.

## **7. MÉTODOLOGIA**

### **7.1. Enfoque**

Para la realización de esta investigación, se tomó el enfoque cualitativo, el acercamiento a la realidad objeto de estudio se abordó sin mediciones, estadísticas o datos estandarizados, sino que, con el fin de responder a una pregunta problemática que pretendía ampliar la teoría existente sobre la ideación suicida o también desarrollar algún tópico a partir del análisis inductivo, se tomaron en cuenta perspectivas, experiencias de vida y aspectos subjetivos del participante. Para Hernández, Fernández & Batista (2010) en la investigación cualitativa se desarrolla una teoría a partir de datos observables que pertenecen al contexto social, analizando lo que ocurre, su proceso es inductivo, es decir va de lo particular a lo general, donde luego de explorar y describir se puede producir teoría.

## **7.2. Nivel del Estudio**

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010), existen cuatro niveles de estudio descriptivo, exploratorio, correlacional y explicativo. Este estudio es de tipo descriptivo; “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p. 80). Por lo que se buscó describir, detallar, especificar con precisión determinadas maneras de manifestación y atributos del fenómeno; se indagaron eventos, aspectos, dimensiones, contextos, recogiendo información sobre conceptos y variables, más no se relacionaron entre sí, se observaron para describir a mayor profundidad.

## **7.3. Tipo de estudio**

Para lograr los objetivos propuestos, la modalidad que se consideró dentro el problema a tratar fue el estudio de caso, con el fin de analizar datos que cubren todos los aspectos importantes de la adaptación psicosocial de un sujeto con ideación suicida de 36 años en el Municipio de Sabaneta, Antioquia.

Los estudios de caso son considerados por algunos autores y autoras como una clase de diseños, a la par de los experimentales, no experimentales o un diseño etnográfico. Los podríamos definir como “estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta; analizan profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría” Hernández y Mendoza, (2008) citado por Hernández, Fernández & Batista (2010, p. 136).

Por lo anterior descrito, el estudio de caso es una modalidad muy completa para abordar el problema propuesto, al ir complejizando la situación extrae sus propios conocimientos y desarrolla teorías que van de lo particular a lo general,



recopilando toda la información posible de tipo significativa para este fin. El tema de las ideas suicidas ha sido abordado en la literatura que ha sido identificada. El estado actual del conocimiento no es vago, pero ha sido poco profundizado de acuerdo a la particularidad de esta investigación, que es la incidencia en la vida psicosocial de sujetos con ideas suicidas, por lo que se indagó en el tema aspectos y perspectivas desconocidas; además se identificó conceptos, tendencias, con los cuales se pueda construir nuevas investigaciones, inspirar ideas o postulados posteriores.

#### **7.4. Diseño**

El tipo de diseño es fenomenológico. Según Mertens (2005) “los diseños fenomenológicos, se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes” citado por Hernández, Fernández & Batista (2010, p. 515). Se indaga en las vivencias cotidianas de los individuos para describirlas ampliamente y a profundidad. Para Patton (2002) responde a la significación de la experiencia vivida de una persona o comunidad respecto a un fenómeno. Citado por Hernández, Fernández & Batista (2010, p. 515).

#### **7.5. Población**

Hombre de 36 años de edad, habitante del Municipio de Sabaneta, Medellín, Colombia, con presencia de ideas suicidas desde la adolescencia.

##### **7.5.1. Muestra**

La muestra es no probabilística o dirigida, la elección fue hecha a conveniencia de acuerdo al tipo de problema a resolver, por lo que el equipo de investigación luego de plantearse el problema, recabo posibles casos, para elegir de manera tentativa el que más

se ajustara y le ofrecía mayor posibilidad para lograr los objetivos del estudio. “Muestra en el proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia” (Hernández, Fernández & Batista, 2010, p. 394).

### **7.5.2. Criterios de Inclusión:**

Se tomó en cuenta a un hombre adulto de 36 años, oriundo y habitante del Municipio de Sabaneta Antioquia, que desde la adolescencia ha presentado ideación suicida hasta el momento actual.

### **7.5.3. Criterios de Exclusión:**

No aparecen criterios de exclusión frente al trabajo desarrollado.

## **7.6. Técnicas de recolección de información**

La técnica para la recolección de la información elegida fue la entrevista semiestructurada; esta es de tipo flexible, pues las preguntas se pueden ir ajustando al entrevistado, según información que este vaya brindando, por lo que se puede aclarar términos y ambigüedades. El investigador y el entrevistado pueden entablar formalismos, lo que permite que la persona entrevista pueda expresar sus puntos de vista de forma abierta, además que el entrevistador puede observar comportamientos no verbales y reacciones, Díaz, Torruco, Martínez, & Varela (2013). “Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (Hernández, Fernández & Batista, 2010, p. 418).

## 7.7. Procedimiento

Inicialmente se procedió a contactar dos personas de las cuales el grupo de investigación poseía noticias de ideación suicida, luego de una primera charla con ellos, cada uno en su contexto, se identificó cuál de ellos podría contribuir de manera más eficaz a la investigación. Se tuvo en cuenta además la capacidad individual de comunicar y el deseo de expresar vivencias, ideas, eventos, además de cumplir con los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

Luego se procedió a la construcción de la herramienta, es decir la entrevista semiestructurada; la cual buscó indagar en cuatro aspectos al sujeto estudio de caso: Factor familiar, factor social, factor psicológico, factor ideación y suicidio.

El equipo contactó al participante para un primer encuentro de encuadre, donde se aprovechó para crear empatía que sirviera para crear ambiente amistoso y de confianza para la recolección de la información.

Posteriormente se realizaron cuatro encuentros, para realizar una entrevista por cada aspecto o dimensiones a indagar, ya antes mencionadas; se tomaron registros por medio de grabación, notas de las investigadoras con comentarios, descripciones y observaciones.

Al poseer la información se procedió a transcribir las entrevistas para el posterior análisis, este se hizo ubicando los datos recolectados en subcategorías que están contenidas dentro de dos grandes categorías: Categoría factor psicológica y categoría factor social, las cuales buscan dar respuesta al objetivo de la investigación

En cada subcategoría se introdujeron secciones de citas textuales tomadas en la entrevista, consideradas las más relevantes, mezcladas con el análisis interpretativo de los investigadores a la vez que se realizó triangulación de la información de acuerdo a algunos autores significativos en el tema, sobre todo de corte psicoanalítico; esto es llamado: La confirmación o confirmabilidad que “está vinculada a la credibilidad y se refiere a

demostrar que se han minimizado los sesgos y tendencias del investigador” (Guba & Lincoln, 1989; Mertens, 2005) (Citados por Hernández, Fernández & Batista, 2010, p. 478). Finalmente se elaboró la discusión, conclusiones y recomendaciones, para la presentación de resultados en un informe final.

Además en el análisis de los resultados se incluye un mapa categorial, para darle al lector una idea general de las categorías, subcategorías y tendencias que emergieron del análisis de los datos arrojados por la entrevista.

Se incluye en los anexos la tabla categorial que se utilizó para el análisis de resultados.

## **8. RESULTADOS**

### **8.1. El caso de G:**

G es un hombre de 36 años de edad, es claro en sus palabras, no presenta problemas de orden cognitivo, ni mental; casado y con dos niñas, vive actualmente con ellas, en zona rural del Municipio de Sabaneta; su casa esta adjunta a la de sus dos tías (fundamentales en el proceso de G) en la cual viven: una sola tía, pues una de ellas murió hace un año, también su hermana, su sobrina y su cuñado.

El Barrio en el cual ha vivido toda la vida presenta un ambiente tranquilo en cuanto a la convivencia social, pero respecto al tema de sustancias psicoactivas, es una de las zonas de la vereda que más evidencia el consumo y venta de estas, en niños, adolescentes y adultos.

G es el menor de 7 hermanos, perdió a su padre con un año de edad y ante la situación económica precaria, sus dos tías paternas lo llevan a vivir con ellas, crece cerca de casa pero bajo la orientación de sus tías; materialmente estaba provisto de todas las necesidades

básicas y además de objetos que no requería sino que los solicitaba por gusto o deseo; la educación y orientación fue bajo el criterio de las tías.

Estudió, pero presentaba problemas en el aprendizaje y además en la conducta, relacionada con mucha hiperactividad y cumplimiento de las normas, lo cual hizo que no terminara el bachillerato.

En cuanto a las relaciones sociales en su infancia tuvo amigos, de adolescente pocos con los cuales se inició en el consumo del perico, pero sus vínculos no perduraron, en la actualidad dice no tener amigos, ni compartir en ambientes sociales, su dimensión social se reduce a la familia.

Actualmente está diagnosticado con depresión y asiste a tratamiento psiquiátrico, como antecedentes familiares, una tía por parte de padre desde temprana edad padeció depresión y un familiar lejano fue adicto a la ludopatía. En cuanto a enfermedades biológicas presenta principio de cirrosis, cálculos en los riñones, hernia en el ombligo, ácido úrico.

Presenta adicción a la cocaína, más concretamente al perico, al alcohol y ha tenido problemas de ludopatía.

Cuando tenía 13 años de edad muere su madre, G empieza a ir a su tumba muy constantemente y llora mucho, luego empieza a embriagarse varios días a la semana y meses más tarde comete su primer intento de suicidio mediante intoxicación con medicamentos.

Luego del intento suicida, meses después, empieza a consumir drogas, prueba algunas pero se queda sólo en el consumo de perico y alcohol, actualmente los consume de manera periódica. Ha querido rehabilitarse de las drogas en varias ocasiones, en lugares especializados, incluso también con terapias alternativas a la psicológica y psiquiátrica, pero empieza los tratamientos y los deja, la familia le ha insistido también, pero no ha sido constante.

G ha realizado 18 intentos, en algunos de ellos ha sido hospitalizado, y tratado psiquiátrica y psicológicamente; el más grave por ahorcamiento, otros en los cuales no se ha reportado al hospital. G, refiere no haber realizado dichos intentos durante un síndrome de abstinencia.

Actualmente trabaja como independiente, trasportando mercados en su carro a las diferentes barrios de la vereda.

G, demuestra una posición gallarda y segura frente a los actos que presenta, aunque no se desconoce la condición de víctima que por momentos asume, como una forma de mantener su familia entorno a él, borrando de alguna manera su responsabilidad ante su familia actual.

En cuanto a su esposa e hijas es de resaltar la postura complaciente y ambivalente, sin nada de exigencia y respaldando la posición de victima asumida por él.

## **8.2. Análisis y descripción de resultados**

El análisis y descripción de resultados se expondrán en un primer momento con base a las dos categorías que se buscaba indagar según el objetivo de la investigación, estas son: El factor psicológico y el factor social; dentro de estas dos categorías se encontraron algunas subcategorías de acuerdo a la información brindada por el participante. En cada subcategoría se introdujeron secciones de citas textuales tomadas en la entrevista, consideradas las más relevantes, se mezclan a la vez con el análisis interpretativo del grupo de investigación y con la triangulación de la información, es decir los soportes teóricos de acuerdo a algunos autores significativos en el tema, sobre todo de corte psicoanalítico.

El gráfico 2 muestra un mapa acerca de la distribución de las categorías, sub-categorías, tendencias y conceptos encontradas en las 4 entrevistas en relación a las ideaciones suicidas y sus consecuencias psicosociales.

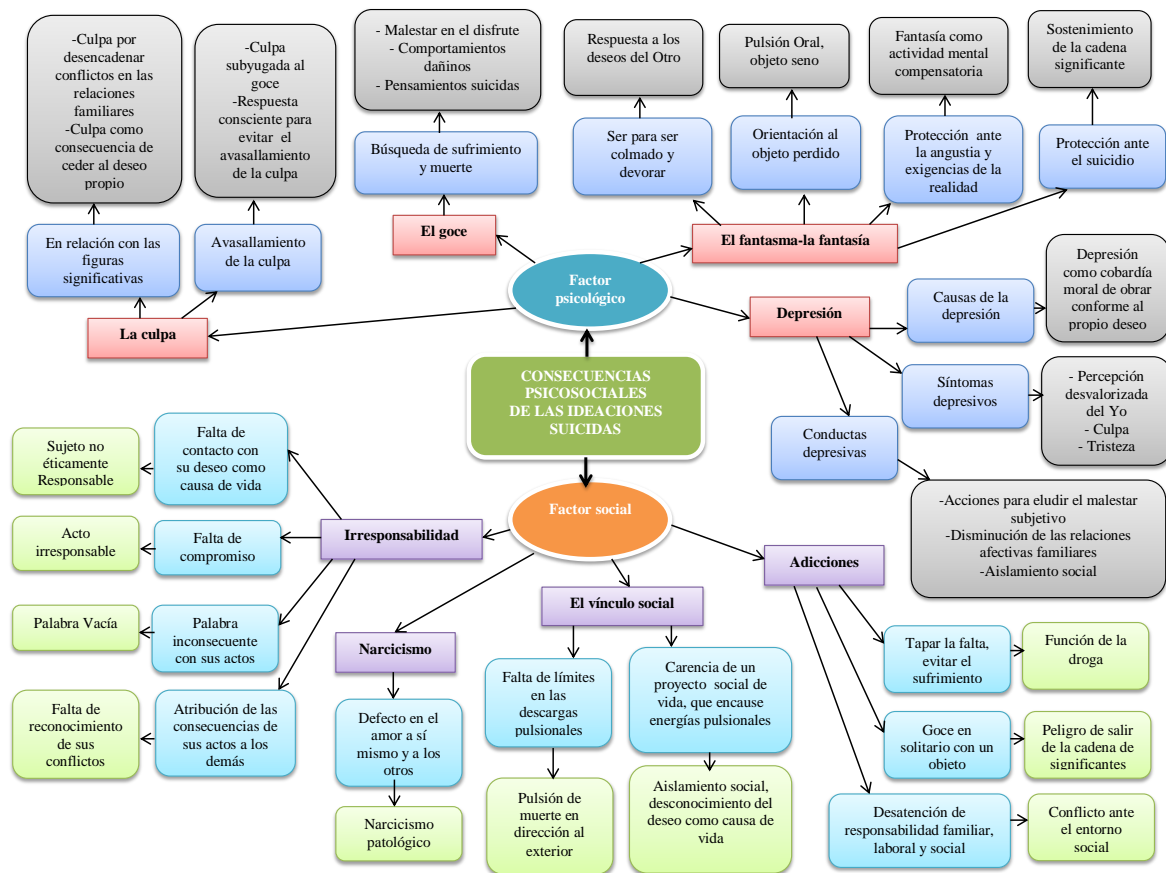


Gráfico 2. Mapa categorial: Consecuencias psicosociales de las ideaciones suicidas.

### 8.2.1. Categoría: Factor psicológico

#### 8.2.1.1. Subcategoría: La culpa

Según Mejía (2002) en la culpa, el pequeño debe renunciar a la satisfacción pulsional para obtener el amor de los padres, por lo que el sujeto paga con una renuncia y se le impone un dolor psíquico, por haber puesto en peligro el amor. El sentimiento de culpa sería el resultado de la tensión entre las instancias psíquicas del yo y el superyó; en el sepultamiento del Edipo, el sujeto debe renunciar a los deseos incestuosos, al parricidio, acogerse a ese pacto, de lo contrario, si no quiere aparecerá el sentimiento de culpa. De

todas maneras asegura la autora, los deseos incestuosos no desaparecen, sino que quedan sepultados, por lo que el sujeto siempre estará en deuda con el padre, pues no hay una total renuncia a estos deseos.

*“...Todo fue muy lindo con ella, yo tengo muchos remordimientos porque ella quiso lo mejor para mí, es como la propaganda, la de la droga “se te van tus sueños” ella quería lo mejor para uno y yo no lo valoré”.*

El discurso de G, siempre gira alrededor de la culpa, en relación con las tías que fueron sus figuras significativas y de su familia actual, esta culpa lo indisponde no solo como persona, sino también como padre y esposo; el ambiente familiar se torna tenso debido a conductas que no cambia y él sabe que es el responsable del ambiente negativo.

Es así que, Gurevicz, Mólica & Parajuá (2015) recuerdan que Freud en “el Yo y el Ello” ubica la culpa en relación al Superyó y a la relación terapéutica negativa, para él esta es un obstáculo para la cura y un encuentro con la satisfacción en la enfermedad y el castigo.

*“...Uno ya no puede remediar eso, pero sin embargo eso le trabaja a uno, que uno puede olvidar el pasado, el pasado no se olvida”* La culpa y el remordimiento están presentes tanto en los pensamientos como en el comportamiento de G, se martiriza con estos sentimientos, pero goza ahí; por otro lado también aparece el auto inculpamiento en su discurso, donde él es poseedor de aspectos negativos, hablando de sí mismo despectivamente en cuanto a su valía como persona *“Si porque yo también digo con mi esposa que no haber dado con otra persona, cierto, que porqué tuvo que haber dado con una persona como yo...”*

Consecuentemente Gerez (2003) hablando de la culpa desde la perspectiva lacaniana como un ceder al deseo propio, en cuanto que esto tendrá como resultado el goce, el sujeto sometió el deseo al imperativo de goce, lo que pone en peligro el deseo y construcción subjetiva, arrojándolo a lo real y desmarcándose del fantasma; la culpa en este sentido entonces remite al parricidio. Cuando esta autora se refiriere a la obra freudiana, en lo que respecta al superyó como heredero del Ello y del complejo de Edipo y por tanto a la culpa



como componente de esta instancia; propone a esta última como subyugada al goce superyoico de castigar, perseguir, hiperreprochar, autodestruir; es así donde el sujeto sucumbe en el sostenimiento de su deseo y por tanto a la construcción de la subjetividad; en una satisfacción pulsional y al entrar en terrenos del goce franquea los límites del Nombre del Padre apostando por el parricidio, porque la posición del sujeto ante el deseo del Otro o el goce del Otro va a permitir el avasallamiento de un Otro gozador, que insta desde lo real al malestar de una manera tan objetiva que puede desmarcar el fantasma que protege del pasaje al acto.

La culpa es en G, le acarrea un gran malestar, sumergido en el goce de esta que lo acorrala, y parece hacerlo buscar salida en el suicidio, existe en él autopunición y deseos de autodestrucción.

*“...Vea donde llega, se pone uno a mirar el entorno familiar entonces uno ve las hijas, ve su esposa, uno se levanta todo mundo mirándolo feo, pero es por culpa de uno, uno no ha sido capaz de cambiar, uno que hace para cambiar, entonces uno busca porque yo he buscado por muchos lados entonces usted busca por un lado por el otro y usted ve que no da, entonces ahí llega el intento de suicidio”.*

Retomando lo dicho, en G no se encuentra un deseo como causa de vida, hay deseo sí, pero el del inconsciente que lo empuja al goce, él simplemente deja escapar el tiempo sin elegir o decidir sobre su existencia y creación subjetiva en el mundo *“...a mí me decían que estudiara, que a mí me daban el estudio que yo quisiera, pero a mí no me interesó el estudio”* Así, G a la pregunta de entrevistador: *“¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?”* Contesta: *“Nada dormir, de pronto futbol, en otra época montaba bicicleta”*

### **8.2.1.2. Subcategoría: El goce**

Izcovich (2014) recuerda el planteamiento que hace Lacan de la constitución de sujeto a partir de la cadena significativa y como esta cadena inconsciente ejerce sus efectos. El

significante sería el que orienta al goce, lo limita y es más, para Lacan lo causa. El significante retorna asociado con un goce; con la entrada en lo simbólico hay una pérdida de goce; es por eso cuanto más el sujeto de entrada al lenguaje, más se extrae del goce.

*“Eso es uno estar enterrado en vida, uno es un muerto viviente, porque el síndrome de abstinencia para uno es muy duro, uno si quiere cambiar porque uno tiene metas y uno se imagina lo más bonito, pues me quiero, mentiras ni me quiero porque si yo me quisiera no seguiría metiendo eso, pero es que el síndrome de abstinencia es muy duro, uno no piensa antes de hacerlo lo piensa cuando ya lo hace ya para que...”*

Según lo anterior, G constantemente aparece franqueando los límites hacia el goce, tras un espejismo de completud de la promesa edípica, en su búsqueda inconsciente se encuentra con el sufrimiento; motivo por el cual quisiera dejarlo, pero racionalmente no sabe explicar por qué cae en este comportamiento dañino, repitiéndolo una y otra vez, G busca en el malestar un disfrute.

En G, los pensamientos suicidas además de contener culpa, también contienen deseos de salir del lenguaje y la cadena significativa, en la entrevista a la pregunta del entrevistador por los pensamientos que tuvo ante el más reciente intento de suicidio, él expresa: *“...Ah no no, no querer vivir, o sea desmayarme y ya no despertar...”*. La ideación suicida está cargada de culpa, por tanto goce, el cual no se sabe explicar, goce que perjudica el ambiente familiar, en una pulsión hacia el exterior. La salida al avasallamiento de la culpa por el goce, es para él el suicidio.

También para Cardona (2002) el goce en su origen aparece con la búsqueda de placer al reproducir huellas en la memoria de zonas erógenas que producen excitación, pero posteriormente se independiza y causa dolor, lo que busca el goce es la muerte del deseo, mientras que lo que busca el deseo es el goce perdido, pero es entonces su muerte. El goce es aquello prohibido, ubicado más allá de la ley y que se relaciona con un *“...yo empecé a consumir a los 13 años empecé a consumir cada 8 días cada mes, cada 6 meses y ya de ahí en adelante empecé casi diario y ya se me volvió una vida ingobernable...”* G, claramente

pasó del placer al displacer, toca el goce, cae en él y no sale de ahí, y esto le acarrea enorme sufrimiento.

Así en este mismo sentido Según Chemama (1998) el deseo, placer y displacer están capturados en el lenguaje dentro de su sistema simbólico, al ser el hombre un ser que habla, es por eso que no se trata de una simple descarga de tensión, sino que entra en las leyes del lenguaje y su relación con el gran Otro. El goce está caracterizado por la falta y no por la completud, es decir la falta en el Otro.

*“...Uno no ha sido capaz de cambiar, uno que hace para cambiar, entonces uno busca porque yo he buscado por muchos lados entonces usted busca por un lado por el otro y usted ve que no da, entonces ahí llega el intento de suicidio...”*

Es entonces que para G, el goce tiene una dimensión tan mortífera como el suicidio, no solo cuando lo ha intentado con una planificación, sino mediante el consumo, lentamente va muriendo, va saliendo de la cadena significativa y del deseo para internarse en el goce, en la completud.

La función de la droga para G, es la de tapar la falta, es decir evitar el sufrimiento que conlleva ser un sujeto del Lenguaje, estar siempre en función de la dicha y prolongarla en un esfuerzo de alcanzar una felicidad inexistente que el objeto droga le propone. *“He vuelto a consumir sí, pero no como antes... me mantenía era inestable, no me hallaba, el desespero era mucho así no quisiera consumir, pero la hiperactividad era mucha...”*

### **8.2.1.3. Subcategoría: Depresión**

Bogaert (2012) citando a Freud (1973) manifiesta que la Depresión es un trastorno que afecta al yo en su relación con el ideal y que el Superyó posee la función de autoobservación, determinar la conciencia moral y la construcción del ideal; el ideal del yo es lo que el sujeto proyecta como su ideal, la instancia que sustituye el narcisismo perdido en su infancia. Algunos autores atribuyen al yo ideal características que identifican también

al ideal del yo, el cual es una formación narcisista inconsciente que se establece a partir de la identificación primaria con la madre.

El depresivo pierde esa fuerza vital cuando siente que su ideal del yo está herido y estas heridas narcisistas que desencadenan la depresión, hacen que el sujeto desarrolle una baja valoración de sí o la pérdida, como el ideal mediatiza la autopercepción del yo y esta función mediadora es en gran medida inconsciente, todo lo que aflige al ideal afecta la conciencia que el yo tiene de sí mismo; es por esta razón que el sentimiento de desvalorización personal del depresivo es el resultado de la desnarcisización de su ideal del yo, además de una perturbación del yo, como instancia de personalidad. Así en G podemos constatar las heridas narcisistas y que lo hacen percibirse como una persona con poca valía *“Soy el menor el descabezado...”* *“...mentiras ni me quiero porque si yo me quisiera no seguiría metiendo eso...”* y ante la elección que hizo su esposa por él como pareja dice: *“...Cierto que porque tuvo que haber dado con una persona como yo...”*

Según Gómez (2011) el depresivo posee una ignorancia con respecto a su deseo, no sabe que lo causa, por lo que en vez de enterarse de su propio deseo está en función del deseo de los deseos de los Otros para poder cumplirlo con fidelidad. Este autor recuerda que esto es a lo que Lacan llama depresión como cobardía moral; la incapacidad de actuar conforme a su deseo en cuanto creación de sí mismo y producción de su propia vida. En G se evidencia un desconocimiento sobre su deseo, más bien se aferró al cumplimiento de lo que los otros querían de él, como en el caso de sus tías quienes se preocuparon de que G estuviera sin falta y colmado; a lo que respondió con total devoción.

*“La crianza mía, yo no sé qué fue una pela, a mí la crianza fue gusto, cosas materiales, por ejemplo a mí me decían que estudiara, que a mí me daban el estudio que yo quisiera, pero a mí no me intereso el estudio, y me daban lo que yo pedía, lo que yo quería me lo daban y ya en este momento le pesa a uno, lo que es uno ahora, porque la crianza con mi tía, fue algo muy lindo porque yo nunca escuché una palabra mala de ellas, todo era mijo, mire el camino, manéjese bien, mire que la droga el trago los amigos...”*

Para Bogaert (2012) en los síntomas de la depresión neurótica, hay inhibición de la fuerza vital, varios aspectos mentales se ven menguados como el pensamiento, la capacidad de decidir y de iniciativa, las relaciones afectivas se reducen, teniendo como resultado la sensación de vacío interior, nada despierta el deseo, nada tiene sentido.

*“...Y de un momento a otro me da la depresión y se me baja el ánimo, no me provoca nada... lo que es la alimentación muy bien, yo en estado de ánimo bajito, yo como igual, pero ahí mismo me encierro, me levanto me ducho, como y me encierro, me provoca estar dormido no me provoca despertar, para no tener tanto pensamiento para no pensar tantas cosas, en resentimientos, culpas...”*

Se manifiesta según lo expresado la falta de vitalidad, los deseos de vivir y crear situaciones de vida, como relacionarse afectuosamente con su familia, trabajar, recrearse, emprender actividades de crecimiento personal y social.

G, también expresa como consecuencia de la depresión, sentimientos como la tristeza y la culpa, a pesar de que la primera es poco mencionada, cuando lo hace está unida al consumo y al culpa por este comportamiento adictivo; así declara al entrevistador estas como dos comportamientos repetitivos en su vida *“...repetitivos, claro la tristeza, el remordimiento...”*

Se podría decir que G, es mortificado por sus pensamientos de culpa y resentimiento que continuamente le hacen ruido, no lograr acallar, por lo tanto para no ser avasallado por ellos lo que hace es dormirse y aquietarlos solo mientras realiza esta actividad.

La respuesta ante este estado depresivo es el reposo nocturno, que implica no afrontar y responsabilizarse, solo ignorar para que el superyó se calme mientras duerme. *“...Entonces de ahí ya probé la cocaína eso empezó a deprimirme empecé a consumir eso, ya a mí no me provocaba vivir no me provocaba despertar, me provocaba era que llegara la oscuridad, la noche...”*

En G, se manifiesta la pérdida de un camino para constituir su deseo, no hay claridad en este, no se ve tampoco que se aferre a las cosas valiosas que posee, como su familia para enfrentarse a las manifestaciones de su síntoma: El aislamiento social, dormir para no enfrentar y responsabilizarse de su comportamiento y pensamiento.

G, ya posee una necesidad síquica y biológica de una sustancia, que posterior al consumo lo deja depresivo, afectándolo a él y su entorno familiar. *“...Por ejemplo con las depresiones la cocaína lo deprime a uno y vea donde llega se pone uno a mirar el entorno familiar entonces uno ve las hijas, ve su esposa...”*

#### **8.2.1.4. Subcategoría: El fantasma- La fantasía**

Carbajal, D'Angelo & Marchilli (1986) cuando definen el fantasma desde Lacan hacen referencia a que es el sostén del deseo; este fantasma es abordado desde el goce o desde el principio del placer, pero con la particularidad de que este placer significa no gozar tanto; el sujeto se tropieza con lo indescifrable del deseo del Otro y se pregunta qué quiere ese Otro de él y es entonces que el mismo se propone como objeto y enmarca el fantasma articulándolo al cuerpo y a la pulsión. Para el caso de los neuróticos el fantasma responde a la demanda del Otro, en vez de ver su falta, o el objeto de deseo del Otro, lo sustituye por la demanda del Otro. El fantasma de G o la respuesta al deseo del Otro de este sujeto, es al parecer: “Soy un ser para devorar, para ser colmado por el Otro” en tanto que las tías le daban todo lo que quería y cubrían sus necesidades él no tenía que preocuparse por buscar nada por su sí mismo y en ese punto devora al Otro, se lo engulle, se lo traga y esto lo hizo y sigue haciendo con sus tías y su familia.

*“...Por parte de mi familia yo no tuve limites, yo manipulaba a mi familia, era tanto el amor que sentían por mí, que todo me lo daban , entonces para que el niño no se les descarriara y fuera a estudiar pedía unos tenis, hay mismo pedía una bicicleta...”*

En cuanto a la Pulsión que orienta el objeto perdido de G y está articulado al fantasma, se tiene que la pulsión es de tipo oral: Devorar, devorarse, ser devorado y el objeto es el seno, en este caso remplazado por las adicciones “...empecé a consumir a los 13 años empecé a consumir cada 8 días cada mes, cada 6 meses y ya de ahí en adelante empecé casi diario...”

Lagache (2003) se refiere a la fantasía como aquella que se puede introducir en todos los campos de la experiencia humana, algunos de ellos las emociones, el lenguaje o la acción, el desplazarse a estos objetos es lo que le da la ilusión de verdad o realidad, es así que el aparato síquico valiéndose de ella apunta a algo perdido o inaccesible, y puede traspasar los límites de lo posible impuestos por la razón. En G, esta fantasía aunque aparece como un mecanismo de defensa contra la realidad y verdad de su vida, le anima a proyectarse en un nuevo horizonte, son los deseos de querer recuperarse, estar al lado de su familia, así en el momento este totalmente incapacitado por la vida de goce que lleva.

*“...Pero me gustaría ahora que tengo la otra tía, que el día de mañana falte o falto yo, que le quede: ese muchacho duró seis mesecitos o duró 1, 2, 3 años o mira como esta de bien, 10 años dejó eso, que ella falte y se vaya con una gratitud de parte mía, yo cambiar sería en gratitud, yo he recibido todo no solamente lo material a mi mucha gente me decía que yo quería las tías por lo material, yo cambiaría esta casa por tener mi tía viva, tener mi tía viva a lo material, para mí lo material nunca”..*

Igualmente para Chemama (1998) el fantasma recubre el campo de lo real, ya que este es del orden de lo insoportable y lo imposible. Es así que a la pregunta del entrevistador “¿G, usted ha llegado a imaginarse como es el otro mundo?” él contesta: “Si uno se imagina el descanso si me entiende o sea que lo material queda acá y el alma trasciende”

*“...Para dejar de existir de existir para darle descanso a la familia para que no sufran por uno, como uno ve que es un problema...”* En cuanto al suicidio, la muerte lo lleva a pensar en un mundo tranquilo lleno de paz y sin preocupaciones, es una ilusión para G;

sería el suicidio un camino de salida, despojado de problemas a resolver tanto individuales como familiares.

Así, si se toma lo que piensa Izcovich (2005), a cerca del fantasma, cuando dice que este no solo captura el objeto de goce del sujeto, sino que lo mantiene en lazos con el Otro, y entonces lo protege del suicidio, al mantenerlo dentro de la cadena significativa (citado por Bermúdez & Martínez, 2012, p. 74). Esto se constata claramente en G, cuando dice en su discurso estar aferrado a su familia, a Dios, incluso a sus sueños, por lo cual no pasa al acto “...es decir, no me voy de este mundo es por mis hijas...” En otro momento de la entrevista G, declara:

*“... Dios no ha muerto...es porque tengo una esperanza...yo alego con él, hp mira como me tienes, peleo con Dios y al otro día tengo que buscarlo porque me siento vacío...cuando estoy en crisis me siento y le digo ayúdame”. “Claro mejorar el carro, tener un carro mejor, organizar mejor mi casa, dale estudio a mi hijas la grande sueña con estudiar medicina forense... A mí me gustaría estudiar enfermería, para cuidar viejitos, y me gustaría también irme de por aquí, donde nadie me señale es que usted esto, es que usted aquello”.*

## **8.2.2 Categoría: Factor social**

### **8.2.2.1 Subcategoría: Irresponsabilidad**

Rengifo (2005) menciona lo que es la responsabilidad citando el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (1997) con múltiples conceptos entre ellos estaría: Deuda, obligación, reparar, satisfacer por causa de un delito penal; también aparece un deber moral y aceptar libremente las consecuencias de sus actos por ser un sujeto dentro del derecho; Otra acepción: Está la persona cuidadosa con lo que hace y dice y por último, el que es culpable de algo. Como contrapunto plantea que el psicoanálisis lacaniano, habla de la ética del sujeto responsable, el cual es aquel que se pone en relación con una causa y con su deseo.



El comportamiento de G está encaminado hacia el acto irresponsable, aunque en su discurso aparece como persona que quiere comprometerse, sus acciones no son consecuentes. La palabra no lo auxilia, su palabra no es plena debido a que no se responsabiliza como sujeto, no hay compromiso, por lo que su palabra es mentirosa, engañosa y vacía.

*“Si del compartir, por ejemplo salimos, juego con ellas si me entiende, pero en cuestión de que ya pierdo el control soy mal padre pues yo cuando tengo plata y estoy bien soy muy responsable con mi casa cumplo con todo lo de mi casa bueno, pero cuando estoy consumiendo se me olvida mi casa por completo o sea primero el vicio que la casa, por ese lado digo yo que soy mal padre no por que llegue a acabar con la casa no sino porque se me olvidan mis hijas”.*

G evade siempre la responsabilidad en todos los campos, el personal, el familiar, el laboral, las causas de los problemas individuales o familiares se las atribuye a los otros o a una situación en este caso el consumo. *“Es que la hija mayor casi no lo ha visto trabajar y a uno le da pena, pero si uno sale del consumo uno saca ánimos”*

*“Mi esposa en el momento mientras yo esté bien tengo el apoyo incondicional, ella si le toca irse a sentarse conmigo a narcóticos anónimos o alcohólicos anónimos o llevarme a donde el medico ahí está...”* Para G, la vivencia de irresponsabilidad, es una constante, no se hace responsable de su problema, lo pasa siempre a un tercero que lo haga por él, incluso en el caso de su adicción la esposa se coloca como responsable.

### **8.2.2.2 Subcategoría: Narcicismo**

Al hablar de narcicismo Chemama (1998) cita el significado para Lacan, donde el yo (moi) no es una instancia como en Freud, sino que es la imagen sobre la cual el sujeto se constituye como una totalidad a partir de otro (estadio del espejo), por lo tanto se ha podido amar y reconocer en ese otro, ese es el fundamento del amor a sí mismo y lo que puede

hacer que exista algo amable en los demás. Es así que G, parece no tener ese narcisismo primario, no en el sentido que no haya podido formar un cuerpo, por lo que sí lo hizo, a partir de un otro, pero en cuanto amarse, buscar el bien para sí, parece haber problemas en este aspecto. En lo que respecta al amor al otro y al narcisismo según el autor antes citado recuerda que existe un engaño, pues al amar al otro, en realidad se está amando así mismo “... *pues me quiero, mentiras ni me quiero porque si yo me quisiera no seguiría metiendo eso...*”

En cuanto al narcisismo, Kernberg (1975, 1984) se refiere al narcisismo patológico: Para él estas personas se caracterizan por una exagerada centralización en sí mismo, las relaciones con los demás son deformadas, excesiva dependencia de la admiración y vasallaje de los otros (citado por Bicego, Calleri, Galainena & Juaneu, 2012). Se evidencia entonces como todas las situaciones familiares tanto del pasado como de la actualidad giran en torno a G, sin aseverar puede ser que en las personas que lo rodean encuentre más como satisfacerse que un verdadero amor.

*“...Era tanto el amor que sentían por mí, que todo me lo daban, entonces para que el niño no se les descarriara y fuera a estudiar pedía unos tenis, hay mismo pedía una bicicleta, hay mismo sino no iba a estudiar, ellos se volvieron como codependientes de mí, entonces para tenerme bien, mentiras que el daño que me estaban haciendo era impresionante, así empezó mi vida del alcohol y la drogadicción...”*

### **8.2.2.3 Subcategoría: Adicciones**

Para Cardona (2002) el psicoanálisis pone de relevancia que al placer se accede por episodios, y que el sujeto utiliza métodos para lograrlo y evitar el sufrimiento, Freud entonces llamaría a las sustancias tóxicas quitapenas, para sustraerse de la realidad “...*yo he sido la persona que ha tenido problemas de alcoholismo, drogadicción, ludópata, me gusta el juego*” La sustancia para G, pasa a ser una necesidad, psíquica y biológica, lo que

contradice al sujeto deseante, que se mueve en una búsqueda para responder desde lo simbólico y salir de los estados de angustia.

Según el autor antes citado, el adicto no soporta que existan objetos, menos el objeto de deseo y la falta y se crea un deseo con objeto, se revela a vivir como deseante “...*pero vuelvo al consumo trabajo un día sí y un día no, muy inestable*” Las adicciones muestran las consecuencias en G, la inestabilidad, la vacilación en su deseo, no establecer vínculo con el otro.

Consecuentemente, Cardona (2002) cita a Braunsteing (s. f.), cuando se refiere a la frase de Lacan al hablar de que la droga es romper el casamiento con el pipi; esto es evadir las exigencias y regulaciones del Otro. A la pregunta del entrevistador sobre en qué momentos ha sentido rabia, tristeza, alegría y culpa, G contesta: “*Cuando no tengo plata para consumir si, la rabia...*” Se evidencia que para G, hay una manera buscar la completud edípica, pues desea escapar a como dé lugar de las regulaciones y límites impuestos por el Otro, es decir al sufrimiento y a la búsqueda incesante del sujeto deseante que está en falta; el estado de infelicidad impuesto por la entrada en la subjetividad, aparece para G, como algo tensionante, que necesita un refugio pasajero, y satisfacción inmediata, se excluye de los vínculos sociales dados por lo simbólico en el lenguaje y sustituye al otro con un objeto, con el cual construye su propio mundo, así queda capturado en este porque le falta la falta.

Para Braunstein (s. f.) citado por Cardona (2002) el adicto participa de un goce sin sujeto, quedando por fuera del discurso y de los vínculos sociales. G, con las adicciones está más cerca del goce en solitario con un objeto, que de establecer vínculo con el otro y en peligro de salir de la cadena significativa.

*“Yo si he consumido con mucha gente, pero consumía y chao al otro día si te vi no me acuerdo, así ha sido mi vida pero no es que haya sido egoísmo mío, sino que yo bien llevado y acercarme a otro bien llevado, nos ponemos a consumir los dos, es porque se da en el momento”*

#### 8.2.2.4. Subcategoría: El vínculo social

Izquierdo (1996) afirma que lo psíquico en un sujeto es resultado de dos procesos el físico y el social; del lado biológico se ubicarían las pulsiones, del lado de lo social el límite a las descargas de las pulsiones, un proceso entre el Yo y el Ello, restringido por el Superyó, por lo que entonces el deseo se convierte en social. Es así que en la búsqueda del bienestar se es sujeto y objeto a la vez, sujeto al desear lo propio y objeto, al quedar la existencia marcada por el lugar que se ocupa en el deseos de los padres y la proyección de estos sobre el sujeto.

Teniendo en cuenta lo anterior, entonces, En G, se encuentra que sus tías las figuras significativas, quienes realizaron la función de madre, G para ellas merecían todo, era un sujeto solo para recibir, sin compromiso, sin límites. Por un lado esto causó en él que se orienta más a la pulsión de muerte traspasando los límites sociales, imponiendo sufrimiento a sus seres queridos y por otro sentimientos de minusvalía y de víctima ante las personas y situaciones, por lo que G, siente que no vale nada y no es capaz de lograr nada por sí solo para construir en lo social, ya que es un sujeto para ser colmado.

*“... la crianza mía, yo no sé qué fue una pela, a mí la crianza fue gusto, cosas materiales, por ejemplo a mí me decían que estudiara, que a mí me daban el estudio que yo quisiera, pero a mí no me intereso el estudio, y me daban lo que yo pedía, lo que yo quería me lo daban...”*

G, fue totalmente colmado y no fue puesto en falta, no frustrado, las tías caían en su juego manipulatorio, de un pequeño tirano que cree que todo es posible *“...porque yo era una persona muy rebelde, tenían que hacer lo que yo dijera yo los manipulaba...”* hubo labilidad en la autoridad, la cual no le dio una verdadera orientación.

Al igual su esposa N y las dos hijas de G, presentan unas actitudes muy condescendientes con él, se pensaría que estas gozan en medio del malestar que este representa para la familia, no solo por las adicciones, sino también por las conductas

suicidas que han sido tan reiterativas *“Mi esposa en el momento mientras yo esté bien tengo el apoyo incondicional, ella si le toca irse a sentarse conmigo a narcóticos anónimos o alcohólicos anónimos o llevarme a donde el medico ahí está...”*

En esta misma línea Izquierdo (1996) recuerda que el principio de la realidad impone a los seres humanos el trabajo cooperativo, conformado por lazos no eróticos, es una pulsión coartada en su fin para poder establecer relaciones de amistad o compañerismo. Para G, no hay amigos, en este momento, dice no poseer ninguno, está totalmente aislado de los lazos sociales, de una red de apoyo afectivo que le ayuden a encaminar su pulsión, por medio de objetivos en común con otras personas para la cooperación, incluso satisfacción personal. *“... Hoy por hoy se da cuenta uno que es verdad que amigos no hay...” “... yo no tengo amigos, si los veo los saludo y ya, yo consumo solo, tiene uno muchos recuerdos bonitos cuando uno jugaba, amigo la plata, siempre ha sido así, mientras usted tiene plata tiene amigos”*.

## **9. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

La ideación suicida es una situación subjetiva que atraviesa a un sujeto en particular, lo cual se puede aseverar como un evento en la historia del sujeto en cuestión, existe una serie de factores y situaciones que se han ido presentando a lo largo de la vida, que han contribuido de alguna manera a que se presente la ideación suicida.

El propósito de este estudio se orientó a analizar la incidencia en el comportamiento psicosocial de un sujeto producto de sus ideas suicidas, a partir de identificar las manifestaciones emocionales, los comportamientos sociales adoptados y las posibles consecuencias psicosociales que rodean a este. Si bien el interés del estudio no es de intervención psicoterapéutica, si quiere mostrar la afectación y posible deterioro de diversas áreas o dimensiones de la persona con este tipo de pensamientos, que al ser interiorizados tienden a convertirse en un estilo de su vida.

La discusión surge a partir de la aplicación de una entrevista semiestructurada, la cual pudo dar cuenta de manera descriptiva y fenomenológica de diversos factores como el familiar, el social, el psicológico y el de ideación suicida desde una perspectiva subjetiva, en contraste con los estudios explicativos que si bien arrojan excelentes resultados con fines de prevención e intervención del suicidio, en ocasiones le es difícil involucrarse profundamente y de manera exhaustiva en los contextos sociales y personales.

De los resultados obtenidos se puede deducir que en la vida de G, algunos factores y situaciones influyeron de una manera determinante para presentar las ideas suicidas. En un primer momento el contexto familiar es organizado alrededor de dos tías (las figuras significativas) que son las que le brindan cobijo y protección, estas actúan en la dimensión de “dar” cuidando que a G, nunca este en falta, en este sentido realizan un estrago que se puede comparar con el materno, el cual es mencionado por Lacan y se refiere a que el niño siempre está en la boca de un cocodrilo, pues el deseo de la madre es insaciable y caprichoso (Felicevich, Fernández & Oteiza, 2014). Esta constante se repite a lo largo de la vida de G, pues en la familia que conformó de adulto, la dinámica es similar, su esposa siempre está al cuidado de que no le falte nada, en una actitud muy condescendiente, análogo a las que presentan las dos tías con él.

La forma particular de las vivencias infantiles al lado de sus tías contribuyeron en G, a la estructuración de una personalidad narcisista e irresponsable, con sensación de minusvalía y fracaso, aspectos ocultos bajo la fachada de víctima para poder conseguir lo que necesita sin esfuerzo y con manipulación, sin que nadie le haga un reclamo o la mínima exigencia.

En esta misma línea y no solo en las relaciones familiares, sino también en cuanto a las relaciones sociales, se encuentra que están mediadas por la satisfacción de la necesidad y del deseo, en este aspecto emerge con fuerza la Pulsión y el goce. G, siempre está encaminado al principio del placer, que este fluctúa entre dos respuestas: El placer y el displacer; se puede decir que su pulsión tiende a orientarse a las dos direcciones, la propia y del mundo exterior, es decir, en el consumo y el mantenimiento sintomático de la depresión y las ideas suicidas hay una autodestrucción y hacia los seres queridos, un

aniquilamiento, en cuanto que su comportamiento social hace daño a los que más ama. Izquierdo (1996) hace referencia a Freud respecto a los dos principios que regulan la actividad psíquica, el principio del placer y el principio de la realidad; así en el primero el objetivo es obtener el placer o en caso de no tenerlo evitar el displacer; mientras que el principio de la realidad, sin oponerse al placer, le plantea límites a su realización; el sujeto al entender que todo no es posible, ni de manera inmediata y por completo, puede alcanzarlo, pues es ante el panorama de imposibilidad, se buscan satisfacciones parciales que encaminan los deseos evitando la autodestrucción o la de los objetos de placer.

Respecto a sus manifestaciones emocionales, la tristeza está presente en su vida, aunque también aparece asociada la ansiedad, esto significa que su estado de ánimo es patológico respecto a la depresión que presenta y que está relacionada de manera muy directa con la ideación suicida. En el origen de la depresión no tiene un deseo como causa, el otro le cubrió de objetos; a su vez está relacionada con aspectos bio-psíquicos-sociales, donde juegan un papel muy importante componentes como: La estructuración de la personalidad a partir de las vivencias infantiles y factores vinculares con el Otro, aspectos biológicos con antecedentes familiares y adicciones a sustancias y por último su contexto social, hay una identificación al goce en relación al discurso y practicas familiares de consumo y ludopatía. Gualdrón (2014) en un estudio realizado en un colegio público de la ciudad de Bogotá, encontró que a mayor ansiedad se presenta mayor depresión y a mayor depresión se presenta mayor desesperanza, lo cual puede aumentar la probabilidad de presentar conductas suicidas en edades tempranas o que estas se extiendan a la edad adulta. Corroboran la relación entre ideación suicida, depresión y consumo de alcohol, el estudio de Mondragón, et al (1986).

Respecto a la ideación suicida, se pudo hallar algunos elementos sobre el contenido de este tipo de pensamientos, el más relevante es la culpa, en forma de remordimientos existentes debido a varios aspectos como: El daño que dice haber hecho a los seres queridos del cual es consiente, el no haber cumplido las metas o deseos que las tías querían de él, el mal ejemplo como padre y la infidelidad a su esposa; en conclusión se puede decir que la culpa consecuencia del goce, aparece, como el origen de las ideaciones suicidas,

mostrándose además como síntoma de la falta de responsabilidad consigo mismo y con los demás. Villegas (2008) hace referencia a la culpa como la responsable de paralizar la creatividad en el sujeto y la que le impide ser, siendo una acción sádica del Superyó, hacia el Yo, ya que el Superyó representa psíquicamente la función del padre, limitando el deseo del niño, es por eso que el deseo se contrae y aparece el castigo. El que G, no sea responsable consigo mismo indica que no ha trabajado por un deseo como causa de vida, es decir, una creación subjetiva.

Adicionalmente de la culpa se encuentra como contenido en su ideación suicida, la fantasía, los ideales de G, son los que lo sostienen todavía en la cadena significativa, aunque estos no han sido tomados como decisiones para llevar acabo aún, le dan sentido a su vida y a su realidad. Por medio de la fantasía G, busca un camino de salida al malestar subjetivo, con planes hacia el futuro, relacionados con su trabajo y familia, como también en el caso de suicidarse para encontrar una nueva vida dotada de paz y sin tensión alguna. De todas maneras es de resaltar que estas fantasías no ponen límite a la Pulsión y al principio del placer, por eso la tendencia a buscar el castigo y la cesación de la vida siguen en pie.

Teniendo en cuenta que para López, Hinojal & Bobes (1993). Las personas que intentaron suicido, lo volverán a intentar en los días siguientes o al año siguiente. Se encontró que G, ha tenido 18 intentos fallidos de suicidio, colocándolo más bien dentro del acting out, en donde según Bedoya (2008) el sujeto no busca salir de escena, ni rechazar al Otro del lenguaje, lo que busca es un mensaje, una interpretación, un reconocimiento. Este hallazgo es contradictorio en G, ya que aunque este no llega a realizar el acto suicida, si se interna lentamente en el suicidio mediante el abuso de sustancias y es en este sentido que para Carmona (2002) las adicciones podrían estar en el mismo orden de respuesta que el suicidio.

Desde el punto de vista social, el suicida es un individuo contextualizado a un ambiente social, con características que aunque no le determinen si puede favorecer e influir como individuo de comportamientos sociales. El suicidio en este sentido está relacionado con factores protectores y factores de riesgo, teniendo en cuenta lo anterior y llevándolo al caso



de G, se tiene que un factor protector para él es la familia y la deuda que tiene con ellos, ya que siente que es tan grande que no le permite realizar el acto, otro factor protector sería el pensamiento sobre Dios, en la entrevista él menciona que le había prometido a Dios no volver a comer un acto de esta magnitud y que será Dios mismo el que le quite la vida. Este aspecto protector de la religión en cuanto al suicidio, ya había sido mencionado por Durkheim (1897) citado por Corpas (2011).

En cuanto a los factores de riesgo que inciden en la ideación suicida, existen aspectos ya mencionados desde el punto de vista social, el que G no tenga una red social de apoyo, esto es: Amigos con quien compartir, liberar estrés y comunicar emociones y sentimientos; grupos para aprovechar el tiempo libre y el ocio, asociaciones en pro de la vida o bienestar de los demás entre otros. Es así que el suicidio no es un acto aislado, sino que ha de ser mirado dentro del contexto social como lo asegura Durkheim (1982) para él este es un fenómeno social, que debe ser expuesto dentro del campo de las ciencias sociales, y no solo le compete a la psicología y a la biología, es por esto que se lo entrega como objeto de estudio a la sociología, desde una mirada de las ciencias positivas, este debe ser estudiado con rigurosidad en cuanto a sus causas, intercambiar posturas con otras disciplinas y ofrecer una intervención social (Citado por Blandón, Andrade, Quintero, García & Layne, 2015). Es de resaltar que para el autor antes mencionado, el suicidio se explica desde las tensiones y presiones sociales, cuando el sujeto no las puede soportar es resulta el acto, en consecuencia la causa dependería del exceso o déficit de integración social (López, Hinojal, & Bobes, 1993).

## **10. CONCLUSIONES**

Inicialmente se puede concluir que la ideación suicida de G, le ha permitido, debido a sus particularidades psíquicas, personales y contexto socio-familiar, que se consolide un estilo de vida particular, caracterizado por la frivolidad y levedad ante las situaciones personales y familiares y también ante las consecuencias de sus conductas individuales,

impidiéndole responder mediante el compromiso a estas y optando por el suicidio como una resolución válida.

La existencia de G ha sido afectada y se manifiestan deterioros en aspectos personales, familiares y sociales, causados por sus pensamientos e ideas suicidas como inadecuadas respuestas a las tensiones y estresores sociales; afectividad orientada hacia sí mismo y a la satisfacción personal; conductas relacionadas con el goce, mediante el abuso de sustancias y sostenimiento de síntomas depresivos, tales como la tristeza y la culpa; falta de motivaciones que muevan las capacidades personales frente a metas, gustos y deseos de creación subjetiva; ambiente familiar deficiente, caracterizado por falta de apoyo adecuado, problemas del manejo de la autoridad, exigencia de responsabilidad y compromiso; inexistencia de una red social que incrementen los vínculos, la comunicación y minimicen conductas dañinas y actitudes hedonistas.

Se resalta que en los individuos con ideación suicida juega un papel muy importante la configuración subjetiva a partir de cómo es nombrado en el deseo del otro y en cuanto a la vivencia del Complejo de Edipo, ya que este encuentro con el Otro determinará la estructura clínica de cada sujeto, y este psíquicamente elegirá la manera de gozar; es así que el suicidio tiene una singularidad a partir de lo antes mencionado, por lo que puede ser posible una interpretación y posterior prevención. El suicidio como ejemplo de todo acto puede estar presente en cualquier estructura clínica, pero las características serán muy peculiares en cada caso. Es así entonces que un histérico hará una demanda de comprensión familiar y social, un obsesivo no podrá dar rienda suelta a la completud edípica por lo que le es difícil un intento suicida y el melancólico se identificará en la caída del objeto dotado de deseo.

Por último, hay que mencionar la importancia que tiene el área social para los individuos que presentan ideación suicida, al sacarlos del individualismo hacia una propuesta de vínculo creadora; este factor social no solo puede ofrecer al sujeto propuestas para encausar la pulsión de muerte en elementos culturales, sino que a la vez, el vínculo con el otro posibilita la construcción de un deseo como causa de vida.

## **11. LIMITACIONES O DIFICULTADES**

Una de las limitaciones que se tuvo en la presente investigación, estuvo relacionada con el acceso a la zona donde vivía el sujeto de estudio, está es rural ubicada en una vereda: La Doctora del Municipio de Sabaneta, el tiempo y la distancia, fuera de las características montañosas del sector, implicó esfuerzo y dedicación de más tiempo para el equipo.

Otra dificultad, tuvo que ver con los encuentros para las entrevistas semiestructuradas, pues en dos ocasiones después de tener confirmada la visita para realizarlas, la persona del estudio, sin previo aviso no se presentaba, por lo que se debía aplazar, lo que hizo que la planeación en el cronograma no se cumpliera como estaba determinada.

## **12. RECOMENDACIONES**

Para futuras investigaciones, se recomienda estudiar más la población adulta, dado que en la actualidad se está presentando más el suicidio en adolescentes y jóvenes se tienen muchos referentes al respecto, es de anotar que en muchos países se realizan cada vez más trabajos con este grupo, relacionándolos con múltiples variables según las vivencias de la etapa de desarrollo y el los fenómenos sociales. Se ha relegado la población adulta y de la tercera edad, incluso existen más investigaciones de punta en el suicidio en niños.

Con respecto al sujeto que participó en la investigación, es importante realizar un trabajo psicoterapéutico que implique compromiso personal y apoyo familiar positivo, eligiendo un tipo de terapia que lo haga responsable de su verdad y de su deseo.

Se recomienda a las investigadoras no acotar el tema de ideación suicida de este estudio, ya que sería desaprovechar los aportes y supuestos teóricos que se han realizado en él; retomar el tema en un posterior estudio debe ser considerado, pues posee gran cantidad de aspectos a analizar y profundizar, incluso se podría hacer un abordaje amplio desde un único aspecto de los diversos trabajados en la investigación.

## REFERENCIAS

- Arango, R & Martínez, J. (2013). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del Psicoanálisis de orientación lacaniana. *Rev. Colombiana de ciencias sociales*. IV (1). Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/950/872>
- Alcaldía de Medellín, Secretaria de Salud. (2015). Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud. Medellín: Alcaldía de Medellín. Recuperado de <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES>
- Andrade, J. (2012). Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes. *Rev. Electrónica de psicología Iztacala*. XV (2). Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num2/Vol15No2Art17.pdf>
- Andrade, J., Bonilla, L., & Valencia, Z. (2010). Factores Protectores de la ideación suicida en 50 mujeres del Centro Penitenciario: “Villa Cristina” Armenia – Quindío (Colombia). *Rev. Orbis: Revista de ciencias humanas*. XVII (6). Recuperado de [file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Dialnet-FactoresProtectoresDeLaIdeacionSuicidaEn50MujeresD-3632834%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/FAMILIA/Downloads/Dialnet-FactoresProtectoresDeLaIdeacionSuicidaEn50MujeresD-3632834%20(1).pdf)
- Barrionuevo, J. (2009). Suicidio e intentos de suicidio. Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/055\\_adolescencia1/material/archivo/suicidio\\_e\\_intentos.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio_e_intentos.pdf)

- Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *Rev. International Journal of Psychological Research*. I (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>
- Bedoya, L. (2008). Estructuración del acto suicida en la teoría de Freud y Lacan. Trabajo de grado. Universidad Católica Popular de Risaralda. Recuperado de <http://ribuc.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10785/53/completo.pdf?sequence=1>
- Bermúdez, R & Martínez, J. (2012). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Rev. Colombiana de Ciencias Sociales*. IV (1). Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/950/872>
- Betancurt, L. (2009). El suicidio una opción ante la angustia de vivir. *Rev. Revindicando la vida* I (1), 16-25. Recuperado de [https://issuu.com/asulac/docs/revista\\_01-03-11\\_versi\\_\\_n\\_1](https://issuu.com/asulac/docs/revista_01-03-11_versi__n_1)
- Bicego, M., Calleri, V., Galainena, M., & Juaneu, L. (2012). Abordaje psicoanalítico de los trastornos del narcisismo: especificidades y modificaciones técnicas. *Rev. Tesis*. (1). 105-119. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/tesis/article/view/2876/2742>
- Blandón, O., Andrade, J., Quintero, H., García, J & Layne, B. (2015). El suicidio: Cuatro perspectivas [recurso electrónico]. Fundación Universitaria Luis Amigó. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/ebook/2015/El-suicidio-cuatro-perspectivas.pdf>

- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Rev. Ciencia y Sociedad*. XXXVII (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf>
- Calvo, J., Sánchez, R & Tejada, P. (2003). Prevalencia y Factores Asociados a Ideación Suicida en Estudiantes Universitarios. *Rev. Salud Pública*. V (2). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642003000200002&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642003000200002&script=sci_arttext&tIng=pt)
- Cano, P., Pena, J., & Ruiz, M, (s. f.). Las conductas suicidas. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>
- Carmona, J. (2002). *Psicoanálisis y vida cotidiana*. Colombia. Siglo del Hombre Editores
- Carmona, J. (2012). El suicido: Un enfoque psicosocial. *Rev. Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 316-339, julio-diciembre. Recuperado de <http://int.search.myway.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=Carmona%2CJ.+%282012%29.+El+suicidio%3A+Un+enfoue+psicosocial.+Rev.+Colombiana+de+Ciencias+Sociales.+III+%282%29.+&st=tab&ptb=A5F1DCEC-61BA-4FC3-B5A7-CC0328E5C41F&n=782a5f99&ind=2016042905&ct=SS&pg=GGmain&tpr=tabsbug&p2=%5E9N%5Exdm240%5ETTAB02%5Eco&si=CN7y0ur1tMwCFVBZhgodq7gHWg>
- Carbajal, J., D'Angelo, R & Marchilli, A. (1986). *Una introducción a Lacan*. Buenos Aires. Lugar Editorial Malaiba.
- Casullo, M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Rev. Anuario de investigaciones*. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf>

- Ceballos, G. A., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L. M., González, K. E. & Sotelo, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Rev. Duazary*, XXII (1). Recuperado de <http://int.search.myway.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=Ceballos+et+al.+%282015%29.+Ideaci%C3%B3n+suicida%2C+depresi%C3%B3n+y+autoestima+en+adolescentes+escolares+de+Santa+Marta.+&st=tab&ptb=A5F1DCEC-61BA-4FC3-B5A7-CC0328E5C41F&n=782a5f99&ind=2016042905&ct=SS&pg=GGmain&tpr=tabsbug&p2=%5E9N%5Exdm240%5ETTAB02%5Eco&si=CN7y0ur1tMwCFVBZhgodq7gHWg>
- Ceballos, G., & Ospino, Y. (2012). Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Rev. CES Psicología*, V (2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v5n2/v5n2a08.pdf>
- Chemama, R. (1998). Diccionario de psicoanálisis. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006 del Ministerio de la Protección Social: Código Deontológico y Bioético del Psicólogo en Colombia. Recuperado de [http://www.urosario.edu.co/observatorio-legislativo/Leyes-sancionadas1/Documentos-2006/2006/ley\\_1090de06\\_c/](http://www.urosario.edu.co/observatorio-legislativo/Leyes-sancionadas1/Documentos-2006/2006/ley_1090de06_c/)
- Congreso de Colombia. (2007). Proyecto de Ley estatutaria 05 de 2007 Senado. Por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones. Recuperado de

[http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar\\_documento?p\\_tipo=18&p\\_numero=05&p\\_consec=15955](http://www.imprenta.gov.co/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=18&p_numero=05&p_consec=15955)

Consuegra, N. (2011). Diccionario de Psicología. Recuperado de [https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionario\\_psicologia.pdf](https://clasesparticularesenlima.files.wordpress.com/2015/05/diccionario_psicologia.pdf)

Corpas, J. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicido. Comunidades étnicas Amerindias. *Rev. Gaceta de Antropología*. XXVII (2). Recuperado de [http://www.ugr.es/~pwlac/G27\\_33JoseManuel\\_Corpas\\_Nogales.pdf](http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.pdf)

Departamento de Investigación en Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México  
Dor, J. (2006). Estructuras clínicas y psicoanálisis. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Díaz, I., Torruco, U., Martínez, M. & Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Rev. Investigación en Educación Médica*. Recuperado de [http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09\\_MI\\_LA%20ENTREVISTA.pdf](http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09_MI_LA%20ENTREVISTA.pdf)

Durkheim, E (1897). El suicidio. Recuperado de [http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los\\_FESociales.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/LYM/los_FESociales.pdf)

Felicevich, M., Fernández, M & Oteiza, R. (2014). El estrago materno en la relación madre-hija. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar de la Plata, Argentina. Recuperado de <http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/54/072-2.pdf?sequence=2>

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



de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2001-9882BDA7-2677-E13F-460B-758FBB82F935/PDF>

Ferrater, J. (1965). Diccionario de filosofía Montacesino. Tomo I, A-K. Editorial Sudamericana Buenos Aires. Recuperado de

<http://www.mercaba.org/Filosofia/FERRATER/Jos%C3%A9%20Ferrater%20Mora%20-%20Diccionario%20Filos%C3%B3fico%20A.pdf>

Franco, F., López, F & López, S. (2008). Ideación suicida y desesperanza en pacientes

Psiquiátricos hospitalizados. *Rev. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. XIV (3). Recuperado de

[http://www.alcmeon.com.ar/14/55/06\\_lopez.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/14/55/06_lopez.pdf)

Freud, S. (1979). Obras Completas. Volumen 14. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Recuperado de <http://documents.tips/documents/freud-sigmund-obras-completas-tomo-14-amorrortu-editores.html>

Freud, S. (1978). Obras Completas. Volumen 7. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/07%20-%20Tomo%20VII.pdf>

Freud, S. (1979). Obras Completas. Volumen 19. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/freud/19%20-%20Tomo%20XIX.pdf>

Freud, S. (1979). Obras Completas. Volumen 21. Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Recuperado de <http://bibliopsi.org/docs/freud/21%20-%20Tomo%20XXI.pdf>

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano A., Almansa, J.,

Codony, M. & Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del

- estudio ESEMeD. *Rev. Medicina Clínica*. 129(13), October, 494-500. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775307728968>
- Galbán, L., Rodríguez, L., Padilla, L., Arencibia, T., & Álvarez, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Rev. Cubana de Medicina Militar*. XXX1 (3). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572002000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572002000300005)
- Gallo, J. & Galindo J. (2009). *Psicoanálisis y teoría social*. Colombia. Corporación Universitaria de la Costa.
- Galtieri, M & Peón, C. (1994). *Releyendo a Durkheim. Estudio preliminar a El suicidio*. Recuperado de <https://catedracesarpeon.files.wordpress.com/2009/08/galtieri-m-y-peon-c-1994-releyendo-a-durkheim.pdf>
- García, J., Gallego, J & Pérez, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Rev. Universitas Psychologica*. VIII (2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n2/v8n2a12.pdf>
- Garma, A & Rascovsky, L. (1948). *Psicoanálisis de la melancolía*. Buenos Aires. Librería y editorial El Ateneo.
- Gerez, M. (2003). Superyó y clínica psicoanalítica. *Rev. Pulsional. Revista de Psicanalise*. XVI (171). Recuperado de [http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/171\\_02.pdf](http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/171_02.pdf)
- González, F., Ramos, L., Caballero, M., & Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, Ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Rev. Psicothema*. XV (4). Recuperado de <http://www.psycothema.com/pdf/1102.pdf>

- González, C., Berenzon, S., Tello, A., Falacio, D., & Medina, M. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Rev. Salud Pública de México*. XL (5). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n5/Y0400507.pdf>
- Gómez, G. (2011). La depresión en Izcovich ¿Un discurso para dos épocas? *Rev. Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*. (22). Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/215/198>
- Gualdrón, B. (2014). Diseño de un modelo de intervención del suicidio en niños y adolescentes. Trabajo de grado para obtener el título de Magister en Administración en Salud. Universidad el Rosario, Universidad Ces de Medellín. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/5027/13923544-2014.pdf?sequence=1>
- Gurevicz, M. G., Molica, M., & Parajuá, A. S. (2015). El sentimiento inconsciente de culpa: una vía hacia la división subjetiva. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-015/762.pdf>
- Gutiérrez, M., Marcos, S., Jimenez, M., & Deroncere, O. (2009). Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Rev. Medisan*. XIII (1). Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192009000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100005)
- Hernández, F., & Salgado, S. (2011). El racionalismo de Descartes. La preocupación por el método. Recuperado de <http://guindo.pntic.mec.es/ssag0007/filosofica/Descartes.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C., & Batista., P. (2010). Metodología de la investigación. Recuperado de [https://www.esup.edu.pe/descargas/dep\\_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf)
- Henríquez, R. (2009). Vigencia del Proyecto de una psicología para neurólogos. *Rev. Anales del Seminario de Historia de la Filosofía*. XXVII. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ASHF/article/viewFile/ASHF1010110277A/4602>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013. Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- Izcovich, L. (2014). Las marcas de un psicoanálisis. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.
- Izquierdo, M. (1996). El vínculo social: Una lectura sociológica de Freud. *Rev. Papers* 50. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25426/191487>
- Lagache, D. (2003). Simposium sobre la fantasía. Fantasía, realidad y verdad. *Rev. Uruguay de psicoanálisis (en línea)*. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196507020304.pdf>
- Laplanche, J & Pontalis J. (2004). Diccionario de psicoanálisis. Recuperado de <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf>

- Lepe, P. (2009). La superación de la idea ontológica por la idea regulativa, en la filosofía política de Kant. *Rev. De Filosofía A Parte Rei*. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/lepe64.pdf>
- Lima, N. (2010). Pasaje al acto y Acting out: Dos escenas de angustia. *Rev. Internacional sobre Subjetividad, Política y Arte*. VI (1). Recuperado de [http://www.aesthetika.org/IMG/pdf/Salome\\_Lima\\_Pasaje\\_al\\_acto\\_y\\_acting\\_out\\_1\\_.pdf](http://www.aesthetika.org/IMG/pdf/Salome_Lima_Pasaje_al_acto_y_acting_out_1_.pdf)
- López, M., Hinojal, R & Bobes, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Rev. De Derecho Penal Y criminología*. Oviedo España. 309-411 Recuperado de [http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1993/1993\\_Lopez\\_Suicidio.pdf](http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/1993/1993_Lopez_Suicidio.pdf)
- Medina, O., Díaz A. & Rozo, A. (2014). Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Rev. Facultad de medicina*. LXIII (3). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a10.pdf>
- Mejía, M. P. (2002). Culpa y deuda. *Rev Affectio Societatis*. (6), marzo. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5029971.pdf>
- Miller, J. (1997). *Rev. Hilo de Ariana. Revista de la Asociación del Campo Freudiano de Colombia*. (9), 9-16.
- Ministerio de Protección Social, Ley número 1090 (2006). Código deontológico y bioético de la profesión del psicólogo. Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>

- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Rev. Salud Mental*. XXIV (6). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016b.pdf>
- Morao, M. (2006). Sobre la individualidad canalla. *Rev. Dispar*. (6). Recuperado de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/practicass\\_profesionales/805\\_violencia/material/sobre\\_la\\_individualidad.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicass_profesionales/805_violencia/material/sobre_la_individualidad.pdf)
- Moya, J. (2007) la conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la justicia juvenil. Recuperado de <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>
- Municipio de Sabaneta. (2016). Sabaneta institucional. Recuperado de <http://www.sabaneta.gov.co/institucional/Paginas/institucional.aspx>
- Municipio de Sabaneta. (2016). Sabaneta institucional. Nuestra alcaldía. Misión y visión. Recuperado de <http://www.sabaneta.gov.co/institucional/Paginas/misionvision.aspx>
- Municipio de Sabaneta. (2016). Sabaneta institucional. Nuestra alcaldía. Objetivos y funciones. Recuperado de <http://www.sabaneta.gov.co/institucional/Paginas/objetivosfunciones.aspx>
- Municipio de Sabaneta. (2016). Sabaneta institucional. Nuestra alcaldía. Organigrama. Recuperado de <http://www.sabaneta.gov.co/institucional/Paginas/organigrama.aspx>
- Niméus, A., Alsén, M., & Träskman, L. (2001). La Escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio de personas que han intentado quitarse la vida. *Rev. Eur Psychiatry Ed. Esp.* XV. Recuperado de <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/europeanpsy/54-62.pdf>

- Núñez, G., Olivera, L., Losada, I., Díaz, L., & Rojas, H., (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Rev. Pensamiento Psicológico*. IV (10). Recuperado de <http://portalesn2.puj.edu.co/javevirtualoj/index.php/pensamientopsicologico/article/view/94/280>
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2000). Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas. Ginebra. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf)
- Organización Panamericana de la salud-OPS. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Recuperado de [https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+salud.+\(2014\).+Mortalidad+por+suicidio+en+las+Am%C3%A9ricas](https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+salud.+(2014).+Mortalidad+por+suicidio+en+las+Am%C3%A9ricas)
- Ortega, M. (2009). Muerte, Pulsión y suicidio. Tesis para obtener el Título de Doctora en psicología y educación. Universidad Autónoma de Querétaro. México. Recuperado de <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1353/1/RI000853.pdf>
- Paniagua, R., Valencia, A., Trujillo, J., Gonzáles, C & Zapata, C. (2014). Caracterización de la salud mental mediante 5 indicadores básicos, nivel de riesgo suicida, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionalidad familiar, vulnerabilidad a estresores sociales de la población escolar de Copacabana Antioquia. Editorial L. Vieco S.A.S. Medellín, Colombia.
- Pérez, S. (1999). El suicidio comportamiento y prevención. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* XV (2). Recuperado de [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_2\\_99/mgi13299.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi13299.pdf)

- Quiceno, J., Mateus, J., Cardenas, M., Villareal, D., & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. *Rev. Psicopatología y Psicología Clínica*. XVIII (2). Recuperado de [http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12767/pdf\\_3](http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12767/pdf_3)
- Quintanar, F. (2008). Comportamiento Suicida, perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. México: Editorial Pax.
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S. & Gonzales, J. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Rev. Investigación en salud*. VII (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/142/14270206/>
- Rengifo, F. (2005). La responsabilidad del sujeto. *Rev. Desde el Jardín de Freud*. (5). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/14513/1/3-8407-PB.pdf>
- Rocamora, B (2013). Intervención en crisis en las conductas suicidas. Recuperado de <http://www.edeslee.com/img/cms/pdfs/9788433025623.pdf>
- Rodríguez, A., Medina, O., Rozo, J. & Sánchez, S. (2013). Ideación suicida y factores asociados en un grupo de policías de Pereira-Colombia. *Rev. Ágora U.S.B*. XIII (2). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-80312013000200006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-80312013000200006)
- Ross, D. (1993). Teoría de las ideas de platón. Recuperado de [https://www.academia.edu/7625190/David\\_Ross\\_Teor%C3%ADa\\_de\\_las\\_ideas\\_de\\_Plat%C3%B3n](https://www.academia.edu/7625190/David_Ross_Teor%C3%ADa_de_las_ideas_de_Plat%C3%B3n)
- Rosselló, M., & Berríos M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes



- puertorriqueños/as. *Rev. Interamericana de psicología*. XXXVIII (2). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3023260>
- Rueda., S. M., Paniagua, R. E. & González, C M. (2014). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32() 314-321. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12031816008>
- Sánchez, J., Villareal, M., Musitu, G. & Martinez, B. (2010). Ideación Suicida en adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Rev. Psychosocial Intervention*. XIX (3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179817507008.pdf>
- Sánchez, R., Guzmán, Y. & Cáceres, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*. XXXIV (1). Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-4502005000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-4502005000100002&script=sci_arttext)
- Serna, Y. (2007). El suicidio en la historia y la historia del suicidio: una perspectiva psicoanalítica. Trabajo de grado para optar el título de Psicólogo IUE. Medellín.
- Serrano, M., & Flores M. (2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Rev. Psicología y salud*. XV (2). Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/806/1461>
- Shneidman, E. (2010). Edwin Shneidman y la suicidología moderna. *Rev. Salud Mental*. XXXIII (4). Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0185-33252010000400008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-33252010000400008)

Sivera, M & Couso, M. (2014). El trabajo de duelo por suicidio de un familiar. Trabajo de grado. Monografía. Universidad de la República de Uruguay. Recuperado de [http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg-\\_matias\\_silvera.pdf](http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg-_matias_silvera.pdf)

Soler, P & Barrachina, J. (s. f.). Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Recuperado de <http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>

Valls, J. (1985). Suicidio e identidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. V (12), 29-36  
Recuperado de <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Valls%2C+J.+1985.+Suicidio+e+identidad.+Rev.+Asoc.+Esp.+Neuropsiquia+tria.>

Villegas, E. (2008). ¿A que llamamos cura del sentimiento de culpa? *Rev. Ces Psicología*. 1 (2). Julio-diciembre Recuperado de <http://int.search.myway.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=Villegas%2C++E.+%282008%29.+%C2%BF+que+llamamos+cura+del+sentimiento+de+culpa%3F++Rev.+Ces+Psicolog%C3%ADa.+I+%282%29.+&st=tab&ptb=A5F1DCEC-61BA-4FC3-B5A7-CC0328E5C41F&n=782a5f99&ind=2016042905&ct=SS&pg=GGmain&tpr=tabsbug&p2=%5E9N%5Exdm240%5ETTAB02%5Eco&si=CN7y0ur1tMwCFVBZhgodq7gHWg>

Vírveda, J. A., Amado, G., Bonilla, M. P. & Gurrola G. M. (2011). Afrontamiento e ideación suicida en adolescentes. *Rev. Psicología. Com.* Recuperado de

<http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/44/24/56/442456439416297333>

54862902892216181529

### **Anexo 1. Consentimiento informado**

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO  
PROGRAMA DE PSICOLOGIA  
ESTUDIO DE CASO PARA TRABAJO DE GRADO  
TEMA: IDEACIÓN SUICIDA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, con documento de identidad C.C

N° \_\_\_\_\_

Certifico que he sido informado con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que las estudiantes

\_\_\_\_\_

me han invitado a participar; que actuó consecuentemente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con fines de tratamiento psicológico.

Que se respeta de buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

\_\_\_\_\_

Firma del participante

Documento de identidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de la estudiantes de psicología

\_\_\_\_\_

Documento de identidad

\_\_\_\_\_

Firma de la estudiantes de psicología

\_\_\_\_\_

Documento de identidad

\_\_\_\_\_

Firma de la estudiantes de psicología

\_\_\_\_\_

Documento de identidad

## **Anexo 2. Entrevista semiestructurada**

### **ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

#### **Entrevista N° 1**

##### **Factor familiar:**

Pretende indagar sobre la crianza, relaciones significativas, costumbres, valores, moral.

#### **Entrevista N° 2**

##### **Factor social:**

Pretende indagar lo relacionado con la cultura, contexto, relaciones interpersonales, nivel económico, factores de riesgo y vulnerabilidad.

#### **Entrevista N° 3**

##### **Factor psicológico:**

Pretende indagar sobre la afectividad, equilibrio emocional, personalidad y rasgos, comportamiento, conductas positivas y negativas, responsabilidad.

#### **Entrevista N° 4**

##### **Factor ideación y suicidio:**

-Pretende indagar lo relacionado con el desarrollo del proceso de la idea de suicidio, sueños, expectativas a futuro, proyecto de vida, causas del síntoma.

### **ANAMNESIS**

1. Nombre:
2. Género:
3. Edad:
4. Escolaridad:
5. Ocupación:
6. Estado civil:
7. Estrato:
8. Vive en zona urbana o rural:
9. Con que personas vive actualmente:
10. Enfermedades actuales

11. Diagnósticos psicológicos o psiquiátricos actuales:
12. Medicación actual:
13. Antecedentes clínicos familiares:
14. Antecedentes psicológicos o psiquiátricos familiares:
15. Breve historia de la familia de origen y actual
16. Encuadre.

## **1. FACTOR FAMILIAR**

### **ENTREVISTA N° 1:**

- 1.1. Familia de origen
  - 1.1.2. ¿Qué recuerdas sobre cómo vivías en familia? (descripción)
  - 1.1.3. ¿Cuál es tu posición frente a tu familia de origen?
  - 1.1.4. ¿Con cuál miembro de tu familia te sientes mejor?
  - 1.1.5. ¿Con cuál miembro de tu familia no te sientes bien?
  - 1.1.6. ¿Eventos familiares negativos que recuerdes?
  - 1.1.7. ¿Eventos familiares positivos que recuerdes?
  - 1.1.8. ¿Qué significado tuvo tu familia para ti?
- 1.2. Familia actual
  - 1.2.1. ¿Cómo es la relación con tu esposa?
  - 1.2.2. ¿Cómo te sientes en la relación con tus hijos?
  - 1.2.3. ¿Cómo es la dinámica familiar?
  - 1.2.4. ¿Cómo es tu papel como padre y esposo?
  - 1.2.5. ¿Qué costumbres piensas que fortalecen los lazos familiares?
  - 1.2.6. ¿Existen valores morales relevantes que se viven en la familia?
  - 1.2.7. ¿Podrías hacer un comparativo entre tu familia de crianza y tu familia actual en cuanto a aspectos positivos y negativos de estas?

## 2. FACTOR PSICOLÓGICO

### ENTREVISTA N° 2

- 2.1. ¿Puedes describirnos en que momentos o situaciones has sentido rabia, tristeza, alegría y culpa?
- 2.2. ¿Cuál de estas emociones priman en tu vida cotidiana?
- 2.3. ¿Cuáles emociones y sentimientos puedes manejar con más facilidad y cuáles no?
- 2.4. ¿Puedes describir las causas de tus emociones y sentimientos negativos y que consecuencias trae?
- 2.5. ¿Puedes describir las causas de tus emociones y sentimientos positivos y que consecuencias trae?
- 2.6. ¿Qué sentimientos y emociones te permiten relacionarte mejor con las personas?
- 2.7. ¿Cuáles han sido tus comportamientos más repetitivos a lo largo de tu vida?
- 2.8. ¿Podrías describir los eventos, situaciones o emociones que causan los comportamientos positivos y los negativos?
- 2.9. ¿Cuáles conductas facilitan las relaciones contigo mismo, los demás y el desempeño social?
- 2.10. ¿Cuáles conductas no facilitan relacionarte fácilmente?  
¿Qué entiendes por personalidad?
- 2.11. ¿Podrías describir algunas características de tu personalidad?
- 2.12. ¿Con cuales características de tu personalidad te sientes más cómodo y con cuales no?
- 2.13. ¿Consideras que posees o no capacidad para resolver situaciones desfavorables o problemáticas que se te presentan?
- 2.14. ¿Puedes describir algunas capacidades o habilidades que te permiten afrontar problemas?
- 2.15. ¿Puedes describir algunos factores que crees que no te permiten afrontar los problemas?
- 2.16. ¿Has sufrido sucesos que consideres traumáticos?
- 2.17. ¿Piensas que actualmente enfrentas una situación problemática, si es así la podrías describir?
- 2.18. ¿Qué entiendes por responsabilidad?

- 2.19. ¿Cómo describirías tu responsabilidad frente a tu esposa y tus hijos?
- 2.20. ¿Qué tan responsable eres contigo mismo?

### **3. FACTOR SOCIAL**

#### **ENTREVISTA N° 3**

- 3.1. ¿Cómo Consideras el ambiente de tu barrio?
- 3.2. ¿Cómo te relacionaste socialmente en tu infancia?
- 3.3. ¿A qué te dedicas actualmente?
- 3.4. ¿Has Sido Estable laboralmente?
- 3.5. ¿Cómo es tu economía familiar?
- 3.6. ¿Cómo ha sido tu estilo De Vida?
- 3.7. ¿Cuáles son tus Creencias?
- 3.8. ¿Cuáles son tus hábitos alimenticios?
- 3.9. ¿Consume sustancias psicoactivas y cuáles?
- 3.10. ¿Qué piensas de las personas que consumen sustancias psicoactivas?
- 3.11. ¿Consumes bebidas alcohólicas?
- 3.12. ¿Tienes amigos?
- 3.13. ¿Cómo es su relación con ellos?
- 3.14. ¿Sientes que le es fácil hacer amigos o se te dificulta?
- 3.15. ¿Te dejas influenciar fácilmente por las personas?
- 3.16. ¿Piensas que tus amigos son de gran influencia en tus decisiones?
- 3.17. ¿A qué aspectos o hábitos de tu vida sientes que estas influencias le pueden hacer daño?
- 3.18. ¿Cómo has estado de salud?
- 3.19. ¿Qué situaciones de la vida te han llevado a hacer cosas de las cuales luego has podido arrepentirte?
- 3.20. ¿Qué te gusta hacer en tu tiempo libre?
- 3.21. ¿Qué te gustaría hacer y que hasta el momento no has podido realizar?
- 3.22. ¿Tienes algún proyecto de vida, metas sueños y deseos por cumplir?

#### **4. PENSAMIENTO E IDEACIÓN SUICIDA**

##### **ENTREVISTA N° 4**

IDEACIÓN SUICIDA: Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, Eguiluz (1995) menciona que la ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir...

- 4.1. ¿Se te han presentado tipo de pensamientos con ideación suicida?
- 4.1. ¿Edad en la que se presentó la primera vez? (Opcional)
- 4.2. ¿Frecuencia en que se te hacen presentes las ideas suicidas?
- 4.3. ¿Qué factores te han llevado a que se desencadenen estas ideas suicidas?
- 4.4. ¿Emociones que se causan luego de presentar este tipo de ideas suicidas?
- 4.5. ¿Qué situaciones o personas han intervenido para que no llegues al acto suicida?
- 4.6. ¿Existen personas significativas que detienen el deseo que se tiene de morir?
- 4.7. ¿Piensas que se requiere de estar en un estado especial para intentar morir?
- 4.8. ¿Qué papel que juega la familia cuando estos pensamientos llegan a la mente?
- 4.9. ¿Se presentan señalamientos y juicios de estas personas?
- 4.10. ¿Qué efectos o importancia presenta para ti este tipo de señalamientos?
- 4.11. ¿En algunos momentos estos juicios de la familia detienen en ti, el que no desees morir?



## Anexo 2. Tablas de codificaciones

**Tabla 1. Categoría factor psicológico**

A continuación se presenta el listado de las categorías, sub-categorías, tendencias y conceptos encontrados en las 4 entrevistas realizadas al sujeto que posee ideaciones suicidas desde su adolescencia y que participó en la investigación.

En (n)= En, Corresponde al número de la entrevista y (n) entre paréntesis se colocó el párrafo en el que se encuentra la categoría. Por ejemplo: E1 (1) = Entrevista 1, párrafo 1.

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	TENDENCIA	CONCEPTOS	ENTREVISTA N (PÁRRAFO N)
<b>Factor Psicológico</b>	<b>La culpa</b>	En relación con las figuras significativas	Culpa por desencadenar conflictos en las relaciones familiares	E1 (13), E1 (14), E1 (16), E1 (30), E (41), E2 (8), E2 (47), E3 (55), E4 (20), E4 (23)
			Culpa como consecuencia de ceder al deseo propio	E1(16), E1 (41), E2 (4)
		Avasallamiento de la culpa	Culpa subyugada al goce	E1 (16), E1 (17), E1 (49) E1 (50), E1 (55), E2 (8), E3 (3), E3 (5), E4 (7), E4 (21), E4 (23)
			Respuesta consciente para evitar avasallamiento de la culpa	E1 (17) ,E1 (18), E1(20), E2 (8), E3 (4), E3 (7), E3 (9), E3 (33), E3 (61), E4 (7)
	<b>El goce</b>	Búsqueda de sufrimiento y muerte	Malestar en el disfrute	E1 (2) ,E1 (16), E (25), E1 (36), E1 (55), E1 (36), E2 (15), E2 (22), E3 (27), E3 (38)
			Comportamientos dañinos	E1 (2), E1 (16), E1(19), E1 (18), E1 (36), E3 (27), E3 (60), E4 (1), E4 (14)

			Pensamientos suicidas	E4 (5), E4 (7), E4 (11), E4 (17), E4 (19), E4 (25)	
	<b>Depresión</b>	Causas de la depresión	Depresión como cobardía moral de obrar conforme al propio deseo	E1(13), E1 (16), E1 (41), E2 (5), E2 (6), E2 (8), E2 (21), E3 (57), E3 (59)	
		Síntomas depresivos	Percepción desvalorizada del Yo	E1 (23), E3 (34), E3 (36), E3 (47), E3 (49), E3 (51), E4 (19), E4 (20), E4 (31)	
			Culpa	E1 (13), E1 (14), E1 (16), E1 (17) ,E1 (18), E1(20), E1 (30), E (41), E1 (49) E1 (50), E1 (55), E2 (8), E3 (3), E3 (20)	
			Tristeza	E3 (2), E3 (7), E3 (12), E3 (20), E3 (38), E4 (26)	
		Conductas depresivas	Acciones para eludir el malestar subjetivo	E1 (16), E2 (5), E2 (8), E2 (28), E3 (4), E3 (13), E3 (33), E4 (5), E4 (7)	
			Disminución de las relaciones afectivas familiares	E1 (36), E1 (16), E2 (5), E2 (8), E3 (4), E3 (60)	
			Aislamiento social	E1 (16), E2 (5), E2 (8), E3 (4), E3 (34)	
		<b>El fantasma- La fantasía</b>	Ser para ser colmado y devorar	Respuesta a los deseos del Otro	E1 (16), E1 (41), E2 (4), E2 (21), E2 (49), E2 (50), E4 (3), E4 (23)
			Orientación al objeto perdido	Pulsión Oral, objeto seno.	E1 (2), E1 (16), E1 (19), E1 (18), E1 (41), E2 (21), E2 (24), E4 (23)

		Protección ante la angustia y exigencias de la realidad	Fantasía como actividad mental compensatoria	E1 (13), E1 (16), E1 (40), E2 (4), E2 (12), E2 (13), E2 (14), E2 (35), E2 (37), E2 (44), E2 (45), E2 (46), E3 (37), E4 (29)
		Protección ante el suicidio	Sostenimiento de la cadena significativa	E1 (54), E1 (55), E2 (12), E2 (13), E2 (14), E2 (33), E2 (35), E2 (37), E2 (44), E2 (45), E2 (46), E4 (27), E4 (36)

**Tabla 2. Categoría factor social**

A continuación se presenta el listado de las categorías, sub-categorías, tendencias y conceptos encontrados en las 4 entrevistas realizadas al sujeto que posee ideaciones suicidas desde su adolescencia y que participó en la investigación.

En (n)= En, Corresponde al número de la entrevista y (n) entre paréntesis se colocó el párrafo en el que se encuentra la categoría. Por ejemplo: E1 (1) = Entrevista 1, párrafo 1.

<b>CATEGORIA</b>	<b>SUB-CATEGORIA</b>	<b>TENDENCIA</b>	<b>CONCEPTOS</b>	<b>ENTREVISTA N (PÁRRAFO N)</b>
<b>Factor social</b>	<b>Irresponsabilidad</b>	Falta de contacto con su deseo como causa de vida	Sujeto no éticamente Responsable	E1 (16), E2 (21), E3 (57), E3 (59), E4 (23)
		Falta de compromiso	Acto irresponsable	E1 (23), E1 (30), E1 (32), E1 (36), E2 (21), E2 (34), E3 (55), E3 (60), E4 (3)
		Palabra inconsecuente con sus actos	Palabra Vacía	E (23), E1 (35), E1 (36), E1 (38), E1 (39), E1 (40), E1 (40), E1 (41), E2 (9), E3 (37), E4 (29)
		Atribución de las consecuencias de sus actos a los demás	Falta de reconocimiento de sus conflictos	E1 (23), E1 (16), E2 (21), E3 (48), E4 (12), E4 (27)

	<b>Narcicismo</b>	Defecto en el amor a sí mismo y a los otros	Narcicismo patológico	E1 (16), E1 (23), E1 (30), E1 (31), E1 (32), E1 (41), E3 (34), E3 (36), E3 (43), E3 (47), E3 (49), E3 (51), E4 (3), E4 (7), E4 (14), E4 (19)
	<b>Adicciones</b>	Tapar la falta, evitar el sufrimiento	Función de la droga	E1 (13), E1 (16), E2 (28), E3 (2), E3 (6), E3 (41), E4 (15)
		Goce en solitario con un objeto	Peligro de salir de la cadena de significantes	E1 (16), E2 (3), E2 (17), E2 (18), E2 (26), E4 (15)
		Desatención de responsabilidad familiar, laboral y social	Conflicto ante el entorno social	E1 (16), E1 (23), E1 (27), E1 (32), E1 (36), E1 (40), E1 (41), E2 (3), E2 (5), E2 (6), E2 (9), E2 (30), E2 (24), E2 (34), E2 (42), E3 (60)
	<b>El vínculo social</b>	Falta de límites en las descargas pulsionales	Pulsión de muerte en dirección al exterior	E1 (16), E1 (30), E1 (31), E1 (32), E1 (36), E1 (40), E1 (41), E1 (45), E2 (8), E2 (42), E3 (10), E3 (60), E4 (14), E4 (35)
		Carencia de un proyecto social de vida, que encause energías pulsionales	Aislamiento social, desconocimiento del deseo como causa de vida	E2 (3), E2 (30), E2 (8), E2 (21), E2 (26), E2 (28), E3 (34)