



Desencadenante final por el cual una persona decide suicidarse, estudio cualitativo.

María Paula Gutiérrez Alzate

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría
Bogotá, Colombia 2023

Desencadenante final por el cual una persona decide suicidarse, estudio cualitativo.

María Paula Gutiérrez Alzate

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título

de:

Especialista en psiquiatría

Director (a):

Jorge Rodríguez-Losada

Codirectores:

Ricardo Sánchez Pedraza

Ángela Rocío Acero González

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría

Bogotá, Colombia 2023

Dedicatoria

Para todos aquellos que nos dejaron muy pronto.

Agradecimientos

A mis papás y a mi hermano por su apoyo incondicional en todo momento y a mi abuela, una mujer resiliente, el gran amor de mi vida, mi motor y una de mis mayores motivaciones.

Al Dr. Rodríguez-Losada, la Dra. Acero y el Dr. Sánchez por su guía durante la elaboración de este trabajo.

A Gustavo por todo su conocimiento y paciencia que fueron de gran ayuda en este proceso.

Agradezco a La Clínica Universidad de La Sabana por permitirme realizar este estudio contando para ello con la disposición tanto del recurso físico como humano.

Por último, agradezco enormemente a las personas que aceptaron de manera desinteresada participar, ya que sin ellos no hubiese sido posible desarrollar este proyecto de investigación.

Tabla de contenido

1. Introducción.....	1
2. Definición del Problema y Justificación.....	2
3. Marco conceptual.....	2
4. Pregunta de investigación.....	8
5. Objetivos.....	8
5.1. Objetivo primario.....	8
5.2. Objetivos secundarios.....	8
6. Materiales y métodos.....	8
6.1. Población.....	9
6.2. Muestra.....	9
6.3. Criterios de inclusión.....	9
6.4. Criterios de exclusión.....	10
6.5. Recolección de datos.....	10
6.6. Análisis de datos.....	10
6.7. Rigor metodológico.....	11
6.8 Consideraciones éticas.....	11
7. Resultados.....	12
8. Discusión.....	25
9. Limitaciones.....	28
10. Conclusiones.....	28
10. Anexo 1 Guía de entrevista semiestructurada.....	30
11. Anexo 2 Formato consentimiento informado.....	33
12. Referencias bibliográficas.....	35

Lista de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.....12

Tabla 2. Edad inicio ideación suicida-ideas suicidas persistentes.....22

Resumen

Introducción: El suicidio es una problemática a nivel mundial, se estima que cada año 703 000 personas cometen suicidio y el 77% de suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos. (WHO, 2021). Esta temática se ha estudiado ampliamente, donde se han identificado factores de riesgo y factores protectores, la prevención es clave para reducir el número de muertes por suicidio, por lo que estudiar los aspectos relacionados a los intentos suicidas desde la perspectiva de las personas que los realizan, es fundamental para generar un mayor entendimiento sobre la razón por la cual deciden terminar su vida.

Objetivo: Identificar los desencadenantes que presentan las personas cuando deciden realizar un intento de suicidio.

Metodología: Estudio de tipo cualitativo, se utilizó un muestreo intencionado donde se reclutaron 9 participantes mayores de 18 años, atendidos en la Clínica Universidad de La Sabana, que realizaron un intento de suicidio con requerimiento de manejo intrahospitalario, las personas que no aceptaran participar en el estudio o no tuvieran integridad cognoscitiva se excluyeron. Los datos fueron recopilados a través de entrevistas semiestructuradas y analizados de acuerdo con la teoría fundamentada.

Resultados: Ingresaron 9 participantes (M = 24,7 años) con los que se alcanzó la saturación de los datos. Todos fueron entrevistados dentro de la primera semana siguiente a un intento de suicidio. Posterior al análisis se encontraron cinco temas principales: (1) Elaboración de la idea suicida (2) Proceso de elección del método, (3) Detonante para pasar de la ideación al acto suicida (4) Valoración actual del acto suicida y (5) Factores protectores.

Conclusiones: Dentro de los principales hallazgos de este estudio, se hace énfasis en la importancia de identificar los principales detonantes que llevan a las personas de la ideación suicida a la acción, sin embargo, no es posible identificar un desencadenante final si no se evalúan otros factores que el individuo reconoce

como facilitadores de la ideación y del acto suicida. Respecto a los factores protectores cabe resaltar la importancia de fortalecer las redes de apoyo a nivel familiar y profesional.

Palabras clave: Suicidio; investigación cualitativa; Colombia.

Abstract

Final trigger by which a person decides to commit suicide, qualitative study

Introduction: Suicide is a global issue; it is estimated that 703,000 people commit suicide each year, with 77% of these cases occurring in low- and middle-income countries (WHO, 2021). Although extensively studied, identifying risk and protective factors, prevention is crucial to reduce suicide deaths. Therefore, studying aspects related to suicide attempts from the perspective of those who carry them out is essential to understand the reasons behind the decision to end their lives.

Objective: To identify the triggers that individuals experience when deciding to carry out a suicide attempt.

Methodology: Qualitative study with intentional sampling, including 9 participants aged 18 and older, treated at the University Clinic of La Sabana, who attempted suicide and required in-hospital management. Those who refused to participate in the study or lacked cognitive integrity were excluded. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to grounded theory.

Results: Nine participants (M = 24.7 years) were included, and data saturation was achieved. All interviews were conducted within the first week after a suicide attempt. After analysis, five main themes were identified: (1) Elaboration of the suicidal idea, (2) Process of choosing the method, (3) Trigger to move from ideation to suicidal act, (4) Current assessment of the suicidal act, and (5) Protective factors.

Conclusions: Among the main findings of this study, emphasis is placed on the importance of identifying the main triggers that lead people from suicidal thinking to action, however, it is not possible to identify a final trigger unless other factors that the individual recognizes as facilitators of suicidal thought and act are evaluated.

With regard to protective factors, the importance of strengthening support networks at the family and professional levels should be highlighted.

Keywords: Suicide; qualitative research; Colombia.

Introducción

El suicidio (del latín *suicidium*. *sui*: sí mismo y *caedere*: matar) es el acto en el que un individuo decide poner fin a su propia vida de manera intencional, es una problemática a nivel mundial ya que se estima que cada año 703 000 personas cometen suicidio y el 77% de suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos. (WHO, 2021). Esta temática se ha estudiado ampliamente, donde se han identificado factores de riesgo y factores protectores, la prevención es clave para reducir el número de muertes por suicidio, por lo que estudiar los aspectos relacionados a los intentos suicidas desde la perspectiva de las personas que los realizan, es fundamental para generar un mayor entendimiento sobre la razón por la cual deciden terminar su vida, teniendo en cuenta que múltiples factores influyen en esta decisión es fundamental investigar el suicidio como un proceso dinámico.

Dentro de la revisión de literatura realizada no se encontraron investigaciones en Colombia con un enfoque cualitativo de teoría fundamentada, lo que motivó la realización de esta investigación, cuyo objetivo primario es identificar los desencadenantes que presentan las personas cuando deciden realizar un intento de suicidio

Para esta investigación, la metodología que se utilizó fue desde un enfoque cualitativo de teoría fundamentada, el cual permitió abordar la temática desde un punto de vista personal, reconociendo las experiencias y significados individuales de cada uno de los participantes. Este estudio se realizó en la Clínica de La Universidad de La Sabana en Chía, Colombia. Se incluyeron personas que realizaron al menos un intento de suicidio con requerimiento de manejo intrahospitalario y que se encontraran dentro de los primeros siete días posterior a dicho evento. Se utilizó un muestreo intencional para reclutar a 9 participantes, quienes aceptaron voluntariamente su participación en el estudio y se formalizó mediante la firma de un consentimiento informado. Decidimos centrarnos solo en algunos casos para analizar sus relatos en profundidad, se les realizó una entrevista semiestructurada la cual fue analizada con codificación abierta y axial manual.

Definición del Problema y Justificación

El suicidio es una problemática a nivel mundial, se estima que cada año 703 000 personas cometen suicidio y el 77% de suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos. (WHO, 2021). En Colombia la tasa de intento de suicidio reportada en SISPRO para el período 2009 a 2016, se ha ido incrementando año tras año, pasando de 1,8 por 100.000 habitantes en 2009 a 36,08 por 100.000 habitantes en 2016. En la distribución de las tasas de intento de suicidio, por grupos de edad, se observa un ascenso progresivo, son más altas en el grupo de edad de 15 a 19 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años. El 79,9% de los casos provienen de las cabeceras municipales.

Esta temática se ha estudiado ampliamente, buscando identificar factores de riesgo y factores protectores, para así ampliar el conocimiento respecto a la prevención, lo cual es clave para lograr reducir el número de muertes por suicidio, por lo que estudiar los aspectos relacionados a los intentos suicidas desde la perspectiva de las personas que los realizan, es fundamental para generar un mayor entendimiento sobre la razón por la cual deciden terminar su vida, teniendo en cuenta que múltiples factores influyen en esta decisión, es fundamental investigar el suicidio como un proceso dinámico. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente se plantea la pregunta: ¿Cuáles son las principales motivaciones de una persona que decide cometer un intento de suicidio?

Marco conceptual

El suicidio (del latín *suicidium*. *sui*: sí mismo y *caedere*: matar) es el acto en el que un individuo decide poner fin a su propia vida de manera intencional. Aunque se ha considerado un acto humano se han documentado suicidios en otras especies del reino animal (perros, cetáceos, patos, ciervos entre otros). Históricamente se han propuesto múltiples términos y clasificaciones de las conductas asociadas al suicidio, buscando estandarizar la terminología utilizada; el intento de suicidio se ha definido como el conjunto de comportamientos iniciados por el propio sujeto, quien,

al llevarlos a cabo, tiene al menos cierta intención de morir, aunque estos pueden o no causar lesiones médicas (APA, 2013). Desde los albores de la humanidad y a lo largo de diferentes culturas se han documentado conductas suicidas (en occidente, los casos de Yocasta, Dido, Ajax el grande) pero el primero que esbozó una posición racional frente al suicidio fue Sócrates (siglo IV a.C) quien definió el suicidio como una agresión contra la sociedad con lo cual se adelantó, más de un milenio, a los aportes realizados por Durkheim.

Si bien es cierto que en occidente desde el auge del cristianismo el suicidio fue considerado un pecado capital que exponía *-ipso facto-* al suicida a las penas eternas del infierno (atentaba contra el quinto mandamiento: no matarás, Dante lo ubica- en La Divina Comedia- en el séptimo círculo del segundo recinto del infierno. Canto decimotercero) dicha visión empezó a cambiar (incluso dentro del seno de la iglesia, aunque de manera más lenta y gradual) con el surgimiento del humanismo (Renacimiento) hacia mediados del siglo XV, cuando se empezó a tener una visión más amplia y se esbozaron las posibles explicaciones -más allá de las religiosas- sobre dicho fenómeno, aunque llama la atención que en la legislación anglosajona (Reino Unido) fue considerado un crimen hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX (1961). Dicho cambio se apreció además a través de la literatura, en donde autores como Shakespeare o Goethe lo mencionaron en varias de sus obras.

En contraste, en algunas regiones especialmente del lejano oriente (China, Japón, India) o para las antiguas culturas germánicas (celtas, galos, visigodos, vikingos) este era aceptado por motivos de honor militar o familiar, así como para evitar una vejez, enfermedad o muerte vergonzosa. Sin embargo, se ha documentado que en algunos periodos de guerra han disminuido los suicidios por un ideal colectivo y que en épocas de derrota aumentan.

Robert Burton (1621) fue la primera persona que asoció el suicidio a una condición mental, en este caso, a la melancolía, entendida en ese entonces como un conjunto de enfermedades mentales agrupadas bajo una misma categoría nosológica. Posteriormente Esquirol y Pierre de Boismont hablaron del modelo anatomo-clínico que era parte de la visión psiquiátrica de la enfermedad mental. Emil Durkheim

(1858-1917), sociólogo francés, fue el primero en realizar un estudio a profundidad sobre el suicidio (*El Suicidio*) en donde clasificó las conductas suicidas en cuatro tipos a saber: el egoísta, altruista, anómico y fatalista según la integración o regulación que exista.

Leo., et al, propuso una nomenclatura que abarca todo el espectro de las conductas suicidas, identificando tres desenlaces posibles: comportamiento suicida fatal, comportamiento suicida no fatal con lesiones y comportamiento suicida no fatal sin lesiones. (Leo., et al, 2006). Mientras que Beautrais propuso categorizar los intentos de suicidio de acuerdo a su gravedad, donde define el intento suicida de gravedad medica como todo intento suicida que requiera atención en el servicio de urgencias y que, además, necesite ingreso hospitalario de al menos 24 horas y cumpla uno de los siguientes criterios: a) tratamiento en unidades especializadas (unidad de cuidados intensivos, unidad de quemados, cámaras hiperbáricas); b) cirugía bajo anestesia general; c) tratamiento médico extenso (lavado gástrico, carbón activado u observación neurológica) incluyendo telemetría, requerimiento de antídoto o seguimiento con paraclínicos. También se incluyen intentos suicidas con métodos de alta letalidad (ahorcamiento, disparo, salto de al vacío) y que requieran tratamiento por más de 24 horas. (Beautrais, 2001). Esta categorización adquiere importancia, teniendo en cuenta que las personas con antecedentes de intentos de suicidio graves tienen un mayor riesgo de suicidio futuro en comparación a las que han realizado intentos menos graves. (Beautrais, 2004)

Dentro de los modelos explicativos del suicidio tenemos los propuestos por Plutchik y Van Praag (1989) que lo define como el resultado final de un impulso agresivo en el cual se produce la conducta y posteriormente se decide la dirección (suicidio o violencia). Otro de los modelos fue propuesto por Fawcet y cols (1997) que menciona que hay dos tipos de factores de riesgo: agudo (menor de un año) y crónico (mayor de un año) y que se asocia a su vez a una hipofunción serotoninérgica; y un modelo más reciente y completo propuesto por Mann (1999), que está dividido en varias partes. Una primera que parte de un estado objetivo del paciente (depresión, psicosis, sucesos vitales) que a su vez generan una serie de

cambios a nivel cognitivo en los que se presentan las ideas de desesperanza y la ideación suicida que, a su vez puede desembocar en un plan suicida lo que unido a una actividad serotoninérgica disminuida (que se puede ver potencializada por alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, lesión cerebral) pueden aumentar la impulsividad y la agresividad de manera considerable que lleva a la conducta suicida.

Según la organización mundial de la salud (OMS), cada año 703 000 personas cometen suicidio, el 77% de suicidios ocurren en países de bajos y medianos ingresos. En el año 2019 fue la cuarta causa de muerte a nivel mundial en personas de 15 a 29 años. Las tasas de suicidio varían dentro de los diferentes grupos de edad dependiendo del país estudiado, por ejemplo, en Estados Unidos y Reino Unido se encuentra un segundo pico entre los 45 y 60 años. Las mujeres cometen más intentos de suicidio, sin embargo, los hombres se suicidan casi el doble que las mujeres, esto se puede explicar por la preferencia de métodos más letales y la renuencia de los hombres a buscar ayuda. (WHO, 2021)

En Colombia, desde el año 2016, se hace vigilancia epidemiológica del intento de suicidio, el cual se ha encontrado que es un factor predictivo del suicidio consumado; esto se hace a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), igualmente, se monitorea la mortalidad por suicidio, a través del reporte de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.

La tasa de intento de suicidio reportada en SISPRO para el período 2009 a 2016, se ha ido incrementando año tras año, pasando de 1,8 por 100.000 habitantes en 2009 a 36,08 por 100.000 habitantes en 2016. En la distribución de las tasas de intento de suicidio, por grupos de edad, se observa un ascenso progresivo, son más altas en el grupo de edad de 15 a 19 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años. El 79,9% de los casos provienen de las cabeceras municipales. Durante el periodo comprendido entre 2015 y 2020 el año con mayor número de víctimas de actos suicidas fue el año 2019, donde se registraron 2.927 suicidios, mientras que en el

año 2020 se registraron 2.714 suicidios, en 2021 se registraron 2.962 suicidios en Colombia, (DANE 2021)

Según el DANE, en 2020 los departamentos con mayor número de muertes por suicidio fueron Vaupés en el primer lugar, lo sigue Amazonas, Arauca, Tolima y Quindío. En el año 2021, según los datos reportados por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, se registraron en la ciudad de Bogotá D.C. 337 suicidios, para una tasa de mortalidad de 4,3 por cada 100.000 habitantes. Se presentó una razón de 5:1 en hombres respecto a mujeres. El rango de edad de 20 a 24 años presenta la mayor frecuencia de mortalidad por suicidio con 16,91 %, seguido del grupo de 25 a 29 años con el 13,35 % y el grupo de 30 a 34 años con el 10,98 %. (INML – CF, 2021). Los principales factores desencadenantes del intento de suicidio que se identificaron fueron conflictos de pareja o expareja (41,1%), los problemas económicos (11,5%), problemas escolares (6,2%) y el maltrato físico, psicológico o sexual (5,8%). El método más común de intento de suicidio es la intoxicación (65% de los casos), seguido de lesiones con armas cortopunzantes (19,5%), ahorcamiento (5%) y lesiones por arma de fuego (45%). La ingesta de plaguicidas es común sobre todo en zonas rurales. (DANE, 2021)

El suicidio se ha identificado como un problema de salud pública a nivel mundial, teniendo en cuenta el aumento en su frecuencia, los potenciales años de vida que se dejan de vivir por las muertes prematuras, lo que se deja de producir para la economía de un país por esta causa y las afectaciones en la familia y en la comunidad; esto ha motivado que se realicen múltiples investigaciones para establecer tanto factores de riesgo como factores protectores. (CDC, 2020)

Se han descrito varios factores de riesgo basados en un modelo biopsicosocial, dentro de los familiares se ha encontrado en estudios de cohortes, que el suicidio y los intentos de suicidio se transmiten de forma independiente de psicopatologías (Fonseca-Pedrero., et al, 2022); Las personas que perdieron a alguno de sus padres por suicidio tienen el doble de riesgo de suicidio, en comparación con aquellos que perdieron a alguno de sus padres por otras causas, mientras que los hijos de

individuos que han intentado suicidarse tienen un riesgo cinco veces mayor de intentar suicidarse que la población general. (Brent., et al, 2015)

La transición de la ideación suicida a un intento de suicidio puede ser facilitada por algunas condiciones psiquiátricas, como trastornos del afecto, en especial, el trastorno depresivo mayor, el trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, abuso de sustancias psicoactivas y algunos rasgos de personalidad. (O'Brien., et al, 2019). En el caso de abuso de sustancias, la conducta suicida en el contexto de consumo de alcohol ha sido ampliamente estudiada; la intoxicación por alcohol aumenta las tendencias suicidas por sí misma, especialmente cuando se relaciona con trastornos de adaptación y depresión. Aparte del alcohol, el uso dentro de los 6 meses de medicamentos sedantes-hipnóticos y el cannabis se asocia con mayor frecuencia a intento de suicidio que otras sustancias. (Wetterling., et al, 2013). Otras condiciones médicas que han sido asociadas al aumento en el riesgo de suicidio son la discapacidad en la enfermedad física crónica, enfermedades inflamatorias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y dolor crónico (Campbell., et al, 2015);

Dentro de los factores económicos y sociales asociados con el suicidio están la pérdida de empleo, deudas, bajos ingresos económicos, ruptura de relaciones, poca conexión con la familia, ser soltero y ser parte de la población LGBT+. (Bachman, 2018). Entre los factores de riesgo ambientales para el suicidio, uno de los más importantes es el acceso a los métodos. Se ha demostrado que el acceso a métodos más letales es un predictor importante de suicidio. (Turecki., et al, 2019).

También se han descrito algunos factores protectores, que incluyen apoyo social y familiar, capacidad para resolver problemas, habilidades emocionales, acceso limitado a los métodos de suicidio, creencias culturales y religiosas que desalientan el suicidio. (Al-Halabí, 2021)

La prevención es clave para reducir el número de muertes por suicidio, por lo que estudiar los aspectos relacionados a los intentos suicidas desde la perspectiva de las personas que los realizan, es fundamental para generar un mayor entendimiento sobre la razón por la cual deciden terminar su vida. Por esto se considera que la investigación cualitativa de la conducta suicida debe ser cada vez más frecuente,

con el fin de realizar distintos esfuerzos en la búsqueda de información que permita diseñar estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el principal desencadenante de una persona que decide cometer un intento de suicidio?

Objetivos

Objetivo Primario

Identificar el principal desencadenante que presentan las personas cuando deciden realizar un intento de suicidio.

Objetivos Secundarios

Explorar las motivaciones que llevan a la persona de la ideación al intento de suicidio.

Encontrar algunos de los factores personales, sociales y ambientales que las personas asocian a la decisión de realizar un intento de suicidio.

Indagar sobre posibles factores protectores para evitar el suicidio según los mismos perpetradores.

Materiales y métodos

Diseño

Para esta investigación, se realizó un estudio cualitativo con enfoque de Teoría fundamentada, el cual permitió abordar la temática desde un punto de vista personal, reconociendo las experiencias y significados individuales de cada uno de los participantes.

Ámbito de estudio

Este estudio se realizó en la Clínica Universidad de La Sabana en Chía, Colombia.

Población

Personas que hubiesen realizado al menos un intento de suicidio con requerimiento de manejo intrahospitalario y que se encontraran dentro de los primeros siete días posterior a dicho evento.

Muestra

Se utilizó un muestreo intencionado y tras la inclusión de 9 participantes se alcanzó el punto de saturación. Al realizar estudios cualitativos, en los que se busca desarrollar conceptos teóricos, el tamaño de la muestra es guiado por el objetivo de la investigación. Uno de los métodos utilizados es la saturación, que en términos generales se describe como la ausencia en la obtención de datos nuevos, sin embargo, también denota el desarrollo de categorías nuevas en términos de sus propiedades y dimensiones. (Saunders MNK, 2012) En la presente investigación la saturación se consideró cuando las siguientes entrevistas no permitieron ampliar el número de categorías.

Además, para incluir una muestra heterogénea con máxima variación, incluimos tanto a personas con un solo intento suicida como a aquellos con múltiples intentos.

Los participantes cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Personas mayores de 18 años atendidas en la Clínica Universidad de La Sabana que hayan realizado al menos un intento de suicidio con requerimiento de manejo intrahospitalario.

Criterios de exclusión

No aceptación de participar en el estudio

Ausencia de integridad cognoscitiva

Recolección de datos

Las entrevistas se realizaron presencialmente en una sala privada en la unidad de salud mental y en la unidad de cuidados intensivos de pacientes hospitalizados. Las entrevistas tuvieron una duración de 37 a 54 minutos, con un promedio de 48 minutos y fueron grabadas en audio, transcritas de manera literal y completa. Todas las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal utilizando una guía de entrevista semiestructurada con preguntas abiertas. Todos los participantes fueron entrevistados dentro de la primera semana siguiente a un intento de suicidio; 7 entrevistas se realizaron en la unidad de salud mental y 2 se realizaron en la unidad de cuidados intensivos.

Análisis de datos

El análisis se realizó siguiendo los lineamientos de la Teoría fundamentada. El objetivo inicial del investigador es identificar temas y conceptos comunes que vinculan a los individuos a través de los datos, al lograr identificar estos patrones es posible realizar la integración de una teoría. Para realizar el presente análisis, y una vez realizada una lectura repetida de cada una de las transcripciones, se codificó línea a línea cada entrevista (codificación abierta); posteriormente se realizó una comparación constante entre códigos, para identificar patrones conceptuales y

temas en los datos que luego pueden ser agrupados bajo categorías (codificación axial) y, por último, se realizó la codificación selectiva en la cual se se reintegran en códigos más abstractos. (Woods, P., et al, 2016).

Rigor metodológico

En el presente trabajo se tuvieron en cuenta los siguientes elementos de rigor de la investigación: con el fin de garantizar la calidad de la información obtenida se tuvieron en cuenta los criterios de validez y autenticidad mediante la observación continua y triangulación de fuentes. Se realizó una descripción completa de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los participantes de acuerdo con el criterio de transferibilidad. Adicionalmente, se tuvo en cuenta la confirmabilidad, mediante una triangulación de los datos con dos psiquiatras expertos con quienes se llegó por común acuerdo a los resultados, al realizar transcripciones textuales de las entrevistas y al comparar la información obtenida con la literatura existente. El proceso reflexivo de los investigadores contribuyó a lograr un mayor rigor metodológico. (Noreña A., et al, 2012).

Consideraciones éticas

Este trabajo se enmarca en la Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud). El estudio emplea la evaluación clínica directa dirigida a obtener los datos necesarios para la investigación; no pretende realizar ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.

Se considera una investigación con riesgo mínimo, contó con el consentimiento informado y por escrito de los sujetos de investigación, contó con la aprobación por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución involucrada en la investigación y de la Universidad Nacional de Colombia, La información obtenida

será confidencial y se realizó la anonimización de las transcripciones previas a su análisis. Los resultados serán publicados preservando este principio. Los consentimientos informados diligenciados se guardarán por un periodo de 5 años desde la finalización del estudio.

Ningún miembro del equipo de investigación reporta conflictos de interés.

Resultados

En total ingresaron 9 participantes (M = 24,7 años) Los participantes identificaron su género como femenino (n = 4) y masculino (n = 5). Los métodos de intento de suicidio incluyeron: intoxicación exógena con medicamentos, heridas autoinfligidas (cortes), auto estrangulación e intento de lanzarse al vacío, de los nueve casos en tres (33.3%) se combinaron dos métodos de suicidio. De la muestra, el 44% de los participantes informó de un intento de suicidio previo. A continuación, en la tabla 1, se describen algunas características sociodemográficas de los participantes.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes

	Edad (años)	Sexo	Ocupación	Escolaridad	Estado civil	Orientación sexual	Atención previa salud mental
M1	25	Masculino	Empleado	Bachiller	Soltero	Heterosexual	Si
F2	31	Femenino	Hogar	Bachiller	Casada	Heterosexual	Si
M3	27	Masculino	Empleado	Profesional	Soltero	Bisexual	Si
F4	22	Femenino	Desempleada	Profesional	Soltera	Bisexual	Si

M5	22	Masculino	Estudiante	Bachiller	Soltero	Bisexual	Si
M6	22	Masculino	Estudiante	Bachiller	Soltero	Heterosexual	No
F7	24	Femenino	Desempleada	Bachiller	Soltera	Homosexual	Si
F8	27	Femenino	Estudiante	Profesional	Soltera	Bisexual	Si
M9	23	Masculino	Estudiante	Profesional	Soltero	Ginecofilico*	Si

Nota. Elaboración propia.

*El paciente lo define como atracción sexual hacia personas con caracteres femeninos.

Tras el análisis se encontraron cinco temas principales, (1) Elaboración de la idea suicida (2) Proceso de elección del método, (3) Detonante de pasar de la ideación al acto suicida (4) Valoración actual del acto suicida y (5) Factores protectores. A continuación, se describe cada uno de ellos.

Tema 1. Elaboración de la idea suicida

Durante las entrevistas, todos los participantes dieron descripciones detalladas sobre las circunstancias que los llevaron a la decisión de intentar suicidarse, su estado de ánimo y su percepción de las circunstancias que rodearon dicho evento. En ellas es evidente que varios de los participantes experimentaron minusvalía, culpa, desregulación emocional, poca esperanza de sentirse mejor; algunos de los participantes crecieron en contextos familiares conflictivos donde identifican una pobre red de apoyo principalmente en su familia nuclear desde la infancia y que se ha mantenido hasta la actualidad. Algunos relatan conflictos con sus parejas sentimentales de larga data lo que ha detonado la ideación suicida. En general se presentan múltiples elementos asociados, más que un único factor. A continuación, se describen algunos de ellos.

Edad de inicio de la ideación suicida

Respecto a la edad de inicio de la ideación suicida, tres de los participantes identificaron que comienza en la infancia. A continuación, una paciente narra su primer recuerdo relativo al suicidio, cuando a los cinco años realiza ingesta exógena de medicamento con fines suicidas, a pesar de que no recuerda la situación que desencadena esta acción, recuerda que se dio en el contexto de ánimo triste y que presentaba deseo de morir:

“Mmm, mi primer pensamiento fue a los 5 años, eh recuerdo mucho que llegué triste a la casa y no me acuerdo por qué, o sea, no tengo la situación presente, pero pues quería ya morirme y cogí muchas pastillas de aspirina y me las tomé y no pasó nada porque eran aspirinas, pero pero ese es mi primer recuerdo”. (P8)

En la siguiente viñeta una paciente narra como a los ocho años empieza a presentar ideación suicida relacionada con eventos adversos durante esta época, dados por abuso sexual, cambios en la dinámica familiar, maltrato físico y verbal por parte de su madre, el fallecimiento de su padre con quien tenía una relación cercana y a quien identificaba como la única red de apoyo con la que contaba en ese momento:

“A los 8 años... pues son muchos recuerdos, pero lo que yo recuerdo era, violación y el maltrato físico, psicológico, abandono, eh bueno, realmente fueron tantas cosas, la muerte de mi papá también tuvo mucho que ver bueno, realmente fueron muchas cosas traumáticas... Mi mamá desde muy pequeña me ha dicho como <ay, pues por qué no se muere, prefiero tenerla a usted 7 metros bajo tierra> la verdad, ese tipo de comentarios no ayudan para nada”. (P7)

Tres participantes inician con la ideación suicida en la adolescencia, a continuación, uno de ellos menciona el impacto que tuvo una subcultura urbana en la elaboración de la ideación suicida en su caso, a pesar de no pertenecer a esta subcultura, refiere como algunos de sus principios como no tener una vida placentera y no querer vivir, lo influenció:

“Bueno, pues en esa en esa época estaba muy de moda, por así decirlo muy presente el pensamiento de los famosos emos... pues a pesar de que no yo no era uno, indagando y demás entendí que ellos, pues su metodología de vida era eh pues el no vivir, el estar ausentes, el, si el estar como fuera de una vida placentera digámoslo así, entonces mmm ya pensamiento de suicidarme empezó como a tener más presencia cuando yo ya había momentos en que yo ya no quería vivir, cómo se hace esto de no querer vivir.. pues intentando matarse”. (P3)

Tres participantes inician la elaboración de la idea de suicidio en la adultez joven. En la siguiente viñeta un participante menciona cómo se desarrolla la ideación suicida, en su caso, a los 22 años cuando se encontraba con una marcada desregulación emocional e identificando el suicidio como una forma de escape:

“Pues yo la veía de acuerdo a lo que creo de mis principios es que no lo veo como un suicidio, sino como para calmar, para calmar como el dolor, las emociones, los sentimientos, o sea, no poder sentir nada de todo eso que hago día a día a día, es decir, como eso era, era como lo que yo quería, no sentir emociones, no sentir dolor no sentir cosas entonces yo decía como la única forma de no sentir eso, pues no seguir en este mundo ir a otro mundo decía yo”. (P5)

Frustración “ya no aguantaba”

Seis de los participantes mencionaron que un factor importante en la elaboración de la ideación suicida es la frustración y cansancio, que se va generando por diversas situaciones como dificultades económicas, bullying, relaciones conflictivas familiares, principalmente con los padres y la pareja e infidelidad. En el siguiente párrafo un participante explica cómo se va creando la idea de suicidarse y cuando se le pregunta si consideró alguna posibilidad distinta a la de intentar suicidarse, aunque duda, considera que no:

“Es que era demasiada frustración e impotencia mmm yo no sé, creería que no, me estaba sintiendo muy mal, la frustración estaba muy fuerte, yo tenía apoyo de mi

familia y mi novia, no sé y aun así lo hice, pero es que yo casi no les decía las cosas". (P1)

A continuación, un paciente narra cómo se elabora la ideación suicida a raíz del bullying que estaba sufriendo en el colegio y menciona como su prima lo descubre y frustra su primer intento suicida:

"Yo ya no aguantaba el colegio, ya no aguantaba nada mucho, yo ya no aguantaba nada, ya no aguantaba, entonces recuerdo que la primera vez que lo intenté fue con un cuchillo pero me descubrió mi prima". (P9)

Minusvalía

Tres de los participantes mencionan como la minusvalía juega un papel clave en la elaboración de la idea de suicidio actual, en las siguientes viñetas dos participantes describen sus emociones en torno a lo que sucedió previo al intento de suicidio, ambos en el contexto de discusiones con parejas sentimentales:

"Ok, sí, soy un mal padre, también soy un mal hijo, soy un mal estudiante, soy un mal trabajador, o sea, soy un mal en todo, o sea soy un fracaso, entonces sí, soy un fracaso en todo. ¿para qué estar acá?". (P3)

"Sino que yo misma me, o sea, yo como que me menospreciaba el estar con él porque yo decía, ahora él hace esto y él hace lo otro y lo otro y yo no surjo, no sé qué es lo que me pasa, no sé qué es lo que tengo yo digo que es mejor que estén sin mí ". (P2)

Desesperanza

Cuatro de los participantes entrevistados mencionan la desesperanza como el principal factor que contribuyó en la elaboración de la ideación suicida. A continuación, una participante menciona el temor que le produce sentir que no iba a mejorar y su deseo de no volverse a sentir de esta manera:

“Creo que es más eso, que tenía mucho miedo de no mejorar y de seguir sintiéndome así por el resto de mi vida y dije <yo no quiero volver a sentir esto nunca más>”. (P4)

Tema 2. Proceso de elección del método

Durante la entrevista, a los participantes se les realizaron varias preguntas respecto a la elección del método, como las preocupaciones que tuvieron al respecto, las cosas que buscaban al elegir el método, las fuentes de información que utilizaron, el tiempo transcurrido desde la elección a la acción y los sentimientos que presentaron al momento de elegir el método, a continuación, se describen algunas subcategorías al respecto.

“Y si falla”

Durante la entrevista se les preguntó a todos los participantes si algo les preocupaba respecto a la elección del método suicida, siete de ellos mencionaron preocupación respecto a las secuelas físicas, especialmente motoras, con las que pudieran quedar en caso de que fallara el método. Dos participantes mencionaron que les preocupaba que el método fuera poco estético A continuación dos participantes expresan su preocupación al elegir el método de suicidio:

“que quedará deforme, que quedara fea, que quedara parapléjica sí me tiraba por la ventana pensaba como <ay no qué tal que quede deforme o que quede parálítica, que quede viva>. Entonces vi como cortarme y pensaba como <si alguien me encuentra y me quedan las marcas> entonces luego no, entonces decidí ahorcarme”. (P8)

“El primo de de mi ex él se suicidó por ahorcamiento y todo eso, pero pues digamos, para mí era la opción menos viable por lo que yo quería que al menos me vieran en el ataúd lo menos feo posible y pues sé que eso a uno lo deja hinchado de la cara del cuello para arriba y con los ojos saltones y demás”. (P3)

“Qué sea fácil y rápido”

Cinco participantes identificaron que buscaban en el método que fuera de fácil accesibilidad, cuatro participantes mencionaron que deseaban un método que fuera rápido, en las siguientes viñetas los participantes describen algunas situaciones relacionadas en la elección del método:

“Algo que me fuera accesible porque yo pensé en tirarme del último piso, pero como lo estaban arreglando la azotea no podía pasar, yo si pensé en tirarme, entonces traté de buscar otra cosa que fuera accesible para mi y por eso fue que busqué las pastillas”. (P9)

“Lo hice como porque cuando miraba en internet pues tocaba comprar las pastillas, entonces pues tocaba esperar, yo no quería esperar, sí me tiraba por la ventana pensaba como <ay no qué tal que quede deforme o que quede paralítica, que quede viva>; Entonces vi como cortarme y pensaba como <si alguien me encuentra y me quedan las marcas> entonces luego no, entonces decidí ahorcarme y creo que fueron como 4 horas”. (P8)

“Entonces investigué y la única manera que parecía más certera, algunos por información indirecta era tirándome de un séptimo piso que bueno tirándome en un lugar alto, el problema es que para no quedarme paralítico y que terminará peor de lo que estaba ahorita tendría que caer de cabeza, entonces empecé a hacer los cálculos matemáticos de más o menos cuánta fuerza requeriría más o menos cuánta velocidad requeriría desde la desde la ventana hasta el piso y desde esa velocidad, velocidad cero más o menos en un intervalo corto de tiempo ya tendría la aceleración con mi masa tendría la fuerza me dio 78000 newtons y la fuerza necesaria para romper un cuello y un cráneo está alrededor de 4500 entonces estaba seguro de que si me tiro de la manera correcta iba a ser rápido y efectivo”. (P6)

Tiempo transcurrido desde la ideación suicida a la elección del método “muy rápido”

Respecto al tiempo transcurrido entre la ideación suicida y la elección del método, siete participantes informaron que el tiempo transcurrido fue de pocas horas, como lo expresa el siguiente participante:

“Eso fue muy rápido, en ese arranque, yo ya venía muy preocupado por todo eso, pero ese día me dijeron que no me iban a pagar la plata extra de los turnos entonces ahí mismo decidí hacerlo, todo fue rápido, como en unas horas”. (P1)

Sentimientos “Alivio”

Al preguntarles sobre los sentimientos que presentaron al momento de elegir el método, tres de los participantes no recuerdan haber tenido un sentimiento en especial, el resto de los participantes expresaron alivio y tranquilidad asociados a la sensación de resolución de problemas. A continuación, tres participantes hablan de los sentimientos que presentaron al elegir el método de suicidio:

“Me sentí tranquilo porque por fin encontré una manera en la que puedo morir rápidamente, ¿sabes? me preocupa mucho morir con dolor o que no funcione ¿sabes? es algo que he tratado de evitar que me detiene mucho, me detiene demasiado yo creo que si no fuera por eso lo intentaría más veces”. (P9)

“Aliviada. <Ya hoy me voy a matar y ya no tengo más problemas, ya no voy a ser un problema para los demás porque eso es como me hacen sentir>”. (P7)

Tema 3. Detonante de pasar de la ideación al acto suicida

Todos los participantes de este estudio identificaron un detonante claro del paso de la ideación al intento de suicidio actual, se clasificaron en dos subgrupos: Los pacientes que presentan como detonante la sensación de soledad y los que presentan baja tolerancia a la frustración, que se manifestó en actitudes impulsivas, en este caso el acto suicida.

Sensación de soledad

Tres de los participantes presentan como detonante principal la sensación de soledad momentos previos al intento de suicidio. A continuación, en las siguientes viñetas dos participantes mencionan lo que ocurrió momentos antes del intento de suicidio:

“Pensaba, bueno, sí, ah en mi mamá pensaba cómo <¿Por qué no sube, por qué no me ayuda, si yo le acabo de decir que me quiero suicidar, por qué no está pendiente de mí, por qué no me abraza, por qué no está aquí?>, eso pensaba, me toca sola, me tocará sola”. (P8)

“Esos días fue el detonante de que ya no quería guardarme más ya no quería seguir siendo la persona que guardaba y me guardaba y me guardaba todo y me callaba y yo solo yo solito sufría entonces dije no más yo quiero no sentir más dolor”. (P5)

Frustración

Seis de los participantes tuvieron como detonante la baja tolerancia a la frustración, algunos de ellos en contexto de discusiones que tuvieron con sus familiares, varios mencionan la sensación de que no son comprendidos a pesar de que en varias oportunidades intentaron comunicarles a personas cercanas el dolor que estaban experimentando, lo que generaba una sensación de invalidación, como lo narra el siguiente participante:

“Yo creo que siempre en los intentos de suicidio y en este no es la excepción, son un detonante, o sea tú tienes como tu carga de muchas cosas malas y cargas, cargas, cargas y lastimosamente no puedes soltar, ir soltando de a poquitos como ir liberando para por si llega algo, pues y también poderlo cargar sin problemas de peso, por así decirlo; En esta ocasión el detonante fue mi ex pareja con la que tengo un hijo, mi mi, ella me decía que bueno desde hace vario tiempo, desde que nos separamos que yo soy un mal padre... Yo seguí hablando con ella, como ya tratando de cerrar el tema para que no fuera otro ataque de ansiedad, sin embargo,

ella seguía y seguía y seguía y seguía recalcando que yo era lo peor, lo peor, lo peor". (P3)

En la siguiente viñeta un participante comenta que el principal catalizador en su caso para pasar de la ideación al acto suicida fue la baja tolerancia a la frustración que se desencadena en un evento donde presenta marcado autorreproche:

"Me doy cuenta que esa persona que creía que era yo, uno de mis pilares fundamentales de mi persona que creía que era así no, no, no, no lo soy y eso me hace sentir una culpa terrible, me hace sentir una mierda, entonces el no poder soportar que yo no sea como yo creía y quería ser pues fue lo que catalizó eso". (P6)

Tema 4. Valoración actual del acto suicida

Cinco de los participantes manifestaron arrepentimiento respecto al acto suicida. En las siguientes viñetas, dos participantes expresan los pensamientos que presentaron posterior al intento de suicidio:

"Claro, o sea, yo caigo en cuenta en la Cardioinfantil y yo me miraba a mi mano, y decía, ¿Yo fui capaz de hacerme esto?, ¿Cómo es posible que yo misma me hiciera esto o sea? ¿Por qué? ¿Por qué? Y eso siempre le decía a mi Dios, ¿Por qué Dios?, ¿Por qué yo tenía que atentarse contra mi vida y de esa manera?". (P2)

"Todos estos días me arrepiento mucho porque como te digo ver a mi familia tan unida el amor que me han transmitido, todo eso y todo lo que he logrado poder reflexionar me ha hecho arrepentirme muchísimo, ¿Por qué hice esto si soy un chico joven, tengo mucha vida por delante, mi familia me ama?". (P5)

Tres de los pacientes presentan ideas de suicidio persistentes en el momento de la entrevista, a continuación, dos de los participantes responden si persisten ideas de suicidio en el momento de la entrevista:

“Sí lo he considerado, no lo he hecho, digamos creo que para eso hay 3 etapas, según yo, según yo, nadie me las ha dicho; una es pensarlo otra es como ir mirando el camino y otra es ejecutar, según yo son esas 3 etapas, entonces en los pensamientos, si se han quedado muy rondantes”. (P3)

“Ahorita estoy tratando de que, en Colombia, o sea que me den por Compensar la eutanasia psiquiátrica, creo que así sí no sería tan traumatizante para los demás mi muerte y creo que sería una buena manera de hacerlo”. (P7)

A continuación, en la siguiente tabla se describe la edad de inicio de la ideación suicida en los participantes con ideas de suicidio persistentes durante la entrevista y la edad en la que llevaron a cabo su primer intento de suicidio.

Tabla 2

Edad inicio ideación suicida-ideas suicidas persistentes

<i>Ideación suicida persistente</i>	<i>Edad inicio ideación suicida</i>	<i>Edad primer intento suicida</i>
<i>P3</i>	<i>14 años</i>	<i>16 años</i>
<i>P7</i>	<i>8 años</i>	<i>15 años</i>
<i>P8</i>	<i>5 años</i>	<i>5 años</i>

Nota. Elaboración propia.

Tema 5. Factores protectores

Siete participantes identificaron factores protectores que hubieran podido haberlos hecho desistir de la ideación suicida. Se encontraron dos factores principales que mencionan la mayoría de los participantes: el acompañamiento y mayor oportunidad y acceso en servicios de salud mental.

Acompañamiento

Siete de los participantes identifican como posible factor para haber desistido de intentar suicidarse el haber estado acompañados y con redes de apoyo más fuertes, a continuación, un participante describe como en su caso haber recibido una llamada de su ex pareja lo hubiese detenido probablemente:

“Quizas, yo creo que sí, yo creo que sí, no sé por ejemplo, mi ex me hubiese dicho <marica por favor miremos una solución a ver qué pasa, te llamo>, de pronto no lo hubiese intentado”. (P7)

El siguiente participante menciona como el darse cuenta de que su familia iba a estar más cerca de él cambia su percepción:

“entonces muchas cosas que ellos me dijeron eh me tocaron el corazón y me dijeron que los perdonara que ellos no iban a volver a ser las mismas personas que fueron antes por qué ellos iban a quererme más, iban a estar más cerca de mí y eso como que me tocó tanto el corazón que yo dije <yo por qué me hice daño>”. (P5)

Mayor oportunidad y acceso en servicios de salud mental

En las siguientes viñetas, tres participantes comentan algunas experiencias que han presentado en relación con el sistema de atención en salud mental y cómo ha sido su percepción de los servicios que han recibido.

Esta participante narra la situación que presenta cuando llama a la línea de emergencia días previos al intento de suicidio, el personal de salud asiste a su casa, ella le menciona que no ha podido obtener la cita con psicología y no recibe la atención esperada:

“El doctor que fue médico general, llega y me dice <¿qué estás tomando? y le dije <nada...> <¿y ya tuviste cita con psicología?>, le dije <No, tampoco nada, porque no puedo conseguir la cita, o sea todos los días era era no hay agenda y después el número no está disponible> y ellos lo único que me dijeron fue <no podemos hacer nada, tienes que esperar hasta sacar la cita con tu EPS> entonces dije yo <o

sea si usted no me ve con un cuchillo, no me vea aquí o me atiende o me mato, sencillamente no me van a atender> y me dijeron <lastimosamente así es la salud de este país>, entonces no pasó nada”. (P2)

“El sistema de salud es una mierda porque no es la única vez que me había pasado, que yo había intentado pedir citas y hablarlo, no había podido ni en la Universidad ni en la EPS nunca dan las citas y cuando las dan son en el horario que ellos dicen y tampoco tienen mucho tiempo de atención; Pero una vez a la a semana o dos veces a la semana, incluso mi novia está con una cita al mes, eso no es ni de lejos suficiente para discutir todo lo que uno siente, ¿sí? y menos cuando ese psicólogo o esa psicóloga tiene detrás otros tres, cuatro, hasta siete pacientes que están esperando esos mismos diez minutos de atención”. (P6)

“Por ejemplo en mi caso yo no tengo acceso a psiquiatría porque las citas las dan cada... y son muy difíciles de conseguir, es la verdad toca ir a un lugar muy específico... Yo siento que debí haber asistido a psicoterapia mucho más temprano en mi vida, me hubiese ayudado mucho más que las pastas”. (P9)

En las siguientes viñetas, dos participantes mencionan las posibles acciones de mejora, que ellos consideran podrían haber cambiado la decisión de suicidarse, en relación a la atención en salud mental:

“Haber tenido como una cita ese día o bueno, como anteriores días, hubiera podido haber tenido una conversación con psicología o algo así, creo que hubiera cambiado mi decisión porque creo que me hubiera intentado orientar o ayudar”. (P5)

“En estos casos crónicos se podría mejorar como <bueno esta persona debe estar priorizada por 15 días cada vez con el psicólogo porque pues acaba de tener un intento> creo que eso podría mejorar”. (P8)

Discusión

Contar con las narrativas de las personas que han realizado un intento de suicidio es un recurso valioso que contribuye a identificar dimensiones importantes y que varían en cada caso particular en el momento de tomar la decisión. Por lo tanto, es esencial examinar la secuencia y la correlación de estos diversos factores contribuyentes para comprender su interacción y la forma en que confieren riesgo.

La muestra recolectada para la realización de este estudio fue de adultos jóvenes, esto es consistente con los estudios epidemiológicos en lo que se ha encontrado que, con el paso del tiempo, los jóvenes en Colombia están presentando una mayor tasa de incidencia en los intentos de suicidio. (DANE, 2020).

Durante la elaboración de la idea suicida se encontraron diversos factores a nivel intrapersonal como minusvalía, frustración, culpa y desesperanza. Respecto a factores ambientales varios manifestaron relaciones conflictivas donde se sentían invalidados, poco comprendidos y solos.

Respecto a la elección del método de suicidio los temas más relevantes fueron que buscaban rapidez y la efectividad, algunos manifestaron la preocupación de quedar con secuelas físicas motoras permanentes en caso de que el método fallara. Dos participantes mencionaron que buscaban un método estético ya que les preocupaba quedar con alguna deformidad física y con el fin de no generar malestar en sus familiares eventualmente durante su funeral. Un estudio realizado en Reino Unido en el año 2021 llevó a cabo una encuesta a 1398 personas de estas 686 habían presentado ideación suicida y 712 habían realizado al menos un intento suicida, se encontró que buscaban métodos "fáciles, rápidos y accesibles" y más comúnmente fueron elegidos de manera impulsiva. Factores clave que desalentaron el uso de métodos específicos incluyeron la presencia de otras personas y su impacto, especialmente en seres queridos, así como el temor a lesiones y la posibilidad de sobrevivir. (Marzano., et al, 2021). Lo mencionado previamente es consistente con lo referido por la mayoría de los participantes de este estudio.

Respecto al tiempo transcurrido entre la ideación suicida y la elección del método es bastante notable, ya que siete participantes informaron que el tiempo transcurrido fue de pocas horas, al igual que el tiempo transcurrido al intento como tal. Un estudio cualitativo realizado en Estados Unidos, que incluyó 20 participantes encontró que, en 17 de ellos, el tiempo desde la ideación al intento suicida fue de menos de 3 horas. (O'Brien., et al, 2019).

El sentimiento común al elegir el método de suicidio fue el de una sensación de alivio y tranquilidad a la pesadumbre emocional que los afectaba y de alejarse de la inmensa carga que les representaban dichas situaciones a su existencia.

El análisis de las narrativas de los intentos de suicidio de nuestros participantes indicó que a pesar de que varios factores contribuyeron en la elaboración de la idea de suicidio, incluyendo disfunción familiar, altos niveles de frustración, minusvalía y desesperanza, todos los participantes identificaron un catalizador específico para el intento actual, donde narran previamente discusiones con familiares y en un caso estresores económicos; sin embargo, encontramos que presentan principalmente sensación de soledad y baja tolerancia a la frustración cuando toman la decisión, lo que tiene mayor peso que el evento previo per se. A pesar de que se tiende a identificar como causa puntual los eventos inmediatamente anteriores al intento de suicidio, generalizar el factor de causalidad no solamente es un error (ya que es una explicación simplista), sino que puede hacer un daño a las personas cercanas desconociendo que el suicidio hace parte de la complejidad del psiquismo humano y que es la sumatoria de una serie de factores que se pueden remontar hasta la infancia. Como lo han mencionado algunos autores: “La mayoría de los casos se asocian más bien a dificultades para reaccionar en forma adaptativa a eventos estresantes como las discusiones intrafamiliares, de pareja, o las separaciones”. (González., et al, 2001).

La sensación de soledad ya ha sido reportada en varios estudios sobre el suicidio, identificándola como un factor de riesgo, una revisión narrativa de la literatura que incluyó 40 estudios observacionales originales, la mayoría de ellos realizados en adolescentes y/o adultos jóvenes, identificó que tanto la condición objetiva como la

sensación subjetiva de estar solo estuvieron fuertemente asociadas con ideación suicida e intento de suicidio y estas asociaciones fueron consistentes transculturalmente. (Calati., et al, 2019).

Cuando se les preguntó a los participantes sobre la valoración actual del intento suicida, tres participantes mencionaron persistencia de la ideación suicida, mientras que 6 participantes mencionaron estar arrepentidos, la mayoría en relación al dolor que le habían causado a sus seres queridos. Otros participantes mencionaron que ahora veían otras posibilidades para poder sobrellevar sus problemas, de las que previamente no estaban al tanto. De los tres participantes que presentaban ideas de suicidio persistentes en el momento de la entrevista, dos iniciaron con la ideación suicida en la infancia y el restante en la adolescencia, esto es consistente con la literatura, ya que se ha encontrado que la ideación suicida suele ser más recurrente si se desarrolla a más temprana edad; sin embargo, la edad de inicio de la ideación parece ser relevante para la transición de la ideación al plan suicida, donde se ha encontrado que un inicio más tardío en la ideación suicida está asociado con un mayor riesgo de llevarlo a cabo (Voss., et al, 2019).

En este trabajo se evidencia la importancia del acompañamiento de familiares y amigos en esta población e incluso como puede tener un papel doble, tanto de factor protector cuando hay una adecuada red de apoyo y como factor de riesgo e incluso en algunos casos el detonante para desencadenar el acto suicida, cuando este es inadecuado. Adicionalmente, el papel que tiene la familia es básico en las conductas educacionales y formativas que prevengan el suicidio. La Federación Colombiana para la Salud Mental y la Asociación Colombiana de Bipolaridad han descrito cinco pilares fundamentales para el apoyo de la persona con riesgo de suicidio: 1. El apoyo familiar, 2. Los profesionales de la salud (medicina general, psiquiatría, psicología, trabajo social), 3. El tratamiento farmacológico, 4. Automonitoreo que realiza el paciente en espacios como hospital día, grupos de apoyo y 5. La estabilidad espiritual. Se ha visto que estos pilares han sido de gran utilidad pues involucra de una manera clara y precisa una ayuda real y tangible para el potencial suicida mejorando la comunicación entre el paciente y su núcleo familiar. (Cardoso,

2007). Abordar abiertamente este tema en conjunto con sus familias puede desempeñar un papel esencial al ayudarles a reconocer los múltiples factores individuales y ambientales que llevaron al intento de suicidio, comenzar un proceso terapéutico y evitar, dentro de lo posible, que se repita.

Sumado a esto, respecto a los factores protectores, se encontró que varios de los participantes identifican que un sistema de salud que priorice a los pacientes que tienen ideación suicida o han realizado un intento de suicidio es fundamental, ya que existe una responsabilidad desde el sistema de salud y la oportunidad de atención, así como desde la formación para la adecuada atención, teniendo en cuenta que en varias oportunidades los primeros respondientes no son psiquiatras o psicólogos. Adicionalmente brindar un adecuado sistema de respuesta a las emergencias pueden evitar que estas conductas se presenten a futuro. Otro aspecto por destacar es la importancia de implementar mayor difusión mediática sobre las líneas de emergencia de atención en salud mental disponibles, ya que algunos de los participantes desconocían que podían contar con este servicio. (WHO, 2009)

Limitaciones

Este estudio tiene una limitación respecto a la generalización, nuestro procedimiento de muestreo intencional nos permitió incluir una muestra de las experiencias entre hombres y mujeres, abarcando actos suicidas únicos y múltiples, sin embargo, las edades de los participantes estaban entre los 22 y 31 años, por lo que nuestros hallazgos sólo pueden extrapolarse a adultos jóvenes colombianos.

Conclusiones

Dentro de los principales hallazgos de este estudio, se hace énfasis en la importancia de identificar los principales detonantes que llevan a las personas de la

ideación suicida a la acción, sin embargo, no es posible identificar un desencadenante final si no se evalúan otros factores que el individuo reconoce como facilitadores de la ideación y del acto suicida. En el caso de esta población encontramos dos factores principales que identificaron como detonantes en sus intentos, la sensación de soledad y la baja tolerancia a la frustración. Podemos concluir que es fundamental establecer procesos terapéuticos enfocados en estos temas ya que podrían ser dianas para la intervención previniendo así ciertos suicidios. Respecto a los factores protectores cabe resaltar la importancia de fortalecer las redes de apoyo a nivel familiar y profesional.

Anexos

Anexo 1

GUIA PARA ENTREVISTAS

TEMAS	ASPECTOS	PREGUNTAS
Para cada tema explorar: lo sucedido, los hechos. Conciencia: lo que el entrevistado sintió sobre lo sucedido. Tensiones.	A partir del relato del entrevistado orientarse hacia los temas que se quieren cubrir, siguiendo el esquema del cuadro anterior.	Posibles preguntas para hacer, aprovechando el relato espontáneo del entrevistado, para ajustarse al tema de la investigación.
1. Motivación de la idea suicida	Surgimiento de la idea de suicidio	¿A qué edad empezaste a pensar en el suicidio? ¿Cómo se te ocurrió que el suicidio era una opción? ¿Cómo se fue creando la idea del suicidio? ¿Tienes personas cercanas o conocidos que hayan hecho intentos de suicidio?
2. Elaboración de la decisión de suicidarse	Cómo la idea de suicidio se tornó en una decisión	¿Cómo pasaste de la posibilidad de quitarte la vida a tomar una decisión al respecto? ¿Piensas que hubo algún desencadenante concreto? ¿Habías hablado con alguien sobre la idea de quitarte la vida? ¿Lo habías comentado con alguien del sistema de salud? ¿Piensas que alguna cosa te podía haber hecho repensar o desistir de la idea de suicidio? ¿Cuál o cuáles?

		<p>¿Tuvo algún peso el pensamiento de los demás a la hora de tomar la decisión?</p> <p>¿Qué crees que pensarían?</p> <p>¿Decidiste preparar algo adicional, como cartas o despedidas? ¿Por qué decidiste/no decidiste hacerlo?</p>
3. Proceso de elección del método	<p>Qué se tiene en cuenta al elegir el método para suicidarse</p> <p>Cómo se va formando la escogencia de ese método</p>	<p>¿Cómo elegiste el método para quitarte la vida?</p> <p>¿Cuánto tiempo pasó entre la decisión de quitarte la vida y escoger el método para hacerlo?</p> <p>¿Hablaste de esos métodos con alguien?</p> <p>¿Cómo te informaste?</p> <p>¿Qué era lo que buscabas en el método para matarte?</p> <p>¿Algo te preocupaba respecto a la elección del método?</p> <p>¿Al elegir el método para quitarte la vida cómo te sentiste? ¿Por qué?</p>
4. Detonante de poner en obra lo pensado y planeado	<p>Hay detonantes claros que apresuran la decisión de suicidarse</p> <p>Cómo se pasa de la decisión al acto</p>	<p>¿Luego de hacer la preparación, cuándo decidiste hacerlo? ¿Hubo algo que detonara el pasar a la acción?</p> <p>¿Si lo hubo, qué piensas ahora?</p> <p>¿Piensas que algo podría haber frenado ese detonante?</p> <p>¿Ante el detonante consideraste alguna otra opción?</p> <p>¿En algún momento te sentiste presionado de alguna manera?</p> <p>¿Qué sentimientos tuviste al tomar la decisión de hacerlo?</p>
5. Valoración actual del acto suicida		<p>¿Al saber que no te quitaste la vida, qué sentimientos se te presentaron?</p>

		<p>¿Has considerado volverlo a intentar próximamente? ¿Por qué?</p> <p>¿Ves algo ahora, que no viste durante el proceso del suicidio y que si lo hubieras visto te habría hecho desistir?</p> <p>¿Crees que algo te podría haber ayudado a no tomar la decisión de quitarte la vida?</p>
--	--	--

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO -ENTREVISTADO

Doy mi consentimiento para que me entreviste la investigadora María Paula Gutiérrez Alzate, residente de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, en el marco de la realización del proyecto de investigación “Desencadenante final por el cual una persona decide suicidarse, estudio cualitativo.”.

Este estudio busca identificar las principales motivaciones que tienen las personas cuando deciden realizar un intento de suicidio. Entiendo que seré entrevistada/o en y en los horarios que me convengan. Durante la entrevista, se harán preguntas sobre el intento de suicidio realizado. La entrevista tendrá una duración aproximada de 40 a 60 minutos y serán grabadas en audio para poder ser analizadas posteriormente. Es también de mi conocimiento que la entrevistadora puede ponerse en contacto conmigo en el futuro a fin de obtener más información sobre los mismos temas tratados en la entrevista.

He consentido libremente participar en la entrevista y se me ha notificado que es totalmente voluntaria mi participación y que puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o dar por terminada la entrevista en cualquier momento; Se me ha explicado también que algunas preguntas pueden ser especialmente personales y que estoy en la libertad de contestarlas o no.

Sé que la información personal de las entrevistas será de carácter confidencial y se utilizará solo para los objetivos de esta investigación protegiendo la identidad propia y de las personas que pueda mencionar.

Nombre y Apellidos Completos:

Firma: _____

Tipo de documento: ____ No de identificación:

No de teléfono de Contacto:

Dirección de Contacto:

Datos de información del investigador

Nombre y Apellidos Completos:

Firma: _____

Tipo de Documento ___ No de identificación:

No de teléfono de Contacto:

Datos de información de testigo no 01:

Nombre y Apellidos Completos:

Firma: _____

Tipo de Documento ___ No de identificación:

No de teléfono de Contacto

Relación con el Paciente/Sujeto de la Investigación:

Datos de información de testigo no 02:

Nombre y Apellidos Completos:

Firma: _____

Tipo de Documento ___ No de identificación:

No de teléfono de Contacto:

Relación con el Paciente/Sujeto de la Investigación:

Bibliografía

Beautrais, A. L. (2001). Medicine: Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*.

Secretaría Distrital de Salud. (2 de noviembre de 2022). Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.

World Health Organization. (2 de noviembre de 2022). Mental Health Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background

CDC WONDER: Underlying cause of death, 1999–2019. (2020). Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services.

Secretaría de Salud de Bogotá, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, SISVECOS.
<http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/SISVECOS.aspx>

Bachmann S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Boletín de salud mental, Conducta suicida. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.

Ministerio de salud y protección social. Plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021. (2022). Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.

Instituto Nacional de Salud. (2017). Informe final de evento intento de suicidio, Colombia.

O'Brien, K. H. M., Nicolopoulos, A., Almeida, J., Aguinaldo, L. D., & Rosen, R. K. (2019). Why Adolescents Attempt Suicide: A Qualitative Study of the Transition from Ideation to Action. *Archives of Suicide Research*.

Fonseca-Pedrero E, Al-Halabí S, Pérez-Albéniz A, Debbané M. (2022). Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *Int J Environ Res Public Health*.

Brent, D. A. et al. (2015) Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study. *JAMA Psychiatry*.

Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. (2015). The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*.

Wetterling T., Schneider B. (2013) Alcohol intoxication and suicidality. *Psychiatr. Prax.*

Al-Halabí S., Fonseca-Pedrero E. (2021). Suicidal behavior prevention: The time to act is now. *Clin. Y Salud*.

Noreña, Ana Lucía, Alcaraz-Moreno, Noemí, Rojas, Juan Guillermo, & Rebolledo-Malpica, Dinora. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.

Bachmann S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*.

Saunders MNK. (2012). *Choosing research participants*. SAGE Publications, Inc.

Woods, P., Gapp, R., & King, M. A. (2016). Generating or developing grounded theory: methods to understand health and illness. *International Journal of Clinical Pharmacy*.

Voss C, Ollmann TM, Miché M, Venz J, Hoyer J, Pieper L, Höfler M, Beesdo-Baum K. (2019) Prevalence, Onset, and Course of Suicidal Behavior Among Adolescents and Young Adults in Germany. *JAMA Netw Open*.

Cardoso J. (2007) La familia, un componente en la prevención del suicidio. *Academia Nacional de Medicina. El suicidio y la prevención*. (p. 353-357).

Marzano L, Katsampa D, Mackenzie JM, Kruger I, El-Gharbawi N, Ffolkes-St-Helene D, Mohiddin H, Fields B. (2021). Patterns and motivations for method choices in suicidal thoughts and behaviour: qualitative content analysis of a large online survey. *BJPsych Open*.

Raffaella Calati, Chiara Ferrari, Marie Brittner, Osmano Oasi, Emilie Olié, André F. Carvalho, Philippe Courtet. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*.

World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse. (2009). *Preventing Suicide: a Resource for Police, Firefighters, and other First Line Responders*