

ISSN: 2145-6569

VOL. **10**
Nº.2

DICIEMBRE
2019

REVISTA DE
PSICOLOGÍA
GEPU



GRUPO ESTUDIANTIL Y PROFESIONAL
DE PSICOLOGÍA UNIVALLE - GEPU -
UNIVERSIDAD DEL VALLE
SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA

<https://revistadepsicologiagepu.es.tl/>





REVISTA DE PSICOLOGÍA GEPU
Vol. 10 No. 2 – Diciembre de 2019
ISSN 2145-6569



Editor
Andrey Velásquez Fernández
andreyvelasquez@psicologos.com

COMITÉ EDITORIAL

Cindy Carolina Valencia Corporación Viviendo	Laura Daniela de los Ríos Universidad Javeriana Cali	Nicole Andrea Pérez Universidad del Valle	María Alejandra Claros Universidad del Valle	Dangelly Muñoz Universidad del Valle
Diego Alejandro López González Fundación Católica Lumen Gentium	Natalia Ramírez Moncada UCC Cali	Diana Mildred Rodríguez Universidad del Valle	Helena Rojas Garzón Secretaría de Paz Cali	Rosa Elena Bejarano Universidad del Valle

CONSULTORES NACIONALES

Leonel Valencia Legarda Universidad San Buenaventura	Jorge Alexander Daza Universidad Católica de Pereira	Andrés de Bedout Hoyos Universidad San Buenaventura	Ximena Ortega Delgado Universidad Mariana	Daniel Hurtado Cano Universidad Manuela Beltrán
--	--	---	---	---

CONSULTORES INTERNACIONALES

Marcela Alejandra Parra Universidad Autónoma de Barcelona	Blanca Hurtado Caceda Universidad Alas Peruanas	María Amparo Miranda Salazar Universidad del Valle de México	Adriana Savio Corvino Universidad de la República	Hilda Janett Caquias Escuela de Medicina de Ponce
---	---	--	---	---

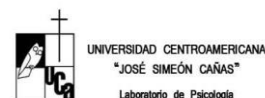
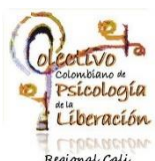
COORDINADORES DE DISTRIBUCION

Margarita Ojeda Asociación Paraguaya de Neuropsicología	Mario Rosero Ordoñez Universidad Mariana	Nora Couso Área de Medición Educativa Provincia del Chubut de Argentina	Pablo Antonio Vásquez Corporación para la Intervención Neuropsicopedagógica y la Salud Mental
---	--	---	---

INDEXACIONES



AUSPICIADORES



Agradecimientos especiales en este número a la diseñadora de portada y separadores interiores: Daniela Moskvín Torres. La **Revista de Psicología GEPU** es publicada por el Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle, 5 piso, Edificio D8, Ciudadela Universitaria Meléndez, Universidad del Valle, Santiago de Cali, Colombia. Los artículos son responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle. Hecho en Colombia - Sudamérica.

IBSN

Revista de Psicología GEPU Vol. 10 No. 2 by Grupo Estudiantil y Profesional de Psicología Univalle is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License. Creado a partir de la obra en <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Vol-10-No-2.htm>



CÓMO SE PIENSA SOBRE EL SUICIDIO: MODELOS SEMÁNTICOS EN COLOMBIA*

HOW SUICIDE IS THINKEED: SEMANTIC MODELS IN COLOMBIA

Julio Cesar Moreno, Harold Wilson Serrano & Wilson Miguel Salas

Página | 83

Universidad Cooperativa de Colombia

Referencia Recomendada: Moreno, J., Serrano, H., & Salas, W. (2019). Cómo se piensa sobre el suicidio: modelos semánticos en Colombia. *Revista de Psicología GEPU*, 10 (2), 83-100.

Resumen: Se adelantó un estudio para establecer los modelos conceptuales sobre el término “suicidio” en habitantes de Barrancabermeja y Santa Marta. Se trabajó con una muestra de 198 personas (74% mujeres, 26% hombres), con edades entre los 16 y 75 años (promedio 26,19). Se aplicó el Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida (CCCS-18), como medida para identificar actitud hacia suicidio; para la conceptualización sobre suicidio se utilizó la técnica de Redes Semánticas Naturales (RSN). Los resultados indicaron que la red semántica sobre suicidio tiene como principales términos “muerte”, “depresión”, “tristeza”, “problemas” y “soledad”, lo que permitió la propuesta de un modelo que considera el suicidio una decisión de la propia muerte asociada a elementos cognitivos como la percepción de problemas, soledad, falta y dificultades de autoestima, y emocionales como tristeza, depresión, desesperanza y dolor. Se hallaron diferencias en las redes entre grupos etarios, ciudades y sexo, no así entre actitud alta y baja hacia el suicidio. La actitud hacia el suicidio no varió entre sexos, pero sí entre ciudades y grupos etarios.

Palabras Clave: Suicidio, redes semánticas, enfoque cultural, cognición, actitud.

Abstract: A study was conducted to establish the conceptual models on the term “suicide” in inhabitants of Barrancabermeja and Santa Marta. Sample was 198 people (74% women, 26% men), with ages between 16 and 75 years (average 26,19). The Questionnaire of Attitudinal Beliefs on Suicidal Behavior (CCCS-18) was applied as a measure to identify attitude towards suicide; for the conceptualization of suicide the technique of Natural Semantic Networks (RSN) was used. The results indicated that the semantic network on suicide has as main terms “death”, “depression”, “sadness”, “problems” and “loneliness”, which allowed the proposal of a model that considers suicide as a decision of own death associated with cognitive —such as the perception of problems, loneliness, lack and difficulties of self-esteem; and emotional elements —as sadness, depression, despair and pain. Differences were found in the networks between age, cities and sex groups, but not between high and low attitudes towards suicide groups. The attitude toward suicide did not vary between sexes, but it did between cities and age groups.

Key Words: Suicide, semantic networks, cultural approach, cognition, attitude.

Recibido: 28 de Noviembre de 2019 / **Aprobado:** 30 de Diciembre de 2019

* Este artículo deriva del estudio CONADI 2241 “Modelos semánticos en torno al suicidio en dos ciudades de Colombia”, financiado por la Universidad Cooperativa de Colombia y desarrollado desde enero de 2018 hasta junio de 2019. La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Julio César Moreno Correa, Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Campus Barrancabermeja. Dirección electrónica: julio.moreno@campusucc.edu.co

Julio César Moreno Correa. Profesor Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia sede Barrancabermeja. Magister en Educación de la Universidad de Antioquia. Colombia. julio.moreno@campusucc.edu.co

Harold Wilson Serrano Castro. Profesor Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia Campus Santa Marta. Doctor en Ciencias Gerenciales de la Universidad Rafael Belloso Chacín. Colombia. harold.serrano@campusucc.edu.co

Wilson Miguel Salas Picón. Profesor Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia sede Barrancabermeja. Magister en Psicología Jurídica de la Universidad de Santo Tomás. Colombia. wilson.salas@campusucc.edu.co

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio; y se entiende que un intento suicida es el factor de riesgo más importante para el suicidio en la población general (OMS, 2014, p. 7). Para la prevención tanto de suicidios como de intentos suicidas, se requiere de una mejor disponibilidad y calidad de datos acerca de este fenómeno. Cada año se suicidan más de 800.000 personas en el mundo, y por cada una de ellas se cometen muchos intentos de suicidio; consecuentemente ocurren efectos de amplio alcance sobre las familias, los amigos y las comunidades en las que la persona se halla relacionada, aún mucho tiempo después de su muerte (OMS, 2014, p. 2). Para 2016, la tasa mundial de mortalidad por suicidio fue de 10,6 por cada 100.000 habitantes (Banco Mundial, 2019). Esta cifra es creciente a nivel mundial y Colombia no es ajena a dicha realidad.

Además de lo anterior, hay al menos dos asuntos que agravan el desconocimiento de las cifras reales sobre este fenómeno. El primero tiene que ver con la cantidad de intentos suicidas que no llegan a ser registrados en las instituciones de salud, toda vez que el sobreviviente no acude a ellas. El segundo se refiere a razones por las cuales suicidios no son registrados como tales: el suicidio en algunos países es un asunto delicado, incluso ilegal, por lo que puede haber subregistro, o en otros casos, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa; en algunos países no se lleva un registro fiable de las muertes, en consecuencia, los suicidios no se reportan.

El fenómeno del acto suicida constituye un problema de salud pública y un escenario de debate a nivel institucional. De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF),

Los suicidios son las muertes que más han aumentado y que generan una gran cantidad de años de vida perdidos; en general, se puede observar que estos años perdidos provocan un gran impacto en la economía del país y todos estos eventos son considerados curables, tratables y prevenibles; por lo tanto, requieren mayor nivel de interés por parte de las entidades estatales (2018, p. 22).

Las muertes por suicidio en Colombia, de acuerdo con las cifras del INMLCF, (Figura 21) corresponden al 10,12% del total de casos de muertes violentas (en esta categoría además se incluyen los homicidios, las muertes accidentales de transporte, otras muertes accidentales, e indeterminadas). La tasa de suicidios por

cada 100.000 habitantes en Colombia⁴ es de 5,72; “el aumento en los suicidios... registró un ascenso de 11,30%,” (INMLCF, 2018, p. 21).

Barrancabermeja y Santa Marta son ciudades intermedias ubicadas en dos regiones diferentes de Colombia, que se asemejan en su número de habitantes, y se diferencian en las cifras sobre suicidio que en ellas ocurre. Para el año 2017 se presentaron en Santa Marta 16 casos de suicidio, la cifra más alta para el departamento del Magdalena; este dato tiene sentido en tanto que Santa Marta es el centro urbano más poblado de tal departamento. En Barrancabermeja la cifra alcanzó los 28 casos, superando en el departamento de Santander a su capital Bucaramanga (27 casos), cuya población total es más del doble de la de Barrancabermeja. Al revisar el número de casos reportados por el INMLCF para ambas ciudades en los últimos 5 años, se observa que en el caso de Barrancabermeja el comportamiento es ascendente, mientras que en Santa Marta luego de observarse un pico máximo en 2014, para los tres últimos años el número de casos disminuyó y se mantuvo.

Los datos anteriores invitan a considerar la población de estos municipios como de interés para estudiar factores asociados a la conducta suicida. Los datos de la Figura 2 permiten apreciar la diferencia en el comportamiento de eventos de suicidio entre ambos municipios. El crecimiento de la tasa en Barrancabermeja es uno de los más altos en el país, y el dato actual casi triplica la tasa nacional, mientras que el de Santa Marta es inferior (Colombia=5,72; Barrancabermeja=15,88; Santa Marta=3,53) (INMLCF, 2018).

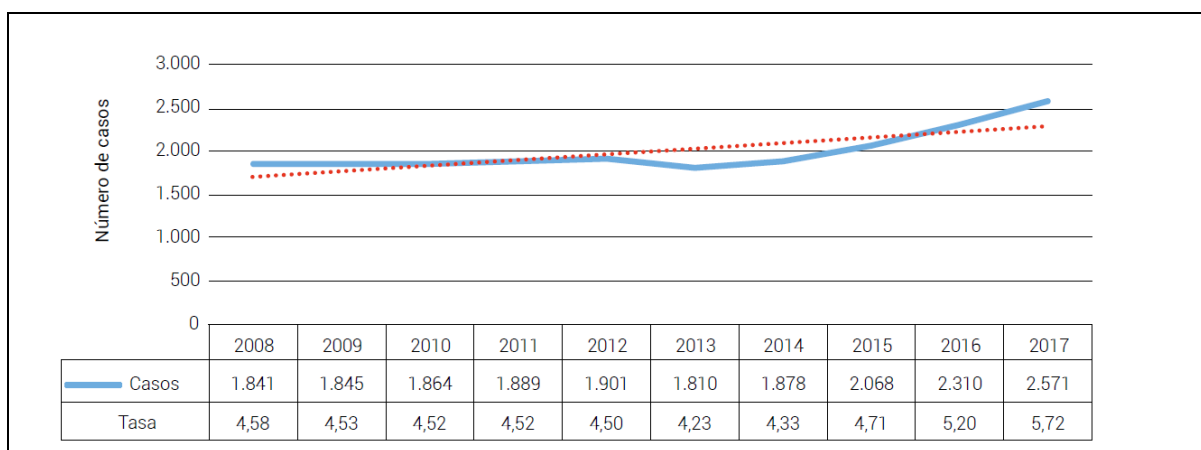


Figura 1. Evolución de casos y tasa de suicidio en Colombia, 2008-2017. Fuente: INMLCF, 2018, p. 353

⁴ Hay discrepancia entre la cifra presentada por el INMLCF y los datos presentados por la OMS en el repositorio del Banco Mundial (2019), pues estos últimos ubican a Colombia con una tasa de 7,2 casos por cada 100.000 habitantes.

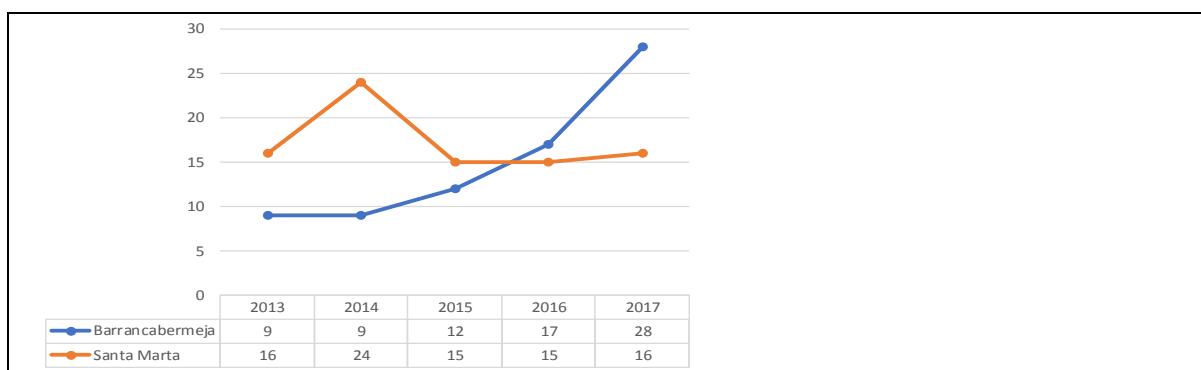


Figura 2. Evolución de los casos de suicidio en Barrancabermeja y Santa Marta. Adaptación con base en los datos reportados por el INMLCF.

El suicidio en Colombia es un problema prioritario de salud pública que tiene implicaciones culturales, económicas, sociales y políticas en la sociedad. Especial atención ameritan las cifras de suicidio en población joven: “el suicidio de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (hasta los 24 años de edad) en el decenio 2008-2017 se incrementó en 35,91% al pasar de 582 casos en el primer año a 791 en 2017” (INMLCF, 2018, p. 352). Las cifras expuestas representan un impacto significativo dado que, a pesar de los esfuerzos por la generación de políticas en salud mental, estas parecen insuficientes o no cumplen el impacto esperado. Al respecto, Alianza Uninorte con El Heraldo (3 de noviembre de 2016), manifiesta:

Estos años por muerte prematura equivalen a pérdidas de mano de obra para el aparato productivo y disminución en los ingresos generados, sin incluir las pérdidas sociales, como las familias que se pudieron haber conformado o las secuelas físicas y psicológicas que sufren las familias. También hay un costo por la pérdida de capital humano de estos jóvenes o adultos, que no completaron su ciclo estudiantil y no pudieron contribuir a la creación de conocimiento o generación empresarial (párr. 4).

El suicidio se ha analizado desde diferentes perspectivas —históricas, médicas, psicológicas, psiquiátricas, psicoanalíticas, antropológicas, sociológicas, económicas y geográficas— que muestran la complejidad teórica del tema y que en la literatura científica hay multiplicidad de factores no integrables en el marco de referencia teórico de una disciplina única. Además, los esfuerzos de integración acaban convirtiéndose en modalidades diferentes de reduccionismo, aspecto que riñe con la enorme diversidad y complejidad de factores que intervienen en la explicación del suicidio (Ballesteros y otros, 2010, p. 525). Sin embargo, los trabajos sobre suicidio bajo el paradigma cultural son escasos, y la relevancia de generar estudios desde esta aproximación cobra importancia toda vez que las creencias culturales de los sujetos son altamente relevantes en la manera en que se enfrentan

los aspectos de salud: “estas creencias culturales son consensadas por ciertos grupos poblacionales con mayor o menor consistencia, haciendo que sus acciones coincidan con mayor frecuencia con las creencias culturales” (Baer, 1996; citado por García De Alba García y otros 2011, p.169). En palabras de Borgatti, “el enfoque de consenso cultural permite reconocer si existe conocimiento compartido en torno a uno o varios modelos semánticos dentro de un grupo social respecto de un dominio cultural, y permite reconocer su estructura y organización” (1994, citado por García De Alba García y otros, 2011, p. 169-170). El “dominio cultural” se refiere a “un conjunto organizado de palabras, conceptos u oraciones, que como unidad se refieren a una sola esfera conceptual” (Weller y Romney, 1988, citado por García De Alba García y otros, 2011, p. 170).

Carpi y Breva (2001) expresan que el comportamiento humano se puede llegar a predecir si se tiene en cuenta el factor denominado como creencias, y estas se estructuran a partir de los constructos que posee el sujeto; en este sentido manifiestan que

los distintos elementos que influyen en el inicio de una acción nos conducen a valorar las distintas creencias que están en juego, y no atender tan sólo a una creencia general, ya que no se otorga el mismo grado de aceptación o rechazo a cada uno de los componentes específicos que la conforman. Por ejemplo, conocer la actitud favorable hacia la salud coronaria puede decirnos muy poco sobre las conductas específicas que el individuo realizará para mantenerla. Así, no podemos conocer de antemano si, un individuo, tras adoptar una actitud positiva hacia la salud coronaria, va a abandonar el hábito tabáquico, practicar ejercicio físico, eliminar el consumo de grasas, etc. El conocimiento del mayor número de creencias específicas sobre la conducta, conjuntamente con el efecto de la valoración de las mismas, va a permitir una mejor predicción de la actitud y, por tanto, de la intención concreta de llevarla a término (Carpi y Breva, 2001, párr. 4).

En palabras de Gergen, “El lenguaje no manifiesta hechos individuales sino voces sociales y culturales en una inmersión de relaciones” (2007, p. 218)

Lo anterior explica la necesidad de construir marcos empíricos en Colombia desde un enfoque cultural para el planteamiento de líneas base que permitan la generación no sólo de estrategias de intervención y el fortalecimiento de las políticas, sino también seguir explorando el fenómeno desde la percepción que sobre éste construye la sociedad actual, con el propósito de realizar un acertado acompañamiento y prevención desde los modelos semánticos (creencias culturales) de los sujetos a partir de la comprensión de cómo estas participan de manera decisiva en la forma en la que enfrentan un problema de salud. Por ello, el presente estudio buscó establecer los modelos conceptuales sobre el significado y

el concepto del término suicidio en adolescentes y adultos en las ciudades de Barrancabermeja y Santa Marta, Colombia.

Método

El estudio se inscribe en el paradigma cualitativo-fenomenológico, dado que se pretendió conocer en dos ciudades de Colombia los modelos semánticos (creencias culturales) de los sujetos en relación con el suicidio. Asimismo, a nivel exploratorio el enfoque de consenso cultural permitió establecer si existe “conocimiento compartido en torno a uno o varios modelos semánticos dentro de un grupo social respecto de un dominio cultural, reconociendo su estructura y organización” (Borgatti, 1994; citado en García De Alba García y otros, 2011, p.169).

Para lograr el objetivo de establecer los modelos conceptuales sobre el significado y el concepto del término “suicidio” en habitantes de Barrancabermeja y Santa Marta, se trabajó con una muestra de 198 personas (muestreo no probabilístico), con edades entre los 16 y 75 años (promedio 26,19). A fin de identificar las creencias acerca del suicidio, se aplicó el Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida (CCCS-18), mientras que para el caso de la conceptualización sobre suicidio se utilizó la técnica de Redes Semánticas Naturales (RSN).

Instrumentos y procedimientos

El CCCS-18 (Ruiz, Navarro-Ruiz, Torrente y Rodríguez, 2005) describe las creencias actitudinales de las personas en cuatro factores: 1) legitimación del suicidio, que refiere a la visión del suicidio como algo racionalmente aceptable; 2) suicidio en enfermos terminales, que alude al suicidio como posibilidad en enfermos que no tienen posibilidades de vivir en ciertas condiciones dignas o cuyo mal es degenerativo e irreversible; 3) dimensión moral del suicidio, que indica la valoración sobre este acto desde la perspectiva social; y 4) el propio suicidio, como una posibilidad para el sujeto. La escala de estos cuatro factores tiene una consistencia interna de 0,87, y para cada factor la consistencia es: Factor 1=0.84; Factor 2=0.82; Factor 3=0.78; Factor 4=0.73 (Ruiz, Navarro-Ruiz, Torrente y Rodríguez, 2005, p. 686-687).

Las Redes Semánticas Naturales exploran el significado psicológico de un concepto, con base en el supuesto de que la memoria semántica se encarga de organizar los significados y conceptos sobre las cosas y las relaciones entre estas (Gutiérrez de Piñeres, y Lobo, 2015, p. 116). Según Tulving (1972, citado en

Zermeño, Arellano y Ramírez, 2005, p. 307), las RSN se vinculan al estudio de la cognición social, que incluye una serie de procesos psicológicos a partir de los cuales se obtiene, usa, almacena y modifica el conocimiento que se tiene del mundo y de las personas. Se solicitó a los participantes escribir cinco palabras entre sustantivos, adjetivos, verbos y adverbios para el estímulo presentado, en un tiempo máximo de dos minutos, y asignarles un valor de 1 a 5 según considerara cuál de esas cinco expresiones se aproximaba más al término en cuestión. Se presentaron tres palabras estímulo: dos distractoras y el término de interés “suicidio”.

Análisis y tratamiento de datos

Los datos del CCCS-18 se analizaron conforme a las puntuaciones obtenidas en cada factor y la puntuación global de cada participante, a partir de estadísticos descriptivos. Los datos de RSN se analizaron conforme al método propuesto por Hinojosa (2008), depurando los términos resultantes (ortografía, lexemas, mayúsculas), ordenándolos de mayor a menor según su frecuencia de aparición, y dirimiendo frecuencias iguales por orden creciente de la mediana del valor asignado a la expresión. Para cumplir con el objetivo propuesto se dispuso a diferenciar los grupos de participantes entre los de mayores y los de menores puntuaciones (tomando como referencia la mediana) en el CCCS-18. Se analizó el contenido de RSN en ambos grupos, comparando términos más frecuentes, y finalmente se estudió la asociación entre términos y actitud hacia el suicidio. Adicionalmente se procedió a comparar el contenido de las RSN diferenciando el grupo por sexo, ciudad y grupo etario.

Consideraciones éticas

La participación e inclusión de las personas del estudio se realizó a través de la condición de pertenecer al rango de edad de interés para el estudio y la manifestación de participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado; el consentimiento informado se caracterizó por describir las condiciones de participación y la forma de devolución de los resultados. De igual manera, el estudio adoptó para el desarrollo del estudio los lineamientos del código deontológico y bioético de psicología (Ley 1090 de 2006) al igual que directrices para el desarrollo de investigación relacionada con la salud en seres Humanos (Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, 2016).

Resultados

Los participantes fueron habitantes de Barrancabermeja (50,5%) y Santa Marta (49,5%), en su mayoría mujeres (73,2%). Sus características sociodemográficas se aprecian en la

Tabla 1.

Tabla 1. *Caracterización de los participantes.*

Variable	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	51	25.8
	Mujer	145	73.2
Edad	25 o menos	146	73.7
	26 a 45	30	15.2
	46 o más	22	11.1
Ciudad	Barrancabermeja	100	50.5
	Santa Marta	98	49.5
Nivel educativo	Primaria	12	6.1
	Bachillerato	50	25.3
	Tecnólogo	23	11.6
	Universitario/pregrado	108	54.5
	Posgrado	5	2.5
Ocupación principal	Estudiante	140	70.7
	Empleado	25	12.6
	Trabajador independiente	22	11.1
	Labores domésticas del propio hogar	9	4.5
	Jubilado o pensionado	2	1.0
TOTAL		198	100.0

Fuente: Elaboración propia

La media en el CCCS-18 fue de 2,62. La media más alta se observó en el factor “dimensión moral del suicidio” (3,73) y la más baja en “legitimación del suicidio” (2,10) y “el propio suicidio” (2,13). Se separaron los datos de acuerdo a la mediana, para diferenciar el grupo con más alta actitud hacia el suicidio (puntuaciones mayores en el CCCS-18, media=3,51) respecto al de más baja actitud (puntuaciones menores, media=1,77) de cara a posteriores comparaciones con los resultados de las RSN. Al comparar los resultados entre hombres y mujeres, no se aprecia una diferencia significativa. Los participantes de

Barrancabermeja obtuvieron una media ligeramente mayor que los de Santa Marta. Al considerar los grupos etarios, la media más alta se observa en el grupo más joven (25 o menos años) y la más baja en el grupo de más edad (46 años o más, ver

Tabla 2).

Tabla 2. *Comparación de resultados del CCCS-18 (incluyendo factores).*

Variable		F	CCCS Legitimación 18 del suicidio		Suicidio en enfermos terminales	Dimensión moral suicidio	El del propio suicidio
Actitud hacia el suicidio	Alta	97	3.51	2.87	3.97	4.69	2.83
	Baja	101	1.77	1.36	1.66	2.82	1.46
Sexo	Hombres	51	2.66	2.21	2.91	3.75	2.01
	Mujeres	145	2.62	2.07	2.76	3.74	2.19
Ciudad	B/bermeja	100	2.76	2.23	3.03	3.84	2.21
	S. Marta	98	2.49	1.97	2.55	3.63	2.05
Edad	25 o menos	146	2.72	2.13	2.95	3.91	2.18
	26 a 45	30	2.56	2.07	2.51	3.63	2.26
	46 o más	22	2.10	1.98	2.11	2.70	1.68

Fuente: Elaboración propia

Los comportamientos de relación entre las medias son semejantes en cada uno de los factores al comportamiento observado en la calificación global (sin diferencias entre hombres y mujeres, mayor Barrancabermeja que Santa Marta, proporción inversa de edades y puntuación), excepto en el factor “el propio suicidio”, en el cual el grupo de participantes entre 26 a 45 años mostró una media mayor a los otros.

El análisis de las redes semánticas de los 198 participantes arrojó que los términos más frecuentemente asociados a “suicidio” fueron “muerte”, “depresión”, “tristeza”, “problema” y “soledad”, sobre una producción total de 244 términos diferentes (valor J). En la

Tabla 3 se aprecian los términos que fueron expresados por al menos el 5% de los participantes.

Tabla 3. *Red semántica para “Suicidio”.*

Término	Frecuencia	Porcentaje	Término	Frecuencia	Porcentaje
Muerte	111	56.1	Cobardía	17	8.6

Depresión	61	30.8	Vida	16	8.1
Tristeza	55	27.8	Miedo	13	6.6
Problema	52	26.3	Sufrimiento	13	6.6
Soledad	42	21.2	Debilidad	12	6.1
Desesperanza	33	16.7	Decepción	12	6.1
Autoestima	28	14.1	Matar	12	6.1
Dolor	23	11.6	Salida	11	5.6
Falta	23	11.6	Ayuda	10	5.1

Fuente: Elaboración propia

El término “muerte” está en el tope en los cuatro casos analizados (actitud hacia el suicidio, sexo, ciudad, grupo etario) de las redes semánticas sobre suicidio. Al comparar las redes semánticas de los grupos con alta y baja actitud hacia el suicidio, se observa que no existen diferencias considerables entre los términos tope de cada red (los términos excluidos mutuamente son “cobardía” y “miedo”), es decir, las redes son semejantes (ver

Tabla 4).

Tabla 4. *Redes semánticas para “suicidio”, según actitud alta o baja hacia el suicidio.*

Alta	n=	97	Baja	n=	101
	Frecuenci	Porcentaj		Frecuenci	Porcentaj
Término	a	e	Término	a	e
Muerte	61	62.9	Muerte	50	49.5
Depresión	32	33.0	Depresión	29	28.7
Tristeza	30	30.9	Problema	27	26.7
Problema	25	25.8	Tristeza	25	24.8
Soledad	20	20.6	Soledad	22	21.8
Desesperan	19	19.6	Autoestima	16	15.8
za					
Autoestima	12	12.4	Dolor	15	14.9
Falta	11	11.3	Desesperan	14	13.9
			za		
Miedo	10	10.3	Falta	12	11.9
Dolor	8	8.2	Cobardía	10	9.9

Fuente: Elaboración propia

Algo semejante ocurre al comparar las redes por sexo, con tres términos de diferencia entre los más frecuentes: “cobardía”, “ayuda” y “vida” aparecen en el tope de la red de los hombres; “falta”, “dolor” y “miedo” en el caso de las mujeres (Tabla 5).

Tabla 5. *Redes semánticas para “suicidio”, por sexo.*

Hombres	n=	51	Mujeres	n=	145
Término	Frecuencia	Porcentaje	Término	Frecuencia	Porcentaje
Muerte	30	58.8	Muerte	79	54.5
Tristeza	12	23.5	Depresión	50	34.5
Depresión	11	21.6	Tristeza	42	29.0
Problema	11	21.6	Problema	41	28.3
Cobardía	10	19.6	Soledad	31	21.4
Soledad	10	19.6	Desesperanza	25	17.2
Ayuda	8	15.7	Autoestima	22	15.2
Desesperanza	8	15.7	Falta	20	13.8
Vida	7	13.7	Dolor	18	12.4
Autoestima	6	11.8	Miedo	9	6.2

Fuente: Elaboración propia

Las diferencias empiezan a ser más notables al comparar las redes entre ciudades y grupos etarios. En el primer caso, si bien la diferencia es de sólo tres términos,

como en el análisis según sexo, el orden de frecuencia de estos es diferente: mientras en Barrancabermeja el término “problema” es el segundo más frecuente, asociado por el 36% de los participantes, en Santa Marta este término apenas es séptimo, considerado por el 16%; y “autoestima”, que en Santa Marta aparece en el 20% de los casos (cuarta posición), en Barrancabermeja sólo se observa en el 8% (décima posición, ver

Tabla 6). “Dolor”, “cobardía” y “sufrimiento” aparecen entre los diez términos tope de Barrancabermeja, pero no en Santa Marta, lo contrario ocurre con “falta”, “miedo”, y “debilidad”: topes en Santa Marta, pero no en Barrancabermeja.

Tabla 6. *Redes semánticas para “suicidio”, por ciudad.*

B/bermeja	n=	100	S. Marta	n=	98
Término	Frecuencia	Porcentaje	Término	Frecuencia	Porcentaje
Muerte	54	54.0	Muerte	57	58.2
Problema	36	36.0	Depresión	31	31.6
Depresión	30	30.0	Tristeza	28	28.6
Tristeza	27	27.0	Autoestima	20	20.4
Soledad	22	22.0	Soledad	20	20.4

B/bermeja	n=	100	S. Marta	n=	98
Término	Frecuencia	Porcentaje	Término	Frecuencia	Porcentaje
Desesperanza	18	18.0	Falta	16	16.3
Dolor	17	17.0	Problema	16	16.3
Cobardía	12	12.0	Desesperanza	15	15.3
Sufrimiento	9	9.0	Miedo	9	9.2
Autoestima	8	8.0	Debilidad	8	8.2

Fuente: Elaboración propia

En la comparación de las redes entre los grupos etarios, hay más diferencias que el análisis de los casos anteriores. El término “dolor”, que para el grupo de mayor edad aparece en el 27% de los casos (segundo lugar), en el grupo de 26 a 45 años aparece en el 16% de los casos (séptimo lugar) y en el grupo de los más jóvenes sólo en el 8% (noveno lugar). “Desesperanza” aparece en el grupo de 26 a 45 en un 36%, en los más jóvenes sólo en el 15% de los casos, y en el grupo de los mayores no aparece. “Depresión” es el segundo término más asociado en los grupos de los más jóvenes y de 26 a 45, pero no aparece en la red de los de mayor edad; algo semejante ocurre con el término “problema”. (ver **¡Error! La autoreferencia al marcador no es válida.**). La expresión “cobardía”, que no aparece entre las 10 tope del grupo más joven, es asociada por el 13% de los de 26 a 45 años y por el 18% (tercer lugar) de los de mayor edad. “Enfermedad”, que aparece en la red del grupo de 46 o más años, no aparece en el tope de las de los otros dos grupos; igual ocurre con “inestabilidad”, “temor” y ahogarse”. El término “autoestima” sólo aparece en el tope del grupo más joven; lo mismo ocurre con “debilidad”. “Ayuda” y “vida” son términos que sólo aparecen en el tope de la red del grupo de 26 a 45 años.

Tabla 7. *Redes semánticas para “suicidio”, por grupo etario.*

25 o menos	n=	146	26 a 45	n=	30	46 o más	n=	22
Término	f	%	Término	f	%	Término	f	%
Muerte	84	57.5	Muerte	16	53.3	Muerte	11	50.0
Depresión	48	32.9	Depresión	11	36.7	Dolor	6	27.3
Tristeza	42	28.8	Desesperanza	11	36.7	Cobardía	4	18.2

Problema	41	28.1	Soledad	10	33.3	Enfermedad	4	18.2
Soledad	32	21.9	Problema	9	30.0	Falta	4	18.2
Autoestima	24	16.4	Tristeza	9	30.0	Matar	4	18.2
Desesperanza	22	15.1	Dolor	5	16.7	Tristeza	4	18.2
Falta	18	12.3	Ayuda	4	13.3	Inestabilidad	3	13.6
Dolor	12	8.2	Cobardía	4	13.3	Temor	3	13.6
Debilidad	11	7.5	Vida	4	13.3	Ahogarse	2	9.1

Fuente: Elaboración propia

Discusión y Conclusiones

Los resultados del CCCS-18 indican que el grupo con mayor riesgo (por su más alta actitud) es precisamente el grupo de los más jóvenes, lo que coincide con la estadística del INMLCF, cuando señala que la tasa más alta de suicidios está entre los 18 y 24 años (2018, p. 354). En lo que no coinciden tales resultados es en la diferencia entre sexos: los resultados en el cuestionario son semejantes, mientras que la tasa de suicidio es mayor en hombres (9,47) que en mujeres (2,08) (INMLCF, 2018, p. 354). La estadística mencionada también indica que la ciudad con mayor tasa del fenómeno (Barrancabermeja) es también aquella cuyos participantes reportaron una media más alta en la actitud hacia el suicidio.

La construcción semántica sobre el suicidio considera la muerte, la depresión, la tristeza, los problemas, la soledad, como los términos mayormente asociados a este fenómeno. De aquí se colige que un modelo semántico comprensivo del suicidio, partiendo de estos cinco términos tope, sería: llegar a la muerte, intencionalmente, a partir de emociones primarias (tristeza) y secundarias (depresión) asociadas a la percepción de problemas y la creencia de estar en soledad (¿no deseada?). Otros aspectos asociados, continuando con los cinco términos siguientes en la red, serían dificultades en el amor propio (autoestima) y con la percepción de estar en falta (de recursos, de apoyo), asociadas a sentimientos de dolor y desesperanza (ver Figura 3).

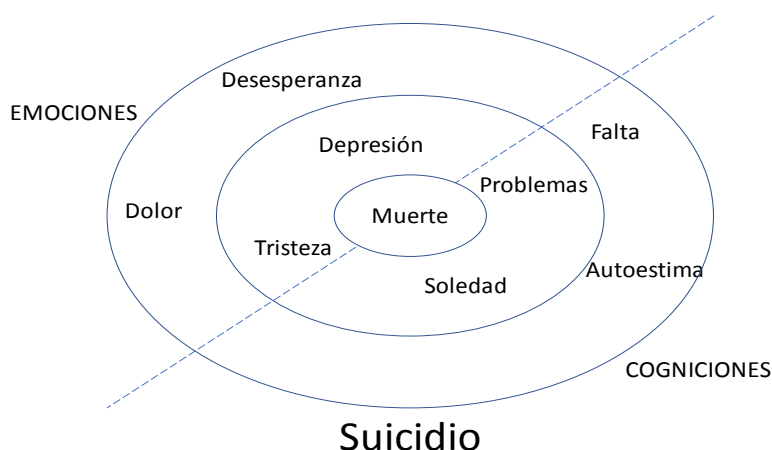


Figura 3. Modelo semántico sobre suicidio.

Los modelos conceptuales sobre el suicidio cambian al aumentar la edad, y en esta medida se relacionan menos con la depresión, más con enfermedad e inestabilidad. Los resultados en los más jóvenes del estudio coinciden con lo reportado por García de Alba García y otros: “en los adolescentes, se identificaron en la estructura semántica la depresión, la tristeza y el apartarse de los demás como las evidencias más importantes” (2011, p. 175).

Los hallazgos permiten concluir que lo que hace variar el cómo se piensa sobre el suicidio no es tanto la actitud, pues las RSN no se diferenciaron entre los grupos con mayor y menor actitud, sino que son más relevantes el contexto, el sexo y el momento evolutivo. Esto podría relacionarse con al menos dos asuntos: uno de ellos es que en la medida que el fenómeno empieza a ser más frecuente, la manera de pensar sobre este puede modificarse (las noticias, los comentarios en la interacción social, la sobreexposición al tema, hacen pensar al sujeto en una forma distinta de lo que lo haría alguien en un contexto en el que el fenómeno se percibe distante, poco frecuente, o no se habla); el segundo puede estar con las estrategias de afrontamiento, la percepción de la realidad, la percepción de factores protectores, que en determinado momento de la vida se tienen.

El hecho de que el término más asociado sea “muerte” amerita indagar cómo se entiende la muerte en la cultura en la que se realizó el estudio. El cómo se entiende este concepto —un paso a otra vida, el cese de toda experiencia, o un fenómeno espiritual, entre tantas otras posibles representaciones— podría estar asociado a una determinada concepción sobre el suicidio, por lo tanto resulta relevante intentar comprender la construcción cultural a este respecto.

Aunque el acto suicida es considerado como una decisión singular, factores como el contexto, el momento evolutivo y la presencia de estresores son predisponentes para la conducta, en tanto que constituyen una mediación sociocognitiva para la misma. Las diferencias en la medida de la actitud hacia el suicidio se asocian con el contexto (la ciudad) y el momento evolutivo; lo que invita a pensar en que, al momento de la prevención, son necesarias estrategias diferenciadas. En los resultados de las redes semánticas, además de estos dos factores, se evidencia que el sexo también hace diferencia: los conceptos tope difieren, lo que indica que es necesario transmitir el mensaje de manera diferente a hombres y mujeres. Los resultados del estudio se alinean con lo propuesto por Echeburúa (2015):

El suicidio es una urgencia vital ubicada no sólo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. Así, en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos: a) a nivel emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) a nivel cognitivo, una desesperanza profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida (p. 118).

Por otro lado, los hallazgos del estudio corroboran lo propuesto por García De Alba García y otros (2011) sobre el enfoque de consenso cultural, dado que se evidencia la existencia de un conocimiento compartido por etapa evolutiva que permite el establecimiento de un modelo semántico en relación a la representación social del suicidio.

Los resultados permiten evidenciar, de acuerdo con Chomsky, “los significados subjetivos que se construyen en torno al concepto de suicidio” (1971, citado en Gutiérrez de Piñeres y Lobo, 2015p. 169), facilitando la comprensión y las asociaciones al término que realizan las personas en sus diferentes etapas evolutivas, y con ello, la identificación de “las expresiones que utilizan en su lenguaje cotidiano develando el entendimiento que las personas tienen de un concepto, habiendo sido atravesado por experiencias, situaciones, conceptualizaciones académicas o científicas, afectando las relaciones sociales” (Cole y Scribner, 1977; citado en Gutiérrez de Piñeres, y Lobo, 2015, p. 114) y la relación de la palabra con la realidad (Chomsky, 1971; citado en Gutiérrez de Piñeres, y Lobo, 2015, p. 114). Lo expuesto, cobra relevancia en la medida que permite identificar el modelo semántico comprensivo del suicidio en los participantes, al igual que se establece su dimensión cultural-cognitiva-emocional-conductual.

En coherencia con lo anterior, Carpi y Breva (2001) manifiestan la importancia de reconocer las creencias y constructos contruidos por los individuos, dado que se convierte en un factor determinante para la prevención y comprensión de la

conducta humana. Por lo tanto, es importante comprender que la identificación del “mapa cognitivo y la subjetividad de las personas para avizorar los escenarios posibles de su actuación, postura u opinión respecto a temáticas relacionadas con alguna palabra-estímulo u oración generadora” (Cervantes-Gutiérrez, 2009, p. 12), se convierte en un nuevo escenario de exploración para comprender la conducta suicida y con ello, estrategias de intervención desde su sentir y pensar.

Por otro lado, los resultados constituyen un aporte a nivel conceptual para la generación de estrategias de intervención a partir de las redes semánticas descritas sobre el suicidio. Frente a lo expuesto, García De Alba García y otros expresan que necesitamos “conocer los procesos socioculturales implícitos en la construcción del acto, como el suicidio, y la interpretación social del mismo, un acto que se manifiesta de manera individual pero que se construye y reconstruye en una intercomunicación social-individual” (2011, p. 169).

Finalmente, la comprensión del suicidio como un fenómeno personal e interpersonal, en el cual se involucra lo social, económico, político, cultural, biológico, entre otros, permite plantear un puente de diálogo entre múltiples dimensiones y realidades, logrando establecer que dicho comportamiento es una respuesta que va más allá de la decisión individual de quitarse de la vida: es un mensaje, la disposición de asumir una actitud ante la sociedad, las instituciones, los pares, inclusive ante la vida misma (Inquilla, 2013). Lo expuesto en el estudio confirma la necesidad, señalada por Gergen, de

continuar proporcionando estudios de corte cualitativo, social, y de significados teniendo en cuenta que los individuos pueden llevar a cabo acciones que tradicionalmente se categorizan como “pensamiento” o “sentimiento”; sin embargo, estas acciones pueden verse propiamente como formas relacionales llevadas a cabo en el sitio del individuo (Gergen, 2007, p. 218).

Limitaciones del estudio.

Conviene señalar los limitantes del estudio: el muestreo fue no probabilístico, y la intención de la descripción hecha fue principalmente con el propósito de comprender cómo se pensaba sobre el suicidio en las dos ciudades participantes; por lo tanto los hallazgos más generalizantes sobre la población colombiana, son comprensivos sobre el fenómeno en Barrancabermeja y Santa Marta como ejemplo de lo que ocurre en el país. El enfoque fue intencionalmente dirigido a una comprensión cualitativa con base en datos cuantitativos, como la frecuencia de aparición de los términos en el caso de las RSN, la media y la mediana en el CCCS-18.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no haber conflicto de intereses

Referencias

Alianza UniNorte con el Heraldo (3 de noviembre de 2016). El potencial económico que se pierde por los casos de suicidio. *El Heraldo*. Recuperado de <https://www.elheraldo.co/economia/el-potencial-economico-que-se-pierde-por-los-casos-de-suicidio-265938>

Ballesteros M., Gutiérrez-Malaver M., Sánchez L., Herrera N., Gómez Á. e Izzedin R. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(3), 523-543.

Banco Mundial (2019). Datos de libre acceso del Banco Mundial, tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes) [recurso on-line]. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?end=2016&start=2000&view=map>

Carpi, A. y Breva, A. (2001). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la Teoría de Acción Planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4 (7). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/abreva7191302101/texto.html>

Cervantes-Gutiérrez, C. (2009). Redes Semánticas Naturales: Explorando la correlación sígnica entre riña familiar y violencia intrafamiliar. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires

Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1090. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario Oficial 46.383 del 6 de septiembre de 2006

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

García De Alba García, J. E., Quintanilla Montoya, R., Sánchez Loyo, L. M., Morfín López, T., y Cruz Gaitán, J. I. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(2); 167-179.

Gergen, K. (2007). *Construccionismo Social. Aportes Para el Debate y la Práctica*. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Gutiérrez de Piñeres B., C., y Lobo R., A. (2015). Significados en torno al concepto de psicología jurídica. *Diversitas*, 11(1), 113-133. DOI: <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2015.0001.08>

Hinojosa, G. (2008). El tratamiento estadístico de las redes semánticas naturales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 18(1), 133-154. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/654/65411190007.pdf>

Inquilla, J. (2013) Representaciones sociales sobre el suicidio de los estudiantes en la Universidad Nacional del Altiplano Puno-Perú. *Revista Comunicación*. 4 (2). ISSN 2219-7168

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2018). *Forensis 2017 Datos para la vida*. 19 (1).

Organización Mundial de la Salud (2014) *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington: El autor.

Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición*. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Ruiz, J., Navarro-Ruiz, J., Torrente, G. y Rodríguez, A. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*, 17(4), 684-690. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72717424.pdf>

Zermeño, A. I., Arellano, A. C. y Ramírez, V. A. (2005). Redes semánticas naturales: técnica para representar los significados que los jóvenes tienen sobre televisión, internet y expectativas de vida. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 11(22) 305-334. Recuperado de: http://bvirtual.ucol.mx/descargables/669_redes_semanticas_naturales.pdf