

LA VIDA DESPUÉS: EL ESTIGMA DE LAS Y LOS JÓVENES, QUE HAN EMITIDO COMPORTAMIENTO SUICIDA.

LIFE AFTER: THE STIGMA OF YOUNG PEOPLE WHO HAVE
DISPLAYED SUICIDAL BEHAVIOR.

Recibido: 28/02/2025

Aceptado: 05/08/2025

Carlos Augusto Hernández Armas¹

Lesly Miroslav Suárez Sandoval²

RESUMEN

Este artículo tiene por objetivo analizar la reacción social que viven las personas después de haber emitido un intento suicida. La principal categoría de análisis fue el estigma, bajo el abordaje de la teoría de Goffman. El enfoque metodológico fue cualitativo y micro-sociológico. El muestreo fue de casos-extremos y de bola de nieve, con diez participantes de entre los 21 y 28 años de edad. El instrumento de recolección de datos fue la entrevista a profundidad, y el diseño fue el Análisis de Contenido, apoyado del Atlas.ti. En los resultados resaltó la existencia de un ciclo en el que el comportamiento suicida provoca una serie de reacciones sociales que estigmatizan a la persona y esa estigmatización en lugar de inhibir, potencia su reincidencia.

Palabras clave: Intento Suicida, Suicidio, Estigma, Reacción Social.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the social reaction experienced by people after having made a suicide attempt. The main category of analysis was stigma, under the approach of Goffman's theory. The methodological approach was qualitative and micro-sociological. The sampling was case-extreme and snowball, with ten participants between 21 and 28 years of age. The data collection instrument was the in-depth interview, and the design was Content Analysis, supported by Atlas.ti. The results highlighted the existence of a cycle in which suicidal behavior provokes a series of social reactions that stigmatize the person and this stigmatization, instead of inhibiting, enhances recidivism.

Key words: Suicide Attempt, Suicide, Stigma, Social Reaction.

.....
¹ (caraugg@gmail.com), Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0988-4917>

² (leyly9ssuarez@gmail.com), Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-4937-1906>

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2019), reporta que cada 40 segundos se suicida una persona, por lo que, entre los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio es la segunda causa de muerte; además se estima que por cada suicidio existen aún más números de intentos no consumados. Esto significa que cada año se suicidan cerca de 700,000 personas en el mundo y por cada suicidio realizado hay más tentativas de llevarlo a cabo (OMS, 2021); En cuanto a los datos cuantitativos nacionales mexicanos, el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2021), ha señalado que, en el 2020, del total de personas que fallecieron, 7,818 fueron por lesiones que se produjeron a sí mismas; la tasa de suicidio en jóvenes de entre 18 y 29 años es la más alta con unos 10.7 fallecimientos por cada 100,000 jóvenes.

En el caso de México, mediante la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018), se descubrió que en la población de 10 años de edad o más, el 5% había considerado la opción de quitarse la vida. Estas ideas o cogniciones no se limitan al antes de un intento, sino que, en las recaídas los sobrevivientes llegan a mantener estos pensamientos (Córdova, Rosales y Rosales, 2019).

El intento suicida se define como una conducta autodirigida, con potencial lesivo, pero sin resultado fatal, la cual cuenta con evidencia implícita o explícita de la intención de causarse daño. Es una conducta que cuenta con una clara evidencia de querer ocasionar la propia muerte, aunque el resultado no sea fatal (Instituto Nacional de Salud de Colombia, 2018).

El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2021), en México, ha declarado que el suicidio actualmente debe ser contemplado como un problema de salud pública. La tendencia estadística permite deducir que los suicidios seguirán aumento en los siguientes años y, por lo tanto, los intentos suicidas también elevarán su prevalencia; sin embargo, el análisis del fenómeno se dificulta debido a los procesos de estigmatización que rodean al comportamiento suicida, los cuales impiden que las personas que hayan intentado suicidarse compartan su experiencia sin sentirse blanco de juicios. Por otro lado, la diversidad de abordajes se ha

multiplicado, pasando desde las posturas clásicas de la filosofía, hasta las novedades de las neurociencias, siendo protagonistas en la sociedad actual las sintomáticas y psicologiscistas, las cuales intentan categorizar el comportamiento en cuadros clínicos, con la finalidad de prevenir su aparición.

Como alternativa a lo anterior, se elaboran propuestas como la presente, las cuales buscan alternar el enfoque preventivo y sintomático, con posturas amplias de las ciencias sociales, en este caso, la teoría del estigma; para no solamente centrarse en el aspecto individual, sino analizar los factores sociales que rodean el proceso suicida, en particular la llamada reacción social, la cual acontece después de que se ha cometido el acto. Esta postura vislumbra brindar más y nuevas opciones de comprensión que permitan registrar los aspectos micro-sociales del suicidio, omitiendo el juicio moral y las tendencias patologizantes.

PREMISAS TRADICIONALES SOBRE EL SUICIDIO

El acto suicida ha sido un tema fundamental en el campo de la filosofía, en donde se ha abordado con profundidad y aceptación, encontrando la constante de que el ser humano lo contempla como una alternativa razonable ante los sufrimientos de la existencia. Albert Camus mencionó que el suicidio es una esperanza cuando la vida es pesada, y que aunque para algunos puede ser esto ilógico, en la vida casi es imposible ser siempre lógico, y que el sentido de la muerte se encuentra en la vida misma (Ordoñez, 2010); Hume (2002), por su parte, aseguró que todo aquel que termina con su propia existencia no atenta contra la sociedad a la que pertenece, sino que deja de serle una carga, por lo tanto, con su acto la libraba de un malestar, lo que podría considerarse como algo reconocible.

Una obra clásica en el tema es *El Suicidio* de Émile Durkheim ([1897], 1974), quien, desde una visión filosófica y sociológica, resalta el hecho de que éste es una acción desesperada, premeditada y llevada a cabo con la conciencia de cuál será el final; por lo tanto, la tentativa o el intento suicida se consideran como la misma acción aún cuando no se consigue morir. Una aportación decisiva de Durkheim fue la situar al suicidio más allá del marco epistémico de la psicología, aludiendo a que,

independientemente de los causales individuales del acto, éste trasciende al espectro social, ya que vuelve sensible al grupo respecto a él y a su vez se interrelaciona con el estado mismo de la sociedad, tal y como lo enunció en el siguiente axioma: “el suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de la sociedad: religiosa, doméstica y política” (Durkheim, 1897, p. 285).

A finales del siglo XIX, se consolidó la epistemología psicologista, la cual inmediatamente se posicionó como explicativa del fenómeno del suicidio, utilizando un método sintomatológico, dedicado a la observación de los síntomas y padecimientos de las personas. En este contexto, el psicoanálisis de Freud enunció que el suicidio se manifestaba como resultado de un deseo de matar a un ser amado; pero que al recaer en uno mismo la culpa e impotencia, se dirige la agresividad hacia sí mismo, afectando indirectamente a aquella persona (Freud, 1996). Esta idea fue explorada con mayor profundidad por psicoanalistas como Menninger (citado en Clemente y González, 1996), quien sostuvo que las causas del suicidio se ubican en las conmociones patológicas que son congruentes con los contextos familiares y sociales; y Fromm (2021), quien en su análisis acerca de la sociedad contemporánea, analoga al suicidio con el concepto de balance en el ámbito empresarial: “Muchos casos de suicidio se deben al sentimiento de que <<la vida ha sido un fracaso>>, de que <<no merece la pena seguir viviendo>>; el individuo se suicida exactamente como un hombre de negocios se declara en quiebra cuando las pérdidas exceden de las ganancias y cuando ha perdido la última esperanza de recuperarlas” (Fromm, 2021, p.130).

Con el avance de la psicología de enfoque científico, el abordaje del suicidio fue evolucionando también. Su concepción como un problema de salud pública, concentró los estudios y teorías en la búsqueda de factores predisponentes y en posibles estrategias de intervención; se afinaron los cuadros clínicos relacionados y la tendencia se ha dirigido a trabajos trasdisciplinarios que tomen en cuenta para la configuración del comportamiento suicida, a factores de campos ajenos a la psicología, como lo son los económicos, los neurológicos, los culturales, entre otros.

PREMISAS CONTEMPORÁNEAS DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

La Organización Mundial de la Salud (2021), como institución configuradora de la agenda de las investigaciones de salud a nivel global, ha hecho hincapié en la necesidad de priorizar la atención del comportamiento suicida, al tratarse de un fenómeno que altera la vida de las familias, amigos, comunidad e incluso el país de aquellos que lo llegan a concretar, creando efectos que marcan la vida individual y social.

Investigaciones interdisciplinarias como la de Montés, Jiménez y Jiménez (2019), identifican que los familiares de aquellos que se intentaron suicidar o lo lograron, sufren no solo por la muerte de un ser querido, sino también por la serie de ideas que rodean el hecho, como que el suicidio es hereditario (lo que provoca culpa y preocupación en los supervivientes), el temor a que otro miembro de la familia lo intente; las nociones morales de valentía-cobardía; la búsqueda de causales patológicas; las nociones de que las personas alrededor pudieron hacer algo para evitarlo; la idea de que el suicidio se puede contagiar (lo que deriva en intentos de invisibilizar el acto, evitando hablar de ello o recordarlo); entre otras.

La Asociación Psicológica Americana (2022), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su última edición publicada recientemente, el DSM-V-TR, ha especificado el comportamiento suicida dentro de la sección “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”. A diferencia de las ediciones anteriores, en las que aparecía como parte sintomática de otras patologías mentales como la Depresión Mayor (p.155) y el Trastorno Bipolar (p.123). En esta nueva clasificación, los códigos añadidos son los siguientes: (a) Comportamiento suicida actual, encuentro inicial; (b) Comportamiento suicida actual, encuentro posterior; (c) Antecedentes de conducta suicida; (d) Autolesiones no suicidas actuales; y (e) Historial de autolesiones no suicidas. El hecho de que aparezca en el manual psicológico más utilizado en el mundo, en el área del psicodiagnóstico, refleja la preocupación de la psicología y la inversión institucional que está aconteciendo al respecto.

A nivel gubernamental se han creado también modelos nacionales e internacionales que permitan comprender e intervenir en el suicidio; por ejemplo, en México, se ha instaurado el llamado Código 100, como un

sistema clínico, que apoya en la toma de decisiones alrededor del comportamiento suicida en las redes integradas al Sistema de Salud (Secretaría de Salud, 2024). Este sistema indica clasificar el riesgo del paciente en tres términos: el intento repetido, el número de intentos y el grado de letalidad. Posteriormente marca la ruta para crear un plan de seguridad y la intervención médica.

EL ABORDAJE DEL SUICIDIO BAJO EL ENFOQUE DE LA TEORÍA DEL ESTIGMA

Los estudios tradicionales sobre el comportamiento desviado se han enfocado principalmente en el comportamiento mismo y su etiología, es decir, la categorización se explica a partir del mismo sujeto y sus actos, dando por hecho que la etiqueta de desviado es solamente una consecuencia de los comportamientos que él mismo había emitido. En el caso del suicidio se han centrado en descubrir sus causas, se ubica en el antes de su emisión. En cambio, los autores ubicados dentro de las posturas críticas como la teoría del Estigma, re-dirigieron su atención hacia los procesos y los actores que intervienen en el etiquetamiento más que en el individuo etiquetado en sí, bajo la premisa de que la interpretación de los comportamientos depende de quién sea quien lo comete, el momento histórico y sus circunstancias que rodean el acto.

Estos abordajes emergentes han abierto nuevas zonas de sentido, ya que en los fenómenos sociales se concibe al público (las personas alrededor del fenómeno individual) como partícipe definitivo de la interacción, el cual dota de identidad a quien comete la desviación. En este marco es que se ubica la Teoría del Estigma formulada por Erving Goffman, la cual es referencia en las Ciencias Sociales, en el estudio de la desviación. Desde este enfoque se entiende al estigma como una marca que simboliza algo contrario a las normas de la sociedad (Stafford y Scott, 1986), y que genera una serie de expectativas negativas por parte del público que rodea al estigmatizado. El estigma es fuente de discriminación y rechazo por parte de los no estigmatizados, quienes ponen al estigmatizado en una situación de desventaja social (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009).

Goffman (2006) identificó tres tipos de estigma: las abominaciones del cuerpo, las cuales se refieren a las malformaciones físicas; los defectos de carácter del individuo, los cuales tienen que ver con los comportamientos que emite (en los que se encuentra el comportamiento suicida), y, por último, las derivadas de aspectos tribales de raza, nación y religión. Independientemente de su tipo, el estigma dota al sujeto de un atributo indeseable para los "normales", lo cual convierte al estigmatizado en centro de la atención, ya sea para rechazarlo por considerarlo peligroso para el funcionamiento social, o bien para reformarlo y regresarlo a la normalidad. Posteriormente el estigmatizado recibe una serie de presiones traducidas en explicaciones o tratamientos, las cuales a menudo profundizan su desviación (Hernández, 2021).

Bajo este enfoque es que se analizan las reacciones sociales que acontecen después de la emisión de un comportamiento suicida, así como los efectos que éstas reacciones tienen en la identidad de quien las emite, ya que como menciona Goffman (2001), es inevitable que la desacreditación permeé en cómo se conciben a sí mismos los estigmatizados, lo cual repercute en sus comportamientos posteriores. Para ello, a continuación, se refieren algunos estudios sobre esa etapa posterior al comportamiento suicida.

Ruda (2010), concluyó en su investigación, que es regular que después de un intento suicida los individuos sientan falta de energía, enfado, humillación o vergüenza debido a la estigmatización que aún rodea al acto, además en los seis meses después de un intento de suicidio aumenta considerablemente el riesgo de recaída. Cañón y Carmona (2018), por su parte, revelaron que en México las problemáticas familiares son un factor importante que ocurren tras concebir la ideación suicida. En un estudio similar llevado a cabo con personas que ya habían estado hospitalizadas por intentar quitarse la vida, se identificó que el 14% de su muestra había repetido el intento de suicidio. Allí se menciona la existencia de un periodo "crítico post-alta" con el cual se debe tener bastante precaución, debido a que es una etapa de latencia en la cual las recaídas son muy comunes, o bien, el equilibrio emocional de las personas aún no está restaurado, por lo que se le puede considerar un lapso de tiempo de vulnerabilidad (Azcárate, López, Goñi, Montes, Portilla y Elorza, 2019).

Este riesgo de reincidencia ha sido también hallado en investigaciones de otros países de Latinoamérica: Quemba, Herrera y Mendoza (2022), en su trabajo titulado “*Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en niños y adolescentes, Colombia 2016-2020*”, describen que dicha conducta conlleva emociones negativas, estrés con la familia, conflictos en relaciones interpersonales e inclusive la exclusión, después de haberse cometido. Los datos duros también han registrado que uno de cada cinco intentos suicidas termina en un nuevo intento, de hecho, se calcula que por cada suicidio hay 25 intentos; en el 2022 se realizó una revisión sistemática de 110 estudios que analizaban 248,829 intentos de suicidio, en el cual se concluyó que tasa de repetición general fue de 0.20 y también se descubrió que el riesgo de repetición aumentó linealmente con el tiempo (Alcaraz, 2023). Un factor que ha resultado ser determinante entre aquellas personas que volvieron a intentar suicidarse y las que no, fue la interacción social que mantuvieron después, siendo aquellos que no conversan e interactúan con otros, quienes tienen mayor probabilidad de reintentarlo (Azcárate, et al., 2019).

Desde el enfoque de la presente investigación lo que se buscó es explicar estos eventos desencadenantes desde el papel del otro, es decir, cómo el estigma impuesto tras haber cometido el comportamiento suicida afecta en la identidad de las personas, propiciando que se conciban a sí mismos como desviados de la norma y por lo tanto actuando en consecuencia al estigma que se les ha implantado.

METODOLOGÍA

Acorde con la metodología cualitativa, en este estudio se pretendió conocer las experiencias de los individuos y describir las características o cualidades de los fenómenos que viven (Canive, 2020), en relación con el comportamiento suicida. Temporalmente, la ubicación del análisis fue posterior a la emisión al comportamiento, ya que el objetivo no fue profundizar en la etiología del mismo, sino analizar las reacciones sociales que ocurren después, así como la incidencia que éstas reacciones tienen en la identidad de los sujetos.

La investigación enfatizó en conocer la realidad desde una perspectiva de *insider*, de captar el significado particular que a cada hecho atribuye su propio protagonista, para posteriormente analizar cada uno de estos elementos como piezas de un conjunto sistémico a nivel macro. La labor de analizar la relación entre la estructura y la situación, entre el sistema y las relaciones cara a cara -llamadas el orden de la interacción- es medular en las investigaciones de Goffman sobre el estigma, ya que se trata de ubicar el plano interaccional como un nivel de observación digno de estudio, el cual merece ser analizado situacionalmente y no solamente como un reflejo de lo que sucede en los niveles estructurales. Acorde con lo anterior, el instrumento de recolección de datos utilizado fue la entrevista a profundidad, ya que ésta registra fragmentos de la sociedad en su propio entorno, enfatizando en la historia de vida narrada por personas comunes.

Esta metodología interpretativa conduce a la producción de textos en los que el investigador tiene la posibilidad de representar la historia del sujeto estudiado, bajo el manto de un “realismo social honrado y desprovisto de sentimientos” (Denzin y Lincoln, 2012, p. 31). Las entrevistas personales están cargadas de referencias que se expresan desde el plano de la subjetividad producidas desde adentro, por lo que ponen en juego una amplia dramatización personal (Gordo y Serrano, 2008). Para conseguir un guion de entrevista se utilizó la técnica propuesta por Hernández, Fernández y Baptista (2014), llamada tabla de operacionalización (Anexo 1) la cual es un instrumento que sigue un proceso lógico para hacer transitar una variable a sus dimensiones o componentes, posteriormente a sus indicadores y finalmente a los ítems o preguntas.

Una vez que se extrajo el guion de preguntas de la tabla de operacionalización, se realizó un análisis de ésta y las preguntas se ordenaron de manera que facilitaran una conversación natural con los informantes. Según Strauss y Corbin (2002), hay distintos tipos de preguntas: sensibilizadoras, teóricas, estructurales y preguntas guía; la mayoría de los ítems de esta tabla de operacionalización son del tipo guía, las cuales se refieren a aquellas que se basan en la teoría que se está desarrollando y son específicas para la investigación en particular.

La selección de la muestra fue por medio de las técnicas bola de nieve y casos extremos, lo cual consistió en identificar directamente algunos

casos que cumplieran con los criterios de inclusión de esta investigación: que hubiera emitido comportamiento suicida al menos una vez en su vida, ser mayor de edad, que el evento no haya sucedido recientemente (hace al menos dos años), y de preferencia que haya tenido acompañamiento psicoterapéutico. Después de haber identificado los primeros dos casos, se llevó a cabo el protocolo de invitación, explicando a detalle el objetivo de la investigación e invitándoles a participar en ella. Después de haber aceptado, se les compartió el consentimiento informado, garantizándoles la confidencialidad absoluta durante su participación; una vez que firmaron el documento se procedió a realizar la entrevista. Cabe mencionar que, al ser un estudio cualitativo, durante el trabajo en campo se privilegió el rigor científico y el cuidado en el manejo de la información (en especial por su naturaleza sensible); y siendo que los entrevistadores son psicólogos, se tuvieron precauciones clínicas, evitando causar en los participantes malestares que pudieran derivar en crisis emocionales o sufrimiento. Los documentos que sostuvieron el marco ético de lo anterior fueron la Declaración de Helsinki y el Código Ético del Psicólogo.

Las personas entrevistadas fueron recomendando a otras que sabían que habían pasado por situaciones similares, dando un total de diez entrevistas a profundidad, las cuales se transcribieron a un procesador de textos en donde se comenzó el Análisis de Contenido, que consiste, en términos de Neuendorf (2009), en un medio sistemático y objetivo de describir y cuantificar fenómenos, especialmente en datos textuales, que se focaliza en la formación de la teoría a partir del análisis de mensajes y la codificación de datos. Para apoyar el proceso de análisis se utilizó el Atlas. ti en su versión 24, del cual emanaron los esquemas sintéticos como los diagramas de Sankey, la nube de palabras y las redes semánticas.

RESULTADOS

El análisis de datos se desarrolló alrededor de seis códigos, ubicados en tres puntos temporales distintos o nodos: 1. Lo que antecede el comportamiento suicida, 2. Lo que sucede al emitirse el comportamiento suicida y, principalmente, 3. Lo que sucede después. Cabe mencionar que, por el enfoque metodológico, centrado en la reacción social, el tercer momento

es el más importante, sin embargo, no se pueden omitir los fenómenos que anteceden a la estigmatización.

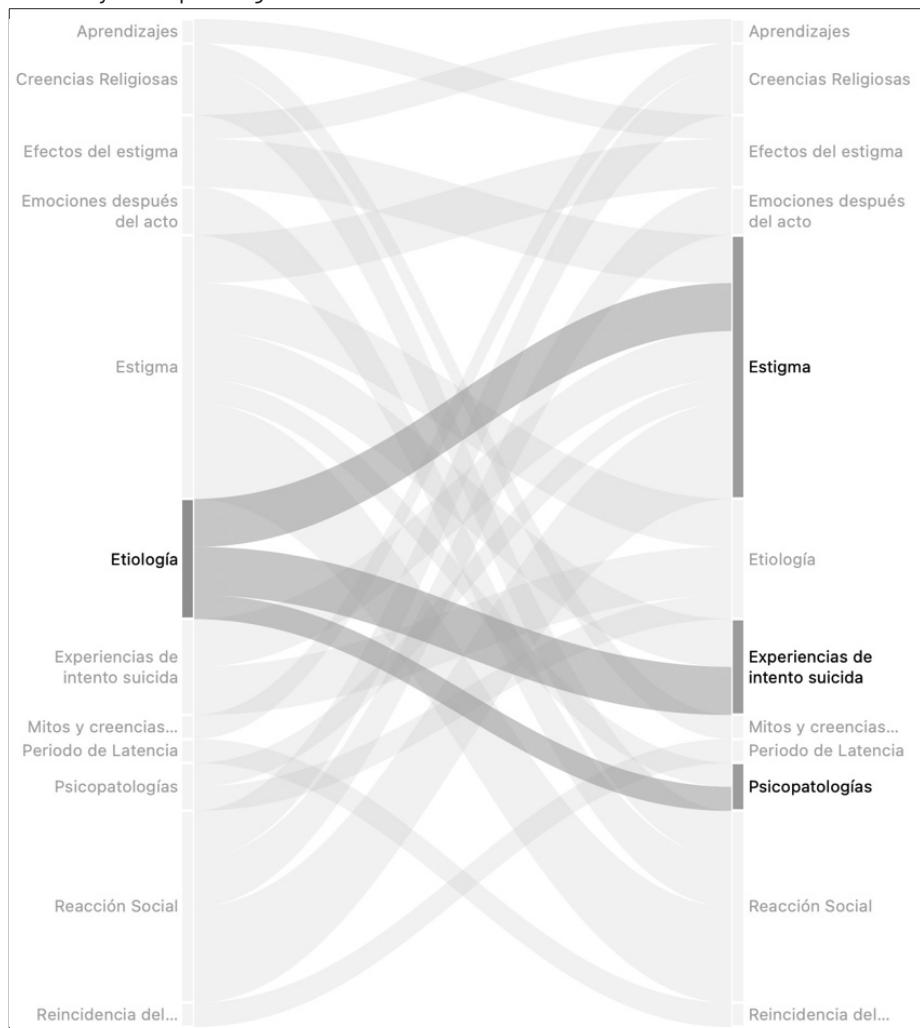
En el primer nodo de análisis, se encuentra el código de la etiología del comportamiento suicida, en el cual predominan fuentes de tipo familiar: “El abandono por parte de mi mamá y el suicidio de mi papá”, y la experimentación de distintas modalidades de violencia: “Recibía mucho bullying en la escuela”, “siempre me hicieron un lado, recuerdo como que era un estorbo”, “me sobreprotegieron mucho a tal punto que dijeron nosotros escogemos por ti, pero tú no opinas”, “tal vez vaya un poco porque pues soy bi y allá no está muy bien aceptada”. El segundo código del primer nodo temporal es el referente a las psicopatologías. Como se puede observar en la Figura 1, el diagrama Sankey refleja una alta co-ocurrencia entre las psicopatologías, la etiología y la emisión en sí del comportamiento suicida; es decir, un diagnóstico previo de enfermedad mental puede explicar al mismo sujeto su propio comportamiento, al fundamentarse en el decir del experto que le asignó tal diagnóstico.

Algunas de las citas al respecto de las patologías son las siguientes: “Fui creando un sentimiento de tristeza, de depresión”, “Con el tiempo empecé a sentirme con esa ansiedad de decir, <<pues ya no quiero estar aquí>>”, “Cuando siento ese dolor, si no son las autolesiones estoy tratando ahorita con medicamento”, “Es muy difícil que yo me relaje o que me sienta bien. Casi siempre como que todo me estresa”, “La depresión, la ansiedad, los suicidios, no se van a ir 100%, pero era como un inquilino muy molesto”. Como se puede observar, entre las patologías auto-identificadas están la ansiedad, el estrés y la depresión.

Cabe mencionar que estos diagnósticos no están sustentados necesariamente en un diagnóstico elaborado por un profesional de la salud mental, sino que son aproximaciones fundadas en la experiencia y la información con la que han tenido contacto las personas evaluadas.

Es posible que sí detecten ciertos rasgos que concidirían con un modelo diagnóstico formal, pero seguramente hay partes que son interpretaciones inadecuadas de los cuadros clínicos, e incluso algunas partes sustentadas más en mitos que en elementos científicos. En términos de Girard (1986), los mitos se sostienen en evidencias reales, las cuales, a su vez, se magnifican o matizan con creencias y prejuicios irreales.

Figura 1. Diagrama Sankey de co-ocurrencia Etiología–Experiencia de Intento Suicida y Psicopatologías



Elaboración propia.

El código de análisis del segundo nodo de tiempo, fue el concerniente a la experiencia en sí del intento suicida. Conocer los detalles del suceso da contexto de los significados que interactuaban en su realidad. Sin

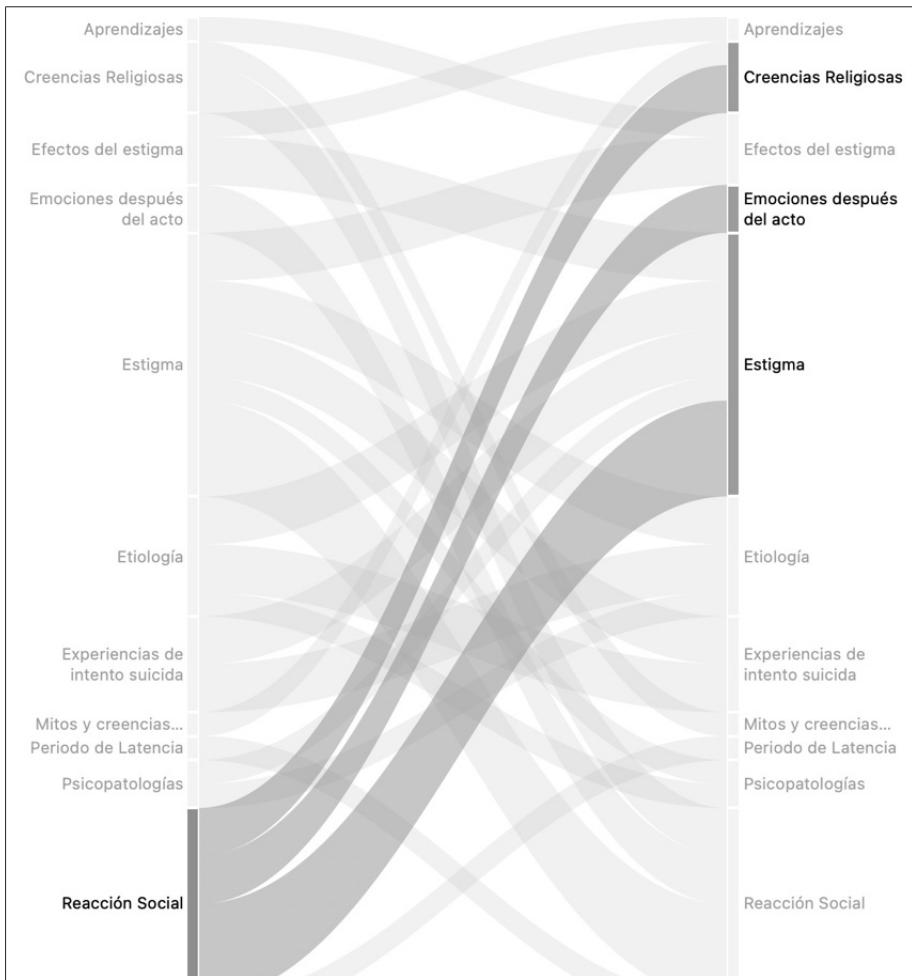
embargo, por respeto a las y los informantes esta información no se comparte aquí, pero en lo general, las modalidades de los intentos suicidas se clasifican en inmersión en agua, suspensión, ingesta de medicamentos, autolesiones y accidentes automovilísticos provocados.

A partir de aquí, se analiza la categoría central del estudio, que es el estigma, entendido como ese signo desacreditable que se implanta en personas que transgreden el orden social; para ello la primera categoría es la reacción social, es decir, qué es lo que dicen y hacen las personas alrededor de la persona que ha emitido un comportamiento suicida, cómo es que cambian en su forma de dirigirse a ella, cómo se altera su relación en el orden de la interacción.

En el análisis de contenido se pudieron encontrar regularidades en torno a tres nociones, en primer lugar, las reacciones de apoyo o afecto: "Estuvieron ahí conmigo, estuvieron apoyando y todo, cuidándome", "Siento que fue la sobreprotección, siempre como que me dieron más protagonismo... no me dejaban, me asfixiaban", "Ahora ya le toman un poquito más de importancia a lo que me pasa", "Pues yo le dije que me quería matar y me dijo, <<es tu decisión>>". En segundo lugar, están las reacciones violentas de recriminación: "Los sentimientos que demostraban más eran tristeza y hasta cierto punto un poco de enojo", "Hemos dado todo, hemos estado ahí contigo para qué estás haciendo esas tonterías", "En algún punto mi abuelita sobre todo me preguntó y me dice <<oye por qué estás con esas cosas>>", "Me pegaron cuando me vieron así".

Y en tercer lugar y relacionado con el anterior, las reacciones de inhabilitación de la persona, es decir, en las que les declara el estigma y por consecuencia hay una expectativa desacreditable a sus comportamientos futuros: "Les platico y es así de <<chale, pobrecito, vente, te voy a dar cariño>>", "Me dijo de que estaba pendeja, que había pensado de que no quiere a una pinche drogadicta en la casa", "Todos me miraban horrible, y sin saber si estaba la intención de volver a intentarlo", "Llegan al punto de ocultar cosas punzocortantes. Andamos cortando con cubiertos de plástico". Como se puede observar en el esquema Sankey de la Figura 2, estas reacciones sociales están permeadas por las creencias religiosas que se tienen alrededor del comportamiento suicida, así como de las emociones que se experimentan al ver a un familiar en situación de riesgo.

Figura 2. Diagrama Sankey de co-ocurrencia Reacción Social-Creencias Religiosas-Emociones después del acto-Estigma



Fuente: Elaboración propia.

Estas creencias religiosas, de naturaleza enjuiciadora, contienen una carga simbólica que aqueja la decisión suicida; la posibilidad de un castigo consecuente e incomprendible influye en algunos casos deteniendo el suicidio y en otros casos aún así se comete, pero con culpa. Como

menciona Hume (2002), las ideas religiosas surgen de las esperanzas y temores incessantes que afligen al ser humano, quien le atribuye a causas secretas y desconocidas los bienes que goza y los males de los que siente amenazado. Es por ello que las reacciones y emociones que experimentan las personas que rodean el acto suicida, están impulsados en gran medida por esas nociones religiosas que les han enmarcado en su contexto social.

El siguiente objetivo del análisis fue concretizar al estigma en palabras, bajo la noción de que los estigmas viajan en esa forma. Las palabras desacreditadoras conglomeran un gran contenido de significados que facilitan su comprensión en los grupos sociales. En términos de René Girard (1986), el compartir términos estigmatizantes permite llegar a consensos sociales, en dónde los “normales” segregan a las personas no deseadas. En la Figura 3, por medio de la nube de palabras procesada por el Atlas. ti, se puede identificar que los términos estigmatizantes más frecuentes tienen que ver con dos nociones: la cobardía y la lástima hacia las personas suicidas.

Figura 3. Nube de palabras de términos estigmatizantes del comportamiento suicida



Fuente: Elaboración propia.

Ante los cuestionamientos que se hicieron con la intención de sintetizar los estigmas en palabras representativas, se obtuvieron respuestas como las siguientes: "Nos ven como unos locos que no valoran su vida", "Que somos cobardes, que somos débiles, que, que solo queremos atención", "Nada quita este estigma de eres un cobarde por quitarte la vida", "Hasta soy pendeja hasta para esto". Como se puede observar, el contenido del estigma está relacionado con la idea de incapacidad del suicida, ya sea para enfrentar los problemas de la vida, o bien para comprender lo que los demás supuestamente sí comprenden. En ambos casos, esta noción de cobardía que se les asigna, es una carga más para el sujeto, aparte de las dificultades que iniciaron su ideación suicida.

Como se revisó en el apartado teórico, la teoría del estigma se ha concentrado en saber lo que sucede después de la reacción social, es decir, cuáles son los efectos de la estigmatización en la identidad y el comportamiento ulterior de quien ha recibido esta marca. Para ello, en primer lugar, se indagó en el comportamiento suicida, luego en la reacción social tras el comportamiento suicida y por último en los efectos de la reacción. Esquemáticamente fue de la siguiente manera:

Figura 4. Dirección de la investigación

Etiología → Comportamiento Suicida → Reacción Social (ESTIGMA) → Efectos del Estigma

Fuente: elaboración propia.

A partir de ello, por medio del Análisis de Contenido, se identificó cómo es que la identidad de las personas estigmatizadas por comportamiento suicida se ve afectada de manera significativa. En términos de Goffman (2001), la identidad se deteriora debido a que las expectativas negativas (en este caso de que vuelva a intentar el suicidio), se convierten en una presión social que a su vez les inhabilita aún más.

Es decir, independientemente de la etiología del comportamiento, el estigma se convierte en sí mismo en un elemento etiológico de una identidad patológica: "Me hace sentir muy culpable, me hace sentir un fracasado", "Se me vienen muchos pensamientos, así como desvalorar, ¿no? Como quitándome valor", "Me ha inculcado esa idea de yo soy lo peor, de lo

peor, de lo peor del mundo por querer hacer esto”, “Yo pensaba que era una decepción para mí familia, que era un perdedor que no tenía un futuro”, “Normalmente no confío mucho en mí, soy esa del síndrome del impostor, de que cuando me pasa un logro”, “Mis inseguridades no me dejan y siempre me dicen que soy una mediocre”, “Pienso que estoy existiendo sin una razón”, “No me siento relevante o importante”.

Como se puede observar, después de la emisión de un comportamiento desviado socialmente, el deterioro identitario comienza a desarrollarse de manera paralela e independiente de los elementos etiológicos primarios. Es decir, los efectos, como la culpa, la desvalorización y la inseguridad, son consecuencia, pero al mismo tiempo son causa de nuevas afectaciones. Esto deriva en una especie de ciclicidad en la que las reacciones sociales que se espera contrarresten el comportamiento no deseado, en realidad terminen potenciándolo.

Este fenómeno ha sido descrito por autores como Howard Becker (2014), quien enunció que el tratar a un individuo como si fuese un desviado, pone en marcha una serie de mecanismos que conspiran para dar forma a la persona a imagen de lo que los demás ven en ella: “el comportamiento es más una consecuencia de la reacción pública ante la desviación que un efecto de las cualidades inherentes al acto desviado en sí”(p.54).

De esta manera se puede evidenciar que las reacciones sociales, que son esperadas, comprensibles y muchas veces bien intencionadas, pueden contener fuerzas estigmatizantes que potencien el comportamiento que ha sido estigmatizado. Esto implica una paradoja que a menudo es invisible para las personas involucradas en el fenómeno, pero que podría explicar las dificultades que se presentan en los procesos de rehabilitación del comportamiento suicida.

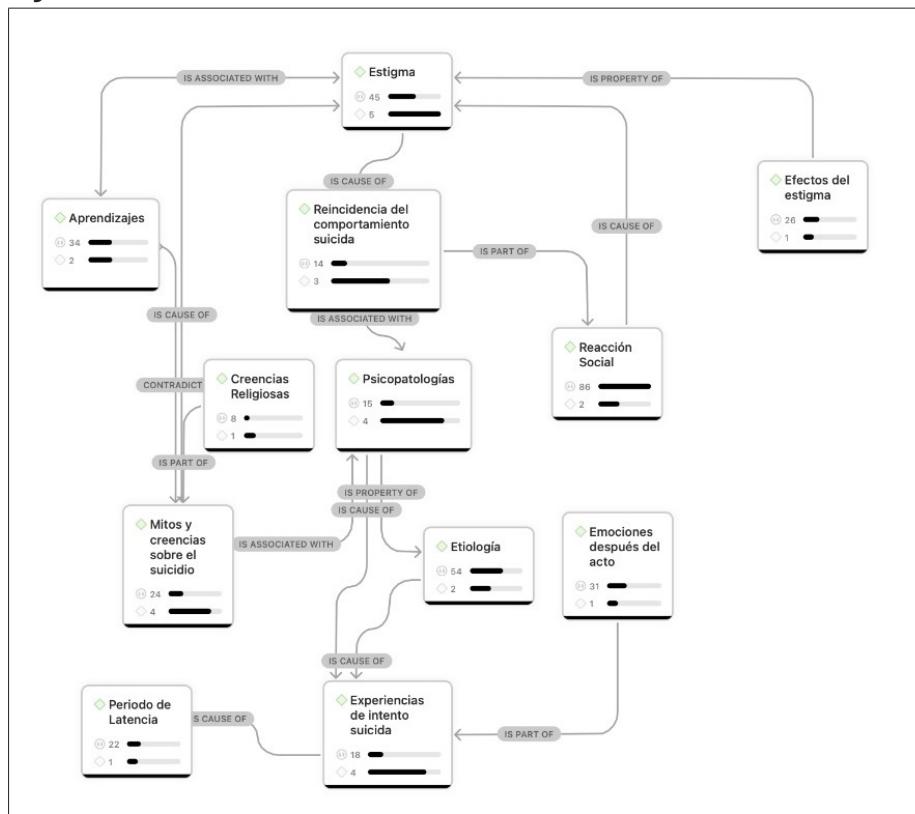
CONCLUSIONES

El comportamiento suicida ha intrigado a la humanidad desde tiempos antiguos; las ciencias sociales y las ciencias de la salud han tratado de explicar y en algunos casos, de intervenir en este fenómeno, desde diferentes perspectivas y distintos métodos. Uno de los puntos torales de la intervención ha sido la búsqueda del origen de este comportamiento, bajo

la premisa de que si se sabe de dónde viene hay altas posibilidades de de tenerlo, en pos de la vida.

Sin embargo, la intención de investigaciones como la presente, es analizar el comportamiento suicida desde otra óptica, tratando de ampliar el espectro hacia categorías emergentes y otros momentos de la interacción social. A continuación, se presentan los principales puntos de análisis revisados con anterioridad, ordenados a manera de conclusiones, con el apoyo de la red semántica ordenada a partir de las principales categorías de análisis. El esquema presenta también el número de citas que contiene cada categoría, dándole sustento a las reflexiones derivadas.

Figura 5. Red semántica



Fuente: elaboración propia.

Las relaciones que se pueden encontrar son las siguientes: primero, que las creencias religiosas son parte de los mitos y creencias sobre el suicidio; y a su vez los mitos y creencias sobre el suicidio están relacionadas con las psicopatologías. Después, las Psicopatologías están relacionadas con la Etiología del comportamiento suicida, aunque no siempre; hay ocasiones en que no se tiene identificada una patología como posible causa. Luego, cuando aparece el comportamiento suicida hay una serie de reacciones sociales, las cuales a su vez conllevan a un estigma.

Por último, el estigma puede llevar a la reincidencia del comportamiento suicida, por lo que esta reincidencia se convierte en una psicopatología, que a su vez es nuevamente la etiología; y así es como se completa el ciclo en el que la reacción social en lugar de evitar la reincidencia del comportamiento suicida, puede potenciarlo.

Este hallazgo respecto a la naturaleza cíclica del comportamiento suicida, desde la teoría del estigma, puede abrir nuevas zonas de sentido sobre la comprensión y el tratamiento del suicidio, ya que éstos regularmente se dirigen a la prevención del mismo, o bien, a su tratamiento, centrándose en el perfil psicopatológico del sujeto, más no en las personas que lo rodean.

Desde esta perspectiva, es clave que cuando se emite un comportamiento suicida, se vigile la reacción que tienen las personas cercanas a la persona, sus familiares, pareja, amigos, compañeros, ya que sus comentarios, sus respuestas, sus ideas que expresan al respecto, aunque seguramente son bienintencionadas, podrían reforzar la identidad deteriorada del suicida, potenciando la reincidencia de las autolesiones.

La pregunta que deberá plantearse para siguientes estudios y propuestas de intervención, es cuál debería ser entonces la reacción sugrible a las personas que rodean a la persona que ha intentado suicidarse, ya que, si bien es cierto que se puede anticipar que deben reaccionar con empatía, paciencia y sin enjuiciamiento, habrá que probar empíricamente qué estrategias de respuesta tienen mayor eficacia terapéutica, a pesar de las dificultades técnicas que conlleve su experimentación.

REFERENCIAS

- Alcaraz, M. (2023). Una de cada cinco personas que trata de suicidarse lo vuelve a intentar. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/una-de-cada-cinco-personas-que-trata-de-suicidarse-lo-vuelve-a-intentar-8998>
- Asociación Psicológica Americana. (2022). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association.
- Azcárate, L., López, J., Goñi, A., Montes, L., Portilla, A. & Elorza, R. (2019). La repetición del intento de suicidio un estudio de seguimiento [Archivo pdf]. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8175172.pdf>
- Becker, H. (2014). Outsiders. Siglo XXI: Buenos Aires
- Canive, T. (2020). Investigación cuantitativa. características del método cuantitativo. <https://www.sinnaps.com/blog-gestion-proyectos/metodo-cuantitativo>
- Cañón, S y Carmona, A. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes [Archivo pdf]. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014
- Clemente, M. y González, A. (1996). Suicidio. Una alternativa social. Biblioteca Nueva.
- Córdova, M., Rosales, J. C. & Rosales, A. (2019). Intento suicida Veinticinco años de investigación en estudiantes mexicanos de educación media superior [Archivo pdf]. <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/199>
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (2012). El campo de la investigación cualitativa. Gedisa: Buenos Aires
- Durkheim, É. (1897). El suicidio. Titivillus.
- Freud, S. (1996). Duelo y Melancolía. Amorrortu.
- Fromm, E. (2021). El corazón del hombre. Su potencia para el bien y el mal. Fondo de Cultura Económica.
- Girard, R. (1986). El chivo expiatorio. Anagrama: Barcelona
- Goffman, E. (2001b). Internados. Amarrortu: Buenos Aires

- Goffman, E. (2006). Estigma, la identidad deteriorada. Amarrortu: Buenos Aires
- Gordo, A. y Serrano, A. (2008). Estrategias y prácticas cualitativas de investigación social. Prentice Hall: CDMX.
- Hernández Armas, C. A. (2021). El Estigma heredado: el caso de los niños que nacen en prisión. Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social, 7(1), 105-127. <https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.7.1.2021.307.105-127>
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill: CDMX
- Hume, D. (2002). Del suicidio. De la inmortalidad del alma. Océano.
- INEGI. (2021). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (2018). Intento de Suicidio, Colombia 2018 [Archivo pdf]. https://www.ins.gov.co/busador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO_2018.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [Archivo pdf].
- Montés, G., Jiménez G. y Jiménez, P. (2019). Guía para familiares en duelo por suicidio, supervivientes [Archivo pdf]. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf>
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M. y Guillén, A. (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense: Madrid
- Neuendorf, K. (2009). Reliability for Content Analysis. Media messages and public health: a decisions approach to content analysis. New York: Routledge.
- OMS. (2021). Suicidio.
- OMS. (2019). Cada 40 segundos se suicida una persona.
- Ordoñez, J. (2010). La condición humana: de la muerte y el suicidio. Una lectura de la obra de Albert Camus. Revista Científica Guillermo de Ockham, 8(1).

- Quemba, M., Herrera, J., Mendoza, A. y Mendoza, B. (2022). Comportamiento epidemiológico del intento de suicidio en niños y adolescentes, Colombia 2016-2020 [Archivo pdf].
- Rueda, F. (2010). Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y sus familiares [Archivo pdf]. <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>
- Secretaría de Salud. (2024). Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Código 100 [Archivo pdf]. <https://www.gob.mx/salud/documentos/introduccion-al-codigo-100>
- Stafford M.C., Scott R.R. (1986). Stigma, Deviance, and Social Control. En: Ainlay S.C., Becker G., Coleman L.M. (eds) The Dilemma of Difference. Perspectives in Social Psychology (A Series of Texts and Monographs). Springer: Boston
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia: Medellín

ANEXO 1

Tabla 1. Tabla de categorización

Efectos del intento de suicidio	Categorías	Indicadores	Preguntas
	Permanencia de ideación suicida	Cogniciones centradas en el suicidio	¿Sueles sentir ganas de ya no vivir? ¿Qué tan seguido sucede? Cuando tienes algún conflicto, ¿Cuál es la primera idea que viene a tu mente?
Conducta suicida		Sentimientos negativos	¿Qué tan seguido te sientes triste y solo? ¿Qué tan usual es que te sientas irritable o molesto?
		Autolesiones	Para ti, ¿Cuál es la mejor manera de sacar el dolor que sientes interiormente? Cuando estas triste o enojado, ¿Qué te haces o dices a ti mismo?
Sentimientos posteriores		Primera reacción ante el suicidio no consumado	¿Qué sentiste al darte cuenta que tu intento no había funcionado?
		Estado emocional posterior	¿Cómo fueron para ti los días posteriores al intento?
Efectos en la familia		Primera reacción	¿Cuál fue la reacción de tu familia al enterarse?
		Conducta posterior	¿Qué llegaste a percibir que cambio en tu familia luego del intento suicida?
		Sentimientos manifestados posteriormente	¿Qué comentarios o sentimientos llagaron a presentar tus familiares?
Seguimiento clínico		Terapia psicológica	¿Llegaste a asistir a terapia? ¿Crees que la terapia podría ayudar a personas que han intentado suicidarse, cómo?
		Medicamentos	¿Cómo consideras que los fármacos podrían ayudar a alguien que intentó suicidarse? ¿Sueles consumir fármacos para ayudarte?
Recaídas	Nuevos intentos		¿Has tenido ganas de volver a intentarlo? ¿Qué te motiva o detiene de intentarlo de nuevo?
Cambios en la visión a futuro		Existencia de planes a futuro	¿Cuáles son tus planes a futuro para tí mismo?
		Perspectiva ante el intento de suicidio	Actualmente, ¿Cómo percibes al suicidio?
		Expectativas del propio futuro	¿Cuál es tu opinión respecto a tu propio futuro?

Elaboración propia, 2024.