



Artículo original

Vivencias y experiencias de individuos con ideación e intento suicida



Eduardo Rendón-Quintero^{a,*} y Rodolfo Rodríguez-Gómez^b

^a Hospital Kennedy, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

^b Diagnóstico Ocular del Country

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de marzo de 2015

Aceptado el 17 de agosto de 2015

On-line el 26 de septiembre de 2015

Palabras clave:

Suicidio

Ideación suicida

Salud pública

Intento de suicidio

Investigación cualitativa

R E S U M E N

Introducción: El suicidio es un importante problema de salud pública. Abarca cerca de la mitad de las muertes violentas y se traduce aproximadamente en un millón de muertes anuales. Aunque las tasas de suicidio consumado son relativamente bajas en Colombia comparadas con las de otros países, el comportamiento suicida, representado no solo por el suicidio consumado, es un significativo problema de salud mental.

Objetivo: Comprender cuáles son las vivencias y experiencias de un grupo de sujetos frente al fenómeno de la ideación y el intento suicida.

Metodología: Estudio cualitativo con abordaje psicodinámico. Se realizaron entrevistas en profundidad con el fin de explorar procesos de pensamiento, emociones, motivaciones y vivencias que subyacen y acompañan al intento suicida.

Resultados: Se entrevistó a 5 mujeres y 3 varones. La edad promedio era 29 años. La exploración de la experiencia subjetiva en el presente estudio mostró que la vivencia de soledad y el dolor psíquico se vinculan a la desesperanza, el pesimismo y la desmotivación. Asimismo, la ilusión de morir representa una invitación a la tentativa suicida.

Conclusiones: Es importante considerar la valoración subjetiva que los pacientes con riesgo suicida hacen de su depresión y las situaciones estresantes. Además, los conceptos de soledad y dolor psíquico tienen un papel protagónico en la interacción entre el discurso y las vivencias de los participantes entrevistados.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Experiences of Individuals With Suicidal Ideation and Attempts

A B S T R A C T

Introduction: Suicide is a major public health problem. It covers about half of violent deaths and results in approximately one million deaths annually. Although completed suicide rates in Colombia are relatively low when compared with other countries, suicidal behavior, represented not only by completed suicide, is a significant mental health problem.

Keywords:

Suicide

Suicidal ideation

Public health

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edurendon@yahoo.com (E. Rendón-Quintero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.003>

0034-7450/© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Attempted suicide
Qualitative research

Objective: To understand life experiences of a group of subjects related to the phenomenon of ideation and suicide attempt.

Methodology: A qualitative study with a psychodynamic approach. In-depth interviews were conducted in order to explore thought processes, emotions, motivations and experiences that underlie and accompany the suicide attempt.

Results: Five women and 3 men were interviewed. The average age was 29 years. The exploration of subjective experiences in the present study showed that loneliness and psychic pain were linked to hopelessness, pessimism and discouragement. Also, the illusion of death represents an invitation to suicide attempt.

Conclusions: It is important to consider the subjective assessment that patients with suicidal risk make of their depression and stressful life situations. Additionally, the concepts of loneliness and psychic pain have a leading role in the interaction between discourse and the experiences of the participants interviewed.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El suicidio es un importante problema de salud pública. Abarca cerca de la mitad de las muertes violentas y se traduce aproximadamente en un millón de muertes anuales. El suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, con una tasa de mortalidad global de 16/100.000¹. Por cada muerte atribuible a esta causa, se producen entre 10 y 20 intentos suicidas. Esto se traduce en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales¹.

Pese a diversos enfoques que han procurado comprender el fenómeno, muchos aspectos siguen siendo oscuros. Aunque se define como un problema prevenible según la Organización Mundial de Salud (OMS), supone una gran carga de morbimortalidad. Según el Instituto de Medicina Legal, en 2013 se registraron en Colombia 1.685 suicidios². Por otra parte, el Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003 reportó una prevalencia de intento suicida del 4,9%³. Esto indica que, si bien es cierto que las tasas de suicidio consumado son relativamente bajas en nuestro país respecto a otros, el comportamiento suicida, representado no solo por el suicidio consumado, es un significativo problema de salud pública.

Entre los factores de riesgo están: el sexo masculino⁴, la edad (mayor incidencia entre los 15 y los 25 años y en mayores de 65)⁴, la raza blanca, pertenecer a poblaciones inmigrantes y a los extremos de la organización social, ser divorciado⁵, estar desempleado⁶ y tener trastornos mentales como alcoholismo, trastornos afectivos y/o esquizofrenia⁷. Un modelo explicativo para interpretar estos factores de riesgo es el que distingue entre factores distales y proximales⁸. Los primeros afectarían al umbral de riesgo e indirectamente lo incrementarían cuando el individuo vive un factor proximal, mientras que los segundos actuarían como desencadenantes del intento.

Entre los factores de riesgo distales, se encuentran variables de personalidad⁹⁻¹¹, biológicas¹²⁻¹⁷, genéticas¹⁸⁻²⁰ y de desarrollo²¹⁻²⁴. Entre los proximales estarían los eventos vitales^{25,26}, el estrés²⁷, los episodios agudos de enfermedad mental²⁸⁻³⁰ y el abuso agudo de alcohol o sustancias²⁸⁻³². Mann et al³³ proponen un modelo de diátesis-estrés en el que el riesgo de conducta suicida está determinado no solo por

la presencia de enfermedad mental (estresor), sino por una proclividad (diátesis) que se refleja en la tendencia de las personas con conductas suicidas a tener mayor ideación suicida y ser más impulsivos y agresivos. El comportamiento suicida haría parte de una predisposición a la agresión dirigida hacia al exterior y hacia sí mismo³³. La desesperanza haría parte de esa diátesis y la proponen como factor de riesgo de conducta suicida.

La identificación de factores de riesgo de suicidio ha servido de base para la formulación de modelos explicativos. Sin embargo, no se ha resaltado en ellos que, por ser un fenómeno humano, cada ideación, intento o acto suicida tiene un innegable componente individual y subjetivo cuya aproximación puede ayudar a entender dichos factores de riesgo y profundizar en la comprensión de modelos explicativos de la conducta suicida partiendo de la experiencia individual.

Este estudio pretende, mediante la aplicación de una metodología cualitativa, explorar las vivencias de personas que intentaron suicidarse, lo cual permite un acercamiento a la experiencia en primera persona. El objetivo es responder a interrogantes que surgen en torno al intento suicida, como en qué contexto y en qué condiciones se presentan la ideación suicida y el intento de suicidio, cuáles son las motivaciones que pueden generar la ideación suicida y un consecuente intento, cuál es su significado individual y cuál es su finalidad.

El análisis de los resultados del estudio permitió establecer una comprensión de la interacción entre el intento suicida y la historia de vida de los sujetos; se encontró que los intentos suicidas no se daban de manera aislada o relacionados exclusivamente con un desencadenante, sino que se enraizaban en las experiencias vitales de los sujetos participantes, algo acorde con el modelo de diátesis-estrés.

Métodos

Estudio de tipo cualitativo. Se ajustó a los lineamientos propuestos por Strauss et al³⁴. Por investigación cualitativa se entiende la que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación³⁴. El análisis cualitativo se refiere al proceso

no matemático de interpretación cuyo propósito es descubrir conceptos y relaciones entre los datos en bruto y organizarlos en un esquema explicativo teórico³⁴.

Los métodos cualitativos se pueden usar para obtener detalles complejos de algunos fenómenos como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones, difíciles de obtener por otros métodos de investigación³⁵. El abordaje de las personas que realizaron un intento suicida y aceptaron participar en el estudio (8 en total) fue mediante una entrevista en profundidad que exploró procesos de pensamiento, emociones, motivaciones y vivencias que subyacían y acompañaron al evento. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas textualmente utilizando el procesador de texto Microsoft Word.

Se definió a los participantes del estudio como personas (varones y mujeres) mayores de 15 años que hubieran cometido un intento suicida llevadas a ello por su intención de morir, aceptasen participar en la investigación y estuviesen recibiendo terapia especializada (psiquiátrica y/o psicológica). Se aceptó que en el momento de la entrevista la ideación suicida pudiera no estar presente, pero fue requisito fundamental que el pensamiento de matarse o morir se hubiera relacionado con el intento suicida.

Los criterios de exclusión fueron: a) personas que, por la gravedad del intento y por su condición médica, no pudieran ser objeto de la entrevista; b) personas que no tuvieran ideación suicida y cuyo acto se definiera mejor como una lesión autoinfligida, sin que la muerte hubiese sido un objetivo; c) individuos a los que el investigador estuviera asistiendo en calidad de terapeuta o como parte del grupo terapéutico; d) individuos cuya entrevista se hubiera interrumpido antes de reunir el material necesario y suficiente para los procesos de categorización y análisis inductivo, y e) individuos con retardo mental moderado o grave u otro tipo de discapacidad mental o física que impidiera una adecuada comunicación en la entrevista.

En la fase inicial de la entrevista se recolectaron datos sociodemográficos y se estableció la presencia de ideación suicida como móvil que originó la tentativa suicida. La entrevista continuó con la exploración de pensamientos, emociones, sentimientos y vivencias que surgían en el entrevistado alrededor del comportamiento suicida y la relación de estos con su historia vital. Se indagaron aspectos de la vida psíquica como percepciones y sentimientos de sí mismo y de los demás, en particular de personas importantes en su vida. Se aplicó un modelo de entrevista abierta cuyo curso el investigador orientaba de acuerdo con los temas de interés.

A partir de los datos obtenidos, se conceptualizaron categorías y subcategorías representativas de la información de los participantes del estudio. Estas categorías se establecieron a la luz de un análisis interpretativo e inductivo de las narraciones de los sujetos entrevistados. Se identificaron palabras clave, significados comunes y temas interconectados. Los resultados de dicho análisis permitieron trazar hipótesis y aproximaciones explicativas al fenómeno del comportamiento suicida, a partir del estudio de la experiencia en primera persona. En algunos casos, las mismas palabras pronunciadas por los entrevistados se codificaron literalmente como, por ejemplo, la rabia, el sentimiento de soledad o el de dolor psíquico. En estos casos la categoría estaba explícita en los datos (palabras

de los entrevistados). Los siguientes fragmentos seleccionados ejemplifican la codificación del sentimiento de soledad, vivencia que se hacía explícita en las palabras de los entrevistados: «... yo estaba con una depresión; busqué gente con quien hablar y no hubo nadie en ese momento; de pronto quién me escuchara, o de pronto no tenían la disponibilidad de tiempo... ¡no había nadie, mejor dicho! Me empecé a sentir solo...». En otro fragmento de otra entrevista: «¿Tú podrías describir que sentimientos tienes? Dolor es uno, ¿tienes otros sentimientos?». María: «Rabia. Me siento con baja autoestima. Sola». Otra entrevista más: «... porque mi mamá salía a las ocho de la mañana, me dejaba en el colegio y yo del colegio salía a las doce y me iba a la casa ¡solo! Y estudiaba solo, hacía mis tareas solo, calentaba mi almuerzo. Y siempre fue así toda mi vida académica».

En otros casos las categorías se obtuvieron por medio de una interpretación de los datos, entendidos como las propias frases y palabras de los entrevistados. La categoría de objeto imprescindible, por ejemplo, se obtuvo a partir del análisis interpretativo de las narraciones, que permitió llegar a la construcción de dicha categoría. El objeto imprescindible se propone como una figura demasiado importante, sin cuya presencia y soporte literalmente no se puede vivir: «... yo confío tanto en ella, ciegamente, que sin ella yo ya no puedo vivir, prácticamente. Porque ella ha sido la conductora en este último año, ella es la que me ha ayudado a salir de todo lo que yo había tenido anteriormente, de todos mis problemas, de toda mi soledad. En todo esto ella es la que siempre me ha apoyado, ella es la que me acompaña...».

Se analizaron los resultados según el conocimiento existente sobre la conducta suicida, evaluando posibles aportes del estudio a este conocimiento y analizando las concordancias y discrepancias. También se evaluaron los resultados del análisis a la luz de la teoría psicoanalítica, que ha intentado explicar el comportamiento suicida. Los participantes del estudio fueron entrevistados en la Unidad de Intervención en Crisis, Campo Abierto, institución en la que se encontraban hospitalizados por tentativa suicida. En el momento de realizar la entrevista, estaban fuera de peligro médico, tenían asignado un psiquiatra tratante y participaban en diferentes actividades terapéuticas que ofrece la institución. Todos leyeron y aceptaron el consentimiento informado suministrado por el investigador.

Las entrevistas se realizaron entre julio de 2005 y julio de 2006. La muestra fue seleccionada de manera no probabilística y por conveniencia. El momento de la entrevista se determinó a conveniencia del investigador. Aparte de los sujetos entrevistados, hubo dos candidatos que, pese a reunir criterios de inclusión, no desearon participar en el estudio y expresaron preocupación por la posibilidad de que la entrevista movilizara en ellos sentimientos dolorosos.

Consideraciones éticas

La presente investigación se realizó gracias a la participación de pacientes de la Unidad de Intervención en Crisis, Campo Abierto. Implicó el registro de datos básicos de los participantes seleccionados y la realización de una entrevista en profundidad sobre el tema de la investigación. Los datos recolectados durante el estudio se han usado solo para propósitos

de la presente investigación. No se registró el nombre real del participante para salvaguardar su confidencialidad respetando los lineamientos para las investigaciones con seres humanos, especialmente lo estipulado por la Declaración de Helsinki. Los participantes firmaron voluntariamente un formato de consentimiento informado. Tanto el protocolo del estudio como el formato de consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética de la Unidad de Intervención en Crisis, Campo Abierto.

Resultados

Descripción general de las personas entrevistadas

Se entrevistó a 5 mujeres y 3 varones. Su edad promedio era 29 años. Al momento de la entrevista, una mujer se encontraba desempleada y los otros sujetos eran laboralmente activos e independientes económicamente, a excepción de una participante de 17 años que estudiaba y dependía económicamente de la madre. Tres participantes tenían título de educación técnica o superior. Los demás tenían algún grado de estudios de educación media, excepto una participante que solo había cursado educación primaria. Una mujer convivía en unión libre con su pareja. De los restantes, 3 eran separados y 4, solteros. En cuanto a la historia del comportamiento suicida, para 3 de los entrevistados este era su primer intento suicida, mientras que los 5 restantes habían realizado tentativas anteriormente.

Resultados del análisis cualitativo

Una categoría que se codificó en todas las entrevistas fue el sentimiento de soledad. Los entrevistados lo expresaban como una vivencia dolorosa que algunos relacionaron con el intento suicida. La soledad se relacionó con la experiencia de sentir el rechazo de las personas significativas y de sentirse abandonado por ellas.

Con respecto a la soledad, Ernesto —varón de 25 años que trabajaba de día y estudiaba contaduría por las noches, cuya prometida había fallecido recientemente— manifestó: «... yo estaba con una depresión; busqué gente con quien hablar y no hubo nadie en ese momento; de pronto quién me escuchara, o de pronto no tenían la disponibilidad de tiempo... ¡no había nadie, mejor dicho! Me empecé a sentir solo... Y al ver que no había nadie a mi alrededor, entró la idea de que yo no le importaba a nadie, que yo no le hacía falta a nadie... Entonces esas ideas empezaron a taladrar en mí, hasta que llegó un punto que no aguanté y tomé la decisión: ¡Voy a hacer esto! Y fui, tomé el ácido y lo ingerí...».

Una manera de entender la necesidad de sentirse importante para los demás es que esta necesidad sea secundaria a una frágil autoestima que depende en exceso de la aprobación y la aceptación de los demás. En planteamientos de Kohut³⁶, esto lo causa un desarrollo psicológico incompleto. Ese autor explica que la valoración positiva del sí mismo solo puede ser alcanzada por el adulto inmaduro a través del contacto con otros de manera similar a como el niño construye un sentido de valor propio gracias a su relación con los adultos. Para Kohut, el sentido de valor o estima personal se obtiene en

los primeros años de vida a través del contacto con los padres o cuidadores, por medio de las aprobaciones concretas y simbólicas que ofrecen a las manifestaciones del niño y le permiten reafirmar su sentido de valor. En el proceso normal de desarrollo, se interiorizan estos objetos que han favorecido la estima personal, que pasan a convertirse en recursos internos que aumentan la autonomía y el equilibrio del individuo. Las personas que no han logrado una adecuada interiorización de esos objetos se tornan vulnerables a las pérdidas, las cuales ocasionan estados de fragmentación de su yo y estados depresivos en los que prima el sentimiento de minusvalía.

La siguiente entrevista es la mantenida con María, mujer de 30 años, soltera sin hijos, que se desempeñaba como profesora de educación física en un colegio privado. Se pudo apreciar la decepción que experimentaba frente a su actividad laboral y sus compañeros de trabajo que no gratificaban sus necesidades de apoyo y colaboración, lo que constituía una falla de sus recursos externos, entendidos como los vínculos afectivos, los intereses o las actividades que tiene la persona en su vida. Entrevistador: «¿Estás contenta en el colegio?». María: «Pues... a ratos siento que el ambiente es muy pesado, que no hay compañerismo. Siento que el colegio este año, no sé si será por el problema que tengo, pero este año he sentido que el colegio me ha quedado grande. Porque yo manejaba todo muy bien antes y es en este (año) que las cosas no se dan». Entrevistador: «¿En qué sentido, por qué dices eso?». María: «Siento que no hay apoyo por parte de los docentes, ni directivas para lo que uno quiere hacer. Y los compañeros: no es ese grupo de trabajo que está pendiente. Para nada. Entonces eso me decepciona del colegio».

Cuando María explicó el contexto de su tentativa suicida, se encontró que el desengaño de ver a su ex novio con otra mujer fue el detonante. Es decir, una falla de sus recursos externos (en este caso representados por su novio) actuó como desencadenante del mismo: «... el viernes en la noche yo vi a mi ex ¡con la novia! Y yo le había preguntado si él tenía novia o algo así, él siempre me había negado todo. Otra vez yo ya había intentado quitarme la vida por eso, porque él me negó todo: ¡que no, que no era cierto, que era que yo veía visiones! Pero el viernes yo lo pude confirmar. Entonces, cuando yo vi eso (llorando), le marqué al celular y ¡él no me contestaba! Al final él me devolvió una llamada. De las tantas que yo le había hecho, él me devolvió una. Entonces yo... ya me había tomado las pastillas».

Y los sentimientos que se movilizaron en ella ante este desengaño fueron de dolor, rabia, baja autoestima y soledad, como pudo apreciarse a continuación. Entrevistador: «Con eso que dices que entre los dos ya no hay nada, si es así, ¿por qué ha sido un motivo para que quieras quitarte la vida que lo hayas visto con otra mujer?». María: «Porque, aunque yo sé que no hay nada, ¡a mí todavía me duele verlo con alguien!». Entrevistador: «Te duele... ¿Tú podrías describir qué sentimientos tienes? Dolor es uno, ¿tienes otros sentimientos?». María: «Rabia. Me siento con baja autoestima. Sola».

Las carencias del desarrollo psicológico y la ausencia de recursos internos sólidos, elementos que hacen vulnerable a la persona frente a las fallas de los recursos externos, se relacionan con la historia vital de la persona y con las experiencias de la infancia que impidieron el desarrollo de relaciones sólidas y confiables con familiares o cuidadores³⁶. Esto puede

apreciarse en las palabras de Jaime, varón de 22 años que trabajaba en una compañía de «chance» y estudiaba electrónica. Hijo de padres separados, convivió en su infancia con su madre, pero pasaba gran parte de su tiempo solo y no sentía apoyo afectivo de ella, generador de confianza: «... porque mi mamá salía a las ocho de la mañana, me dejaba en el colegio y yo del colegio salía a las doce y me iba a la casa, ¡solo! Y estudiaba solo, hacía mis tareas solo, calentaba mi almuerzo. Y siempre fue así toda mi vida académica. . . Mucho niño tiene alguien que lo acompañe, que lo lleve y que lo traiga. A mí me tocaba cruzar una calle muy peligrosa a esa edad. . .».

La entrevista con Jaime sugería una falla objetual temprana, entendida como la falta de empatía del objeto materno durante la infancia del entrevistado: «... una frase que me dijo mi mamá fue esta: “¡Yo le pago a usted para que estudie, y yo no necesito ayudarle!”». Para Jaime concurría la falla temprana del objeto paterno: «... desde que yo nací, nunca conocí a mi papá, sino hasta los 7 años. Yo fui el que empezó a preguntar dónde está mi papá, todo eso. Y la fecha que yo lo conocí fue el 11 de noviembre del '91». Entrevistador: «¿Y cómo te fue?». Jaime: «Pues ese día nos fuimos al parque de los novios y estuvimos un rato, él me gastó un helado, y hablaron con mi mamá. ¡Y él me prometió unas cosas que nunca cumplió!».

Buie et al³⁷ destacan la importancia de los recursos externos para la conservación del equilibrio de los pacientes vulnerables al suicidio. Estos recursos ofrecen seguridad y confianza, algo que la persona sería incapaz de alcanzar por sí sola, dado su inadecuado desarrollo psicológico. Según estos autores, cuando hay una pérdida de los recursos externos o cuando estos no cumplen la función esperada por la persona vulnerable, surgen en ella sentimientos de minusvalía y soledad que pueden llevarla al suicidio.

Se pudo relacionar la cronificación del problema y los intentos suicidas repetitivos con la historia vital de los entrevistados, como en el caso de Alba, mujer de 37 años, separada, profesional y madre de una hija de 11 años, que a partir del recuerdo de su relación de maltrato mutuo con su abuela, llegaba a la conclusión de que sus tentativas suicidas repetidas se debían a la imposibilidad de alcanzar equilibrio en su vida: «Desde niña, ya varias veces me habían echado a la calle, mi abuela, aunque es que esa ya no se puede llamar abuela, era una porquería. Entonces ella me echaba, me echaba cada nada, porque yo no me dejaba pegar. Yo tenía 16 años, y desde ahí yo empecé a intentar suicidarme. He tenido siete intentos, con el de esta vez. Siete, porque no se ha equilibrado mi vida, a la hora del té».

Al proseguir la entrevista, se evidenció que ella relacionaba el desequilibrio de su vida con la relación conflictiva de sus padres y la sensación de no haber tenido un «hogar». Entrevistador: «Cuéntame un poco a qué te refieres cuando dices que no se ha equilibrado tu vida. . .». Alba: «Porque yo nunca he tenido un hogar. O sea, una cosa es tener un apartamento y otra cosa es tener un hogar. Desde que yo recuerdo, que yo tenía como 12 años, mi papá y mi mamá ya estaban que se separaban. . . El desequilibrio lo veo yo como que ¡nunca tuve un hogar! O sea, yo tuve apartamento, ¿cierto? A mí nunca me faltó nada, para qué. Y gracias a mi Dios, estudié en un muy buen colegio, estudié en buena universidad, ¡todo, todo! Pero esa parte afectiva era muy mala. . . Y mi mamá no estaba pendiente de lo que querían los hijos, sino de la moda, de

sus vainas, ¿sí? De hecho, lo que yo hacía no se lo contaba a ella, sino se lo contaba a la empleada del servicio. Entonces yo nunca tuve una orientación, como un piso. . .».

Según lo manifestado, se pudo observar que se producía un efecto aditivo de las vivencias dolorosas que tenía a lo largo de su historia vital. En ese sentido, la tentativa suicida podría entenderse como un punto de saturación, un umbral que al cruzarlo desencadenaba el intento suicida. Por ejemplo, Yamile, una mujer de 24 años de escaso nivel educativo y procedente de un contexto socioeconómico y educativo bajo que había tenido un aborto espontáneo de un embarazo que anhelaba mucho, manifestó: «... el problema es que es algo que viene desde pequeña. Mi papá siempre ha tenido la maña de tomar, de embriagarse, de llegar borracho a la casa y pegarme, pegarme a los otros tres hijos de mi mamá, sacarnos corriendo de la casa. Entonces, desde pequeña venía sufriendo todo eso, para venir a completar también lo de mi embarazo. . .». Entrevistador: «¿Cómo a sumar otra cosa?». Yamile: «Sí, señor. Entonces indica que por ese mismo desespero que sufrí desde pequeña, al seguir sufriendo de grande, pues me duele. Entonces todo eso se recogió y todo eso fue a llevar a eso (al intento suicida)».

Para Andrea, mujer de 37 años de edad, separada, sin hijos y de nivel socioeconómico medio, sus problemas pasados y actuales se juntaban en una especie de bola de nieve que crecía y acrecentaba la ideación suicida. Entrevistador: «¿Desde hacía cuántos días la idea de suicidarte venía con más fuerza?». Andrea: «Hace 20 días venía». Entrevistador: «¿Lo relacionas con algo?». Andrea: «Siempre lo relaciono, como te digo, con los problemas pasados, y los que tenía en el momento. . . Todo se me reunió con todo lo otro, como que estaba saturada ya. Entonces, cada vez me salen más problemas y los llevo como una bola. Es una bola que va girando y va girando. . .».

La ilusión de morir fue otra categoría codificada en las entrevistas realizadas. Andrea afirmó: «Y todavía sigo pensando en morirme, tengo la. . . ¡ay!, la ilusión de que me voy a morir». Ella relacionaba esa ilusión de morir con el fracaso para lograr soluciones a sus dificultades y como un escape a ellas: «... quiero, para dejar de sentir eso, dejar de sentirme así aburrida, yo creo que lo mejor es que uno se muera, no hay más, no le encuentro solución a esto».

Al preguntar a Ernesto por si persistía o no la ideación suicida, manifestó que ya no la tenía, pero expresó su ilusión de morir para poder reunirse con su novia fallecida: «... la idea de suicidarme o de intentar hacerlo otra vez se borró, se fue, mas no la idea de quererme morir. O sea, de pronto yo concibo todavía el quererme morir, pero tampoco haciéndome daño yo mismo. Que sea una muerte natural y ojalá llegue pronto, ¡mejor! Y que me quiero morir, sí, quiero estar con esa persona».

Cuando se exploró con este entrevistado la vivencia asociada a la muerte de su prometida y se le preguntó por los sentimientos y pensamientos que se generaron a raíz de esa muerte, apareció la experiencia de dolor psíquico como motor del impulso suicida. Entrevistador: «Y los sentimientos que aparecen cuando ella muere, ¿cuáles fueron? Y los pensamientos que aparecieron, ¿cómo fue esa vivencia?». Ernesto: «De dolor. Dolor absoluto. Fue como un dolor indestructible, o sea, no se puede describir el dolor que uno siente. Una forma

gráfica de uno decirlo: en el momento que yo recibí esa noticia fue sentir como el corazón a uno se le desmoronaba de a pedacitos. . . y siente uno cómo pedazo por pedazo va cayendo. Es como si uno ve que este vidrio recibe un golpe, se quiebra por pedacitos, poco a poco, y pedacito por pedacito va cayendo al suelo. Así lo siente uno por dentro».

En el caso de Ana, una adolescente de 17 años, su dolor psíquico se relacionaba con las palabras recriminatorias de su madre y la experiencia de sentirse rechazada por ella: «Mi mamá me dijo que yo era una mala mujer, una mala influencia, una mala persona. Y que ella no esperaba nada bueno de mí. Las palabras marcan más, y dejan huellas más grandes que los mismos golpes. Lo que ella a mí me ha dicho me duele más».

Otro sentimiento experimentado por los entrevistados es la rabia, emoción que ellos abrigaban hacia una o varias personas significativas (padre, madre, hermanos o pareja) y que asociaban con incomprensión, frustración y relaciones de maltrato. Andrea expresaba: «Entonces me da rabia acordarme de cómo me abandonaron así. . . yo sé que sí, tenía un problema pero, pues, ¡ayúdenme!». Entrevistador: «¿Has experimentado también en esos momentos tu rabia hacia otras personas?». Andrea: «Hacia mi mamá. Hacia mi papá también. . . tengo mucha rabia. Entonces, por eso quiero, para dejar de sentir eso, dejar de sentirme así, aburrída, yo creo que lo mejor es que uno se muera, no hay más, no le encuentro solución a esto».

Cabe relacionar la rabia o las tendencias hostiles dirigidas hacia los demás con los planteamientos freudianos referentes a la melancolía y el suicidio. Para Freud, la hostilidad que el yo dirige contra sí mismo estaría originalmente orientada hacia otra persona (objeto)³⁸. En las personas que se suicidan, se podría entender la autodestrucción del individuo en la medida en que este lograría tratarse a sí mismo como a un objeto, es decir, esas tendencias agresivas que estaban orientadas contra otro a causa de una frustración o desengaño (real o fantaseado) terminan dirigiéndose contra sí mismo por un proceso de identificación con ese objeto.

Como ejemplificación de lo anterior, Jaime refirió que, a raíz de vivir la indiferencia de su novia (frustración sobre el objeto amado), comenzó a gestarse su impulso suicida: «Nos encontramos (con mi novia) porque yo fui a recoger a mi cuñada, y ahí fue donde radicó todo: ¡como que me ignoró, como que le valió lo mismo! En ese momento no le importó nada, como si yo no valiera ya nada en la vida de ella». Entrevistador: «¿Y eso qué te produjo a ti?». Jaime: «¡Me produjo mucha ira!». Entrevistador: «Rabia, ¿con quién?». Jaime: «Conmigo mismo, por no poder hacer nada». Entrevistador: «¿Contigo mismo?». Jaime: «Sí». Entrevistador: «¿Y con ella?». Jaime: «Pues me dio mal genio con ella, pero no así tanto como conmigo. . . Y yo me fui para la casa, tranquilo, pero de un momento a otro se me subió ya la adrenalina, el mal genio, entonces vi pastillas y empecé a tomarme cuarenta pastas».

En otro aparte de la entrevista, manifestó que en los momentos de «mal genio» dirigía su agresividad contra sí mismo y no contra otras personas (autoagresión): «Pues primero me ponía de mal genio, de un genio que no me aguantaba nadie. Se me subía mucho la tensión, y empezaba a hacerme daño yo; yo empiezo a pegarle a las cosas, a maltratarme siempre yo; no puedo hacerles daño a las otras personas, soy muy

calmado para hacerles daño. Pero conmigo no, siempre trato de dañarme».

También Alba contó que en su adolescencia se agredía en momentos de rabia y frustración: «Yo me acuerdo que todos los días llegaba con las manos moradas, yo me cogía contra las paredes y me golpeaba, porque no podía hacer nada». Entrevistador: «¿Te golpeabas a ti misma?». Alba: «Sí, yo me golpeaba». Entrevistador: «¿Por qué?». Alba: «¡De rabia! De que sentía una impotencia que no podía hacer nada. Tenía apenas 16 años». Entrevistador: «¿De rabia con quién?». Alba: «Conmigo, con la vida, con todos, con la vieja, ¡rabia contra todo el mundo!».

Como puede observarse, la rabia se presentaba junto a la pobre capacidad de controlar el impulso agresivo. Esto se relaciona con otra categoría: la impulsividad. La tentativa suicida de Harold (varón de 40 años, con escasos recursos económicos, padre de dos hijos, separado y con sentimientos de rencor y celos hacia su exesposa) fue de alta letalidad, por ahorcamiento, y ocurrió en un momento de impulsividad, sin una planeación concienzuda previa. Entrevistador: «¿Y usted cuando se despidió ya sabía que se iba a colgar?». Harold: «No». Entrevistador: «¿En qué momento lo supo?». Harold: «En el momento que saqué las sábanas y vi la viga y me encaramé». Entrevistador: «Se le ocurrió. . .». Harold: «¡Sí, de un momento a otro!».

La pérdida de control del impulso agresivo se puede apreciar también en otro momento de su vida en el cual, motivado por los celos, amenazó de muerte a su jefe por la sospecha de que sostenía una relación de pareja con su exmujer: «Amenacé al tipo, ¡sí, lo amenacé!». Entrevistador: «¿Al jefe?». Harold: «Sí. . . porque a mí se me subió. Le dije: “¡No busque que lo pele!”». Le dije así: “Yo tengo tres perros bravos, ¡y si usted quiere, lo mando pelar!”». (Nota: al preguntarle por el significado que él le asignaba a la palabra «pelar», el entrevistado manifestó que significaba matar.)

En el análisis se encontraron entre los entrevistados patrones de relación que mostraban un carácter narcisista, caracterizado por la tendencia a establecer relaciones idealizadas pero frágiles, que al romperse dejan al individuo sin vínculos significativos con «el mundo», refugiado en sí mismo y sin intereses ni motivaciones externos³⁹. En el caso de Ernesto, se pudo observar que el gran dolor que generó la muerte de su prometida originó un cuadro depresivo que culminó con su tentativa suicida. Esto se produjo en gran medida por el tipo de vínculo de carácter narcisista existente con ella. Él relataba: «Fue tanto lo que nos complementamos que nosotros dábamos la vida el uno por el otro. Inclusive llegaron momentos en que solo con vernos o mirarnos sabíamos qué tenía la otra persona, si estaba triste, si estaba alegre, si había peleado. Había situaciones y ocasiones en las que uno sentía, sin necesidad de estar pegado a un teléfono, sin necesidad de vernos, tanto ella como yo sabíamos si la otra persona estaba mal o no. Sin ni siquiera comunicarnos».

La idea de dar el uno la vida por el otro, entenderse sin palabras, solo con gestos, la posibilidad de ni siquiera tener que comunicarse para saber cómo estaba la pareja, eran elementos de una relación idealizada, de carácter narcisista.

Jaime, a semejanza de Ernesto, tenía una relación con la novia en la que esta asumía las características de un objeto imprescindible e idealizado: «Yo confío tanto en ella, ciegamente, que sin ella yo ya no puedo vivir, prácticamente. Porque

ella ha sido la conductora en este último año, ella es la que me ha ayudado a salir de todo lo que yo había tenido anteriormente, de todos mis problemas, de toda mi soledad. En todo esto ella es la que siempre me ha apoyado, ella es la que me acompaña...». Y según manifestó, sus intentos de suicidio habían estado relacionados con el temor a perder ese objeto imprescindible y caer en la vivencia intolerable de soledad. Entrevistador: «Entiendo que cuando estás de mal genio prefieres irte para no hacerle daño a ella, pero ha habido momentos en que te has intentado matar; entonces, la pregunta mía es: ¿por qué tan extremo?». Jaime: «Para no quedarme solo, porque yo ya no contemplo quedarme solo».

En cuanto a la génesis y el desarrollo del proceso que culminaba en una tentativa suicida, es interesante lo que mencionó Ernesto, quien veía en las ideas de muerte un mensaje suicida implícito: «Como le digo, yo estaba en un estado de depresión muy grande, con ganas de morirme, pero no lo había pensado tanto hasta allá, hasta el hecho de llegarme a hacer daño. Pero siempre cuando uno tiene eso de que se quiere morir, y ya de pronto cuando uno ve las circunstancias, y de pronto, como las herramientas para uno hacerlo pues... solo es tomar una decisión... para mí, no sé, el hecho no más que uno quiera o diga en el momento “¡Yo me quiero morir!” está diciendo inconscientemente: “¡Me quiero suicidar!”».

Dada la insuficiente capacidad predictiva de los factores de riesgo, autores como Shea⁴⁰ han destacado la importancia de evaluar activamente las ideas y fantasías suicidas que puedan tener las personas consideradas en riesgo suicida. En ese sentido, lo planteado por el entrevistado cobra gran valor, pues manifestaba que en su experiencia la idea de morir llevaba implícitos la potencialidad de matarse y el mensaje suicida. En el caso de Harold, el mensaje suicida era mucho más directo y se presentó en la forma de una advertencia previa, casi una amenaza: «... se lo dije una vez a ella (refiriéndose a su exmujer), le dije: “¿Sabe qué? ¡Algún día llegaré empedado. Así, me voy a pegar un par de tiros!”». Se lo planteé hace como veinte días...».

Discusión

La exploración en profundidad de las vivencias de las personas con tentativa suicida que participaron en este estudio permitió una aproximación a la comprensión del comportamiento suicida partiendo de la experiencia en primera persona. Se exploraron factores que no se han descrito ampliamente en la literatura científica empírica, y se profundizó en la comprensión de otros anteriormente identificados. La vivencia de soledad influyó significativamente en la determinación de algunos entrevistados de atender contra su vida. Interpretaban la soledad como una situación en la que se veían abandonados por sus seres queridos, lo cual les generaba marcado dolor psíquico junto con pensamientos pesimistas, desesperanza y desmotivación.

Las vivencias subjetivas de soledad y dolor psíquico como posibles factores de riesgo del comportamiento suicida se confirmarían en hallazgos de investigaciones empíricas que resaltan la utilidad clínica del componente subjetivo cuando se evalúa a un paciente con riesgo suicida. Se ha reportado que la valoración subjetiva que los pacientes con conductas

suicidas hacen de la depresión, las situaciones estresantes y las pocas razones para vivir son indicadores sensibles para predecir el intento suicida⁴¹. Por ejemplo, Mann et al³³ estudiaron a un grupo de 347 pacientes que ingresaron a un hospital psiquiátrico, de los que 184 tenían el antecedente de intentos suicidas a lo largo de su vida. Al compararlos con pacientes que no tenían dicho antecedente, no hallaron diferencias significativas en cuanto a la gravedad objetiva de su trastorno mental (depresión o psicosis), pero sí diferencias en la valoración subjetiva que hacían de su depresión (más grave en aquellos con conductas suicidas).

En un estudio comparativo entre pacientes deprimidos que habían intentado suicidarse y pacientes deprimidos sin intentos suicidas, Malone et al⁴¹ encontraron que los pacientes del primer grupo presentaban mayores índices de desesperanza. La conducta suicida se asociaba a la ausencia subjetiva de razones para vivir y a la percepción subjetiva negativa de los eventos vitales estresantes, independientemente de la gravedad objetiva de la depresión con que cursaban.

En esa misma línea, Oquendo et al⁴² reportaron que la evaluación subjetiva de la gravedad de la depresión es uno de los tres más poderosos predictores de intentos suicidas en un grupo de 308 pacientes con depresión mayor o depresión bipolar. Esos autores también destacaron la desesperanza, el pesimismo y las pocas razones para vivir como factores de riesgo de conducta suicida. La exploración de la experiencia subjetiva en el presente estudio mostró que las vivencias de soledad y dolor psíquico producían desesperanza, pesimismo y desmotivación. De ahí que se proponga como hipótesis que las categorías de soledad y dolor o sufrimiento psíquico puedan relacionarse con la conducta suicida, hipótesis que habrá que evaluar en investigaciones posteriores.

La ilusión de morir, otra categoría que surgió del análisis y que algunos entrevistados entienden como un solaz para el sufrimiento producido por emociones dolorosas y otros como la oportunidad de reencontrarse con un ser querido, representaba en ambos casos una especie de invitación a la tentativa suicida. Se propone este concepto como un potencial factor de la aparición de conducta suicida, hipótesis que también requerirá investigaciones adicionales.

Un sentimiento frecuente en las vivencias de los entrevistados es la rabia y su sucedáneo, el odio. Estas categorías subjetivas pueden equipararse al constructo de agresividad propuesto por autores como Mann³³ y Oquendo⁴² en su modelo de comprensión de la conducta suicida. Según este modelo de diátesis-estrés, la agresividad haría parte de la vulnerabilidad a desarrollar comportamientos suicidas, por lo cual la conducta agresiva se ha asociado al incremento de riesgo suicida⁴³.

En algunos sujetos, la rabia, que en principio estaba dirigida contra otra persona (generalmente un objeto frustrador), podía virar y dirigirse hacia sí mismo. Es decir, se exploró el postulado freudiano mediante el cual la rabia se vuelve contra el sujeto, que puede tratarse como a un objeto odiado⁴⁴. Este planteamiento, como causa del acto suicida, podría ayudar a generar un marco conceptual explicativo para entender los hallazgos de investigaciones empíricas que asocian agresividad y riesgo suicida.

Otro concepto relevante relacionado con el comportamiento suicida es el de los vínculos narcisistas. Lo que la

literatura científica ha descrito a este respecto es la asociación positiva entre comportamiento suicida y trastornos de personalidad límite o antisocial⁴⁵. El constructo de vínculo narcisista codificado en esta investigación no se corresponde con el trastorno de personalidad narcisista del DSM-IV, aunque tiene elementos en común.

Una hipótesis que se propone es que las personas que tienen un vínculo afectivo sólido y maduro con otro ser humano (su hijo, su pareja, etc.) o una actividad (laboral, académica o artística) tendrían menor riesgo de intentar contra su vida. Por el contrario, personas desvinculadas o con vínculos idealizados, de carácter narcisista, muy susceptibles a las frustraciones o rupturas, tendrían mayor riesgo de intento suicida en situaciones difíciles de su vida o frente a la decepción ocasionada por sus seres queridos, siempre que otros elementos confluyan (rabia, soledad, impulsividad).

Conclusiones

Esta investigación permitió una aproximación a la experiencia de algunas personas que realizaron una tentativa suicida. Aunque es grande el aporte que investigaciones empíricas han hecho a la comprensión del comportamiento suicida, se ha dejado de lado la posibilidad de entender este fenómeno a partir de la vivencia de quien realiza un intento de suicidio. Los resultados indican que este tipo de investigaciones sea complementario a los estudios cuantitativos y permita explorar aspectos que no han sido entendidos en profundidad. A este respecto, uno de los aportes del estudio es la profundización en la comprensión de la valoración subjetiva que los pacientes con riesgo suicida hacen de su depresión y las situaciones estresantes. El concepto de valoración subjetiva cobra cada vez más vigencia por su utilidad predictiva de riesgo suicida. Dos conceptos que pueden influir en la valoración subjetiva y surgieron en la vivencia de los sujetos entrevistados son la soledad y el dolor psíquico.

Se profundizó en la comprensión de la agresividad y se exploraron las vicisitudes de sus correlatos psicológicos, la rabia y el odio, y se encontró que, en la agresividad del sujeto que intenta suicidarse, este se trata a sí mismo como a un objeto odiado. Esta investigación también permitió proponer algunos constructos relacionados con el riesgo suicida, como la ilusión de morir y los vínculos idealizados de carácter narcisista, presentes en algunos de los entrevistados. Más allá de la imposibilidad de generalizar nuestros hallazgos por las limitaciones inherentes de la metodología cualitativa, es importante considerar que la aproximación en profundidad a la experiencia psicológica de quien intenta suicidarse puede llevar a la comprensión de un fenómeno devastador para la persona, su familia y la sociedad en general.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecimiento especial a la Dra. Isabel Pérez Olmos, cuya asesoría temática y metodológica fue muy importante para la realización de esta investigación.

Además se agradece la confianza de nuestros entrevistados y su generosidad para compartir sus pensamientos, sentimientos y vivencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Disponible en: www.who.int.
2. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal; 2013. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/oficina-de-prensa/732-muertes-violenta-en-2013>.
3. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2003. Disponible en: <http://onsm.ces.edu.co>.
4. Moscicki E. Epidemiology of suicidal behaviour. *Suicide & Life-threatening Behaviour*. 1995;25:22-35.
5. Kposowa A. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:254-61.
6. Blakely TA, Collings SC, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:594-600.
7. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Br J Psychiatry*. 1998;170:205-28.
8. Rich CL, Young D, Fowler RC. San Diego Suicide Study: I. Young vs. old subjects. *Arch Gen Psychiatr*. 1986;43:577-82.
9. Henriksson MH, Aro HA, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993;150:935-40.
10. Paris J. Completed suicide in borderline personality disorder. *Psychiatr Ann*. 1990;20:19-21.
11. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, et al. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behaviour? A 14-year prospective study. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32:10-32.
12. Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:587-99.
13. Stanley M, Stanley B. Biochemical studies in suicide victims: Current findings and future implications. *Suicide Life Threat Behav*. 1989;19:30-42.
14. Mann JJ, Malone KM, Sweeney JA, Brown RP, Linnoila M, Stanley B, et al. Attempted suicide characteristics

- and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacol.* 1996;15:576-86.
15. Pandey GN. Altered serotonin function in suicide: Evidence from platelet and neuroendocrine studies. *The Neurobiology of Suicide.* Ann N Y Acad Sci. 1997;836:182-200.
 16. Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Biologic alterations in the brainstem of suicides. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20:581-93.
 17. Coryell W, Schlessler M. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *Am J Psychiatry.* 2001;158:748-53.
 18. Runeson B, Asberg M. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1525-6.
 19. Roy A, Segal NL, Centerwall BS, Robinette D. Suicide in twins. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:29-32.
 20. Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila M. Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:34-8.
 21. Van Der Kolk B, Perry C, Herman J. Childhood origins of self-destructive behaviour. *Am J Psychiatry.* 1991;148:1665-71.
 22. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans S, Herbison P. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry.* 1993;163:721-32.
 23. Lieb R, Bronisch T, Höfler M, Schreier A, Wittchen HU. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1665-71.
 24. Mann J, Bortinger J, Oquendo M, Currier D, Li S, Brent D. Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1672-9.
 25. Smith JC, Mercy JA, Conn JM. Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health.* 1988;78:78-80.
 26. De Wilde EJ, Kienhorst IC, Diekstra RF, Wolters WH. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry.* 1991;149:45-51.
 27. Rich CL, Fowler RC, Fogarty LA, Young D. San Diego suicide study: III. Relationships between diagnoses and stressors. *Arch Gen Psychiatry.* 1988;45:589-92.
 28. Roy A. Consumers of mental health services. *Suicide Life Threat Behav.* 2001;31:60-83.
 29. Roy A. Depression, attempted suicide and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 1986;9:193-206.
 30. Rossau CD, Mortensen PB. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: Nested case-control study. *Br J Psychiatry.* 1997;171:355-9.
 31. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H, Ehler JG, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry.* 1995;152:358-64.
 32. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, et al. Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry.* 2003;160:56-63.
 33. Mann J, Waternaux C, Haas G, Malone K. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry.* 1999;156:181-9.
 34. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
 35. González-Rey F. Investigación cualitativa en psicología. México: International Thomson Editores; 2000.
 36. Kohut H. *Análisis del self.* Madrid: Amorrortu; 1977.
 37. Buie D, Maltzberger J. *The practical formulation of suicide risk.* Firefly Press; 1983.
 38. Freud S. *Duelo y melancolía.* En: *Obras Completas, Tomo II.* Biblioteca Nueva; 1996.
 39. Fenichel O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis.* Barcelona: Paidós; 1984.
 40. Shea SC. *The practical art of suicide assessment.* New York: John Wiley & Sons; 1999.
 41. Malone K, Oquendo M, Haas G, Ellis S, Li S, Mann J. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1084-8.
 42. Oquendo M, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1433-41.
 43. Goldney R, Winefield A, Saebel J, Winefield H, Tiggeman M. Anger, suicidal ideation, and attempted suicide: a prospective study. *Comprehens Psychiatry.* 1997;38:264-8.
 44. Bedoya L. *Estructuración del acto suicida en la teoría.* Pereira: Universidad Católica Popular de Risaralda; 2008.
 45. Gracia M, Benítez MH, Morera AL. *Conducta suicida en trastornos de personalidad.* Ponencias del IV Congreso de Sanidad Penitenciaria. 2006:2006.