

Comprensión de la Conducta Suicida en Adultos de la Ciudad de Cartagena, Bolívar

Thaideliz Saladen Cabeza

Michael Hernández Bolívar  
Asesor disciplinar

Breiner Hernández Vargas  
Asesor metodológico

Tesis desarrollada para optar al título de:  
Psicólogo

Universidad del Sinú – seccional Cartagena  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Escuela de Psicología  
2023-II

## **Dedicatoria**

Dedico este proyecto de grado a mis padres, Raúl Saladen, y María cabeza, a mi abuela, Miriam Herrera, quienes han sido mi inspiración y mi apoyo incondicional durante toda mi vida y me han enseñado la importancia del esfuerzo y la dedicación. Que con su amor y sacrificio me han sacado adelante, y por último pero no menos importante a mi segunda madre, Martha castaño por contribuir en mí desarrollo personal y profesional. Gracias por aportar en la realización de este logro.

## **Agradecimientos**

Quiero comenzar expresando mi agradecimiento a Dios, quien ha sido mi fuente de fortaleza y guía a lo largo de este arduo camino. Sin su ayuda, este logro no habría sido posible. A mi profesor y asesor metodológico, Breiner Hernández, por su incansable apoyo, dedicación y paciencia. Su orientación fue fundamental en la consecución de este proyecto. No puedo pasar por alto la generosidad de la Fundación Juan Carlos Marrugo Vega, que abrió sus puertas y me brindó el espacio necesario para llevar a cabo mi proyecto de grado. A mi familia, pareja, amigos, y todas las personas que contribuyeron. Les agradezco a cada uno de ustedes, fueron una parte fundamental. Gracias a todos por ser parte de este logro y acompañarme en este proceso.

## **Resumen**

El presente estudio se centra en comprender el proceso de la conducta suicida en población adulta de la ciudad de Cartagena, Bolívar. Se adoptó desde un enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico, el cual se trabajó con un grupo específico de cuatro pacientes de la Fundación Juan Carlos Marrugo Vega, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Los criterios de selección abarcaron edades de 18 a 35 años y antecedentes de conducta suicida registrados en la unidad de salud mental. A los participantes se les realizó una entrevista estructurada y se aplicó una ficha de caracterización que recopiló datos sociodemográficos, antecedentes personales, familiares y psicológicos. Los resultados dan cuenta de la identificación de factores de riesgo personales y familiares relacionados con el comportamiento suicida, así como también permitieron develar las experiencias emocionales subyacentes a la conducta suicida y exponer las estrategias de afrontamiento frente a la ideación suicida. Así mismo, se obtuvieron hallazgos relacionados con el paralelo vulnerabilidad/resiliencia, aspecto de gran valor para la comprensión de este fenómeno.

## Tabla de contenido

Planteamiento del problema .....	7
Justificación.....	9
Objetivos .....	11
Objetivo general .....	11
Objetivos específicos.....	11
Estado del arte .....	12
Marco Referencial .....	18
Sobre la Conducta Suicida .....	18
Determinantes de la Conducta Suicida.....	18
Factores Predisponentes .....	19
Factores Precipitantes.....	19
Curso de Vida, Salud Mental y Conducta Suicida .....	20
Modelos Explicativos de la Conducta Suicida.....	22
Teoría Sociológica.....	22
Teoría Cognitiva de Beck.....	23
Teoría Psicoanalítica de Freud. ....	23
Modelo Ecológico Para Comprender la Conducta Suicida.....	24
Metodología .....	26
Enfoque .....	26

Diseño.....	26
Participantes .....	26
Técnicas de recolección de datos .....	27
Procedimiento.....	27
Análisis de los datos .....	28
Consideraciones éticas .....	28
Resultados .....	29
Discusión.....	37
Conclusiones .....	41
Referencias .....	42
Anexos.....	48

## **Planteamiento del problema**

La salud mental se refiere al bienestar psicológico, social y emocional, de los sujetos individuales y colectivos. El no gozar de una plena salud mental afecta el pensamiento, las emociones y la conducta, incluso puede llevar a la muerte, es así como el suicidio constituye un indicador de afectación de la salud mental.

El suicidio ha sido visto de diversas formas a lo largo del tiempo y en diferentes culturas. Para los griegos y romanos era un acto sublime; para los cristianos, el pecado más grande, pues atentaba contra la propia vida, en la actualidad es un problema de salud pública que puede ser prevenido (Guzmán, 2006).

Al respecto, es importante señalar que, según la Organización mundial de la salud - OMS (2021), el suicidio es la cuarta causa de muerte más frecuente en jóvenes de 15 a 29 años, es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo, es por eso que el suicidio es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Todo caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades. Cada año, más de 700.000 personas se quitan la vida tras numerosos intentos de suicidio, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos. En ese sentido, si bien los porcentajes de suicidio varían por categoría demográfica, en los últimos 50 años han aumentado aproximadamente en un 60%, por esta razón, reducir la pérdida de vidas por esta casusa se ha convertido en una meta de salud mental internacional fundamental.

Según Cincinnati Children's Hospital Medical Center (2021), de los trastornos mentales más frecuentes que conllevan al suicidio es la depresión. Las investigaciones muestran que más del 95% de las personas que se suicidan tienen depresión u otro trastorno mental o de consumo

abusivo de sustancias diagnosticable. Para Rado (1951) citado por Chávez (2014) los estados de depresión implican una adaptación de dependencia. El repliegue interior de la ira del paciente se interpreta como un deseo insatisfecho de depender de alguien. También señala la ira dirigida a sí mismo y la esperanza de reconciliarse con aquello que lo frustra.

Según la OMS (1993) y la Asociación Americana de psiquiatría - APA (2018) la conducta suicida se considera un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo y, en consecuencia, se debe revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que en conjunto hagan parte de su diagnóstico. De esta forma la sociedad se ha encargado de crear un estigma hacia el suicidio, aludiendo de quien lo realiza padece de desórdenes mentales, asumiendo una actitud de compasión hacia quien toma esta decisión. Por consiguiente, el suicidio se considera una mala elección, debido a que se aleja de lo socialmente aceptable, ya que la persona interfiere con el proceso natural de la muerte (Manzo, 2005, como se citó en Bolaños, 2012).

Es así como resulta importante realizar investigaciones sobre los diferentes factores que conllevan a comportamientos suicidas, con el fin de contribuir positivamente al campo disciplinar de la psicología mediante programas orientados a la intervención de dichos factores. De esta manera, se llegó a la formulación de la siguiente pregunta problema:

¿Cómo se presenta el proceso de la conducta suicida en los adultos de la ciudad de Cartagena, Bolívar?



## **Justificación**

La conducta suicida se caracteriza por el proceso suicida, este consiste en la ideación, plan, intento hasta consumir el suicidio, entendido este como el acto de quitarse deliberadamente la propia vida, es decir, el comportamiento suicida es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir (Medlineplus enciclopedia médica, 2013).

Así mismo, la importancia de abordar esta problemática radica en que el suicidio se presenta en índices considerables en todo el mundo, lo que lo convierte en un problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud, estima que la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, se señala una prevalencia de las tentativas de un 3% al 5 %. Además, el grupo de edad de 15-34 años registra el mayor número de intentos de suicidio.

Históricamente, América Latina y el Caribe han tenido tasas de suicidio al promedio inferior mundial. Sin embargo, América del Norte se ubica en un lugar intermedio, los datos de mortalidad en América Latina y el Caribe han sido descritos como “irregulares” y con marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo. Es importante destacar que los países de ingresos bajos y medianos de la Región del Pacífico Occidental son los únicos del mundo en los que la proporción de suicidios es mayor entre las mujeres que entre los hombres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

Ahora bien, se torna de gran valor resaltar el hecho de que los comportamientos suicidas en adultos dentro del margen de edad de 18-35 años está muy infravalorado. Basándose en investigaciones, en efecto, la mayoría de los estudios han sido en población adolescente (Casullo, 2005; Cortés, 2014; Pineda 2017; Sánchez, 2019); por ende, se requiere dar a conocer un enfoque

más amplio desde otro margen de edad puesto que han sido más estudiadas las investigaciones de la población adolescente en comparación a la población adulta (Medina et al., 2010; Reyes et al., 2012).

De conformidad con lo anterior, el propósito de esta investigación es comprender la conducta suicida en adultos jóvenes de la ciudad de Cartagena, Bolívar, lo que constituye un punto de partida para las investigaciones orientadas a generar estrategias para la mitigación del efecto de los factores de riesgos que están a la base de la conducta suicida, así como para estudios que busquen fortalecer los factores protectores como medida preventiva en poblaciones con riesgo de suicidio.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

1. Comprender el proceso de la conducta suicida en población adulta de la ciudad de Cartagena, Bolívar.

### **Objetivos específicos**

1. Identificar las características sociodemográficas en adultos con antecedentes de conducta suicida en la ciudad de Cartagena, Bolívar.
2. Describir los factores de riesgo presentes en la conducta suicida en adultos de la ciudad de Cartagena, Bolívar.
3. Develar las experiencias que subyacen a la conducta suicida en adultos de Cartagena, Bolívar.

## Estado del arte

Se realizó una búsqueda literaria con respecto al suicidio como aspecto en general, enfocándose en el suicidio en adultos. Específicamente, se encontraron diferentes artículos y datos relevantes para la investigación, los cuales serán presentados a continuación, acompañados de una breve explicación de cada uno.

En primer lugar, un estudio que cobra gran importancia a efectos de la investigación fue desarrollado por Bazán et al. (2017) el cual buscó determinar la prevalencia y los factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural, para ello se recolectó un grupo etario de adolescentes entre 12 y 17 años de edad, que reside permanente o habitualmente en las viviendas particulares de Lima rural, quienes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional, las variables medidas utilizadas fueron: conducta suicida, variables sociodemográficas y socioeconómicas, aspectos generales de salud mental, trastornos clínicos y relaciones intrafamiliares. Mediante un enfoque analítico de corte transversal y la aplicación de una metodología cuantitativa, se identificó que la prevalencia de comportamiento suicida en la muestra fue del 1,2%, lo que equivale a un total de 10 casos. Adicionalmente, se observó una prevalencia de planificación suicida del 2,3%, representando 20 casos en la población.

Así mismo, el siguiente estudio se titula “factores de riesgo relacionados con el pensamiento y conducta suicida en una adolescente” el cual, tuvo como objetivo conocer los factores de riesgo relacionados al pensamiento y conducta suicida de una mujer adolescente residente en la zona nororiental de Medellín en el 2019. En el estudio participó una adolescente del sexo femenino en etapa formativa de básica secundaria de 18 años de edad, a quien se le realizó una entrevista semiestructurada y posteriormente se elaboró un análisis del discurso de la estudiante. La investigación se llevó a cabo desde un enfoque cualitativo, los resultados

obtenidos evidenciaron la presencia de ideación, planeación, intento de autolesiones, asociados con factores de riesgos (Sánchez, 2019).

En este sentido, otro estudio es el desarrollado por Bahamón, et al. (2018), el cual, se orientó a determinar en qué medida las prácticas parentales paternas y maternas predicen la ideación suicida en un grupo de hombres y mujeres adolescentes colombianos. La investigación, de enfoque cuantitativo, contó con la participación de 328 adolescentes inscritos en escuelas públicas, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional. Para medir la ideación suicida se utilizó la escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A), constituida por ocho ítems que evalúan ideas de quitarse la vida. Los resultados indicaron la existencia de correlaciones entre ideación suicida y control psicológico materno (0,183) en los hombres y entre ideación suicida y autonomía (-,383), también se evidenció que las dimensiones que predicen en mayor medida la ideación suicida en hombres y mujeres son el control psicológico materno y la imposición paterna.

Sumado a lo anterior, se encontró que en una investigación desarrollada por Pávez, et al. (2009) el cual, tuvo como objetivo identificar y describir los factores de riesgo familiares que se relacionan con el intento suicida en adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo, quienes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional, los sujetos estudiados fueron 64 personas, de las cuales, 32 corresponden a padre, madre o tutor; y 32 a adolescentes entre 13 y 18 años diagnosticados con depresión mayor, la totalidad de los jóvenes estudiados se encontraban entre un mes y un año y medio de tratamiento psicoterapéutico. Para la evaluación de las variables se utilizaron los siguientes instrumentos: el inventario de depresión de Beck, cuestionario de salud general GHQ 12- Golbrerg, ficha de selección y caracterización de la muestra, este estudio fue llevado a cabo desde un enfoque cuantitativo, los resultados obtenidos

en esta indagación indicaron por medio del inventario de depresión de Beck, que 10 adolescentes presentaron depresión leve, 15 moderada y 7 grave, la ideación suicida del adolescente correlaciona moderadamente con el intento suicida de un familiar y con la adaptabilidad familiar adolescente.

El siguiente estudio que cobra gran importancia a efectos de la investigación es el desarrollado por Londoño et al. (2020) el cual, tuvo como objetivo identificar los diferentes factores de riesgo más frecuentes en conductas suicidas en adolescentes escolarizados. Para alcanzar dicho objetivo, se realizó una revisión de la literatura en bases de datos como PubMed, Proquest, Scopus, Dialnet, Redalyc, encontrando alrededor de 439 artículos relevantes. A partir de esta investigación, llevada a cabo desde un enfoque cualitativo observacional descriptivo, se identificaron diversos factores de riesgo y factores relacionados que hacen parte de las diversas esferas del individuo, involucrando aspectos personales y sociales. Entre estos factores se incluyen el género, la edad, la presencia de enfermedades mentales, el consumo de sustancias psicoactivas, las relaciones interpersonales y el acoso escolar, entre otros, los cuales pueden aumentar el riesgo de desarrollar conducta suicida.

Por otro lado, es importante mencionar la investigación titulada “conducta suicida, adolescencia y riesgo” el cual, tuvo como objetivo profundizar en la problemática de la conducta suicida en los adolescentes por ser una etapa de vulnerabilidad y riesgo, se realizó una revisión bibliográfica donde se consultaron las bases de datos incluidas en los servicios LILACS, EBSCO e HINARI, la primera búsqueda bibliográfica que abordó la definición de conducta suicida en los adolescentes. A partir de esta investigación, llevada a cabo desde un enfoque cuantitativo, se halló que los adolescentes que tienen rasgos o atributos de la personalidad como la poca tolerancia a la frustración, actitudes hiperperfeccionistas, son críticos, rígidos intelectualmente,

que no toleran el más mínimo fracaso pueden convertirse en factores de riesgo para cometer un acto suicida (Cortés, 2014).

En este mismo orden, el estudio desarrollado por Medina et al. (2010), el cual, tuvo como objetivo describir y estimar la prevalencia del suicidio entre la población de adultos jóvenes del departamento del Quindío-Colombia, durante el periodo 1989–2008. Esta investigación fue llevada a cabo desde un enfoque cuantitativo descriptivo, los datos se obtuvieron de dos fuentes secundarias: el Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia DANE y el Instituto Seccional de Salud del Quindío - ISSQ, por lo cual, genera la información a partir de los registros de las actas de defunción diligenciadas por el Instituto de Medicina Legal. Tras la tabulación de los datos, se aplicaron datos estadísticos para analizar los resultados. Se observó que durante el periodo de 1989-2008 hubo un total de 683 suicidios consumados, de los cuales 321 corresponden a adulto joven, 262 de los suicidios consumados fueron llevados a cabo por hombres, y 59 por mujeres, es decir, por cada 4 hombres se suicida una mujer.

Así mismo, es importante mencionar el artículo desarrollado por Pineda (2017) el cual, buscó indagar los factores de riesgo de ideación suicida en varones jóvenes residentes en Bogotá (Colombia) que se autodefinen como homosexuales, en esta investigación participaron 175 varones entre 14 y 27 años, para la evaluación de las variables se utilizaron las siguientes pruebas, una de ideas suicidas y otra de homofobia internalizada (HI), este estudio fue llevado a cabo desde un enfoque cuantitativo descriptivo. Como resultado se obtuvo, que n 18,4% de los participantes informó tener una ideación suicida leve, mientras que un 24,6% mostró un nivel moderado y un 24% un nivel alto de ideación suicida. En consecuencia, se observa que haber experimentado abuso sexual se presenta como el factor principal asociado con la ideación suicida en este grupo.

Por otro lado, se halló una investigación de salud pública que tiene como título: “factores de riesgo asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad, el cual, se orientó a identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados a intento de suicidio para determinar si existen diferencias entre los factores de riesgo presentes en pacientes con tentativa de baja letalidad y los de alta letalidad. En este estudio participaron 106 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de intento de suicidio, hospitalizados en una unidad psiquiátrica, divididos en dos grupos: uno de pacientes con tentativa suicida de baja letalidad y otro con tentativa de alta letalidad. Se utilizaron varios instrumentos para la realización del estudio tales como cuestionarios, encuestas y entrevistas. La investigación se llevó a cabo desde un enfoque cuantitativo, los resultados hallados fueron un total de 106 pacientes, el 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad (García et al., 2010).

De la misma forma, es pertinente mencionar un estudio titulado “ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín” el cual, tuvo como objetivo brindar un análisis de algunos factores asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios de Medellín, en esta investigación participaron 100 estudiantes de distintos programas académicos, se les realizó un cuestionario que recogía cuatro aspectos básicos: información sociodemográfica, esfera de las relaciones, conductas relacionadas directamente con el espectro suicida y conductas u omisiones que pudiesen colocar en riesgo la vida. Por último, se evidenció que el 16% ha presentado ideación suicida en el último año y 12% ha realizado al menos un intento de suicidio en su vida (Blandón et al., 2015).

Por otra parte, la investigación que se titula: “Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psico-sociodemográficos” tuvo como objetivo evaluar la ideación suicida y su relación con aspectos psico-sociodemográficos en universitarios. Los



participantes en este estudio fueron estudiantes universitarios de la Facultad de Estudios Superiores, de la carrera de Psicología inscritos en el periodo escolar 2005-1, entre 17 y 29 años. Los cuales, fueron seleccionados mediante muestreo probabilístico aleatorio, este estudio se realizó mediante varios instrumentos: Ficha pisco-demográfica y la Escala de Ideación Suicida para Adultos. El análisis se realizó desde una perspectiva prospectiva, transversal, descriptiva y observacional, en los resultados obtenidos, se encontró que algunas variables como el sexo, la edad, el semestre, el lugar de procedencia, el estado civil, la presencia de pareja estable, la existencia de hijos, el número de personas con las que vive, el número de habitaciones en su hogar, el número de hermanos, el lugar que ocupa como hijo, la presencia de alguna enfermedad y el número de personas con las que cuenta en realidad no mostraron una relación significativa (Córdova et al., 2007).

Otro estudio hallado se titula: “Suicidio en el adulto mayor”, el cual, tuvo como objetivo caracterizar la conducta suicida en el adulto mayor, sus variantes y la situación epidemiológica del fenómeno. La investigación fue llevada a cabo desde un enfoque cualitativo, a partir de una revisión bibliográfica, y fue basado en los métodos de análisis documental, análisis-síntesis e inducción-deducción. Se encontró que se describen dos grandes tipos de suicidio: el suicidio auténtico y el para-suicidio. Se recopilaron datos epidemiológicos que incluyen cifras de más de 1,1 millones de suicidios ocurren anualmente, la mayoría de estos actos son cometidos por adultos mayores de 60 años. Así mismo, los factores de riesgo que inciden en la conducta suicida, son: médicos, psiquiátricos, psicológicos, familiares y socioambientales (Reyes et al., 2012).

## **Marco Referencial**

### **Sobre la Conducta Suicida**

#### **Determinantes de la Conducta Suicida**

Los determinantes de la conducta suicida son factores o circunstancias que pueden influir en la probabilidad de que una persona considere o intente el suicidio. Estos determinantes son variados y pueden incluir aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales.

De acuerdo con los postulados de Chapman y Gravrin:

El sufrimiento es un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitan afrontar dicha amenaza” es decir, una persona sufre cuando acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia (personal y/u orgánica) y al mismo tiempo, cree que carece de recursos para hacerle frente. (Chapman y Gravrin, 1993, p. 5)

Por otro lado, es importante reconocer que, como todos los comportamientos humanos, el suicidio no se rige por un único factor causal, es decir, ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienden al comportamiento suicida, o por qué el suicidio es más prevalente en algunas comunidades que en otras (Ardila, 2007).

Sin embargo, varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida, sin que esto signifique que la

presencia de factores de riesgo conduce necesariamente al suicidio, pues, en líneas generales, un factor que aumenta la probabilidad de aparición de la conducta suicida se considerará de riesgo cuando esté presente y de protección cuando esté ausente; así como, un factor que disminuye la probabilidad de aparición de la conducta suicida se considerará de protección cuando esté presente y de riesgo cuando esté ausente, así mismo, entre los factores que la evidencia existen los predisponentes y precipitantes de la conducta suicida (Anseán, 2014).

**Factores Predisponentes.** Se entiende por factores predisponentes cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad. La presencia del acto suicida o conducta suicida se determina identificando si el individuo padece de antecedentes patológicos familiares, genéticos, o sociales, el cual se clasifican en modificables e inmodificables, en los modificables se encuentran la presencia de desórdenes mentales (especialmente depresión mayor, trastorno bipolar o psicosis), abuso de sustancias psicoactivas, historia familiar de suicidio, abuso sexual, delincuencia, homosexualidad, divorcio de los padres, malas relaciones e historia de maltrato familiar. En los inmodificables se encuentran la heredabilidad, la edad, el sexo, creencias religiosas, apoyo social y la conducta suicida previa (Guía práctica clínica, 2010).

**Factores Precipitantes.**

De acuerdo con Gálvez (2014), los factores precipitantes son:

Aquellos acontecimientos estresantes para el sujeto, o cambios importantes en su salud mental, que ocurren en proximidad a un momento en el que el individuo presenta algún tipo de ideación suicida”, incrementando así la probabilidad de

consumación del suicidio. Es así, como los factores precipitantes serían aquellos detonantes asociados al momento reciente y previo al suicidio. (Zudydt y Valois., 2020, p. 13)

### **Curso de Vida, Salud Mental y Conducta Suicida**

Es fundamental comenzar definiendo el curso de vida, como el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos, psicológicos y sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta, a lo largo de la vida, cada individuo enfrenta una serie de desafíos y adversidades que pueden influir en su bienestar emocional y mental. Estos desafíos varían según la etapa del curso de vida en la que se encuentre la persona. Por ejemplo, durante la infancia y la adolescencia, los conflictos familiares, el acoso escolar, la presión académica o la falta de habilidades de afrontamiento pueden desencadenar conductas suicidas (Kuh et al., 2003, citado por el Ministerio de la Salud, 2015).

En este sentido, es importante definir la salud mental como:

Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad, De este modo, la salud es un fenómeno que transita en la presencia de factores que la promueven o amenazan en las dimensiones biológica, psicológica y social. Desde esta perspectiva existen capacidades individuales que moldean el proceso de desarrollo de la salud mental, así como factores psicosociales y determinantes sociales que podrán impactarla. La interacción compleja de estas esferas genera condiciones que promueven o dificultan que las personas encuentren posible la vivencia del estado de bienestar mental, entre estas las adversidades e

imprevistos que pueden surgir y afectar en una o más áreas de la vida. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

Sin embargo, en ocasiones, la salud mental puede verse afectada por trastornos mentales, los cuales se caracterizan por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, y que suelen estar asociados a angustia o discapacidad funcional en otras áreas importantes (Organización Mundial de la Salud, 2003).

En este contexto, es fundamental definir el suicidio como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado. Sin embargo, Durkheim (2011), aunque el suicidio es un fenómeno individual, está influenciado por causas sociales.

Por último, es importante destacar que la conducta suicida se puede describir a partir de tres componentes importantes en la toma de la decisión letal: el nivel emocional (sufrimiento intenso), se refiere a las emociones intensas que una persona puede experimentar cuando enfrenta situaciones difíciles o dolorosas. El nivel conductual (carencia de afrontamiento) hace referencia a cómo una persona reacciona y se comporta cuando enfrenta situaciones de sufrimiento intenso. La carencia de afrontamiento implica la incapacidad o dificultad para manejar adecuadamente las emociones y situaciones estresantes. Y, por último, el nivel cognitivo (desesperanza profunda ante el futuro). Se centra en el pensamiento y la percepción de la persona sobre su futuro, implica una creencia negativa de que las cosas no mejorarán y que no hay esperanza para una vida mejor. Por esta razón, se puede concluir que las personas que intentan suicidarse son aquellas que

sufren, que están desbordadas por el sufrimiento y que no tienen la más mínima esperanza en el futuro (Echeburúa, 2015).

### **Modelos Explicativos de la Conducta Suicida.**

Los modelos explicativos de la conducta suicida son teorías o marcos que intentan describir y comprender los factores que influyen en el pensamiento, plan, intento y el acto suicida. Estos modelos cobran gran importancia en aras de abordar el tema de esta investigación.

#### **Teoría Sociológica.**

Tal como se expone en la obra "Suicide" de Durkheim (1960), los hechos sociales deben ser estudiados como realidades externas al individuo. Según, la tasa de suicidio no puede explicarse por motivaciones individuales, ya que no son los individuos quienes deciden suicidarse, sino la sociedad a través de ciertos individuos. En este sentido, todos los suicidios son el resultado de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad, y se pueden clasificar en cuatro formas: egoísta, altruista, anómico y fatalista.

De conformidad con lo anterior, el suicidio egoísta se produce cuando existe un trastorno en la integración del individuo en la colectividad social, y se da una excesiva individualización de la persona. Este tipo de suicidio se produce siempre que se da una desintegración de las estructuras sociales. En cambio, el suicidio altruista ocurre cuando el individuo no se pertenece a sí mismo y se confunde con algo que está situado fuera de él. El suicidio anómico, por su parte, depende de un fallo o dislocación de los valores sociales, lo que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida. Por último, el suicidio fatalista se caracteriza por una excesiva reglamentación y es cometido por sujetos cuyo futuro está implacablemente limitado (Durkheim, 1960).

### **Teoría Cognitiva de Beck.**

Esta perspectiva intenta explicar la depresión como un proceso cognitivo. Los trastornos psicológicos derivan de distorsiones cognitivas, que son formas equivocadas de pensar que aparecen en forma de pensamientos automáticos ante determinadas situaciones. Estas distorsiones producen estados emocionales negativos y conductas inadecuadas, generadas por creencias irracionales o supuestos personales aprendidos en el pasado. Estos condicionan inconscientemente la percepción e interpretación del pasado, presente y futuro (Beck, 1976, citado por el Ministerio de la Salud).

En el procesamiento de la información pueden producirse errores en cualquiera de sus fases que tienen como consecuencia una alteración o distorsión en la valoración e interpretación de los hechos, de este modo, Beck también hace referencia a los esquemas mentales, estos actúan como filtros a la hora de percibir el mundo por parte del individuo. Es decir, los esquemas provienen en gran medida de experiencias previas de aprendizaje y pueden permanecer latentes hasta ser activados por un evento significativo que interactúa con ellos, conformando lo que hoy se conoce como la tríada cognitiva, que está compuesta por: una visión negativa de sí mismo, una visión negativa del mundo y una visión negativa del futuro. Es así, como los esquemas mentales, una vez instalados, actúan como filtros en la interpretación de la realidad que realiza el sujeto (Beck, 1976, como se citó en Gobierno de Colombia, Ministerio de la Salud.)

### **Teoría Psicoanalítica de Freud.**

El comportamiento humano se explica a través de pulsiones o instintos que impulsan al organismo hacia un determinado fin. Freud identificó dos pulsiones fundamentales: la pulsión de vida, llamada Eros, que busca unir y crear; y la pulsión de muerte, llamada Tánatos, que busca

separar y destruir. Según esta teoría, el suicidio se explica por el direccionamiento de la pulsión destructiva hacia el propio sujeto. Sin embargo, lo más relevante de esta perspectiva es la caracterización de la pulsión destructiva como inconsciente y silenciosa. La obra de Freud aporta la idea fundamental del suicidio como parte del homicidio, la ambivalencia amor-odio que está presente en todo suicida, y la asociación de la agresividad y del suicidio a la manifestación de un instinto de muerte que busca constantemente un descanso eterno, y que puede encontrar su expresión en el suicidio (Freud, 1920).

Por su parte, Heeringen (2001), relaciona su teoría con el término “suicidabilidad” que incorpora el componente cognitivo y el conductual del comportamiento suicida. En este sentido, el componente cognitivo está identificado con la ocurrencia de cualquier pensamiento relacionado con la conducta autodestructiva, incluyendo pensamientos de muerte, ideas vagas acerca de la posibilidad de terminar con la propia vida, hasta ideas referidas a planes concretos que incluyen lugar, método y tiempo para llevar a cabo el intento. El componente conductual, por su parte, identifica los comportamientos de intencionalidad autodestructiva, los cuales, se tiene principalmente, el gesto suicida (conductas que simulan el acto suicida tal como ponerse la pistola en la cabeza o el cuchillo en las muñecas), el intento suicida (conducta autodestructiva que no culmina con la muerte), y la muerte por suicidio.

### **Modelo Ecológico Para Comprender la Conducta Suicida**

Un modelo ecológico para comprender la conducta suicida es un enfoque teórico que considera múltiples niveles de influencia ambiental, interpersonal y personal en el análisis de por qué una persona puede desarrollar pensamientos o comportamientos suicida (Bronfenbrenner, 1977)



El primer nivel del modelo ecológico centra su atención en las características propias del individuo, y pretende identificar los factores biológicos, psicológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. El segundo nivel del modelo ecológico se interesa por el modo en que las relaciones cercanas aumentan el riesgo de conducta suicida. Los compañeros, la pareja y los miembros de la familia tienen el potencial de configurar el comportamiento de un individuo y la gama de experiencias de este. El tercer nivel del modelo ecológico, el de la comunidad, examina los contextos en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos entornos que se asocian con la conducta suicida. Por último, el cuarto nivel, revisa los determinantes sociales que crean y mantienen las brechas entre distintos segmentos de la sociedad, o generan tensiones entre diferentes grupos poblacionales (Organización Mundial de la Salud, 2003).

## **Metodología**

### **Enfoque**

El presente estudio se enmarca en un enfoque cualitativo. Siguiendo la definición propuesta por Patton (2015), se trata de un enfoque para la investigación que se centra en la comprensión y la interpretación de la experiencia humana a través de la exploración en profundidad y la descripción detallada de los fenómenos sociales.

### **Diseño**

La presente investigación responde a un diseño fenomenológico. Según Husserl (1998) la fenomenología se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida de los sujetos en relación con un suceso específico, desde la perspectiva del sujeto mismo. Este diseño busca analizar los aspectos más complejos de la vida humana, aquellos que van más allá de lo cuantificable.

### **Participantes**

En esta investigación se trabajó con un grupo específico de 4 pacientes de la Fundación Juan Carlos Marrugo Vega en la ciudad de Cartagena, utilizando un muestreo no probabilístico intencional. Los participantes debían tener edades comprendidas entre los 18 y los 35 años y haber tenido registros previos en la unidad de salud mental por haber presentado conducta suicida en algún momento de sus vidas. Por otro lado, se excluyó a aquellos participantes que presentaban trastornos psiquiátricos graves, discapacidad intelectual.

## **Técnicas de recolección de datos**

Con el objetivo de comprender el proceso que conduce al suicidio, se llevó a cabo la aplicación, de las siguientes técnicas de recolección de datos:

- **Ficha de caracterización:** para efectos del presente estudio, se elaboró una ficha de caracterización con el propósito de recolectar datos relevantes sobre los participantes. En dicha ficha se registraron detalles importantes, tales como, datos sociodemográficos, antecedentes personales, antecedentes familiares y antecedentes psicológicos.
- **Entrevista estructurada:** consiste en un conjunto de preguntas estandarizadas que se caracteriza por la utilización de un cuestionario o guión de preguntas en el mismo orden y con las mismas palabras, para garantizar la comparabilidad de las respuestas (Hernández et al. 2014). La entrevista construida para efectos de esta investigación fue sometida a validación mediante juicio de expertos, quienes emitieron recomendaciones de corrección con relación a las preguntas formuladas, las cuales fueron aplicadas previo a la realización de la entrevista.

## **Procedimiento**

En este estudio se trabajó con pacientes de la fundación Juan Carlos Marrugo Vega, admitidos en la unidad de salud, los cuales fueron focalizados a partir de los registros de la base de datos de la fundación. Así, se procedió a desarrollar un espacio con los pacientes, en el cual se les explicó el objetivo del proyecto. Posteriormente, se gestionó la firma del consentimiento informado por parte de las personas que aceptaron participar en la investigación. Finalmente, se realizó el proceso de entrevistas para recopilar los datos relevantes al estudio.

## **Análisis de los datos**

La información recolectada mediante las entrevistas aplicadas fue transcrita para su posterior análisis. El método empleado para ello fue el análisis temático propuesto por Braun y Clarke, (2006) el cual consiste en un método que permite identificar, analizar e informar patrones o temas a partir de una lectura y relectura de los datos, con lo que se busca llegar a interpretaciones que posibiliten la comprensión del fenómeno en estudio.

## **Consideraciones éticas**

Atendiendo a lo establecido en las normas que regulan el proceso de investigación científica, tales como la ley 1090 de 2006, en este proyecto de investigación se consideraron varios aspectos éticos. En primer lugar, se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, asegurándose de que comprendieran completamente los detalles de la investigación. Además, se garantizó la confidencialidad y privacidad de los participantes, protegiendo su identidad y cualquier información personal o confidencial. Se aseguró que todos los participantes fueran tratados de manera justa y equitativa, sin discriminación por motivos de edad, género, orientación sexual, raza, etnia, religión, entre otros. También se protegió el bienestar de los participantes en todo momento. Por último, se presentó toda la información sobre el estudio con honestidad y transparencia.

## Resultados

La información obtenida mediante las técnicas de recolección de datos aplicadas permitió identificar las características sociodemográficas de los participantes, así como también antecedentes psicológicos, lo cual constituyen datos de gran valor en aras de lograr una mayor comprensión de la conducta suicida. Así, los resultados muestran que los sujetos que presentan conducta suicida tienen una edad relativamente joven, ya que el promedio es de 26,25 años, siendo el 50% de 26 años de edad y el otro 50% de 27 años. En lo que respecta al género, el 50% de los participantes fueron hombres en tanto que el otro 50% mujeres. En lo atinente al estado civil, el 75% de los participantes son solteros y el 25% son casados. Con relación al nivel de escolaridad, el 75% de los participantes culminó el bachillerato mientras que el 25% no lo finalizó. Así mismo, el 75% de los participantes se identifica como cristiano, y el 25% no tiene ninguna religión. En lo que corresponde a la ocupación, el 50% de los participantes son estudiantes, el 25% es trabajador y el otro 25% no tiene ninguna ocupación.

Por otra parte, en lo que concierne a los antecedentes, las pérdidas de personas significativas son un factor común en todos los participantes, ya que el 100% ha pasado por tal experiencia. El tipo de pérdida más común es la de la madre, que afecta al 50% de los sujetos. El otro tipo de pérdida es la del padre, que afecta al 25% de los sujetos, y el otro 25% corresponde a un familiar cercano. Los antecedentes de suicidio son otro factor relevante en los sujetos, ya que el 50% tiene antecedentes de suicidio, aunque el otro 50% no. Así mismo, el 50% de los sujetos tiene antecedentes familiares relacionados con el suicidio, mientras que el otro 50% no presenta antecedentes. Igualmente, los datos muestran que el 75% de los participantes pertenecen al estrato socioeconómico 1, mientras que el 25% restante se encuentra en el estrato socioeconómico 2.

Ahora bien, mediante el análisis de las narrativas que describen las vivencias de los participantes se logró una aproximación más profunda que condujo a la identificación de cuatro subcategorías que aportan contenido a la categoría central de este estudio. A través de estas subcategorías se logró la comprensión del proceso de la conducta suicida en adultos de la ciudad de Cartagena, Bolívar, mediante dos aspectos clave: primero, en lo que respecta a la categoría central, comprensión de la conducta suicida, surgieron cuatro subcategorías: 1) Factores de riesgo personales relacionados con la conducta suicida; 2) Factores de riesgo familiar relacionados con la conducta suicida; 3) Experiencia emocional que subyace a la conducta suicida y 4) Estrategias de afrontamiento frente a la ideación suicida. Por otro lado, emergió la categoría denominada conducta suicida: vulnerabilidad Vs resiliencia, integrada por la subcategoría titulada “no quería morir, quería ayuda” ¿De la vulnerabilidad a la resiliencia? (ver tabla 1).

**Tabla 1***Categorías, subcategorías y códigos que emergieron del análisis*

Categoría	Subcategoría	Código
Comprensión de la conducta suicida	Factores de riesgo personales relacionados con la conducta suicida	Baja autoestima, ansiedad, drogas depresión impulsividad, agresividad, abuso, culpa, aislamiento, soledad, desesperanza.
	Factores de riesgo familiar relacionados con la conducta suicida	Separación de padres, violencia intrafamiliar, abandono, rechazo, carencia de afecto, pérdidas económicas, fallecimientos, crisis económicas, abusos.
	Experiencia emocional que subyace a la conducta suicida	Ira, rencor, tristeza profunda, desesperanza, resentimiento, culpa, miedo, vacíos, aburrimiento, soledad, arrepentimiento.
	Estrategias de afrontamiento frente a la ideación suicida	Fe, Dios, alabanzas, manualidades, emprendimiento, deporte
Conducta suicida: vulnerabilidad Vs resiliencia	<i>“No quería morir, quería ayuda”</i> . ¿De la vulnerabilidad a la resiliencia?	EPS, clínica, hospitalización, rehabilitación.

Con el fin de asignarle sentido a la tabla anterior, a continuación, se exponen los hallazgos correspondientes a cada una de las categorías y subcategorías emergentes.

## **Sobre la comprensión de la conducta suicida**

### *Factores de riesgo personales relacionados con la conducta suicida*

La aproximación a las experiencias de vida de los participantes, mediante las entrevistas, permitió identificar factores de riesgo asociados a la conducta suicida en los adultos de la ciudad de Cartagena. Entre estos se evidenciaron: baja autoestima, historias de abusos, traumas, intentos de suicidio, entre otros. Al respecto manifestaron:

P3: “A los 13 años fui víctima de una violación, acoso por parte de los trabajadores de mi papá, me decían cachona y me trataban mal”.

P4: “Los pensamientos que se me vienen a la cabeza son soy maluca, que mi caminar es feo y me importa bastante, a mí me interesa mucho lo que la otra persona piensa de mí, me afecta mucho, yo sufrí mucho de bullying, fui una niña abusada, desde los 15 hasta los 20 años, por 5 años me amenazaba y yo hacía todo lo que él quería, todo lo que él me decía que le hiciera”.

Sumado a lo anterior, las diferentes vivencias de los participantes dan cuenta de situaciones relacionadas con el consumo de sustancias, sentimientos de culpa, soledad, entre otros. Con relación a ello expresaron:

P2: “El día de las madres me sentí muy mal y caí más en el vicio, en el vicio, en el vicio, y no me importaba nada. Por eso tenía pensamientos suicidas”.

P4: “A mi hija la violentaron sexualmente cuando tenía dos años, después de eso me sentía culpable y es ahí donde desencadenó la depresión, me fui a vivir con mis hermanos



y quedaba sola y empezó la ansiedad, de que me sentía sola después de que murió mi mamá”.

#### *Factores de riesgo familiar relacionados con la conducta suicida*

Las dinámicas familiares disfuncionales, caracterizadas por la deprivación afectiva y carencia de vínculos entre padres e hijos, así como por el desarrollo de acciones por parte de las figuras parentales que van en detrimento del bienestar familiar, constituyen factores de riesgo que estarían en la base de la ideación y conducta suicida. Los participantes expresaron:

P4: “Mi papá, nunca me dio amor, nunca esa niña, la princesa, mi papá le restregaba a mi mamá en mi cara que él no quería hija hembra y se lo decía con amargura y odio. Yo no quería hembra, tú fuiste la que la quisiste tener. Todas esas cosas me marcaron de palabras”.

P2: “Me sentí mal porque me dijo que me olvidara de ella, que me olvidara que tenía mamá, Por eso es que a veces tengo pensamientos suicidas, dejé de trabajar enseguida me levantaba y enseguida comenzaba a consumir”.

Adherido a lo anterior, las situaciones negativas que acaecen al interior del sistema familiar, entre estas, la separación de padres, muerte de algún familiar y la violencia intrafamiliar, constituyen factores que también se encuentran a la base de la ideación suicida y del intento de suicidio, al respecto manifestaron:

P1: “(...) Pero hubo un problema entre mi papá y mi mamá, se separaron cuando tenía 17 años, le pegaba delante de nosotros y nosotros crecimos viendo eso, y vamos creando resentimiento en el corazón. Uno no dice nada, pero uno mira eso, agacha la cabeza y se pone a llorar. Un día, yo tengo mi esposa, cogí una sábana y me estaba ahorcando”.

P3: “En mi infancia también veía mucha violencia, muchas cosas. Mi mamá y mi papá se separaron, no tuve una relación buena con mi mamá, mi mamá siempre tuvo preferencia por mis hermanos. Muere mi papá y no pude despedirme de él, ahí también me hundí más en las drogas”.

P4: “Mi papá me maltrató mucho, una vez me hinchó el seno y me fui a vivir con mis hermanos. También maltrató a mi mamá de palabras. En la muerte de mi mamá colapsé. Ella me protegía mucho, entonces yo tenía todas esas cosas guardadas, pero no colapsaba porque ella estaba conmigo”.

#### *Experiencia emocional que subyace a la conducta suicida*

Los sucesos y/o acontecimientos que atraviesan los participantes a lo largo de su vida contribuyen en gran medida a la emergencia de una compleja carga de emociones y sentimientos, entre los cuales se incluyen la desesperanza, el dolor emocional intenso y los sentimientos de culpa, entre otros, experiencia emocional que está a la base de los pensamientos y comportamientos suicidas. Los participantes manifestaron:

P3: “Me llamaron para darme la noticia de que mi ahijado se había muerto. Yo me puse demasiado mal. Me dolió demasiado y me deprimí. Me tomé unas pastillas, escuché una voz que me decía mátate, me desmayé”.

P1: “También mi mamá falleció y eso a mí me dolió bastante, me hizo mucho daño como a mis hermanos, porque yo era el que la cuidaba en su enfermedad”.

De conformidad con lo anterior, se torna importante señalar que la ausencia de una red de apoyo que actúe como soporte ante situaciones o eventos difíciles tiende a exacerbar la experiencia emocional que deriva de tales acontecimientos, a tal punto que induce a la

emergencia de pensamientos que también actúan como factores de riesgo frente a la conducta suicida:

P2: “Me descarrilé y me sentí muy triste y no se lo podía comentar a nadie, no tenía con quien hablar, por eso me sentía solo”.

P4: Mis pensamientos eran que me sentía sola, sentía que mis hermanos no me querían, después de que murió mi mamá, no encontraba cómo vivir, no quería comer, no quería hacer nada.

#### *Estrategias de afrontamiento frente a la ideación suicida*

Un aspecto importante a señalar tiene que ver con las formas en que los participantes afrontan las diversas situaciones complejas por las cuales atraviesan en su andar cotidiano. Así, el análisis de las narrativas permite evidenciar que acuden a estrategias de afrontamiento relacionadas con aspectos espirituales, tales como la creencia en un ser supremo (Dios), la oración y la fe, así como también al desarrollo de acciones relacionadas con otro tipo de estrategias, tales como la realización de actividades de ocio (elaboración de crucigrama, práctica de algún deporte) y actividades de emprendimiento:

P1: “Todos los días lo he manejado pidiéndole al señor fuerza de voluntad, que me quite la venda para ver más allá, poniendo todo en manos de Dios, que todo se puede, que es un Dios superior, colocando mi grano de arena, pidiéndole de corazón y arrodillándome (...)”.

P2: “Un día estaba sola con la niña y me dio, literal, y cerré mis manos y le dije, espíritu santo ayúdame, porque estaba con mi niña y yo sentí una brisa que entró por la puerta y

me relajé. Pongo alabanzas, oro, Dios mío quítame esto, y así, que al día siguiente me sentí mejor”.

### **Sobre la conducta suicida: vulnerabilidad Vs resiliencia**

*“No quería morir, quería ayuda”: ¿De la vulnerabilidad a la resiliencia?*

Cabe resaltar que la mayoría de los participantes expresaron la necesidad de recibir ayuda profesional en algún momento de su vida ante las diferentes situaciones difíciles, lo que sugiere entonces la posibilidad de considerar a personas que pasaron de la vulnerabilidad a la resiliencia, es decir, pasaron de estar inmersos en situaciones complejas a replantearse la vida y resurgir en medio de la adversidad:

P4: “Veo la cuchilla y me dan ganas de pasármelas y digo 'yo estoy mal', y nunca había colapsado tanto, eso es algo feo. No podía comer, sentía un nudo en el estómago, tenía una tristeza muy, muy profunda, pero no quería morir, quería ayuda y así fue como fui a la clínica crecer buscando ayuda”.

P2: “Bueno, y entré aquí a rehabilitarme porque sentía que no podía más, ya no quería seguir consumiendo más droga”.

P1: “Bueno, porque ya estaba aburrido de las drogas. Estaba durmiendo en la calle y haciendo mal. Entonces hice las vueltas en mi EPS y fui, me dieron la orden y me hospitalicé el mismo día, porque ya estaba aburrido de la calle”.

## Discusión

Las categorías que emergieron del análisis temático proporcionaron resultados importantes con relación al objetivo principal de esta investigación, esto es, comprender la conducta suicida en adultos de la ciudad de Cartagena. Así, un primer punto a señalar tiene que ver con lo que el discurso de los participantes refleja en términos de los factores de riesgo personales relacionados con la conducta suicida. De esta manera, se evidencian una serie de factores que aumentan la probabilidad de que la persona considere o intente el suicidio, a saber: la desesperanza, la culpa y la baja autoestima, entre otros. Al respecto, este hallazgo concuerda con el estudio de Sarmiento et al. (2010), quienes abordaron lo referente a conducta suicida y su relación con los factores de riesgo psicosociales, y encontraron que los factores de riesgos individuales y esenciales en la ocurrencia de un intento suicida, son: presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa. La desesperanza, comprendida como la sensación de imposibilidad absoluta de obtener una determinada cosa o de que ocurra algo que pueda cambiar la realidad existente, va generando impotencia y culpa que conduce al abandono de la lucha por la vida.

Por otra parte, el análisis de las narrativas hizo posible comprender el rol importante que juega la familia, se identificó cómo el estar inserto en dinámicas familiares disfuncionales durante la niñez y la adolescencia actúa como factor de riesgo de la conducta suicida. Este resultado se ve apoyado por lo referido por otras investigaciones que reportan una relación entre la ideación suicida y el contexto familiar, tal es el caso de la investigación realizada por Morales et al. (2017), quienes consideran que dentro de los factores de riesgo familiares se encuentran la presencia de antecedentes familiares con conducta suicida, familias con problemas sociales, alteraciones en su dinámica, alteración en la relación entre sus miembros, rechazos

parentales y bajo ingresos, es así como las grupos con historia familiar de maltrato físico y emocional en su niñez y adolescencia informaron mayor frecuencia de pensamientos de muerte y contemplación del suicidio.

Los anteriores resultados son susceptibles de interpretación a partir de los planteamientos propuestos por Brezo et al. (2008), quienes señalan que en el ciclo vital pueden intervenir factores diversos, entre los cuales se ha considerado la experiencia de adversidad grave en la infancia como es la exposición a ambientes familiares de abuso. Dichas experiencias podrían aumentar la probabilidad de entrada en trayectorias en el desarrollo disfuncionales que, en condiciones de estrés, aumentan la probabilidad de contemplación o actuación suicida.

Otra de las comprensiones derivadas del análisis de las narrativas tiene que ver con la experiencia emocional que subyace a la conducta suicida. Como resultado se evidenció que las emociones y sentimientos que manifestaron los participantes tales como: sentimientos de soledad, ira, rencor, rechazo, entre otras, que son producto de las situaciones dolorosas y acontecimientos difíciles que han experimentado a lo largo de sus vidas, están relacionados con la conducta suicida. En este sentido, en el estudio realizado por Galindo y Reyes (2015), orientado a propósitos similares a los de esta investigación, los participantes expresaron en medio del discurso ese tipo de emociones y sentimientos antes mencionados, lo que concuerda y hace referencia a la soledad como una experiencia de sentir rechazo por las personas, y sentimientos de abandono por ellas, lo que conlleva a una frágil autoestima que depende en exceso de la aprobación y la aceptación de los demás.

Adherido a lo anterior, el análisis de las narrativas hizo posible identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento a las cuales acuden los participantes en medio de las crisis en las que

emergen ideas suicidas. Así, una de estas estrategias es la fe en un ser superior (Dios), lo que constituye un mecanismo para volverse a sentir mejor y no agravar la situación. Estos resultados difieren con lo planteado por Gongora y Pajares (2018), quienes concluyen que al vincular las variables apoyo espiritual e ideación suicida, se observa que no existe una correlación significativa entre las variables, pues, las adolescentes evaluadas que presentan algún problema no logran conseguir un equilibrio emocional a través de sus creencias. Por esta razón, esta estrategia no genera en las adolescentes seguridad para resolver sus problemas y disminuir la ideación suicida, dado que creer en una religión o en alguna divinidad no genera en ella un sentimiento de paz y tranquilidad. Esto sugiere entonces una disparidad en lo que respecta a las estrategias de afrontamiento a las cuales acuden los adolescentes y las personas adultas.

Por otro lado, se pudo descubrir que no tenían la intención de morir; más bien, desarrollaron estrategias para buscar apoyo inmediato en los servicios de salud y buscar un sentido en la vida. Esto les permitió obtener resultados muy alentadores en la lucha contra las ideas y tentativas suicidas, lo que supone entonces un resurgir en medio de la adversidad, pasando así de la vulnerabilidad a la resiliencia. Con relación a este hallazgo, Villalobos et al. (2012) encontraron que los recursos que fomentan la resiliencia frente a la conducta suicida son diversos, entre ellos, la autorregulación emocional y la protección interna, que se definen como los atributos personales que permiten a los sujetos-contrarrestar las conductas autodestructivas, lo que sugiere entonces que, posiblemente, hayan más elementos por develar con relación a lo abordado en este estudio en función de este hallazgo en particular, por ejemplo: ¿cómo es que en medio de tales adversidades (estar inserto en sistemas familiares disfuncionales y violentos, exposición a abusos, consumo de drogas, etc. y las sucesivas ideas suicidas e intento de suicidio) las personas logran “despertar” y autocuestionarse a tal punto de resurgir?

De conformidad con lo anterior, si bien los resultados permitieron comprender la conducta suicida en los adultos de la ciudad de Cartagena, Bolívar, preguntas como la anterior ponen de manifiesto la necesidad de realizar investigaciones más profundas que se orienten a develar lo que subyace a tales inquietudes; así mismo, suscita el interés por considerar nuevas líneas de investigación que trasciendan la identificación de los factores de riesgo y se centren en los factores protectores que contribuyen en mayor medida ante tentativas suicidas en población adulta.



## **Conclusiones**

En conclusión, la conducta suicida es un problema de salud pública que requiere una mayor atención e investigación. En este sentido, la conducta suicida no se rige por un único factor causal, sino que es el resultado de múltiples factores de riesgo. Por lo tanto, el estudio sobre la comprensión de la conducta suicida revela una compleja interacción entre factores personales, familiares y experiencias emocionales que contribuyen a los pensamientos y comportamientos suicidas en los participantes. Los factores personales, como la baja autoestima y el abuso, se combinan con dinámicas familiares disfuncionales y experiencias emocionales intensas para aumentar el riesgo de ideación suicida. Sin embargo, es alentador notar que la mayoría de los participantes expresaron la necesidad de ayuda profesional en momentos difíciles, lo que sugiere una oportunidad para la resiliencia a través de la búsqueda de apoyo y rehabilitación. Este conocimiento permitió proporcionar una base sólida para abordar la conducta suicida y sus diferentes factores de riesgo.

## Referencias

- Anseán, A. (2014). La prevención de los trastornos mentales y el suicidio. Fundación Salud Mental España (Ed.) *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. 2º edición, 966, Editorial paperback.
- Ardila, M. H. (2007). Perspectiva sistémica. En G, Sánchez (Ed.) *El suicidio y su prevención* . 245-260.
- Bahamón, M. J., Vásquez, Y., Reyes, L., Uribe, J. I., García, C., y Trejos, A. M. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21(39), 50–61. <https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2821>
- Bazán, J. L. y Olortegui, V. M. (2017). Prevalencia y factores asociados con la conducta suicida en adolescentes de Lima rural. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 3-16.
- Blandón, O. M., Carmona , J. A., Mendoza , M. Z. y Medina, Ó. A. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478.
- Bolaños, G. (2012). *Factores de riesgo relacionados con el suicidio en la ciudad de Cartagena de Indias 2010- 2011 y 2012*. Universidad Tecnológica de Bolívar. <https://repositorio.utb.edu.co/handle/20.500.12585/1640#page=1>
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R. y Turecki, G. (2008). Predecir intentos de suicidio en adultos jóvenes con antecedentes de abuso infantil. *Revista Británica de Psiquiatría*, 193(2), 134-139. doi:10.1192/bjp.bp.107.037994
- Bronfenbrenner, U. (1977). Una orientación ecológica. M, Cubí, (Ed.) *La ecología del desarrollo humano*. 1º edición, 25-35 ,Editorial Paidós.
- Casullo, M. M. (2005). *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social*. Anuario de investigaciones, 12, 173-182.
- Chapman, R. y Gavrin, J. (1993). El sufrimiento y su relación con el dolor. *Revista de cuidados paliativos*, 9 (2), 5-13. <https://doi.org/10.1177/082585979300900202>
- Cincinnati Children's Hospital Medical Center (2021), *Revista de la Comisión Conjunta sobre Calidad y Seguridad del Paciente*, 32 (10), 541-548.
- Córdova, M., Rosales, M. P., Caballero, R., y Rosales J. (2007) Ideación Suicida En Jóvenes Universitarios: Su Asociación Con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15 (2), 17–21.
- Cortés, A. (2014). Conducta suicida adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral* .30 (1), <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-717201>
- Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio.
- Durkheim, E. (2011). *El suicidio*. Fontamara.
- Echeburúa, E. (2015). *Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica*. *Terapia Psicológica*, 33(2).

- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer. En obras completas.* Amorrortu.
- Galindo, A. S. y Reyes, Y. A. (2015). *Uso de internet y habilidades sociales en un grupo de estudiantes de los programas de psicología y comunicación social y periodismo de la Fundación Universitaria Los Libertadores de Bogotá.* <http://hdl.handle.net/11371/580>.
- Gálvez, P. (2014), prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol, *manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, 611-630.
- García, H., Sahagún, J. E., Sanchez, G., Tirado, J. C., y González, J. G. (2010) Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 713-721.
- Ministerio de Salud. (2015). *ABECÉ Enfoque Curso de Vida.* <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>
- Gongora, P. y Pajares, L. (2018). *Estrategias de afrontamiento e ideación suicida en mujeres adolescentes de una institución educativa particular en la ciudad de Cajamarca* [Tesis de pregrado]. Universidad privada Antonio Guillermo Urrelo. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU>
- Guía práctica clínica para la prevención. (2010). *Diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida.* Sistema general de seguridad social en salud-Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-conducta-suicida.pdf>

- Guzmán, Y. (2006). Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. *Persona y bioética*, 10(2), 82-98.
- Heeringen, K. (2001). *The suicidal process and related concepts. Understanding suicidal behavior. The suicidal process: Approach to research treatment and prevention*. Wiley.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Husserl, E. (1998). *Invitación a la fenomenología*. Editorial Paidós.
- Londoño, M., Cañón, V. y Constanza, S. (2020) Factores de riesgo para conducta suicida en adolescentes escolarizados. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 20(2), 472-480. <https://doi.org/10.30554/archmed.20.2.3582>
- Medina, O., Piernagorda, D. y Rengifo, A. (2010). Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío-Colombia, entre 1989 y 2008. *Pensamiento psicológico*, 8(15), 9-16.
- Morales, S., Barros, J., Maino, M., Echavarrí, O., Armijo, I., Fischman, R., Nuñez, C., Moya, C., y Monari, M. (2017). Intento e ideación suicida en consultantes a salud mental: estilos depresivos, malestar interpersonal y satisfacción familiar. *Psyche*, 26(1), 5-0.
- Narváez, Y., Hernández, M. I., Vázquez, M., de la Cruz, A. M. y Olán, L. M. (2017). Depresión e ideas suicidas en jóvenes de educación media superior en Tenosique, Tabasco. *Salud en Tabasco*, 23 (1-2), 28-33.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE*. Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2021). Prevención del suicidio: un imperativo global.

Organización Mundial de la Salud: OMS. (2022). Salud Mental: Fortalecer Nuestra Respuesta

Patton, M.Q. (2015). *Qualitative research and evaluation methods*. (4ta. Ed.). Thousand Oaks: Sage. (5ta edición). McGraw-Hill.

Pávez, P., Santander, N., Carranza, J., y VeraVillarroel, P. (2009) Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 13(2), 226-233.

Pineda, C.A. (2017). Factores de riesgo de ideación suicida en una muestra de adolescentes y jóvenes colombianos autoidentificados como homosexuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48 (1), 2-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.06.001>

Reyes, V. D. L. C. R., Romero, M. A., Arteaga, M. E. R., y Castillo, A. G. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 699-708.

Sánchez, J. C. (2019). Factores de riesgo relacionados con el pensamiento y conducta suicida en una adolescente. [Trabajo de Grado], Universidad EAFIT. <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/15878?show=full>

Sarmiento, Z., Sánchez, S., Vargas, I., y Álvarez, M. (2010). Conducta suicida y su relación con factores de riesgo psicosocial. *MEDISAN*, 14 (8), 1054-1060.

Teorías Clásicas Sobre El Suicidio Escenarios Saludables Argentina. *Prevención Suicidio*.  
[www.escenariosaludables.ar/teorias-clasicas-sobre-el-suicidio](http://www.escenariosaludables.ar/teorias-clasicas-sobre-el-suicidio). Consultado el 28 de  
septiembre de 2023.

Villalobos, F.H., Arévalo, C., y Rojas, F.D. (2012). Adaptación del Inventario de Resiliencia  
ante el Suicidio (SRI-25) en adolescentes y jóvenes de Colombia. *Rev Panam Salud  
Publica*. 31(3):233–9.

Zudydt y Valois, (2020) Factores influyentes en la presencia de la conducta suicida Psicología,  
Universidad Cooperativa de Colombia Sede Arauca.

## Anexos



### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fuentes: Declaración de Helsinki 2002, Resolución 008430 de 1993 del Ministerio Nacional de Salud, Normas éticas internacionales para la investigación en humanos. Decreto 2378 de 2008.

**CODIGO CONSECUTIVO:** \_\_\_\_\_

NOTA: Este código es diligenciado por el investigador principal, asignando un código consecutivo a cada uno de sus participantes enrolados en la investigación

**Título del proyecto:** Comprensión de la conducta suicida en adultos de la ciudad de Cartagena, Bolívar.

**Identificación de los investigadores:**

**Investigador Principal:**

Thaideliz Saladen Cabeza (estudiante de décimo semestre) Thaysaladen@gmail.com- Escuela de Psicología Universidad del Sinú, seccional Cartagena.

**Sitio donde se llevará a cabo el estudio:** Cartagena, Colombia

**Entidad que respalda la investigación:** Universidad del Sinú – seccional Cartagena

**Entidad que financia la investigación:** No aplica



**Información para el paciente:**

Esta investigación tiene como propósito comprender el proceso de la conducta suicida en población adulta de la ciudad de Cartagena, Bolívar. Así mismo, la importancia de abordar esta problemática radica en que el suicidio se presenta en índices considerables en todo el mundo, lo que lo convierte en un problema de salud pública.

**Procedimientos del estudio:**

Su participación en este estudio requiere de una acción muy sencilla: responder una serie de preguntas que serán realizadas a partir de una entrevista estructurada con la cual se busca recolectar información sobre los factores relacionados con la conducta suicida. De igual manera, se aplicará una ficha de caracterización, a través de la cual se obtendrán datos de carácter sociodemográfico, tales como: edad, género, estrato socioeconómico, ocupación, entre otros, Usted NO tendrá que proporcionar ningún dato personal que permita revelar su identidad como, por ejemplo: nombre, dirección, teléfono, etc. Para facilitar el análisis, las entrevistas serán grabadas en formato audio para poder transcribir la información y analizarla.

**Confidencialidad**

Si decide participar en esta investigación, se garantiza que toda la información que se obtenga a través de la entrevista que usted responda será tratada de manera confidencial y se utilizará solo para los fines de este estudio. Ahora bien, es posible que los resultados de esta investigación sean publicados en revistas científicas o en eventos de carácter científico, pero resguardando siempre la identidad de los participantes.

### **Participación voluntaria en el estudio**

Su participación en este estudio es voluntaria, razón por la cual, si decide retirarse o no continuar en el mismo, lo puede hacer, sin que ello represente ningún tipo de perjuicio para usted.

### **Beneficios**

Los resultados de esta investigación podrían ser un punto de partida para futuras investigaciones orientadas a generar estrategias para la mitigación del efecto de los factores que están a la base de la conducta suicida, así como para estudios que busquen fortalecer los factores protectores como medida preventiva en poblaciones con riesgo de suicidio. No obstante, es importante señalar que esta investigación no busca obtener beneficio económico alguno ni para los investigadores ni para las personas que participen.

### **Posibles riesgos relacionados con su participación en este estudio**

Esta investigación se realizará teniendo en cuenta lo consignado, entre otras, en la resolución No. 0314 de 2018 del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación- Minciencias, mediante la cual se adopta la política de ética de la investigación, bioética e integridad científica, por lo que el riesgo de participar en este estudio es mínimo, pues solo se obtendrán datos a través de la entrevista estructurada, con los cuales no se buscará manipular su conducta.

### **Aceptación de la participación**

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente.

**Firma :** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**C.C.** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_

**Con domicilio en (Municipio / Departamento):** \_\_\_\_\_

**Dirección de residencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos de contacto:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Firma del testigo 1**\_\_\_\_\_

**Nombre del testigo 1:** \_\_\_\_\_

**C.C.** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_

**Con domicilio en el municipio / ciudad:** \_\_\_\_\_

**Dirección de residencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos de contacto:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Firma del testigo 2**\_\_\_\_\_

**Nombre del testigo 2:** \_\_\_\_\_

**C.C.** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_

**Con domicilio en el municipio / ciudad:** \_\_\_\_\_

**Dirección de residencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfonos de contacto:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Firma del Investigador Principal**\_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**C.C.** \_\_\_\_\_ **De** \_\_\_\_\_

**Comité de bioética, Universidad del Sinú – Elías Bechara Zainúm, seccional Cartagena.**

## Ficha de caracterización

**COMPRESIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA  
EN ADULTOS DE LA CIUDAD DE CARTAGENA,  
BOLÍVAR.**

<b>FECHA:</b>	
<b>LUGAR:</b>	
<b>ENTREVISTADOR:</b>	

DATOS DE PERSONALES						
<b>CÓDIGO</b>						
<b>EDAD:</b>						
<b>ESTADO CIVIL:</b>						
<b>PERSONAS CON QUIENES VIVE</b>		<b>GENERO</b>	<b>F</b>		<b>M</b>	
<b>ESTRATO</b>		<b>NIVEL</b>	<b>DE</b>	<b>ESCOLARIDAD:</b>		

<b>SOCIOECONOMICO</b>		<b>OCUPACIÓN</b>						
<b>RELIGIOSIDAD</b>		<b>HIJOS:</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>N °</b>	

<b>ANTECEDENTES</b>				
<b>TRASTORNOS MENTALES</b>				
<b>ENFERMEDAD</b>	<b>Si</b>		<b>No</b>	
<b>PÉRDIDAS SIGNIFICATIVAS</b>				
<b>VIOLENCIAS</b>				
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	

## Entrevista

A continuación, le formularé una serie de preguntas que buscan comprender aspectos de gran importancia relacionados con la conducta suicida. Es importante recordarle que todas sus respuestas a estas preguntas son confidenciales y se utilizarán solo para los fines de esta investigación. Así mismo, es importante que tenga en cuenta que, si en algún momento no se siente en disposición o no quiere responder a alguna de las preguntas que le formule, no hay ningún inconveniente.

1. Para comenzar, me gustaría conocer un poco acerca de usted, de su historia de vida, que me cuente, por ejemplo, ¿Qué lo llevó a asistir a este centro?
2. Para nadie es un secreto que todos pasamos por situaciones difíciles en la vida, sobre eso, quisiera preguntarle: ¿cómo ha manejado esas situaciones difíciles por las que ha atravesado?
3. Entiendo que, en ocasiones, podemos experimentar pensamientos negativos o preocupantes que pueden afectar nuestro bienestar emocional. En este sentido, me gustaría saber ¿cómo ha manejado esos pensamientos, o qué ha hecho para que esos pensamientos no lo perturben o no lo afecten?