



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO INTEGRADOR FINAL

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

DIRECTOR/A DE LA CARRERA:

DRA. CERVONE NÉLIDA

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTOR:

FUENZALIDA CARMA, SANTIAGO NICOLAS

TÍTULO DEL TRABAJO:

LA COMUNICACIÓN SUICIDA EN USUARIOS EN TRATAMIENTO SUICIDOLÓGICO EN CATAMARCA

SEDE:

LA RIOJA

DIRECTOR/A DE TIF:

LIC. MOLINA, DIEGO IVÁN

FECHA DE PRESENTACIÓN:

13/02/2025

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364



**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS
DE LA SALUD
FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ**

PAGINA DE APROBACION

EVALUACION DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

Clasificación:.....

**DEFENSA ORAL DEL TRABABO FINAL DE
INVESTIGACION**

Clasificación:.....

TRIBUNAL EXAMINADOR

.....

.....

.....

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479
informesba@barcelo.edu.ar

Sede La Rioja
Benjamín Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090
☎ (0380) 154811437
informeslr@barcelo.edu.ar

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364
informesst@barcelo.edu.ar

Oficina Posadas
Félix de Azara y Córdoba,
local 12, galería "El Paseo"
Tel.: (0376) 4440521
posadas@barcelo.edu.ar

Agradecimientos.

A lo largo de mi formación profesional, he tenido el privilegio de tener a mi alrededor a distintas personas las cuales fueron fundamentales en este camino.

Quiero agradecer, a todas esas personas, tanto de Catamarca como de La Rioja que me han apoyado, sostenido, contenido y ayudado, desde lo emocional y académico, previo y durante mi cursada en la carrera como en la realización de este trabajo integrador final.

Agradezco a todas las personas significativas de mi vida, quienes muchas veces me lograron comprender y alentar en momentos que he tenido que posponer frecuentarlas, incluso en momentos importantes, debido al consumo de horas que debía aportar al estudio para llegar a este objetivo.

A aquella gente que ha invertido su tiempo en mí, en oírme en los momentos que lo necesitaba, en ayudarme en los momentos que me costaba, en lograr que los momentos de estrés se pudieran volver más amenos.

Me encuentro sinceramente y eternamente agradecido por todas aquellas personas las cuales contribuyeron de cualquier manera a que llegue al momento de mi obtención de este título, con palabras de aliento, consejos o simplemente, creyendo en mí.

Espero haber cumplido con las expectativas de quienes confiaron y confían en mí, durante mi etapa de estudiante, y espero poder hacerlo en mi futuro como profesional y posteriores formaciones.

Índice

Introducción.....	7
Antecedentes.	8
Contextualización.....	9
Marco Teórico	11
1. Suicidiología	11
1.1 Modelos Explicativos.	11
2. Suicidalidad	14
2.1 Ideas suicidas.	16
2.2 Ideación Suicida Pasiva.	16
2.3 Ideación Suicida Activa.	17
2.4 Crisis Suicida Activa.	17
2.5 Síndrome presuicidal.	18
2.6 Equivalentes Suicida.....	18
2.7 Intento de Suicidio.	19
2.8 Suicidio.	19
3 Comunicación Suicida.	20
Comunicación Suicida Virtual	27
Operacionalización.....	29
Justificación.....	32
Planteamiento del Problema.	36
Objetivos.	36

Objetivo General:	36
Objetivos Específicos.....	36
Metodología de Investigación.....	36
Lógica de Investigación.....	36
Tipo de Investigación	37
Variables de estudio.....	37
Unidad de Análisis	38
Población.....	38
Muestra.....	38
Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos.....	40
Encuesta.....	40
Grupo de enfoque.....	52
Consideraciones Éticas.....	53
Procesamiento y Análisis de Datos:	55
Encuesta	55
Procesamiento de datos:	55
Análisis Teórico-Práctico de datos:.....	60
Grupo de Enfoque:.....	73
Procesamiento de datos:	74
Análisis Teórico-Práctico e Interpretación Cualitativa.....	85
Conclusiones.....	89
Bibliografía:	95
Anexos.	102

Anexo N°1: Nota Institucional de Autorización de Practicas Intensivas Supervisadas	102
Anexo N°2: Autorización de Asesor para presentación de T.I.F.	103
Anexo N°3: Presentación de Encuestas,	104
Anexo N°4: Transcripción Fidedigna de la Grabación de Audio del Grupo de Enfoque:.....	113
Anexo N°5: Conformidad del Alumno a la Publicación de su Trabajo.	127

Introducción.

El presente trabajo de investigación “La Comunicación Suicida en usuarios en tratamiento suicidológico en Catamarca”, es elaborado con el propósito de obtener el título en Licenciatura en Psicología, concedido por el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H.A. Barceló, sede La Rioja.

El suicidio, es una temática que, desde siempre y hasta la actualidad, por distintos motivos históricos, fue estigmatizado y silenciado. Más allá del ámbito profesional, es algo de lo que se habla poco, y consecuentemente, se crean mitos al respecto, los cuales, no hacen más que aumentar tal estigma.

La psicología, junto a otras disciplinas, desde hace años se ha hecho cargo de estudiar al fenómeno, buscando la forma de lograr la mejor prevención, tratamiento, educación y postvención. Y, al ser una conducta meramente humana, por lo tanto, cultural (considerando la cultura como aquello que nos diferencia de los animales), no podemos dejar de lado un elemento esencial de la cultura, el lenguaje.

Existen muchos mitos respecto al suicidio, los cuales son repetidos de manera constante por la población común a pesar que los profesionales de las distintas disciplinas que tomaron la responsabilidad de la temática intentaron erradicarlas. Uno de esos mitos es que quienes hablan sobre suicidio, no lo llevan a cabo, algo que los hechos contradicen, ya que de cada 10 personas que se suicidan, 9 habían advertido de forma clara sus intenciones suicidas, la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida (Martin Pérez, 2016).

Esto quiere decir que, la mayoría de las personas que tienen intencionalidad de cometer un acto suicida, de alguna manera, más o menos explícita, lo manifiestan. Existen diferentes señales de advertencia, las cuales,

reconocerlos, pueden prevenir un posible suicidio inminente, siendo la manifestación de los pensamientos suicidas la principal señal de alarma, la cual nunca debe ser subvalorada.

Antecedentes.

La investigación, refiere al suicidio, palabra utilizada por primera vez en la lengua anglosajona en 1642 en una obra de Sir Thomas Brown y en 1772 en la lengua castellana por Fray Fernando de Ceballos, la cual tiene un origen latino, de “*sui*” que significa “de sí mismo” y “*caedes*” que quiere decir “asesinato”. Más específicamente, el trabajo, refiere a la comunicación suicida, la cual no se reconoce un origen exacto de la primera utilización del término, pero en el recorrido de la literatura y las diferentes conceptualizaciones, se podrá demostrar el rasgo interpersonal que caracteriza al acto de comunicar las intenciones, el plan, el deseo, ideas o ideaciones suicidas, y la importancia que debe (o debería) darse a la misma.

La suicidiología moderna, fue conceptualizada por Shneidman como “*El estudio científico del suicidio y sus manifestaciones, incluyendo la autodestrucción indirecta y crónica*” (Shneidman, 1985). La suicidiología, puede dividirse en dos enfoques:

- La Suicidiología Tradicional, la cual se centra en las causas y factores de riesgo de la ideación suicida, pero no dan una explicación del por qué algunas personas con ideación intentan suicidarse y otras no (Shneidman, 1993) (Joiner, 2005).
- Consecuente a las limitaciones del enfoque anteriormente nombrado, surge la Suicidiología “*Ideation-to-action*”, la cual enfatiza la transición de la ideación suicida a la conducta suicida, debido a que centrarse únicamente en conocer los factores de riesgo, no explica por qué algunas personas con ideación suicida la convierten en un intento de

suicidio, y otras personas no (Klonsky & May, 2015) (O'Connor, 2011), dando lugar al concepto de "Suicidalidad" y la posibilidad de diferenciar sus distintas dimensiones, las cuales se profundizan en el marco teórico.

Si bien existen diversas investigaciones y estudios respecto al suicidio, la suicidalidad y sus dimensiones, como también sobre la comunicación suicida, como los son "*Diferencias de género en la comunicación relacionada con el suicidio de jóvenes víctimas de suicidio*" de Balt et al. (2021), "*Práctica de Prevención de la Autolesión y el Suicidio en Entornos Digitales*" de López Martínez y Carretero García (2022), "*Escala de Comunicación Suicida: Desarrollo y análisis psicométrico en una muestra de adolescentes peruanos*" de Rodas Vera et al. (2024), "*Expresión de la Ideación Suicida a través de las Redes Sociales en Jóvenes Universitarios*" de Vargas Armas (2023), entre otros, los cuales fueron utilizado para la confección del marco teórico, no se encontró ningún estudio sobre comunicación suicida referida específicamente a la población que se seleccionó para ésta investigación, usuarios en tratamiento suicidológico.

Lo más similar, es el estudio realizado a familiares de víctimas suicidas por Balt (2021), con la diferencia que tal investigación es realizada sobre víctimas de suicidios consumado, no a usuarios en tratamiento suicidológico, y, también, la Escala realizada a estudiantes peruanos por Rodas Vera (2024), diferenciándose de esta investigación en que los adolescentes en su investigación no eran necesariamente sujetos con alguna dimensión suicida.

Contextualización.

El presente trabajo, fue realizado en SaluGénica, un centro de intervenciones asistenciales suicidológicas y dispositivo interdisciplinario ambulatorio de tratamiento para usuarios con disposición suicida. Fue

inaugurado por su director general, el licenciado en Psicología, Diego Iván Molina, el día 10 de agosto del año 2000 y funciona hasta la actualidad. Se encuentra ubicado en la calle San Martín N.º 122, en San Fernando del Valle de Catamarca, provincia de Catamarca, y fue reconocido por la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio (AAPS) como el primer centro de salud mental suicidológico del país, siendo pionero en el tratamiento para usuarios con disposición suicida, con personal especializado en el ámbito suicidológico (Quevedo, 2018).

Además, SaluGénica, tiene una instancia de actividades no terapéuticas, un espacio de prevención, postvención e investigación del suicidio, como también promoción de lo vital con realización de actividades de intervención en instituciones y comunitarias como talleres, cursos y jornadas de capacitación, llamada SaluGénica Activa.

El objeto de SaluGénica es la vida del hombre, la tarea es generar salud y bienestar a partir de la resolución positiva de la crisis vivida, y, su objetivo general, es prevenir el suicidio a través de la funcionalización y operativización estratégica terapéutica en el centro asistencial de intervención suicidológica, previniendo el suicidio en cualquier momento de la gestación de este proceso autodestructivo. Mientras que, sus objetivos específicos, son:

- Desarrollar la instrumentalización del programa terapéutico para el tratamiento de usuarios con disposición suicida.
- Intervenir desde un tratamiento modular ambulatorio para el restablecimiento psíquico y la resolución de la crisis psicológica a partir del sistema de asistencia de vigilancia y contención del usuario.
- Disminuir el nivel de riesgo suicida y el grado de potencial de los usuarios incluidos en el programa.

Marco Teórico

1. Suicidiología.

Si bien, en 1929, Bonger, emplea el término “Suicidología”, no fue hasta los años 70’ donde Shneidman, considerado “Padre de la Suicidiología Moderna”, conceptualizó esta disciplina cómo la ciencia de los comportamientos, los pensamientos y los sentimientos autodestructivos del mismo modo en que la psicología es la ciencia referida a la mente y sus procesos, sentimientos, deseos, etc., afirmando, también, que la suicidología pertenece a la psicología, ya que considera al suicidio como una crisis psicológica (Chávez, Hernández, 2010). Aunque el suicidio es siempre una temática que debe ser abordada de manera interdisciplinaria.

1.1 Modelos Explicativos.

Desde la aparición de la Suicidología de Shneidman hasta el momento, según Klonsky y May (2015), el estudio del fenómeno del suicidio, se puede clasificar en dos enfoques: los modelos tradicionales y los modelos *ideation-to-action* (de la ideación a la acción).

Los primeros, conciben el proceso y el riesgo suicida como un constructo unitario y unidimensional.

Los segundos, desde los cuales se va a fundamentar esta investigación, se propone explicaciones diferentes para el desarrollo de las ideaciones suicidas, por un lado, y para la progresión desde el deseo o la intención hacia el intento de suicidio. Es decir, se enfocan en identificar las diferencias entre ideación suicida e intento de suicidio como entidades diferenciadas en cuanto factores predictores, protectores y de riesgo involucrados, así como en relación con su prevalencia, como también en identificar la transición de una hacia la otra (Aixa Galarza, Castañeidas y Fernández Liporace, 2023).

Los modelos explicativos de la ideación a la acción de las cuales se sustenta la investigación son desde la Teoría Interpersonal psicológica del Suicidio de Thomas Joiner (2005) y la Teoría de los Tres Pasos de E. David Klonsky y Alexis May (2015).

La Teoría Interpersonal Psicológica del Suicidio (*Interpersonal Psychological Theory of Suicide – IPTS*) de Joiner, fue la primera en proponer hipótesis explicativas de manera diferenciada para el desarrollo de ideaciones suicidas y para la progresión de estas ideaciones hacia una tentativa de suicidio. Una de sus características principales se encuentra la idea de que la formación de ideaciones suicidas se da por la combinación de factores intrapersonales e interpersonales, teniendo tres constructos fundamentales para dar explicación a la aparición de las ideaciones y el deseo de suicidio, por un lado, y de los intentos de suicidio, por otro lado, los cuales deben aparecer simultáneamente para que ocurra el pasaje a un acto de tentativa suicida. Estos constructos son: La percepción de ser una carga para los demás, el sentimiento de pertenencia frustrada y la capacidad adquirida para suicidarse.

1. El primero, **la percepción de carga**, tiene que ver con la percepción de considerarse una carga difícil de sostener para los demás como consecuencia del sentimiento de ser excesivamente imperfecto o defectuoso, sentimientos de odio hacia sí mismo, implicando una baja autoestima y sentimientos de culpa.
 2. El segundo, el **sentimiento de no-pertenencia**, se genera ante la falta de integración social vivenciada por la persona, involucrando sentimientos de soledad y la ausencia de relaciones recíprocas de apoyo y de afecto.
- Ambos constructos, propuestos como estados cognitivos-afectivos distorsionados, al experimentarse en simultáneo, surge la idea de que la

propia muerte sería algo positivo para los demás, explicando la aparición de las ideaciones suicidas y el deseo de quitarse la vida.

3. Pero, según Joiner, es necesario superar el instinto básico de supervivencia para poder pasar de la ideación a la acción, por lo cual es necesario que la persona desarrolle en forma progresiva cierta capacidad para llevar a cabo el intento, siendo la **capacidad adquirida para suicidarse** lo que difiere las personas con ideación suicida y las personas que realizan el intento de suicidio. Este tercer constructo se caracteriza un miedo disminuido hacia el suicidio y por un aumento de la tolerancia al dolor físico, lo cual se desarrolla mediante la exposición repetida a experiencias dolorosas (autoinfligidas o generada por vivencias de temor o dolor extremo) (Aixa Galarza, Castañeidas y Fernández Liporace, 2023).

La Teoría de los Tres Pasos (*Three Step Theory – 3ST*) de Klonsky y May, propone 3 fases para explicar el pasaje de la ideación al intento de suicidio:

1. La primera fase, es la experiencia de sentimientos de **desesperanza y dolor psíquico**, en donde la persona asume la creencia de que su vida es miserable, aversiva y dolorosa, donde el mero hecho de vivir es considerado un castigo. Paulatinamente, se va formando un deseo de evitar la vida, y, cuando éste deseo se combina con la desesperanza respecto al futuro y de las posibilidades de un cambio positivo, surgen ideaciones suicidas pasivas.
2. La segunda fase, es la **falta de sentimientos de vinculación**, cuando el dolor vivenciado por la persona, sobrepasa el sentimiento de hallarse conectado o vinculado con los seres queridos, dejando de sentirse valorado socialmente y de tener un propósito vital. En esta fase, hay una

escalada de intensidad de las ideaciones suicidas pasivas, hacia un modo activo.

3. La última fase, es la que explica el pasaje de la ideación a la acción, que al igual que el tercer constructo de la teoría nombrada anteriormente, es la **capacidad de suicidio**, la cual se desarrolla a partir de la contribución de tres grupos de factores: disposicionales (por ejemplo, un umbral bajo para tolerar el dolor), adquiridos (por ejemplo, experiencias provocadoras de dolor, como autolesiones) y prácticos (por ejemplo, el acceso a medios letales). (Aixa Galarza, Castañeidas y Fernández Liporace, 2023).

2. Suicidalidad.

El suicidio y la conducta suicida, específica de los humanos, fue descripta a lo largo de la historia de la humanidad, variando la consideración social del mismo, en tanto aceptación o castigo, y la perspectiva sobre el mismo, dependiendo el paradigma predominante de la época (moral, religioso, científico), la cual influyó en la valoración sobre ello (Daray, 2006).

Hablar de suicidio limitándonos hacia los suicidios consumados (término utilizado por diversos autores, aunque decir “consumado” es un pleonismo), teniendo en cuenta los modelos explicativos de la ideación a la acción de los cuales se sustenta la investigación, sería ignorar los aspectos cognitivos y conductuales que engloba al fenómeno estudiado. Martínez, en representación de la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio, define al suicidio de la siguiente manera: *“El suicidio es un proceso complejo multideterminado. Una manera de vivir que va construyendo un enigma mortal, por condensación, sobre un marco representacional existente. Un proceso que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho consumado”* (Martínez, 2007).

Un término que agrupa tanto al suicidio como a sus dimensiones es el término de “Suicidalidad”, el cual, distintos autores lo definen:

- *“La integral de cuantas energías y funciones psíquicas actuales tienden al acto suicida”* (Poldinger, 1968).
- *“Funciones psíquicas actuales tienden al acto suicida, o lo que es lo mismo, los factores personales o ambientales que predisponen a una conducta autodestructiva episódica o recurrente”*. (Mingote, 2004)
- *“En 1976 Beck, propuso que las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado formaban parte de un continuo de suicidalidad”* (Gómez, 2012).
- *“Tanto el suicidio consumado, el intento y las ideas suicidas se pueden agrupar bajo el termino de "suicidabilidad" incorporándole a este aspectos cognitivos y conductuales suicidas. Dentro del componente cognitivo se incluye a cualquier pensamiento de conducta autodestructiva, mientras que el componente conductual, tiene que ver con el comportamiento de intencionalidad autodestructiva”* (Morfin-López, 2015).
- *“La suicidalidad puede comprenderse como un espectro que abarca a las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos suicidas) y los suicidios consumados o completados. Se ha demostrado que toda forma de suicidalidad conlleva un aumento de hasta 40 veces del riesgo de morir por suicidio”* (Gómez, 2018).
- *“...en ese sentido, emerge el constructo de suicidalidad, el cual da cuenta de una diversidad de conceptos relacionados al suicidio. Dentro de los más relevantes se pueden plantear los de ideas pasivas de muerte, ideación suicida, riesgo suicida, planificación suicida,*

conducta o comportamiento suicida, intento suicida y suicidio propiamente tal” (González et al., 2022)

Sintetizando las diversas definiciones del concepto, se podría entender que la suicidalidad abarca las energías y funciones psíquicas que tienden al acto suicida, incluyendo el suicidio consumado o completado y sus dimensiones, las ideas y los deseos autodestructivos (tanto pasivos como activos), los comportamientos o conductas autolesivas (con o sin intencionalidad de muerte), la planificación suicida, el riesgo suicida, el intento suicida, y también la cualidad gradual de la intencionalidad, severidad y letalidad de los mismos.

Se nombrará y describirá las dimensiones suicidas que se tienen en cuenta desde SaluGénica Activa (Comunicación personal, 2024), las cuales son: Ideas suicidas, Ideación suicida pasiva, ideación suicida activa, crisis suicida activa, equivalentes suicidas, síndrome presuicidal, intento de suicidio y suicidio.

2.1 Ideas suicidas.

Las ideas suicidas, se podría decir que es el conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir o de cualesquiera otras vivencias psicológicas suicidas, tal como representación, fantasías o prefiguración de la propia muerte. Es quizás sinónimo de pensamiento suicida. (Moreno Ceballos, 1971).

2.2 Ideación Suicida Pasiva.

Las ideaciones suicidas pasivas, son similares a las llamadas ideas suicidas, como Baños Chaparro Jonathan las describe, el deseo de morir, sin ningún plan suicida ni intención suicida, es más bien, una ambivalencia de pensamientos sobre la propia muerte (Baños Chaparro, 2022). Lo que caracteriza a las ideaciones suicidas pasivas, y a su vez, la diferencia de las

ideas suicidas, es la rumiación del mismo, siendo cogniciones repetitivas e intrusivas, entendiendo a las ideas como esporádicas.

2.3 Ideación Suicida Activa.

Las ideaciones suicidas activas, se caracterizan por los pensamientos específicos que involucran la propia muerte, provocada por uno mismo, acompañado de planes y métodos para cumplir tal objetivo. Pueden ser desde la intención de quitarse la vida, hasta la planificación y recursos necesarios sobre como lo llevaría a cabo, siendo la expectativa central que tendrá como consecuencia la propia muerte (Baños Chaparro, 2022)

2.4 Crisis Suicida Activa.

Según Fiorini (1999) toda crisis supone el enfrentamiento a algo que cambia de forma brusca e impensada y la salida es encontrar un nuevo equilibrio o bien seguir en la confusión y el desorden. La evolución es normal cuando se consigue el “equilibrio inestable” en un tiempo prudencial, que no podemos determinar ni encasillar. El mismo hecho de pedir ayuda sería una forma de posibilitar la homeostasis.

La crisis suicida activa no es más que el impacto como momento álgido de la crisis. Generalmente se produce cuando los propios mecanismos compensadores del sujeto fallan. Con mucha frecuencia existe una relación temporal próxima con el factor desencadenante. Es un estado de shock psicológico, que se manifiesta por miedo, agitación, aturdimiento o confusión. Más intenso cuanto más inesperado haya sido el desencadenante. Su duración es de pocas horas y existe un predominio del presente.

Implica un paso adelante en la consumación del hecho suicida. La idea suicida ya ha tomado cuerpo, y se contempla la muerte como una “salida posible”

a la situación conflictiva. Es un estado psíquico en el que predominan y se activan los impulsos de muerte. En la crisis suicida la persona comienza a dar respuestas a las preguntas de donde, como y cuando realizar el suicidio, y cuanto más concretas sean las respuestas a esas preguntas, existirá mayor riesgo suicida, es decir, el plan suicida es factible (Rocamora, 2012).

2.5 Síndrome presuicidal.

Es un concepto formulado por Erwin Ringel en la década de los 60', el cual se refiere a la situación de riesgo inminente de suicidio, con un funcionamiento psicológico caracterizado por angostamiento o constricción y reducción de la vida psíquica, aislamiento e inhibición de la agresividad y vuelta contra sí mismo; y además por la presencia de deseos y fantasías de muerte o autodestrucción (Mingote, 2004).

2.6 Equivalentes Suicida.

Este término se utiliza desde SaluGénica Activa para englobar diversos términos como: amenaza suicida, gesto suicida, conductas autolesivas sin intencionalidad suicida y pensamientos autolesivos sin intencionalidad suicida, entre otros.

- La amenaza suicida, está relacionada directamente con la temática abordada, la comunicación suicida. Es toda expresión, verbal o escrita, que manifiesta el deseo de matarse (López Martínez, Carretero García, 2022).
- El gesto suicida, sería una forma de expresión cuando la amenaza ocurre con el método a disposición, pero sin llevarlo a cabo.
- Respecto a las conductas autolesivas no suicidas, son aquellas lesiones autoinfligidas en la superficie del cuerpo por diversas motivaciones (mecanismo regulatorio para aliviar estado emocional o cognitivo negativo, influencia interpersonal, búsqueda de sensaciones

intensas, autocastigo, entre otras), con la certeza que no se provocará la muerte (López-Martínez, Carretero García, 2022). También suele llamarse “conducta parasuicida”, el cual Kreitman en 1969 la definía como: *“acto sin desenlace fatal en el que el individuo de forma deliberada inicia una conducta no habitual, sin intervención de otros, en la que se autolesiona o ingiere sustancias en dosis mayores a las terapéuticas y cuyo objetivo es producir cambios que el sujeto desea por medio de las consecuencias actuales o esperadas de su acción”* (Mingote, 2004).

Se debe tener en cuenta que, términos como conducta parasuicida, gesto suicida, y amenaza suicida, no son utilizados frecuentemente ya que muchos autores consideran que atribuye una connotación peyorativa a la persona e invalidan, minimizan o trivializan el malestar que aquella persona, considerando que su comportamiento es clasificado como “manipulación” (Rangel Villafaña, 2022)

2.7 Intento de Suicidio.

Es una conducta autoinfligida de forma consciente y voluntaria, con intención clara de quitarse la vida, pero en la que la muerte no se produce, bien porque la persona se arrepiente en el último momento (Intento Abortado), o bien porque alguna circunstancia ajena a la voluntad del individuo impide el resultado fatal (Intento Interrumpido). (López Martínez, Carretero García, 2022).

2.8 Suicidio.

Si bien, existen diversos autores e instituciones que han definido el suicidio de diversas maneras, existe más o menos un consenso respecto al término. Se propondrá las siguientes definiciones sobre el término suicidio en base a los cuales se utilizará en la investigación.

Shneidman, define el suicidio como *“Acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”* (Chávez, Hernández, 2010).

La Organización Mundial de la Salud, define el suicidio como el acto de matarse deliberadamente, iniciado y llevado a cabo por la persona en cuestión con total conocimiento o expectativa de su resultado fatal (OMS, 1976). Gómez (2018) desentraña esta definición, afirmando que para ser considerado suicidio tiene que haber ocurrido una muerte, ser obra del propio sujeto (su locus de origen ha sido autoiniciado), la agencia del acto puede haber sido activa o pasiva (realizar una acción que provoque la muerte o dejar de hacer algo para impedirla o prevenirla) y haber existido la intención de causarla (Gómez, 2018). En el 2000, la OMS, afirmó que el suicidio no es en sí una enfermedad ni necesariamente la manifestación de uno, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio (Rocamora, 2013).

El suicidio, para considerarse como tal, debe cumplirse con varios requisitos: que se trate de un acto voluntario y autoinfligido, que haya intención de morir y que exista una clara comprensión y consciencia del término “muerte”. (López Martínez, Carretero García, 2022).

3 Comunicación Suicida.

Adentrándonos más en la temática, y a pesar de la poca bibliografía existente al respecto, se definirá el concepto de “Comunicación Suicida” desde diversos autores.

Edwin Shneidman, enumeró *Diez características comunes a todo suicidio*, siendo la novena la comunicación de la intención suicida (Gómez, 2018):

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución,
2. El objetivo común es el cese de la conciencia,

3. El estímulo común es el Dolor Psicológico Insoportable,
4. El estresor común son las Necesidades Psicológicas Insatisfechas,
5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación,
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia,
7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel),
8. La acción común es escapar,
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida, y
10. La consistencia permanente de los estilos de vida.

Se puede entender desde estas características que, la persona suicida, realmente no desea morir, lo que realmente desea es escapar de su sufrimiento, frenar ese estado mental intolerable y perturbador caracterizado por una experiencia interna de emociones negativas al cual Shneidman denominó “Dolor Psicológico”, siendo el suicidio una solución por la desesperanza, una emoción caracterizada por una visión negativa del futuro inmediato o remoto, llegando a la llamada visión de túnel donde no encuentra otra opción. Y, según Shneidman en la novena característica (a la cual se le dará más relevancia por las intenciones de la investigación), sus intenciones son comunicadas de alguna manera, lo cual es una señal de advertencia la cual puede ser detectada, más aún por las personas que conocen a quien lo comunica.

Silverman et al. (2007), realiza una nomenclatura de la suicidología, un conjunto de términos comúnmente entendidos, definidos lógicamente, donde nombra a la “Comunicación suicida” como los actos interpersonales de transmisión verbal de pensamientos, deseos de darse la muerte autoinfligida, con evidencia implícita o explícita (Silverman, 2007).

También, el mismo autor (Silverman, 2007, citado por Rangel Villafaña, 2022), incorpora dos fenómenos dentro de la comunicación suicida, de los cuales ninguno entraña una lesión autolesiva, estos son:

- Amenaza Suicida: cualquier acción interpersonal (verbal o no), sin un componente autolesivo directo, la cual puede interpretarse como sugerencia de que un comportamiento asociado al suicidio podría ocurrir en el futuro próximo. De esta misma subcategoría, se desprenden tres términos que están en función de la intencionalidad de quitarse la vida:
 - a. Amenaza de Suicidio I (sin intención),
 - b. Amenaza de Suicidio II (intención indeterminada) y
 - c. Amenaza de Suicidio III (con intención).

Cabe aclarar que autores, como Crosby et. al (2011), consideran “inaceptable” el término “Amenaza suicida” por su connotación peyorativa, sugiriendo sustituirlo por “*violencia autodirigida suicida*” o “*violencia autodirigida no suicida*”.

- Plan Suicida: involucra la formulación sistemática de un método de acción que tiene el potencial para resultar en una conducta relacionada con el suicidio. Y, al igual que la subcategoría anterior, también desprende tres términos dependiendo de su intencionalidad suicida:
 - a. Plan Suicida I (sin intención),
 - b. Plan Suicida II (intención indeterminada) y
 - c. Plan Suicida III (con intención).

Balt et al. (2021), definen la “Comunicación relacionada al suicidio” (*suicide-related communication*) como “*el acto de transmitir la propia ideación, intención o conducta suicida a otra persona*” (Balt, 2021), afirmando que el

mismo puede ser explícito o implícito, y realiza su investigación con familiares de niños, niñas y adolescentes fallecidos por suicidios utilizando las siguientes variables:

Explícito:

- No verbal: cambios conductuales, autolesiones deliberadas por acción (cortes, golpes a objetos o a uno mismo, ingerir objetos, etc.) u omisión (abandono de tratamiento para síntomas somáticos, privación de alimentos), intentos de suicidio.
- Verbal: revelación de sentimientos, intenciones y planificaciones suicidas (incluso en manera de “broma” o “chiste”), adquisición de medio para terminar con la propia vida.
- Escrito: mensajes sobre suicidio, intento o ideación por redes sociales, notas escritas, dibujos relacionados con el suicidio, publicaciones en redes con fotos sobre autolesiones o intentos no fatales, historias ficticias que involucraban la muerte o el suicidio.
- En los últimos meses: utilización de foros o redes sociales para recopilación de información sobre métodos. Adquisición de medios. Exploración de lugares donde llevar a cabo el suicidio. Lista de deseos. Notas de despedida.

En cuanto el contenido de las comunicaciones verbales y escritos explícitos reflejaban angustia, sentimientos depresivos y desesperanza, revelando cómo comenzaron sus ideaciones suicidas y como se volvían más apremiantes. También expresaban sus miedos y muchos pidieron ayuda y/o apoyo. Los niños eran menos propensos a revelar las ideaciones o pedir ayuda

en sus comunicaciones, e incluso varios tuvieron sentimientos negativos o una actitud opuesta hacia la atención.

El contenido en los últimos meses, se relacionaba más con el distanciamiento emocional de los amigos y familia, desesperanza, percepciones negativas sobre el futuro y la disposición a morir. Varios afirmaban que seguía vivos para los demás. Otros comenzaban a hablar sobre los métodos, compartiendo detalles sobre intentos previos, pidiendo permiso para morir o amenazaron con cometer el acto. También niños y niñas expresaban creer que el suicidio no era un final definitivo para su existencia (diciendo, por ejemplo, que volverían a ver a algún familiar fallecido). Se expresaban, además, la pérdida de fe en la terapia. Y, en cuanto a las notas de suicidio y otros mensajes de despedida, expresaban su amor por la familia y trataban de minimizar los posibles sentimientos de culpa de los mismos, describiendo que ya no podían lidiar con el dolor, dando justificaciones para su muerte.

Implícito: Verbalización de angustia emocional, tristeza y/o estar cansados. Aislamiento, eliminación de redes sociales o salir de grupos de WhatsApp. Cambios notables en apariencia, en rendimiento académico, en patrones de sueño y comportamientos religiosos en los últimos meses. Variando de un día hasta semanas previas a su muerte, parecer “relajados” o “felices”, invirtiendo más tiempo en contactos sociales en periodos antes de su muerte, como realizando una despedida de manera activa.

En cuanto el contenido de las comunicaciones implícitas, se destacó la angustia emocional, predominantemente la tristeza, ansiedad e inseguridad. También, con mucha frecuencia, se expresaba la angustia, el sentimiento de no

pertenencia o “estancamiento”. Los varones, expresaban más agresión verbal, mientras que las mujeres, verbalizaban culpa y se consideraban carga.

La comunicación relacionada al suicidio puede o no ser una forma de comportamiento de búsqueda de ayuda (al menos, de manera intencionada), también puede tener como objetivo abordar consideraciones prácticas, como planificar el momento para llevarlo a cabo o adquirir medios, y a su vez, se debe diferenciar entre diferentes formas de comunicación relacionada al suicidio, como la divulgación, en la que el sujeto comunica intencionalmente pensamientos y comportamientos suicidas actuales o pasados con el objetivo de buscar ayuda o compartir su propia historia personal (Frey, 2020, citado por Balt). Sin importar el objetivo, según el autor, la comunicación relacionada al suicidio parece indicar constantemente un deseo de cambiar el statu quo desfavorable para el bienestar de quien lo realiza (Balt, 2021).

La mayoría de los autores que abordan la temática del suicidio, hablan sobre la importancia de tomar en serio la advertencia de una persona que dice “me quiero morir”, “me voy a suicidar”, “ojalá no hubiera nacido”, “quisiera dormir y no despertar”, entre otras frases que, de manera implícita o explícitamente, remiten al suicidio o a ideas e ideaciones suicidas, a pesar de la incomodidad de hablar sobre la muerte, porque la conducta suicida está ya siendo un detonante.

También, recalcan la utilidad de preguntar, en especial a jóvenes, si está deprimido o pensando en el suicidio, ya que, en contra de otro mito sobre el suicidio, no pondrá ideas en su cabeza, sino que le indicará que alguien se preocupa por él y que tiene la oportunidad de hablar sobre sus problemas (González González, 2023), más aún en niños y adolescentes, ya que con frecuencia solo confían en compañeros o amigos (también niños o adolescentes) que deben ser alentados a no guardar ese secreto, ya que puede conducir a muerte del emisor (Josephine Elia, 2023). Y, desmintiendo otro mito, una

persona nunca está haciendo una “llamada de atención” con la verbalización de un deseo de muerte, está pidiendo ayuda ante una situación que siente que le desborda (Villar Cabeza, 2022).

López Martínez y Carretero García (2022), hablan de la “Comunicación suicida”, entendiendo a la misma como un acto intermedio entre la ideación suicida y la tentativa de suicidio, haciendo referencia al acto interpersonal a través del cual se transmiten los deseos, las ideas o la intención de quitarse la vida. Englobaría acciones tales como escribir notas de despedida, realizar conductas de cierre o planificar el método con el que llevar a cabo la muerte (López Martínez, Carretero García, 2022).

La comunicación, según estos autores, puede ser de manera **verbal**, la cual puede ser de forma:

- Directa: cuando existe una manifestación clara y explícita de la intención de quitarse la vida.
- Indirecta: expresión de ideas o frases que, pese a no indicar claramente la intención autolítica, pueden ser indicadoras de esta intención.

También, pueden ser **no verbales**; que a su vez pueden ser

- Directas: como notas de despedida, acceso a métodos para quitarse la vida, etc.
- Indirectas: acciones que, aunque no indican la intención expresa de quitarse la vida, si puede denotar una posible intención suicida.

Comunicación Suicida Virtual

La cultura actual está influida por las Tics (Tecnologías de la Información y la Comunicación) y las NN. TT. (Nuevas Tecnologías), la gran mayoría de la población mundial utilizan el internet y las redes sociales, formando un *elemento integral de la sociedad moderna* (Soler, 2013; citado por Molina y Restrepo, 2018), los sujetos se encuentran inmersos en una revolución informática y mediática con un predominio de la imagen, creando una realidad “digital” o “virtual” en donde lo sucedido allí puede afectar a la realidad “objetiva” (si existe) y la subjetiva de quienes la utilizan, volviendo difuso los límites entre la primera y las otras.

Las redes sociales, da la oportunidad de mantenernos conectados con las personas significativas de nuestras vidas sin importar la distancia en la que se encuentre, y es utilizada por gran cantidad de personas de expresar emociones, deseos y anticipar propios comportamientos o acciones que se llevaran a cabo en su vida, es por eso que es importante tener en cuenta la “Comunicación Suicida Virtual” al momento de tener en cuenta la comunicación suicida.

Dunlop et al. (2011) realiza una investigación respecto a la influencia del internet en las ideaciones suicidas. Si bien su investigación hace hincapié en la posibilidad del aumento de ideaciones suicidas a través del uso de redes sociales y foros en línea donde se exponen historias de suicidios, también pueden ofrecer apoyo social (Dunlop et al., 2011). Schüller (2020), aborda la comunicación suicida manifestada en plataformas digitales, más específicamente, Facebook. El autor, afirma que la mayoría de las personas suicidas comunican sus pensamientos e intenciones suicidas, dan señales y comentan sobre el tema, a lo cual Facebook permite la creación y participación en grupos temáticos, y llama “Sociabilidad Programada” a la formaciones y conexiones sociales realizadas mediante los algoritmos utilizados por la plataforma para mostrar publicaciones en el “Feed de noticias” que sean de interés para el usuario, aumentando el

contacto de los mismos con contenido y grupos relacionados al suicidio, influyendo en sus opiniones y comportamiento (Schüler, 2020).

Es conocida la existencia de distintas páginas de internet o utilización de redes sociales, las cuales se escapan de las legislaciones o prohibiciones de las propias redes donde se motiva a cometer acto suicida, a través de la publicación de imágenes, notas suicidas, métodos, pactos suicidas, etc. Un término interesante utilizado en la actualidad, asociado con lo dicho anteriormente, es el de *Cibersuicidio*, el cual hace referencia a la acción de quitarse la vida, motivado por la influencia entre otras variables, de páginas web con contenido de ayuda, influencia o motivación para cometer suicidio (web pro-suicida), salas de chats (*chatsroom*) y foros de internet. La existencia del Cibersuicidio, pone de manifiesto la relación entre conducta suicida, Internet y redes sociales como canal de información y encuentro en usuarios con ideación suicida (López Martínez, 2020).

También, en oposición a lo anterior, existen páginas de internet o grupos en las distintas redes sociales, las cuales son en prevención del suicidio, manejados o no por profesionales de salud mental. Utilizadas para promocionar y educar sobre señales de advertencia, centros de ayuda profesional u oferta tratamientos con profesionales (virtual y/o presencial), números telefónicos de atención de conducta suicida, grupos de ayuda, publicaciones motivacionales, testimonios personales (de afrontamiento tras ideaciones e intentos, como de duelo por pérdida a causa de suicidio), entre otras cosas, las cuales pueden servir para aliviar a aquellas personas las cuales se sientan solas con sus ideaciones suicidas que muchas veces no pueden comunicar por el estigma que carga, logrando en algunos casos, resiliencia en ellos. Aquellas personas las cuales tienen una actitud positiva ante el suicidio son denominadas “*surfer suicidas*” (Vargas Armas, 2023).

Rodas Vera et al (2024) realiza una Escala Psicométrica de Comunicación Suicida con adolescentes peruanos, donde realiza la distinción entre los dos sentidos en donde se utiliza el término “Comunicación Suicida”, siendo, en un sentido general, la transmisión de información, prevención o intervención sobre el suicidio. Mientras que, en un sentido particular, también conocido como “comunicación personal relacionada al suicidio”, donde una persona le transmite a otra su ideación o intención suicida (Rodas Vera, 2024).

El mismo autor, Rodas Vera (2024), realiza su investigación en base de tres canales personales de comunicación suicida, proponiendo un modelo teórico trifactorial:

1. Comunicación Suicida Verbal: conjunto de expresiones verbales hacia personas cercanas o profesionales sobre las intenciones o pensamientos de suicidio
2. Comunicación Suicida No Verbal: comportamientos, gestos o productos (como notas o videos) que la persona elabora para informar sobre sus pensamientos suicidas.
3. Comunicación Suicida Virtual: el uso de las redes sociales y la tecnología para expresar las motivaciones o conductas suicidas.

Se puede observar, está tercera variable, que, a pesar de ser nombrada en anteriores investigaciones, es en la única investigación en donde toma la virtualidad como una comunicación suicida diferenciada. El suicidio, al ser una conducta meramente humana, por lo tanto, cultural (ya que es aquello que nos diferencia de los animales), no puede dejarse de lado los avances tecnológicos que dominan en la actualidad.

Operacionalización.

Para realizar este trabajo de investigación, se operacionalizó los conceptos de comunicación suicida que fueron utilizados:

- La **comunicación suicida** como acto intermedio entre la ideación suicida y tentativa de suicidio, refiriendo al acto interpersonal a través del cual se transmiten los deseos, las ideas o la intención de quitarse la vida (López Martínez, Carretero García, 2022).
- **Comunicación Suicida Verbal:**
 - Directa: manifestación clara y explícita de las intenciones de quitarse la vida (López Martínez, Carretero García, 2022) o realizar una conducta autolesiva.
 - Indirecta: expresión de ideas o frases que, pese a no indicar claramente la intención autolítica, pueden ser indicadoras de esta intención (López Martínez, Carretero García, 2022).
- **Comunicación Suicida No Verbal:** comportamientos, gestos o productos que la persona elabora para informar sobre sus pensamientos suicidas (Rodas Vera, 2024).
 - Directa: Toda expresión no verbal que indique de manera clara las intenciones de quitarse la vida, como notas de despedida, acceso a métodos para quitarse la vida (López Martínez, Carretero García, 2022), videos, etc.
 - Indirecta: acciones que, aunque no indican la intención expresa de quitarse la vida, si puede denotar una posible intención suicida (López Martínez, Carretero García, 2022).

- **Comunicación Suicida Virtual:** uso de las redes sociales y la tecnología para expresar las motivaciones o conductas suicidas. (Rodas Vera, 2024).

Justificación.

El trabajo de investigación final tiene como objetivo enfocarse en usuarios de 14 a 24 años en tratamiento suicidológico en SaluGénica, durante el año 2024.

El título al momento de indicar a la población, no se realizó de manera accidental la utilización del término “Usuarios”, ya que conforme a la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental y a pesar de que el término “paciente” sigue siendo utilizado en el día a día por diversos profesionales o leyes como la Ley Nacional 27.130 de prevención al suicidio, se utiliza esta terminología para enfatizar el respeto y pleno goce por los derechos humanos y la autonomía de las personas, promoviendo participación activa en decisiones sobre su tratamiento y bienestar, siendo escuchada y respetada. Mientras que, el hecho de “ser paciente” del sistema de salud, implica la espera, la posición pasiva.

La temática fue seleccionada por considerar al suicidio un fenómeno estigmatizado y temido por la población en general, a pesar de la cantidad de casos de suicidios e intentos de suicidios realizados a nivel provincial y nacional. También, muchas veces, es considerada como una temática específica de la psicología o psiquiatría, por ser las disciplinas predominantes en el estudio de la salud mental, pero realmente es un fenómeno que debe abordarse desde un enfoque interdisciplinario. En la actualidad, existe más información respecto al suicidio y la suicidalidad, pero, aun así, los mitos sobre ello siguen teniendo un lugar importante en el imaginario de las personas, lo que muchas veces, se refleja en un mal manejo de las situaciones, subvalorando la comunicación suicida de las personas que lo expresan.

Por lo tanto, sabiendo que las personas con conducta o ideación suicida manifiestan sus deseos de morir o suicidarse, se debe tener en cuenta esas manifestaciones y de las distintas maneras en que ocurren para poder tener la capacidad de detectar a tiempo dicha comunicación, y de alguna manera,

prevenir un posible acto suicida, tanto desde un lugar profesional, como desde un lugar de amigo o familiar, buscando ayuda profesional para la persona que lo necesite.

La relevancia de realizar esta investigación, radica en la incidencia de suicidios, intentos de suicidio y equivalentes suicidas tanto a nivel mundial, nacional y provincial:

- La OMS (2023), expresa que la cantidad de seres humanos que se suicidan y atentan con su vida es de 703.000 por año. Además, en el año 2019, llegó a ser la cuarta causa principal de muerte en jóvenes entre 15 a 29 años de edad y en 2020 pudo haber llegado a una cifra de 1,5 millones de personas que murieron por suicidio.
- La página datos.gob.ar, un portal oficial de datos abiertos del gobierno argentino el cual proporciona acceso libre a datos públicos, donde se data los suicidios realizados desde el año 2017 hasta el 2022, demuestra que, en el año 2022 (registro más actualizado encontrado), se produjeron en Argentina un total de 3955 suicidios, representando una tasa de 8,55 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes (en una población total de 46.234.830 habitantes según el último censo realizado en 2022), correspondiendo el 77% a varones (n=3060), un 22% a mujeres (n=858) y el 1% sin determinar (n=37), siendo el grupo etario más prevalente de 20 a 24 años. (Datos Argentina).
- En Catamarca, mediante datos solicitados a la Dirección de Observatorio de Salud Mental y Adicciones, correspondiente a la Secretaría de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca, en el año 2023, se produjeron un total de 58 muertes por suicidio, representando una tasa de 13,5 muertes por suicidios cada 100.000 habitantes (en una población total de 429.562 habitantes según el último censo realizado en 2022). Si bien, la

información otorgada de este último año, no especifica la cantidad de suicidios de acuerdo al sexo ni edad de los fallecidos, si lo hacen los datos registrados desde el año 2019 hasta el año 2022 (n=192), en donde existe una prevalencia significativa de hombres con un porcentaje del 79% (n=152) sobre mujeres que representan el 21% (n=40). Mientras que las edades, en 2019 el grupo etario más afectado fue de 13 a 17 años, en 2020 y 2021 de 18 a 27 años (seguido por 13 a 17 años), y, por último, en 2022, predomina el grupo de 12 a 20 años.

- También, desde el mismo Observatorio nombrado anteriormente, se otorgó un informe anual respecto a intentos e ideación suicida en el año 2023, en donde se realizaron 816 registros, de los cuales el 80,3% (n=655) corresponden a intentos suicidas, representando una tasa de 152,5 intentos de suicidio cada 100.000 habitantes, y el 19,7% (n=161) corresponden a ideación suicida. De esos intentos suicidas, existe una prevalencia de personas mayores a 21 años del 64% (n=421), seguido por el grupo etario de 16 a 20 años de edad con el 28,7% (n=168). Respecto al sexo, existe un leve predominio de hombres con el 50,07% (n=328) sobre mujeres con el 49,78% (n=326). Sobre la modalidad de atención, el 65,5% (n=429) fueron atendidos en el servicio de guardia de alguna institución, el 26% (n=172) fueron asistidas en el hogar o en la vía pública, el resto fueron atendidos en consultorios externos, internados o vía contención telefónica.

A nivel nacional, según los datos anteriormente nombrados del año 2022, el mayor porcentaje de suicidios se da en la provincia de Buenos Aires, representado por él 30,5% (n=1206). Mientras que, en Catamarca, según los datos otorgados desde el Observatorio de Salud Mental y Adicciones, el mayor porcentaje de suicidios se da en la capital de la provincia, San Fernando del Valle de Catamarca, representado por él 64% (n=37), como también en intentos de

suicidios, representado por el 81,83% (n=536). Este predominio está directamente relacionado con la densidad poblacional.

El rango etario seleccionado, es por la prevalencia que las estadísticas nacionales y provinciales reflejan de los últimos años.

Desde una posición subjetiva, el interés hacia la suicidiología surge por vivencias intrafamiliares las cuales causaron emociones intensas, y, consecuentemente, por la realización de un entrenamiento intensivo en habilidades para la conducta suicida otorgada por SaluGénica Activa, en donde personalmente se logró conocer una disciplina de la cual se desconocía hasta el momento, y se pudo aprender los distintos enfoques que existen hacia la suicidalidad, el trabajo interdisciplinario que se realiza desde la institución para una prevención, promoción, tratamiento, postvención, investigación y enseñanza del suicidio y sus dimensiones.

Debido a lo nombrado anteriormente, se tomó la decisión de investigar la comunicación suicida en usuarios de un tratamiento suicidológico, teniendo en cuenta que los sujetos a investigar ya han tenido ideaciones y/o conductas suicidas, para, de alguna manera, poder desmitificar la idea de que aquel que comunica la intención de realizar una conducta autolesiva o suicidio, no va a hacerlo, y así se tome la comunicación suicida con la importancia que se merece.

Planteamiento del Problema.

La comunicación suicida en usuarios de 14 a 24 años de edad en tratamiento suicidológico en SaluGénica en San Fernando del Valle de Catamarca en el año 2024.

Objetivos.

Objetivo General:

Describir las comunicaciones suicidas realizadas por usuarios de 14 a 24 años en tratamiento suicidológico en SaluGénica, en el año 2024, previo a la iniciación del tratamiento.

Objetivos Específicos

1. Identificar la prevalencia de las modalidades en las que se realizó la comunicación suicida (Verbal, No Verbal, Virtual) de los usuarios en investigación.
2. Determinar la prevalencia de las modalidades de comunicación suicida según el género de los usuarios en investigación.
3. Identificar los receptores y las redes sociales más utilizadas para las comunicaciones suicidas de los usuarios en investigación.
4. Analizar las características prevalentes en los contenidos de la comunicación suicida de los usuarios en investigación, para identificar patrones o temas recurrentes.

Metodología de Investigación.

Lógica de Investigación.

En función de las características y necesidades de la investigación, se decidió utilizar una **metodología de estudio mixta**, siguiendo la definición del autor Hernández Sampieri: *“La investigación mixta es aquella que combina elementos de los enfoques cualitativo y cuantitativo, utilizando ambos en el mismo estudio para aprovechar las fortalezas de cada uno y obtener una*

comprensión más completa del fenómeno estudiado” (Hernández Sampieri et al., 2014).

El trabajo, por los propósitos del mismo, tiene una preponderancia cualitativa, utilizando instrumentos de ambas metodologías para poder extender el rango de indagación de la comunicación suicida y las características del mismo que se investigaran, y, a su vez, permitiendo una flexibilidad la cual permitió realizar ajustes conforme avanzaba la investigación, en el caso que se necesitaba. (Hernández Sampieri et al., 2014).

Tipo de Investigación

A fines de cumplir los objetivos planteados, se decidió utilizar un diseño **descriptivo**, siguiendo la definición del autor Hernández Sampieri: *“Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.”* (Hernández Sampieri et al, 2014).

Variables de estudio.

Las variables de estudio son:

- Variables demográficas: Edad, género asumido, estar en tratamiento suicidológico.
- Modalidades de Comunicación Suicida: Comunicación Suicida Verbal (Directa e Indirecta), Comunicación Suicida No Verbal (Directa e Indirecta), Comunicación Suicida Virtual.
- Receptores de Comunicación Suicida: Madre, padre, pareja, hermano/a, amigo/a, profesional, red social utilizada.

- Contenido de la Comunicación suicida: Dolor psicológico, sentimiento de no vinculación, sentimiento de pertenencia frustrada, ciber-suicidio, sufrir suicidas, plan suicida, amenaza suicida, dimensiones de suicidalidad (Ideación suicida pasiva, ideación suicida activa, equivalentes suicidas, intento de suicidio).

Unidad de Análisis

Población

Usuarios de 14 a 24 años en tratamiento suicidológico en SaluGénica en San Fernando del Valle de Catamarca en el año 2024.

Muestra

Debido al diseño, los objetivos de investigación y a la población específica la cual se investiga, se decidió utilizar un muestreo no probabilístico intencional, específicamente, un **muestreo por criterio**, ya que se seleccionó a los participantes teniendo en cuenta ciertos criterios predeterminados, los cuales fueron:

- Edad entre 14 y 24 años.
- Estar en tratamiento suicidológico en SaluGénica.
- Estar en condiciones psicoemocionales y cognitivas de participar en el proceso de investigación según los profesionales de la institución, a los efectos de evitar cualquier tipo de movilización en los usuarios.
- Estar dispuesto voluntariamente a ser participante de la investigación.

Teniendo en cuenta la cantidad total de 70 usuarios en tratamiento suicidológico en SaluGénica, se realizó un muestreo de 20 individuos que cumplieran con los criterios requeridos para la investigación.

Se buscaba la misma cantidad seleccionada de usuarios de género masculino y femenino, pero debido a los criterios nombrados, no se logró

conseguir la participación de sujetos masculinos que se pretendía. Esto puede estar relacionado a la casuística, ya que las estadísticas reflejan que existe más cantidad de intentos de suicidios suele ser de mujeres, mientras que los hombres tienen una prevalencia de suicidios consumados. También puede estar relacionado con una perspectiva de género, ya que, según autores, el patriarcado exige a los hombres que practiquen una “automutilación psíquica”, asesinando su faceta emocional, influyendo en la posibilidad de pedir ayuda por el mero hecho de “ser hombres” (Lienlaff, 2024)

Finalmente, se realizó 20 encuestas, siendo 14 de género femenino y 6 de género masculino (cabe destacar que en no todos los sujetos su género coincide con su sexo de nacimiento), a los cuales, además de preguntarle si deseaban participar en la encuesta, también se les preguntó si les gustaría participar en el grupo de enfoque, de los cuales 6 usuarios aceptaron al momento de realizar la encuesta, 4 fueron los que confirmaron su presencia al día de realización del mismo y solo 3 fueron los que se presentaron (2 usuarios masculinos y un usuario femenino).

La cantidad del muestreo, se debe a que el propósito de la investigación no es generalizar los resultados obtenidos, si no, profundizar en los mismos de manera rica y detallada. Siguiendo la bibliografía, autores sugieren que un número entre 15 y 30 participantes es adecuado para alcanzar la saturación teórica (Patton, 2015).

La siguiente tabla (Tabla N°1), la cual se encuentra dividida en dos para una mejor visión de la misma, refleja a los usuarios que fueron participantes en la investigación, enumerado según el orden de realización de la encuesta, junto a su edad y género percibido. También, se realizó la anotación **F.G.** (*Focus Group*), para destacar a aquellos usuarios que participaron en el Grupo de Enfoque:

Cuadro N°1:

	Usuario 1	Usuario 2	Usuario 3	Usuario 4 (F.G.)	Usuario 5	Usuario 6 (F.G.)	Usuario 7	Usuario 8	Usuario 9 (F.G.)	Usuario 10
Género	F	F	M	F	F	M	M	F	M	M
Edad	14	20	14	19	19	20	15	15	20	19

	Usuario 11	Usuario 12	Usuario 13	Usuario 14	Usuario 15	Usuario 16	Usuario 17	Usuario 18	Usuario 19	Usuario 20
Género	F	F	F	F	F	F	F	F	F	M
Edad	23	18	17	21	20	19	23	16	17	16

Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos

“Un instrumento de recolección de datos es, en principio, cualquier recurso de que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información” (Sabino, 2002).

Encuesta.

“Alude a un procedimiento mediante el cual los sujetos brindan directamente información al investigador. (...) lo que caracteriza a la investigación por encuestas es su intención de describir, analizar y establecer las relaciones entre variables en poblaciones o grupos particulares, en general de cierta extensión. En otras palabras, la investigación por encuesta es propicia cuando quiere obtener un conocimiento de colectivos o clases de sujetos, instituciones o fenómenos”. (Yuni, Urbano, 2014).

Se realizó un **Cuestionario de administración directa**, en donde los usuarios, contestaron por escrito las preguntas que se encontrarán contenidas en el mismo, limitando la propia intervención en presentar el instrumento, entregarlo, recuperarlo y, posteriormente, analizar los resultados. (Yuni, Urbano, 2014).

Los ítems del cuestionario, están relacionados con las variables de estudio que se investiga, teniendo en cuenta las siguientes definiciones:

- **Comunicación Suicida Verbal Directa:** manifestación clara y explícita de las intenciones de quitarse la vida (López Martínez, Carretero García, 2022) o realizar una conducta autolesiva.
- **Comunicación Suicida Verbal Indirecta:** expresión de ideas o frases que, pese a no indicar claramente la intención autolítica, pueden ser indicadoras de esta intención (López Martínez, Carretero García, 2022).
- **Comunicación Suicida No Verbal:** comportamientos, gestos o productos que la persona elabora para informar sobre sus pensamientos suicida (Rodas Vera, 2024).
- **Comunicación Suicida No Verbal Directa:** Toda expresión no verbal que indique de manera clara las intenciones de quitarse la vida, como notas de despedida, acceso a métodos para quitarse la vida (López Martínez, Carretero García, 2022), videos, etc.
- **Comunicación Suicida No Verbal Indirecta:** acciones que, aunque no indican la intención expresa de quitarse la vida, si puede denotar una posible intención suicida (López Martínez, Carretero García, 2022).
- **Comunicación Suicida Virtual:** uso de las redes sociales y la tecnología para expresar las motivaciones o conductas suicidas. (Rodas Vera, 2024).
- **Ideación Suicida Pasiva:** Deseo de morir, sin ningún plan suicida ni intención suicida, es más bien, una ambivalencia de pensamientos sobre la propia muerte (Baños Chaparro, 2022).
- **Ideación Suicida Activa:** Pensamientos específicos que involucran la propia muerte, provocada por uno mismo, acompañado de planes y métodos para cumplir tal objetivo (Baños Chaparro, 2022).

- **Conducta Autolesiva Sin Intención Suicida:** Lesiones autoinfligidas en la superficie del cuerpo por diversas motivaciones (López Martínez, Carretero García, 2022).
- **Intento Suicida:** Conducta autoinfligida de forma consciente y voluntaria, con intención clara de quitarse la vida, pero en la que la muerte no se produce (López Martínez, Carretero García, 2022).
- **Amenaza Suicida:** Toda expresión, verbal o escrita, que manifiesta el deseo de matarse (López Martínez, Carretero García, 2022).
- **Plan Suicida:** formulación sistemática de un método de acción que tiene el potencial para resultar en una conducta relacionada con el suicidio
- **Sentimiento de pertenencia frustrada:** Vivencia de falta de integración social, involucrando sentimientos de soledad y ausencia de relaciones recíprocas de apoyo y afecto (Joiner, 2005).
- **Sentimiento de no vinculación:** Vivencia de dolor que sobrepasa al sentimiento de hallarse conectado o vinculado con los seres queridos, sentimientos de desvalimiento social y de carencia de propósito vital (Klonsky, May, 2015).
- **Dolor Psicológico:** Creencia de que la vida es miserable, aversiva y dolorosa, donde el mero hecho de vivir es considerado un castigo (Klonsky, May, 2015).
- **Cibersuicidio:** acción de quitarse la vida (o intentar), motivado por la influencia entre otras variables, de páginas web con contenido de ayuda, influencia o motivación para cometer suicidio (web pro-suicida), salas de chats (*chatsroom*) y foros de internet (López Martínez, 2020).
- **Surfer Suicidas:** actitud positiva ante el suicidio en línea (Vargas Armas, 2023).

- **Receptor:** En un acto de comunicación, personas que recibe el mensaje (Real Academia Española, s.m. y f., definición 4)

Los ítems que se utilizaron, los factores a investigar en cada uno de ellos y su sustento teórico, se encuentran en la siguiente tabla (Tabla N°2):

Tabla N°2:

Ítem		Factores	Referencia Teórica
1	Tuve o tengo sentimientos de no pertenecer y/o no estar vinculado a mi grupo:	Sentimiento de Pertenencia Frustrada Sentimiento de No vinculación	Joiner (2005) Klonsky, May (2015)
1.1	Comuniqué, de manera verbal, esos sentimientos de no pertenencia y/o vinculación al grupo:	Comunicación Verbal Indirecta	López Martínez, Carretero García (2022)
2	Comuniqué, de manera verbal, estar pasando por un mal momento y/o tener emociones negativas:	Dolor Psicológico Comunicación Verbal Indirecta	Klonsky, May (2015) López Martínez, Carretero García (2022)
2.1	Se lo comuniqué a:	Receptor	
3	Comuniqué, de manera verbal, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de morir:	Ideación Suicida Pasiva Comunicación Verbal Directa	Baños Chaparro (2022) López Martínez, Carretero García (2022)
3.1	Se lo comuniqué a:	Receptor	
4	Comuniqué, de manera verbal, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida:	Ideación Suicida Activa Comunicación Verbal Directa	Baños Chaparro (2022)

			López Martínez, Carretero García (2022)
4.1	Se lo comuniqué a:	Receptor	
5	Comunique, de manera verbal, que iba a cometer un acto autolesivo, previo a realizarlo.	Conducta Autolesiva Sin Intención Suicida Comunicación Verbal Directa	López Martínez, Carretero García (2022)
5.1	Se lo comunique a	Receptor	
6	Comunique, de manera verbal, que iba a cometer un acto suicida, previo a realizarlo.	Amenaza Suicida Intento Suicida Comunicación Verbal Directa	López Martínez, Carretero García (2022)
6.1	Se lo comunique a	Receptor	
7	He elaborado cartas, notas o videos de despedida debido a mi posible suicidio.	Amenaza Suicida Comunicación Suicida No Verbal Directa	López Martínez, Carretero García (2022)
8	He escrito un plan de como terminar con mi vida (posibles fechas, lugares o métodos)	Plan Suicida Comunicación Suicida No Verbal Directa	Silverman (2007) López Martínez, Carretero García (2022)
9	Posterior a tener pensamientos, intenciones y/o deseos de morir o quitarme la vida, he comenzado a:	Comunicación Suicida No Verbal Indirecta	López Martínez, Carretero García (2022)
10	Comunique, mediante publicaciones en redes sociales, estar pasando por un mal momento y/o tener emociones negativas	Dolor Psicológico Comunicación Suicida Virtual	Klonsky, May (2015) Rodas Vera (2024)
10.1	Lo realice mediante	Red Social utilizada	

11	Comunique, mediante publicaciones en redes sociales, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de morir	Ideación Suicida Pasiva Comunicación Suicida Virtual	Baños Chaparro (2022) Rodas Vera (2024)
11.1	Lo realice mediante	Red Social utilizada	
12	Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida:	Ideación Suicida Activa Comunicación Suicida Virtual	Baños Chaparro (2022) Rodas Vera (2024)
12.1	Lo realicé mediante:	Red Social utilizada	
13	Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, que iba a cometer un acto autolesivo, previo a realizarlo:	Conducta Autolesiva Sin intención Suicida Comunicación Suicida Virtual	López Martínez, Carretero García (2022) Rodas Vera (2024)
13.1	Lo realicé mediante:	Red Social utilizada	
14	Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, que iba a cometer un acto suicida, previo a realizarlo:	Amenaza Suicida Intento Suicida Comunicación Suicida Virtual	López Martínez, Carretero García (2022) Rodas Vera (2024)
14.1	Lo realicé mediante:	Red Social utilizada	
15	Posterior a tener pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida, eliminé mi cuenta de una o más redes sociales que frecuentaba utilizar:	Comunicación Suicida Virtual (indirecta)	Rodas Vera (2024) Balt (2011)
15.1	Eliminé:	Red Social utilizada	

16	Formo o formé parte de grupo(s) y/o foro(s) en redes sociales que tienen integrantes los cuales se motivan a quitarse la vida:	Cibersuicidio	López Martínez (2020)
17	Formo o formé parte de grupo(s) y/o foro(s) en redes sociales que tienen integrantes los cuales se motivan a luchar en contra de los pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarse la vida:	Surfers Suicidas	Vargas Armas (2023)

La encuesta a realizar fue la siguiente:

ENCUESTA DE COMUNICACIÓN SUICIDA

Señor/a usuario/a de SaluGénica,

Agradecemos tu colaboración en esta encuesta para la realización de un trabajo académico. Su respuesta permanecerá de manera anónima y resulta demasiado útil para poder tener resultados certeros respecto a los objetivos de la investigación. Por favor, responde a las siguientes preguntas de manera honesta y objetiva.

Género: _____

Edad: _____

1. Tuve o tengo sentimientos de no pertenecer y/o no estar vinculado a mi grupo:

- Familiar ☐
- De amigos ☐
- Escolar / Universitario / Laboral ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐
- No los he tenido ☐

1.1 Comunicué esos sentimientos de no pertenencia al grupo:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

2. Comunicué, de manera verbal, estar pasando por un mal momento y/o tener emociones negativas:

- Si ☐
- No ☐
- No los he tenido ☐
- No 'se / No contesta ☐

2.1. Se lo comunicué a:

- Mi padre ☐
- Mi madre ☐
- Mi hermano/a ☐
- Mi pareja ☐
- Amigo/a ☐
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____ ☐
- Otro (indicar quién) _____ ☐

3. Comunicué, de manera verbal, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de morir:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

3.1. Se lo comunicó a:

- Mi padre _____
- Mi madre _____
- Mi hermano/a _____
- Mi pareja _____
- Amigo/a _____
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____
- Otro (indicar quién) _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

4. Comunicó, de manera verbal, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☐
☐

4.1 Se lo comunicó a:

- Mi padre _____
- Mi madre _____
- Mi hermano/a _____
- Mi pareja _____
- Amigo/a _____
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____
- Otro (indicar quién) _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

5. Comunicó, de manera verbal, que iba a cometer un acto autolesivo, previo a realizarlo:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☐
☐

5.1. Se lo comunicó a:

- Mi padre _____
- Mi madre _____
- Mi hermano/a _____
- Mi pareja _____
- Amigo/a _____
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____
- Otro (indicar quién) _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

6. Comunicó, de manera verbal, que iba a cometer un acto suicida, previo a realizarlo:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☐
☐

6.1. Se lo comunicó a:

- Mi padre ☐
- Mi madre ☐
- Mi hermano/a ☐
- Mi pareja ☐
- Amigo/a ☐
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____ ☐
- Otro (indicar quién) _____ ☐

7. He elaborado cartas, notas o videos de despedida debido a mi posible suicidio.

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

8. He escrito un plan de cómo terminar con mi vida (posibles fechas, lugares o métodos):

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

9. Posterior a tener pensamientos, intenciones y/o deseos de morir o quitarme la vida, he comenzado a:

- Asilarme ☐
- Desinteresarme de los asuntos que me parecían relevantes en mi vida ☐
- Consumir alcohol y/o drogas (o consumir más que antes) ☐
- Dormir mas ☐
- Dormir menos ☐
- Descuidar mi imagen, higiene y/o apariencia personal ☐
- Tener cambios de humor, actitud y/o energía ☐
- Ordenar mis asuntos (negocios, familia, etc.) ☐
- Regalar mis pertenencias de valor ☐
- Despedirme de la gente que quiero ☐

10. Comunicó, mediante publicaciones en redes sociales, estar pasando por un mal momento y/o tener emociones negativas:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

10.1. Lo realicé mediante:

- Facebook ☐
- Instagram ☐
- X (Twitter) ☐
- WhatsApp ☐
- TikTok ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐

11. Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de morir:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

11.1. Lo realicé mediante:

- Facebook ☐
- Instagram ☐
- X (Twitter) ☐
- WhatsApp ☐
- TikTok ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐

12. Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

12.1. Lo realicé mediante:

- Facebook ☐
- Instagram ☐
- X (Twitter) ☐
- WhatsApp ☐
- TikTok ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐

13. Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, que iba cometer un acto autolesivo, previo a realizarlo:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

13.1 Lo realicé mediante:

- Facebook ☐
- Instagram ☐
- X (Twitter) ☐
- WhatsApp ☐
- TikTok ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐

14. Comunicué, mediante publicaciones en redes sociales, que iba a cometer un acto suicida, previo a realizarlo:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

14.1. Lo realicé mediante:

- Facebook ☐
- Instagram ☐
- X (Twitter) ☐
- WhatsApp ☐
- TikTok ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐

15. Posterior a tener pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida, eliminé mi cuenta de una o más redes sociales que frecuentaba utilizar:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

15.1. Eliminé:

- Facebook ☐
- Instagram ☐
- X (Twitter) ☐
- WhatsApp ☐
- TikTok ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐

16. Formo o formé parte de grupo(s) y/o foro(s) en redes sociales que tienen integrantes los cuales se motivan a quitarse la vida:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

17. Formo o formé parte de grupo(s) y/o foro(s) en redes sociales que tienen integrantes los cuales se motivan a luchar en contra de los pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarse la vida:

- Si ☐
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Los resultados de las encuestas fueron procesadas para sistematizar la información en función de los objetivos planteados, para luego realizar la interpretación de los datos obtenidos. También, fue utilizado para la búsqueda de patrones y tendencias, las cuales fueron abordadas y profundizadas en el grupo de enfoque.

Grupo de enfoque.

“Consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a 10 personas), en las cuales los participantes conversan a profundidad en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales. Más allá de hacer la misma pregunta a varios participantes, su objetivo es generar y analizar la interacción ente ellos y cómo se construyen grupalmente significados” (Hernández Sampieri et al., 2014).

Los temas que se tuvieron en cuenta y se pusieron en discusión en el grupo de enfoque, está relacionado a las variables de estudio, especialmente, los contenidos de las comunicaciones suicidas.

También, se buscó profundizar en las tendencias y patrones encontrados en las encuestas previamente realizadas.

Se pretendía realizar un grupo de enfoque con cuatro usuarios, dos de cada género, que, voluntariamente, accedan a participar, pero el día que se citó a los usuarios, se ausentó un usuario de género femenino.

El grupo de enfoque, si bien no se realizó en presencia de un personal profesional de SaluGénica en el grupo de enfoque, para evitar la contaminación e influenciar de cualquier manera la espontaneidad y honestidad del discurso de los usuarios, si se encontraban afuera de la sala donde se realizó, para actuar de manera inmediata en caso de una posible aparición de crisis o algo relacionado, hecho que no ocurrió.

Consideraciones Éticas.

Para toda la actividad que se realizó, se tuvo en cuenta los principios éticos que corresponden, fundamentalmente, el de consentimiento informado y el de secreto profesional, entre otros, tanto para los usuarios a investigar, como también los de la institución.

Se presentó a los usuarios sujetos de investigación, el siguiente consentimiento informado, el cual les garantizaba la confidencialidad de sus datos privados, informaba los motivos de la investigación, los instrumentos a realizarse y un apartado para la firma del usuario, en donde entiende y acepta voluntariamente ser participante de la misma:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H.A. Barceló
- SaluGénica

Título de la investigación: “La comunicación suicida en usuarios en tratamiento suicidológico en Catamarca”.

Investigador: Fuenzalida Carma, Santiago Nicolás.

Usuario/a de SaluGénica:

Usted es invitado/a a participar en un estudio de investigación académico titulado: **“La comunicación suicida en usuarios en tratamiento suicidológico en Catamarca”**. El propósito de esta investigación es entender cómo se manifiestan las distintas formas de comunicación suicida en usuarios entre 14 a 24 años de edad que reciben tratamiento en el centro SaluGénica. La investigación forma parte del proceso académico a cumplimentar para la obtención del título de Licenciatura en Psicología.

Si usted decide participar en este estudio, se le solicitará completar una encuesta sobre sus experiencias relacionadas con la comunicación suicida. Además, se invitará a algunos usuarios/as a participar en un grupo de enfoque donde se discutirá estos temas en profundidad.

Toda información recopilada en la investigación, será confidencial. Los datos personales de cada usuario/a que participe, será anonimizado, es decir, no se incluirá ningún dato que permita identificarlo/a. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a los datos. Los resultados del estudio podrían ser publicados en un futuro, pero no se incluirá ningún detalle que pueda identificarlo/a personalmente.

Si usted tiene alguna pregunta, duda o desea retirarse del estudio, puede contactarse con el investigador principal, **Santiago Nicolás Fuenzalida Carma**, en fuenzasanti@gmail.com.

Firma del usuario/a:

He leído y comprendido la información anterior. Estoy de acuerdo en participar en este estudio:

- **Firma del participante:** _____
- **Firma del padre/madre/tutor (si es menor de 18):** _____
- **Fecha:** ____ / ____ / 2024

Se tuvo en cuenta durante toda la investigación que, la población investigada, es una población en situación de vulnerabilidad, y, debido a la naturaleza sensible de la temática, algunos de los participantes pueden sentir incomodidad al momento de compartir ciertos detalles, lo cual podría influir en los resultados de la investigación.

También, al realizarse la investigación, y, por ende, la aplicación de los instrumentos de recolección de datos en una institución la cual realiza intervenciones asistenciales suicidológicas, se dispuso de la presencia de profesionales especializados en manejar situaciones de crisis (a excepción del Grupo de Enfoque), en caso de que surja en algún momento, lo cual no ocurrió.

Procesamiento y Análisis de Datos:

Encuesta

Procesamiento de datos:

Se seleccionó y escaneó de manera aleatoria dos de las veinte encuestas realizadas a los fines de presentación, se encuentran en el Anexo N°2.

Para el cuestionario se confeccionó una tabla distribuyendo los usuarios enumerados según el orden de realización de la encuesta en la columna de la izquierda y la numeración de los ítems de la encuesta en la línea horizontal superior, estando debajo de ellas, una letra la cual representa cada respuesta o afirmación de los usuarios sobre dicho ítem, y, en las respuestas que tenían la posibilidad de agregar o indicar su respuesta, una transcripción textual de lo escrito por el usuario entre paréntesis. En los ítems en los cuales el usuario no haya respondido, el cuadro se encuentra vacío. Para ejemplificar:

	1
Usuario 1	a, b

Esta plantilla significa que el usuario 1, en el ítem número 1 de la encuesta realizada (*Tuve o tengo sentimientos de no pertenecer y/o no estar vinculado a*

mi grupo) señaló la primera y segunda afirmación (*a: Familiar; b: De amigos*). Y así sucesivamente, en todos los casos.

La tabla (Tabla N°3), dividida en tres partes para una mejor visión de la misma, es el siguiente:

Tabla N°3:

	1	1.1	2	2.1	3	3.1	4	4.1	5
Usuario 1	a, b	a	a	c, e, f (Psicóloga)	B		b		b
Usuario 2	a, b, c, d (Pareja)	c	a	a, b, c, d, e, f (Psicóloga, Psiquiatra)	A	a, b, c, d, e, f (Psicólogo, Psiquiatra)	a	a, b, c, d, e, f (Psicóloga, Psiquiatra)	a
Usuario 3	a, b, c	b	b	b, d	A	d, f (Psicóloga)	a	d, f (Psicóloga)	b
Usuario 4	b	a	a	a	A	a	a	a	a
Usuario 5	a	b	a	a	A	a	c		b
Usuario 6	b, c	c	a	a, b, e, f (Psicóloga)	A	f (Psicóloga)	a	f (Psicóloga)	b
Usuario 7	a, b, c	a	a	b, c, f	A	b, c, f	a	b, c, e, f	b
Usuario 8	a, b, c	a	a	b, c, d	A		a	c, e	a
Usuario 9	a, c	a	a	a, b, d, e, f (Psicóloga)	A	a, e, f (Psicóloga)	a	a, d, e, f (Psicóloga)	a
Usuario 10	a, c	a	a	g (Gente que me genero el sentimiento)	B		b		b
Usuario 11	a, b, c	b	d	a, b, c	A	a, b, c, f (Psicólogo)	a	f (Psicólogo)	b
Usuario 12	c	b	a	b, e	A	b	a	f (Psicólogo)	b
Usuario 13	a, b, c	b	a	e, f (Psicólogo)	B		b		b
Usuario 14	a, b, c, d (Deporte)	b	a	a, b, c, d, e, f (Psiquiatra)	A	a, c, d, f (Psiquiatra)	a	a, b, c, d, f (Psicólogo)	b
Usuario 15	d (un poco de todos, no sabria explicarlo)	b	b		B		b		a

Usuario 16	a, b	b	b	f (Psicólogo)	B		b		a
Usuario 17	a, b, c, d (Deporte)	b	a	a, b, d, f (Psicólogos)	A	b, d, f (Psicólogo, Psiquiatra)	a	b, d, e, f (Psicólogo, Psiquiatra)	a
Usuario 18	a	b	a	a, c	A	a, c	a	a, c	b
Usuario 19	a, c	b	a	b, d	A	d, e	a	d, e	b
Usuario 20	a	a	a	a	A	a	a	a	b

	6	6.1	7	8	9	10	10.1	11	11.1
Usuario 1	b		a	b	c, j	a	b, d	a	b, d
Usuario 2	a	a, b, c, d, e, f (Psicóloga)	a	a	b, c, e, f, g, h, j	b		a	b, d
Usuario 3	a	d	a	a	a, b, e, f, g, i, j	a	c	a	c
Usuario 4	a	a	b	b	D	b		b	
Usuario 5	b		b	b	d, g	b		b	
Usuario 6	b		b	c	G	a	d	a	d
Usuario 7	b		a	a	a, d, g, j	b		b	
Usuario 8	a		c	a	a, b, c, d, e, g, j	b			
Usuario 9	b		a	b	a, d, e, g	a	b, d	a	b, d
Usuario 10	b		b	b		b		b	
Usuario 11	b		a	a	a, d, g	b		b	

Usuario 12	b		a	a	a, b, d, f	a	e	b	
Usuario 13	a	e	b	a	a, b, d, g	a	e	a	e
Usuario 14	b		b	a	a, b, d, f, g, j	b		b	
Usuario 15	b		a	b	a, c, f, j	b		b	
Usuario 16	b			a	a, b, e, f, g	b			
Usuario 17	a	d	a	a	a, b, d, e, f, g, j	a	d	b	
Usuario 18	b		a	a	b, c, e, g, i	b		b	
Usuario 19	c		a	a	a, e, f, j	a	a, b, d	a	a, b, d
Usuario 20	a	a	b	b	a, e, g, j	a	b, d	b	

	12.1	13	13.1	14	14.1	15	15.1	16	17
Usuario 1		b		b		b		b	b
Usuario 2	b	b		b		b		b	a
Usuario 3	c	b		a	C	b		a	a
Usuario 4		b		b		b		b	b
Usuario 5		b		b		b		b	c
Usuario 6	d	b		a	D	b		b	a
Usuario 7		b		b		b		a	b
Usuario 8	b	b				b		b	b
Usuario 9	d	b		b		a	d	b	b

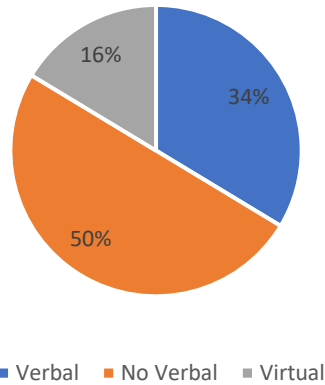
Usuario 10		b		b		b		a	b
Usuario 11		b		b		a	a, b, c, d, e	b	b
Usuario 12	d	b		b		b		b	a
Usuario 13	e	b		a	E	b		b	b
Usuario 14		b		b		b		b	b
Usuario 15		b		b		b		b	b
Usuario 16		b		b		b		a	b
Usuario 17		b		b		b		b	b
Usuario 18		b		b		a	b, d, e	b	b
Usuario 19	a, b, d	a	d	a	D	c		a	b
Usuario 20		a	b	b		b		b	b

Análisis Teórico-Práctico de datos:

Para el análisis de datos, se realizaron diversos gráficos acompañados de su respectiva explicación, los cuales responden a los objetivos planteados y a información que resulta relevante a pesar de no estar directamente relacionada con los objetivos de la investigación. Cabe destacar que los gráficos son realizados para una comparación de tendencias y no son generalizables, debido a que la muestra no es un número significativo y no se pudo encuestar la misma cantidad de usuarios de distintos géneros debido a la carencia de los masculinos del rango etario elegido.

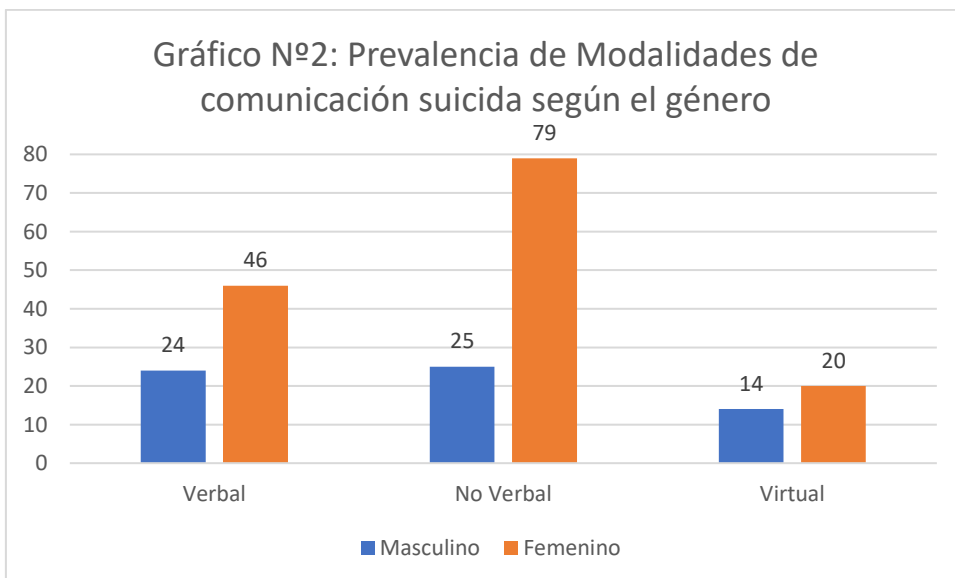
Gráfico N°1: Prevalencia de Modalidad de Comunicación Suicida Utilizada por los Usuarios Investigados:

Gráfico N°1: Prevalencia de Modalidades de Comunicación Suicida



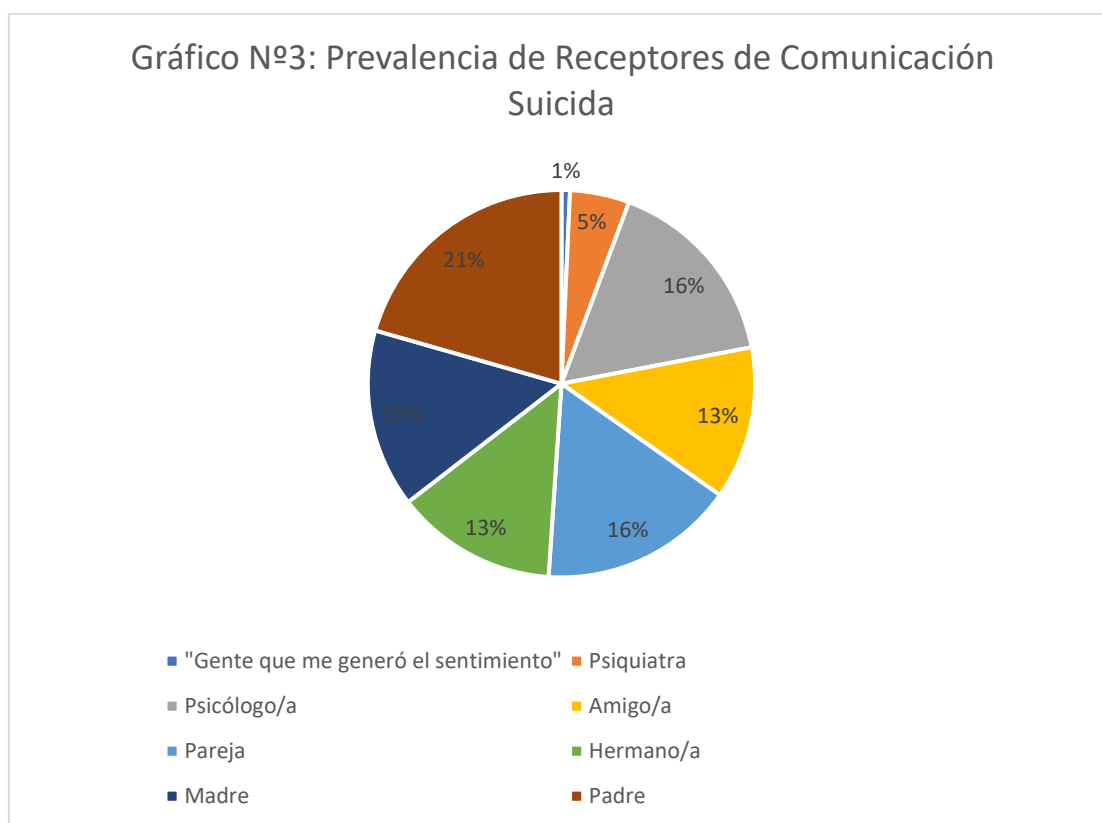
Se puede ver que, de un total de 208 respuestas afirmativas respecto a comunicar sus pensamientos, deseos o intenciones suicidas de todo tipo, el 50% corresponden a una Comunicación no Verbal, el 34% a una Comunicación Verbal, y un 16% a una Comunicación Virtual mediante redes sociales.

Gráfico N°2: Prevalencia de Modalidades de comunicación suicida según el género de los usuarios investigados



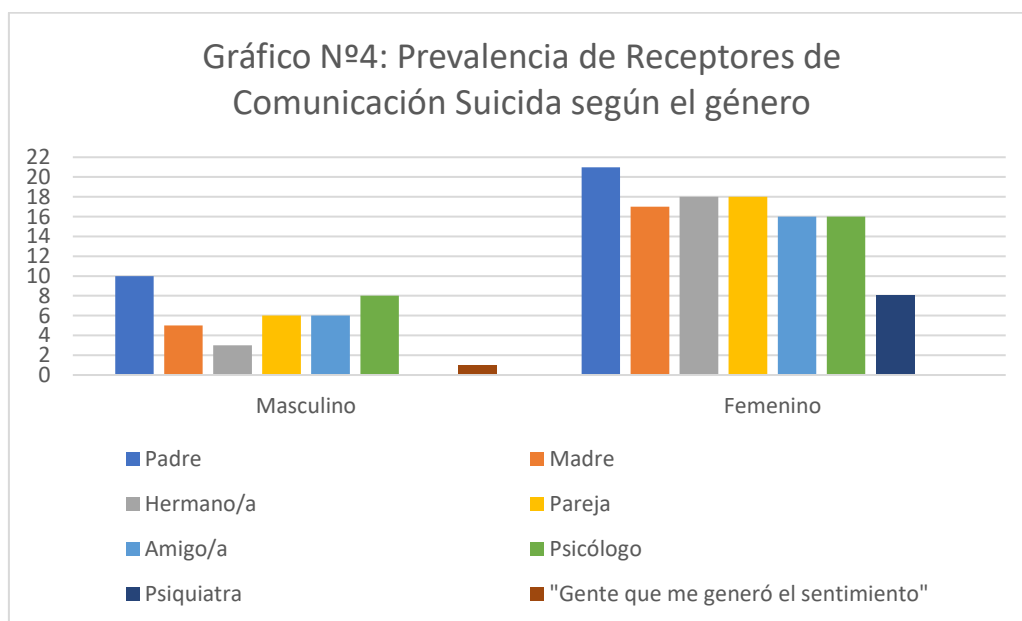
Se puede ver que, de un total de 208 respuestas afirmativas respecto a comunicar sus pensamientos, deseos o intenciones suicidas de todo tipo, tanto en el género masculino como el femenino sobresale la Comunicación Suicida No Verbal de la Comunicación Suicida Verbal, la cual también sobresale de la Comunicación Suicida Virtual.

Gráfico N°3: Prevalencia de Receptores de Comunicación Suicida de los Usuarios Investigados.



Se puede observar, que de un total de 141 respuestas marcadas o nombrando al receptor de comunicación suicida de los usuarios, el 21% corresponde al Padre, el 16% tanto al Psicólogo/a como a la Pareja de los usuarios, seguidos por el 15% que corresponde a la madre, el 13% a un amigo/a y a hermano/a, un 5% al psiquiatra y un usuario respondió "*Gente que me generó el sentimiento*".

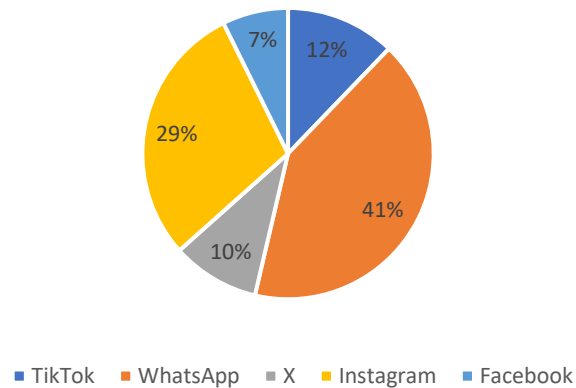
Gráfico N°4: Prevalencia de Receptores de Comunicación Suicida según el género de los Usuarios Investigados.



En este gráfico, se puede observar que la prevalencia del padre como principal receptor, no cambia según el género. Difiere el segundo receptor, en donde el género femenino aparece tanto la pareja como el amigo/a con la misma cantidad, mientras que en el género masculino aparece el profesional psicólogo, pero no aparece el médico psiquiatra. En el género femenino, aparece en tercer lugar la madre, mientras que, en el masculino, aparece la misma cantidad de veces la pareja y el amigo/a. En cuarto lugar, en el género femenino aparece la misma cantidad de oportunidades el profesional psicólogo y el amigo/a, mientras que, en el masculino, la madre. En último lugar, el género femenino tiene como receptor al médico psiquiatra y el género masculino, el hermano/a.

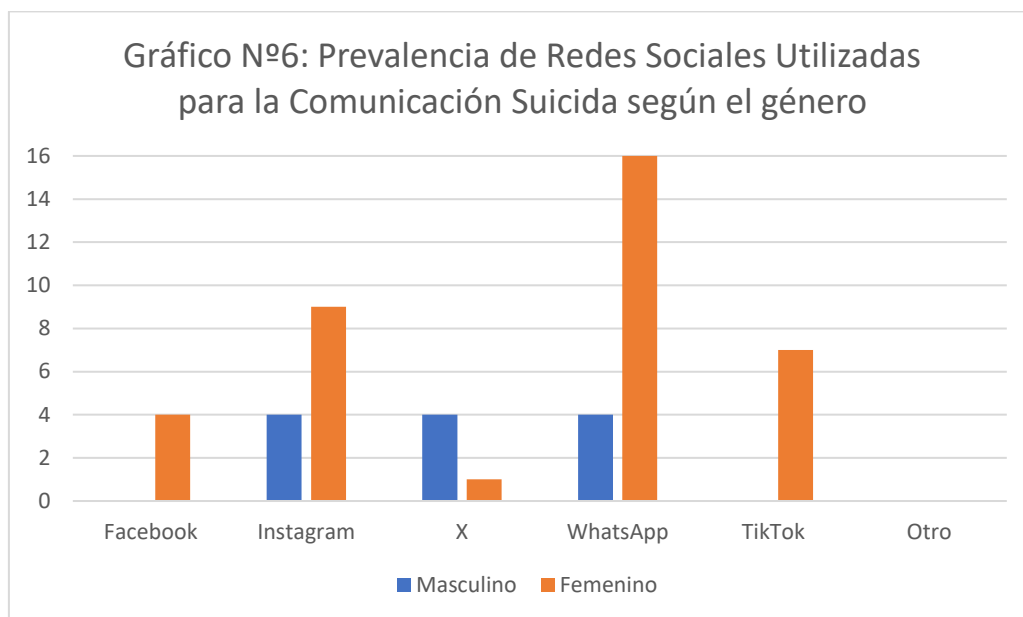
Gráfico N°5: Prevalencia de Redes Sociales Utilizadas para la Comunicación Suicida en los Usuarios Investigados.

Gráfico N°5: Prevalencia de Redes Sociales Utilizadas para la Comunicación Suicida



Se puede observar que, de un total de 41 respuestas afirmativas sobre comunicar sus pensamientos, deseos o intenciones suicidas a través de una red social, el 41% lo hizo a través de WhatsApp, el 29% por Instagram, un 12% por Tik Tok, un 10% por X y solo el 7% vía Facebook.

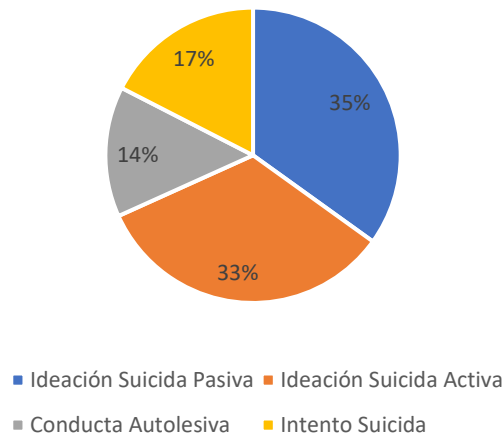
Gráfico N°6: Prevalencia de Redes Sociales Utilizadas para la Comunicación Suicida según el género en los Usuarios Investigados.



Se puede observar en el gráfico, que en el género masculino las redes sociales TikTok y Facebook, se ausentan de ser receptores de comunicación suicida, mientras que Instagram, X y WhatsApp aparecen con la misma frecuencia. Mientras que, en el género femenino, aparece WhatsApp como la red social receptora de comunicación suicida más utilizada, siendo la segunda Instagram, seguida por TikTok, continuando con Facebook y, por último, X.

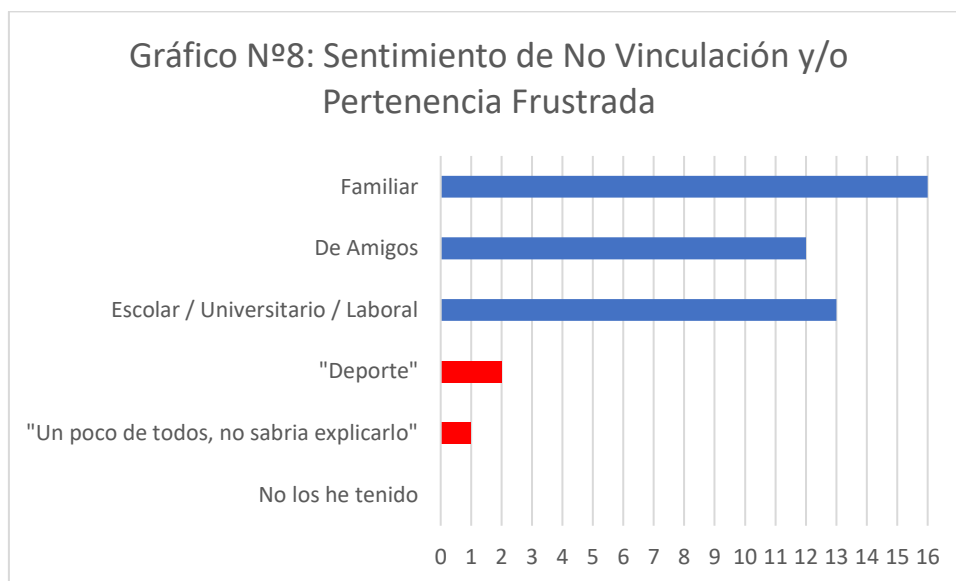
Gráfico N°7: Dimensión Suicida Comunicada por los Usuarios Investigados

Gráfico N°7: Dimensión Suicida Comunicada



Siguiendo la teoría “*ideation-to-action*”, la investigación estudia de manera separada las distintas dimensiones de la suicidalidad. Se puede observar en el gráfico, que el 35% de los usuarios realizaron una comunicación respecto a su ideación suicida pasiva (en relación a querer dejar de vivir), seguido de la ideación suicida activa con un 33% (relacionado a querer quitarse la vida), luego con un 17% la amenaza suicida o la comunicación previa a un intento de suicidio, y por último, la comunicación previa a realizar una conducta autolesiva con un 14%.

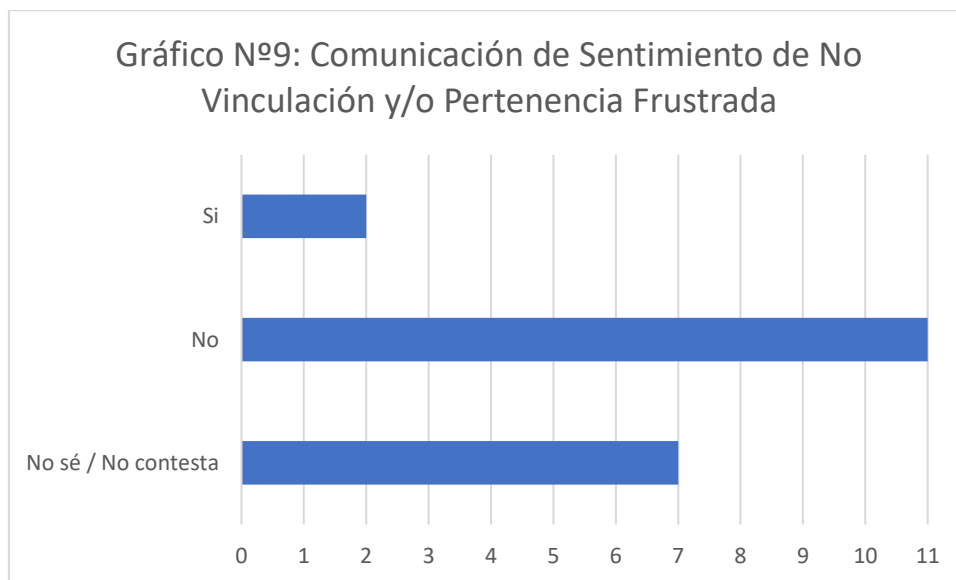
Gráfico N°8: Sentimiento de No Vinculación y/o Pertenencia Frustrada



Siguiendo la teoría “*ideation-to-action*”, y sus modelos explicativos “*La Teoría de los Tres Pasos*” y “*La Teoría Interpersonal Psicológica*”, en el ítem N° 1 de la encuesta realizada se realizó una afirmación sobre tener (en tiempo presente y pasado) sentimientos de no vinculación y/o pertenencia frustrada, dando diversas opciones de distintos grupos a los cuales refiere tal sentimiento, la opción de marcar que no experimentaron los sentimientos presentados, y, la posibilidad de escribir otro grupo el cual no se tuvo en cuenta al momento de confeccionar el cuestionario (los cuales están marcados de color rojo en el gráfico para diferenciarlos).

Se puede observar que, todos los encuestados, han tenido o tienen sentimientos de no vinculación y/o pertenencia frustrada. El grupo familiar es el referido de tales sentimientos en 16 de los 20 usuarios, luego el de Escolar/Universitario/Laboral con un total de 13, apenas superando al de Amistades con 12. Mientras que, en la opción de escribir otro en el caso de no encontrarse señalado en la encuesta, 2 veces fue escrita la palabra “*Deportes*” y una vez “*Un poco de todos, no sabría explicarlo*”.

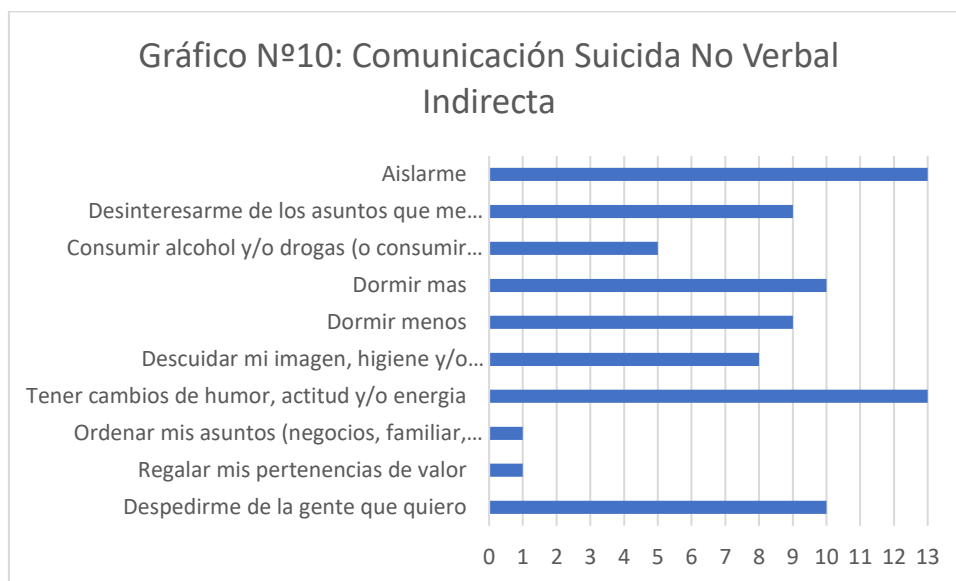
Gráfico N°9: Comunicación de Sentimiento de No Vinculación y/o Pertenencia Frustrada.



En referencia al propósito del trabajo y el ítem N°1 presentado en el gráfico anterior, se realizó en el ítem N°1.1, la afirmación respecto a la comunicación de los sentimientos de no vinculación y/o pertenencia frustrada que señalaban experimentar o haber experimentado en el ítem previo.

Se puede observar que, 11 de los 20 encuestados, no han comunicado tales sentimientos, 7 usuarios decidieron no contestar o afirman no saberlo, mientras que los 2 restantes afirmaron haberlos comunicado.

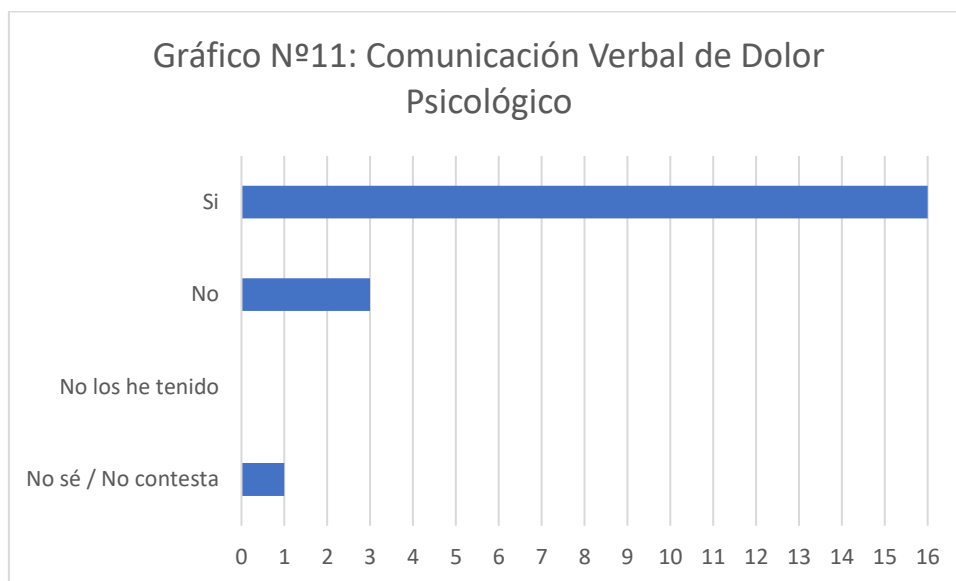
Gráfico N°10: Comunicación Suicida No Verbal Indirecta



En el ítem N°9, se realizó una afirmación de que posterior a tener diversas ideaciones, intenciones y/o deseos de quitarse la vida o dejar de vivir, se comenzó a llevar a cabo diversas acciones, las cuales eran las opciones que los usuarios podían seleccionar, con la intención de tener un panorama de las comunicaciones suicidas no verbales indirectas más presentes en los encuestados.

Se puede observar, que tanto Aislarse como Tener cambios de humor, actitud y/o energía, son las más prevalentes en los usuarios encuestados, con un total de 13 apariciones. Seguida por Dormir más y Despedirse de la gente que quiero, con un total de 10 apariciones. En tercer lugar, aparece el Desinterés por las cosas que les resultaban relevantes en su vida, junto a Dormir menos, marcada 9 veces por los diversos usuarios. Con 8 apariciones, sigue el Descuido por la imagen, higiene y/o apariencia personal. En quinto lugar, aparece el Consumo de alcohol y drogas con un total de 5 marcas. Y, por último, con apenas una aparición en cada uno, Ordenar mis asuntos y Regalar mis pertenencias de valor.

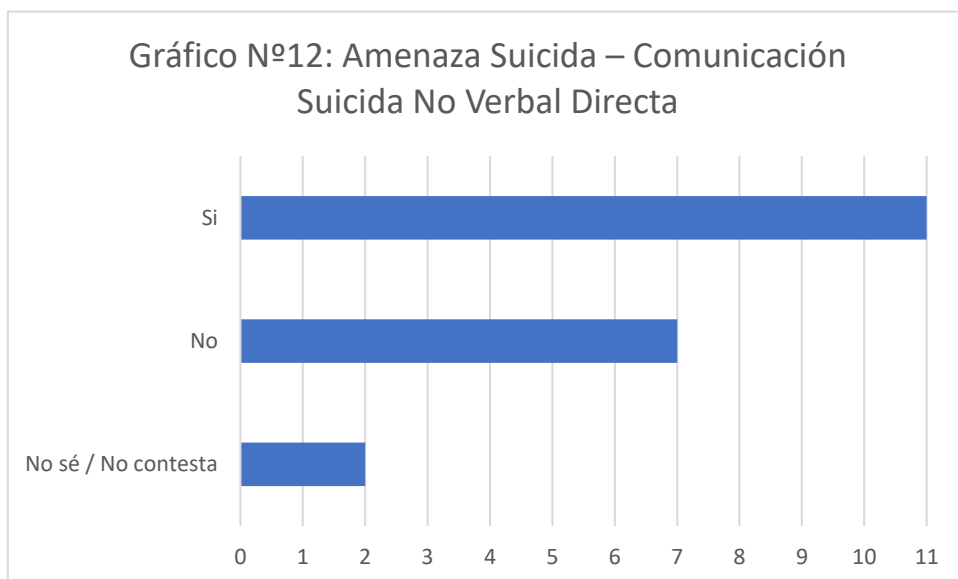
Gráfico N°11: Comunicación Verbal de Dolor Psicológico.



Siguiendo la teoría “*ideation-to-action*”, y su modelo explicativo “*La Teoría de los Tres Pasos*” y el propósito de la investigación, se tuvo en cuenta el concepto de “Dolor Psicológico” y la comunicación del mismo en el ítem N°2, realizando la afirmación de haber comunicado de manera verbal el estar pasando por un mal momento y/o tener emociones negativas. Si bien, la afirmación en el cuestionario podría parecer generalizable a situaciones circunstanciales en la población general, se debe tener en cuenta que la encuesta fue realizada a adolescentes y jóvenes usuarios de un centro de intervenciones suicidológicas, en tratamiento suicidológico.

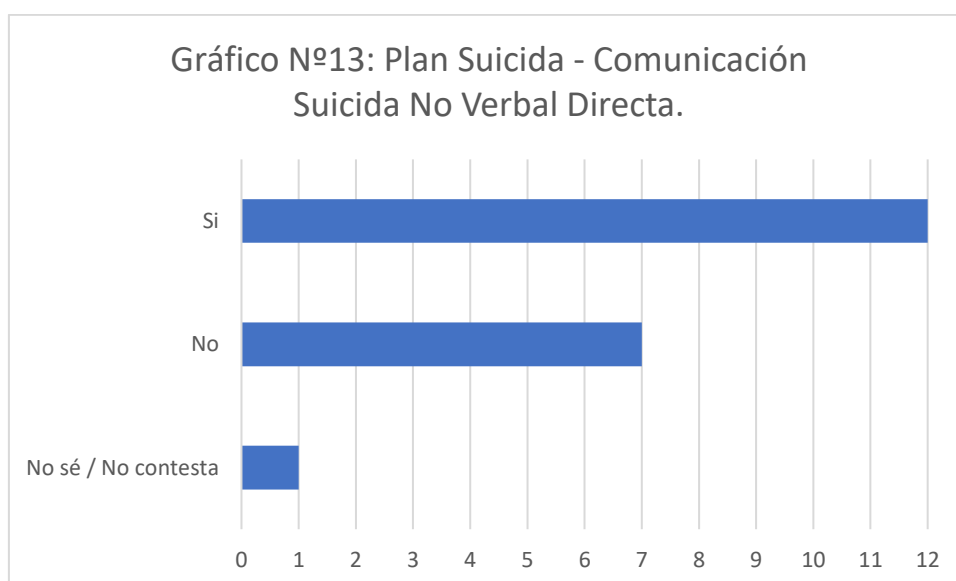
Se puede observar que, todos los usuarios encuestados han tenido dolor psicológico, siendo 16 los que lo han comunicado de manera verbal, 3 los que no lo han hecho y un usuario decidió no contestar o afirmó no saber.

Gráfico N°12: Amenaza Suicida – Comunicación Suicida No Verbal Directa



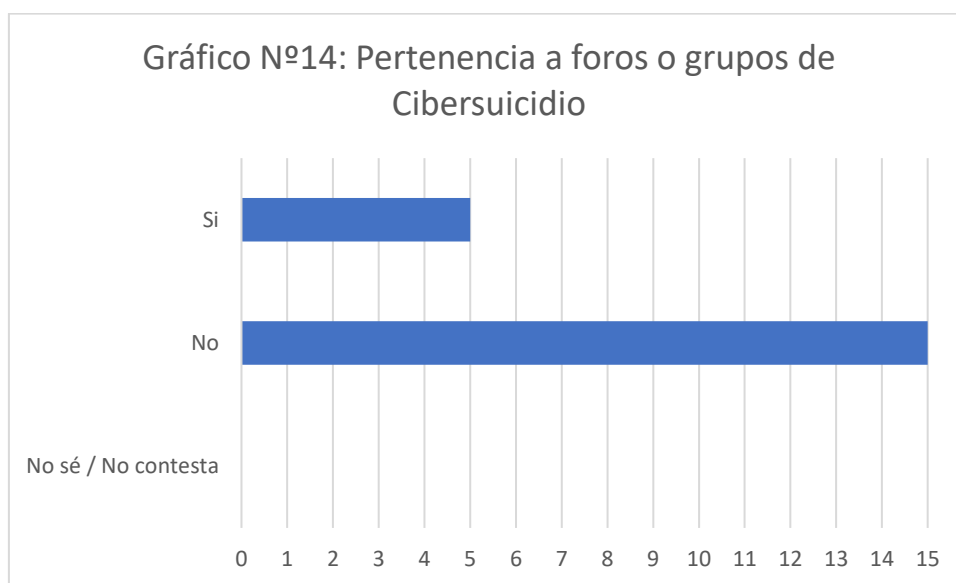
En el ítem N°7, se realizó la afirmación de haber elaborado cartas, notas y/o videos de despedida por la posibilidad de cometer un acto suicida. Se puede observar que 11 de los usuarios realizaron tal acción, 7 negaron realizarla mientras que 2 usuarios prefirieron no contestar o afirmaron no saberlo.

Gráfico N°13: Plan Suicida – Comunicación Suicida No Verbal Directa.



En el ítem N°8 de la encuesta, se realizó una afirmación en la que se expresa el haber escrito el plan de un potencial acto suicida, en donde podría incluirse fechas, lugares y/o métodos. De 20 usuarios, 12 afirmaron haberlo realizado, 7 se negaron, mientras que un usuario decidió no contestar o afirmó no saberlo.

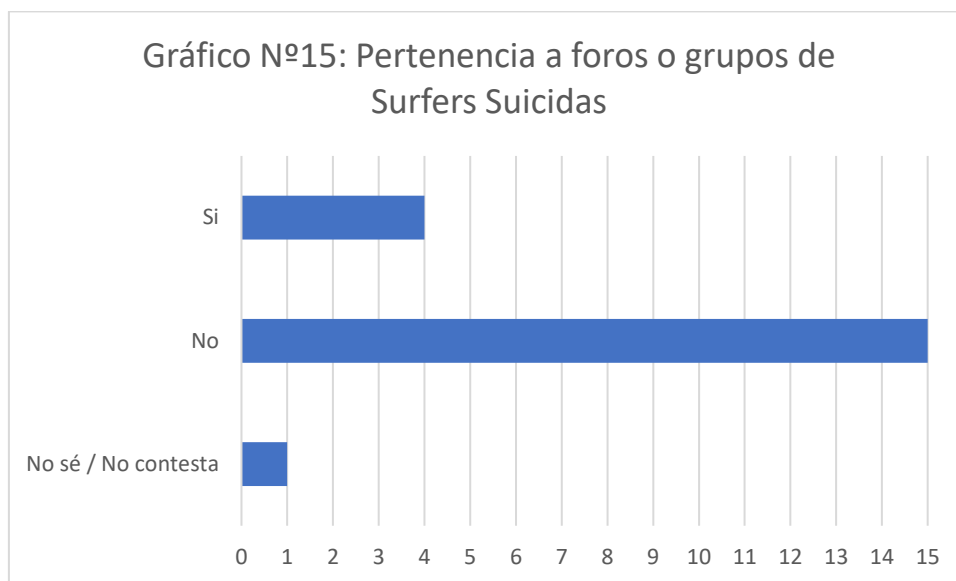
Gráfico N°14: Pertenencia a foros o grupos de Cibersuicidio de los usuarios investigados.



En el ítem N°16 de la encuesta, se realizó una afirmación sobre la pertenencia a foros o grupos de cibersuicidio, los cuales motivan a realizar una conducta suicida.

Se puede observar que, 5 de 20 encuestados, integraron o fueron integrantes de algún foro o grupo de cibersuicidio, mientras que el 15 restante, no participa o participó de ningún foro o grupo de cibersuicidio en redes sociales.

Gráfico N°15: Pertenencia a foros o grupos de Surfers Suicidas de los usuarios investigados.



En el ítem N°17 de la encuesta, se realizó una afirmación sobre la pertenencia a foros o grupos de Surfers Suicidas, los cuales motivan a luchar contra las ideaciones y conductas suicidas.

Se puede observar que, 4 de 20 encuestados, integraron o fueron integrantes de algún foro o grupo de Surfers Suicidas, un encuestado decidió no responder, mientras que el 15 restante, no participa de ningún foro o grupo de Surfers Suicidas en redes sociales.

Grupo de Enfoque:

Para la realización del grupo de enfoque, se citó a 4 de los usuarios que realizaron la encuesta, dos de género masculino y dos de género femenino, quienes accedieron voluntariamente a participar, para el día jueves 28 de noviembre del año 2024, a las 18hs.

El día de realización del grupo de enfoque, se ausentó uno de los usuarios de género femenino, siendo 3 los que participaron. El grupo de enfoque dio inicio

a las 18:15hs., finalizando a las 19:10hs., teniendo una duración total de 55 minutos.

La actividad se realizó en una sala con sillas ubicadas de manera circular, en donde todos los participantes se podían observar entre ellos. Se dio una introducción para establecer el encuadre a utilizar, el consentimiento y conocimiento informado (teniendo ya la firma de los usuarios en el consentimiento informado impreso desde el momento que realizaron la encuesta), y finalizando con la aseveración de la disposición de un celular el cual se iba a utilizar para grabar el audio de todo lo que se iba a hablar en el grupo de enfoque.

Una vez terminada la introducción, se les preguntó nuevamente si luego de lo informado, aún accedían a participar del grupo de enfoque, a lo cual los tres usuarios aceptaron.

En el anexo N°3 se encuentra la transcripción fidedigna del audio grabado durante el grupo de enfoque. Siendo **M.** (*Mediador*) el investigador principal, mientras que **U4, U6, y U9** (*Usuario 4, 6 y 9*) tienen el número que representa el orden en el cual realizaron la encuesta.

Procesamiento de datos:

Se decidió realizar un **análisis cualitativo por categorías** para el grupo de enfoque anteriormente presentado, entendido como *“el procedimiento de ir distinguiendo, separando y priorizando elementos de los discursos vertidos en entrevistas individuales o grupales; de tal manera a poder reconocer y diferenciar los tópicos y lugares comunes que aparecen en los dichos de los sujetos convocados. Si bien esta operación tiene un matiz reductivista en la realización de la operación de segmentar las hablas en citas diferenciadas; igualmente se busca generar luego un esfuerzo reconstructivo de integración de los discursos,*

en la perspectiva de construir un conjunto que dé cuenta de lo manifiesto y lo latente expresado por los entrevistados.” (Genoveva Echeverría, 2005)

Para realizar el análisis cualitativo del grupo de enfoque, se diseñó dos tablas (Tabla N°4 y Tabla N°5), las cuales contienen:

- **Categorías**: grandes agrupaciones conceptuales que en su conjunto dan cuenta del problema a investigar (Genoveva Echeverría, 2005). Las categorías, es la que realiza la división de las tablas en dos, ya que hay dos tipos:
 - **Categorías A Priori**: códigos que derivan de un marco conceptual o de preguntas de investigación específicas (Miles y Huberman, 1994)
 - **Categorías Emergentes**: son aquellas que surgen durante el proceso de análisis inductivo, reflejando patrones, relaciones o temas no previstos inicialmente en el diseño de la investigación (Taylor y Bodgan, 1987)
- **Citas**: son fragmentos textuales tomados del discurso de los usuarios participantes del grupo de enfoque realizado, las cuales son tomadas como evidencia en el análisis cualitativo del mismo.
- **Usuarios**: son los respectivos autores de cada cita en la realización del grupo de enfoque, acompañado de un número el cual lo identifica en el orden de participación de la encuesta previamente otorgada.

Posteriormente, a la confección y presentación de dichas tablas, se presenta un análisis cualitativo e interpretativo de las citas tomadas para la formación de las categorías, relacionadas entre sí, para una integración de los discursos de los usuarios en el grupo de enfoque.

A continuación, se presentará una tabla (Tabla N°4) en la cual se distribuye del lado izquierdo las **Categorías a priori**, las cuales se tuvieron en cuenta previamente a realizar el grupo de enfoque. Las cuales son:

- **Comunicación Suicida Verbal:** manifestación verbal de las intenciones de quitarse la vida (López Martínez, Carretero García, 2022) o realizar una conducta autolesiva.
- **Comunicación Suicida No Verbal:** comportamientos, gestos o productos que la persona elabora para informar sobre sus pensamientos suicidas (Rodas Vera, 2024).
- **Comunicación Suicida Virtual:** uso de las redes sociales y la tecnología para expresar las motivaciones o conductas suicidas. (Rodas Vera, 2024).
- **Receptor:** *“En un acto de comunicación, personas que recibe el mensaje”* (Real Academia Española, s. m. y f., definición 4), siendo en este caso, los receptores de la comunicación suicida; **y Contenido:** *“Cosa que se contiene dentro de otra”* (Real Academia Española, s. m., definición 2), teniendo en cuenta que es el contenido de la comunicación suicida.
- **Cibersuicidio:** acción de quitarse la vida (o intentar), motivado por la influencia entre otras variables, de páginas web con contenido de ayuda, influencia o motivación para cometer suicidio (web pro-suicida), salas de chats (*chatsroom*) y foros de internet (López Martínez, 2020).
- **Surfers Suicidas:** actitud positiva ante el suicidio en línea (Vargas Armas, 2023).

Mientras que, al lado derecho, las respectivas citas en referencia a tales categorías, divididas también en autor (usuario) de dicha cita.

Tabla N°4:

<u>Categorías A</u> <u>Priori</u>	<u>Citas</u>		
	<u>Usuario 4</u>	<u>Usuario 6</u>	<u>Usuario 9</u>
Comunicación Suicida Verbal	“...al quinto día, cuarto día, le dije a mi papá, le dije a mi mamá, a ver yo les quería comentar, porque yo les tengo muchísima confianza, es mejor prevenir que curar dicen.”	“Comenzaron a aparecer este año, yo sabía lo que era, pero no lo comunicaba a mi referente, se podría decir, que es mi padre. Pero sí lo hablé acá en SaluGénica.”	“creo que después de muchos años, tal vez... ocho años después de haber comenzado a tener esos pensamientos o ciertas conductas suicidas, recién los pude verbalizar.”
Comunicación Suicida No Verbal	“...mis amigos me invitaban a tomar mates a la plaza y yo iba, por ahí si tenía mis bajones, pero se me pasaban.”	“...me comportaba como de una manera bastante distante. Así, no tenía como ganas de hacer nada, básicamente.” “Y cosas que me gustaban, así como dibujar, dibujar, y eso, ja. “	“...siempre me caracterizo por ser una persona muy extrovertida, muy alegre así. Entonces, había días en los que seguía siendo esa persona, pero había otros días en los que sí, me aislaba, no tenía ganas de hacer, nada y no hacía las cosas que me gustaban”. “en mi experiencia, yo he escrito, no mucho, poco, sobre cómo me siento. Y eso si es como un gran alivio. Es muy catártico” “...escribir lo que me salga de forma literal. Si tengo pensamientos, por ejemplo, de

			autosabotaje o de autodesprecio hacía a mí mismo, escribo así tal cual, si pasó algo lindo en ese día, escribo así tal cual, y cómo me siento.”
Comunicación Suicida Virtual	“... yo le dije a mi prima que la quiero mucho” (<i>Por WhatsApp</i>)	“...en casos así, es como que me entran ganas de decírselo como al público... por ejemplo, yo hago como, algunas veces como que hice un tipo de arte que se llama arte de ventilar” “Pero después como que me arrepiento porque siento que es muy patético” “...como que lo hago para publicarlo, pero después es como que no lo termino de hacer porque me siento como patético haciéndolo. Y entonces lo dejo como más privado y se lo digo a mi mejor amigo”	“...después de haberlo dicho verbalmente, de haberlo expresado con mis amigos. Como a mí me dieron redes sociales demasiado chico y sin restricciones (Se ríe, y dicen “a todos”), solía hacer muchas publicaciones en WhatsApp no sé si en Twitter, creo que la gran mayoría en WhatsApp en los estados, sí. Ah, en Instagram también, fotos en Instagram” “en esas publicaciones, bueno, transmitía como mis deseos suicidas, mis deseos suicidas, mis pensamientos suicidas. Así que sí, lo hice mucho eso, por medio de estados en WhatsApp, publicaciones en Instagram, y tal vez en algún

			momento lo llegué a hacer en tweets en twitter.”
Receptor y Contenido	“... fue directa, “ <i>mamá, papá, tengo pensamientos suicidas</i> ”. Y literalmente ni siquiera estaba planeado.”	“... se lo dije primero a mi mejor amigo, y ya después, el ya no sabiendo qué decirme, me mandó el psicólogo”	“... a amigos que tenía.” “En mi caso, textualmente, lo que yo dije era: “ <i>me quiero morir</i> ”. Así lo transmití.”
Cibersuicidio		"...no, no busqué nada. Básicamente, lo que... lo que sabía del suicidio, lo sabía por como una idea general".	"...sí había buscado, sí busqué en algún tiempo formas de autolesionarme."
Surfers Suicidas			"...empecé a seguir muchas cuentas en Instagram de psicólogas que hablan sobre eso, también sobre traumas generacionales, un montón de cosas así super profundas en las cuales yo me sentía representado. Y eso, sí, básicamente, sí busqué perfiles de psicólogas, de terapeutas, que hablan sobre traumas, en cuanto mis búsquedas positivas."

Al haber realizado un grupo de enfoque semi-estructurado, en donde además de abordar ciertos aspectos específicos, se tuvo la flexibilidad de

profundizar ciertas temáticas que aparecieron de manera fortuita en la interacción misma.

A los fines de presentación, se elaboró una tabla (Tabla N°5) de doble entrada distribuida donde se presentan las **Categorías Emergentes** del lado izquierdo. Las mismas son:

- **Distractores de Ideación Suicida:** Se entiende Distractor con la definición “*Que distrae*” (Real Academia Española, adj. m. y f., definición 1), entendiendo Distraer como “*Apartar la atención de alguien del objeto a que le aplicaba o a que debía aplicarla*” (Real Academia Española, t.r., definición 3). Es decir, aquellas acciones o actividades las cuales apartan la atención a las ideaciones suicidas.
- **Barreras para la comunicación suicida:** Entendiendo el término Barrera como “*Obstáculo, embarazo entre una cosa u otra*” (Real Academia Española, s. f., definición 5). Es decir, personas, acciones, cosas o circunstancias que obstaculicen la manifestación de las ideaciones o intenciones suicidas o autolesivas.
- **Posibilitadores para la comunicación suicida:** Se comprende la palabra posibilitador como “*Que posibilita*” (Real Academia Española, adj. m. y f., definición 1), siendo posibilitar “*Facilitar y hacer posible algo*” (Real Academia Española, t.r., definición 1). Entonces, esta categoría sería aquellas personas, acciones, cosas o circunstancias que facilitan y hacen posibles la manifestación de las ideaciones o intenciones suicidas o autolesivas.
- **Percepción de Carga:** La percepción de ser una carga para los demás (*burdensomeness*) alude a la percepción precisamente de considerarse una carga difícil de sostener para los demás como consecuencia del sentimiento de ser excesivamente imperfecto o defectuoso. Por ello incluye los sentimientos de odio hacía sí mismo,

que, además, implican baja autoestima y sentimientos de culpa (Aixa Galarza, Castañeidas y Fernández Liporace, 2023).

Mientras que, en el lado derecho de la tabla, al igual que en la anterior, se encontraran las citas y sus autores (usuarios).

Tabla N°5:

<u>Categorías Emergentes</u>	<u>Citas</u>		
	<u>Usuario 4</u>	<u>Usuario 6</u>	<u>Usuario 9</u>
Distractores de Ideación Suicida	“por ahí sí lloraba 15, 20 minutos y de ahí mi viejo me decía vamos a merendar, vamos a merendar, y me iba, me clavaba alto, alto, licuado con brownie, me lo morfabo y ya está.” “en mi casa, en mi habitación, bailo.” “me pongo los auriculares, yo escucho música, creo que la música es algo que me distrae”.	“yo también escuchaba música” “ ” sí me dicen de hacer algo, entonces bueno..., me ayuda como a... no pensar mucho en eso.”	“...mi mayor consuelo, distracción o apoyo desde siempre, fue escuchar música. Así que, hasta hoy, siempre, más que todo cuando era más chico siempre he escuchado mucha música para distraerme de esos pensamientos.”
Barreras para la Comunicación Suicida	“...más de una vez me llamaron loca, porque tenía depresión.” “... los señores más elevados de edad, para que no decir que son viejos. Dicen que	“En mi caso cuando se lo dije por primera vez a mi mejor amigo, no me lo dijo directamente, pero yo sentía que lo había	“creo que nunca me llegué a sentir comprendido. Siempre sentí que me miraban, o sea, lo que yo decía, lo que yo expresaba, me miraban raro, me miraban de reojo...”

somos locos. Y yo no me siento loca.” “En la barrera, es que tengo miedo. Tengo miedo, pero a la vez, quiero hacer muchas cosas.”	afectado de alguna manera.” “...como que no quiero molestar, podría decirse. Entonces como que me cuesta, me cuesta como decirlo, pero ya sí estoy bastante mal, como no sé, cuando vine por primera vez acá esto se lo digo directamente” “... cuando se lo dije por primera vez a mi mejor amigo, no me lo dijo directamente, pero yo sentía que lo había afectado de alguna manera...” “Yo por lo menos, Bueno, como que me cuesta decirlo Porque yo siento que tiene que ver como... como por, como he vivido yo, ¿me entienden? Entonces como que, es como que nunca..., como lo típico que te dicen los padres que <i>“nunca te faltó nada”</i>, y bueno, eso pienso	“Con redes sociales, cualquier persona puede opinar de nosotros en internet. Es horrible.” “...las barreras que me han impedido poder hablar sobre esto con... principalmente con adultos, es justamente por el estigma que hay sobre las conductas suicidas” “...con profesores, o con mis padres, o con algún otro adulto que esté dentro de mi familia, porque hay otro tipo de relación, hay un poco de relación de poder. Y también, tienen otra percepción sobre ciertos temas, como, por ejemplo, este en particular, que son las conductas suicidas, o el suicidio, que ellos ya dejan expresado libremente, literalmente, lo que piensan “, “No a mí directamente, pero sí a personas que están pasando lo mismo que yo. Pero antes de yo decírselo a ellas que me está pasando, yo ya escucho esas interpretaciones. “...preferiblemente no
---	--	---

		yo, y es verdad, entonces como que me cuesta decirlo.”	acercarme a contarles, o abrirles, o sentirme vulnerable con ellos.
Posibilitadores para la Comunicación Suicida	“...yo lo digo con orgullo porque yo me siento una persona valiente.” “Yo, por mi parte, yo soy muy de expresar mis sentimientos. Si me siento mal, lo digo. Si, no sé, por cualquier cosa, la verdad. Por cualquier motivo lo digo.”	“...me facilita con mi amigo, aunque no mucho, porque también siento que estoy siendo bastante molesto, pero me abro un poco más a él. Me facilita más porque, la verdad, no tengo idea. Yo siento que es como de esos casos, como de una... Esos casos en donde conectas como al toque con una persona, entonces como que agarras confianza rápido. Entonces, bueno, yo creo que sí, más o menos por eso.”	“Siempre se me ha facilitado más hablar de esto con... personas que yo considere mis iguales, como por ejemplo ellos (<i>señala a los otros usuarios</i>), porque estamos cerca del mismo rango etario, estamos contruidos de una forma diferente, en cuanto a nuestras percepciones sobre temas contemporáneos, ¿se podría decir? Em... Y también porque hay otro tipo de relación que no es una relación como de poder...”
Percepción de Carga		“Lo que me evita eso es sentirme molesto, básicamente, porque yo tampoco estoy como haciendo algo de provecho como para... Es lo que siento yo, como que no estoy haciendo	

		como nada de provecho en la casa, ni siquiera busco nada. Entonces, como que no quiero joderlo más, se podría decir. Y me facilita con mi amigo, aunque no mucho, porque también siento que estoy siendo bastante molesto, pero me abro un poco más a él.” “...en casos así, es como que me entran ganas de decírselo como al público... por ejemplo, yo hago como, algunas veces como que hice un tipo de arte que se llama arte de ventilar” “Pero después como que me arrepiento porque siento que es muy patético” “...como que lo hago para publicarlo, pero después es como que no lo termino de hacer porque me siento como patético haciéndolo. Y entonces lo	
--	--	--	--

		dejo como más privado y se lo digo a mi mejor amigo”	
--	--	--	--

Análisis Teórico-Práctico e Interpretación Cualitativa.

Respecto a la comunicación suicida verbal, en los usuarios participantes del grupo de enfoque, se ve la recurrencia de haber tenido un estilo de comunicación suicida directa, a pesar de que diverge en el tiempo de comienzo de aparición de las ideaciones suicidas y la verbalización de las mismas, como también la característica de la ideación (activa o pasiva), en los tres casos, los usuarios comunicaron sin ambigüedades sus deseos de dejar de vivir o de tener pensamientos al respecto.

En uno de los casos, los primeros receptores de la comunicación suicida verbal, fueron sus padres, mientras que, en los otros dos casos, fueron amigos, y, a su vez, uno destaca que particularmente con su mejor amigo “siente que conecto al toque, como que agarró confianza rápido”. El otro usuario, tras la pregunta de una categoría emergente como lo fue lo que posibilita a comunicar sus ideaciones o intenciones suicidas, es el sentir a los receptores como “sus iguales”, es decir, que no exista una relación asimétrica de poder, lo cual está relacionado, también, a las barreras que impiden a poder comunicarlo (otra categoría emergente), que son los prejuicios que se tiene respecto a las personas en estado de suicidalidad, más remarcado en la brecha generacional con las personas mayores las cuales los tratan de “locos” o dejan ver sus imaginarios respecto al suicidio y sus dimensiones con alguna connotación negativa. Otras barreras que han aparecido, fueron el miedo y el sentirse “molesto” al comunicarlo, mientras que, respecto a la modalidad, comunicaron

indiferencia de realizarlo de manera presencial o virtual, mientras se sientan escuchados y/o comprendidos.

La comunicación suicida no verbal, se encuentra más relativizada según la personalidad de los usuarios, teniendo en los tres sujetos, una manera distinta de comportarse en consecuencia de las ideaciones suicidas. En un caso, no influenció en su comportamiento rutinario, utilizando las salidas con amistades como distractores, mientras que, en los otros dos, les quitaba el gusto de llevar a cabo las actividades que previo a las ideaciones suicidas, disfrutaban de realizar, como también aislarse. Es importante, para la realización de prevención, ser atentos con tales cambios en la cotidianeidad de las personas, en casos de personas extrovertidas puede ser más notorio. También, algo interesante, es la utilización de la escritura de manera catártica, en donde uno de los usuarios comentaba utilizar (aunque acotadas veces) el escribir de manera literal los pensamientos (ejemplificando los de autodesprecio), provocando en él un alivio.

Relacionado con la escritura utilizada de manera catártica y las salidas con amistades, se pudo indagar en el grupo de enfoque, la existencia de distractores de las ideaciones suicidas, siendo las mismas un eje temático que no se tuvo en cuenta para la investigación, pero tenidas en cuenta como categoría emergente. Apareció también como distractor, el realizar actividades como merendar o “hacer algo” (con amistades y familiares) y el baile, pero el que fue recurrente en los tres usuarios, es el escuchar música, lo cual puede ser un punto a tener en cuenta, la utilización del arte como un distractor importante en los usuarios en tratamiento suicida.

La comunicación suicida virtual, apareció principalmente en WhatsApp, utilizado como una manera de manifestar las ideaciones o intenciones suicidas en mensajes directos con personas significativas para los mismos, para realizar despedidas con seres queridos y para realizar publicaciones a sus contactos a través de la opción de “Estados”. Además, se realizó una crítica a la accesibilidad

temprana a las redes sociales por parte de los usuarios, nombrando a las mismas como “las peores aplicaciones” a WhatsApp y Twitter (Actualmente llamada X), afirmando lo negativo de que las personas puedan opinar sobre ellos todo el tiempo a través de las mismas.

Otro aspecto interesante que surgió durante el grupo de enfoque cuando se hablaba sobre la comunicación suicida virtual, es el concepto de “El Arte de Ventilar”, describiendo a la misma como una manera de compartir de alguna manera información, emociones, pensamientos o asuntos personales de manera pública. Este concepto también es llamado “Ventilación Emocional”, el cual es utilizado como técnica psicoterapéutica para lograr reconocer y gestionar las emociones al expresar o liberar las mismas (Molina, 2014). El usuario que comento escribirlo en las redes sociales, pero nunca completar la publicación para ser visible de manera pública por sentirse “patético” al hacerlo, no es casualidad que haya sido el mismo usuario el cual afirmaba sentirse “molesto” al realizar una manifestación de sus ideaciones suicidas.

El sentirse molesto, expresión recurrente por un usuario durante la realización del grupo de enfoque, está relacionado con el primer constructo de la Teoría Interpersonal del Suicidio de Joiner, la “Percepción de carga”, donde el sujeto tiene una percepción de ser una carga difícil de sostener para los demás, lo cual implica una baja autoestima y sentimientos de culpa, características reflejadas en sus dichos respecto a sentirse patético al querer manifestar sus ideaciones suicidas a través del “arte de ventilar”, y también la barrera de poder comunicárselo a su padre ya que dice no hacer nada de provecho en su casa, ni tampoco busca hacerlo, y en consecuencia, no quiere “joderlo más”, comunicándoselo con su amigo, con quien también se siente “molesto” por hacerlo.

Para finalizar, también se tuvo en cuenta las categorías de “Cibersuicidio” y “Surfers Suicidas”, teniendo en cuenta a las mismas como esos grupos y/o

foros de la internet, siendo los primeros los que motivan a cometer actos suicidas o autolesivos, y los segundos, motivan a luchar contra las ideaciones de realizarlos. Solo un usuario afirmó haber buscado en una ocasión maneras de autolesionarse por la internet y luego seguir cuentas en Instagram de profesionales de la salud mental que hablan sobre temáticas de las cuales se siente representado.

Conclusiones.

Durante el proceso de elaboración de este Trabajo Integrador Final realizado con el propósito de la obtención del título en Licenciatura en Psicología por la Fundación Barceló, se mantuvo un contacto constante con los diversos materiales bibliográficos citados, tanto para la parte teórica, práctica y metodológica, a los fines de lograr una validación conceptual, empírica, operativa, y, posteriormente, expositiva (Pievi, 2009). Siempre teniendo en cuenta que, a pesar de ser una investigación con un sustento teórico y científico, nunca dejó de ser parte de un proceso de aprendizaje, lo cual resultó gratificante el poder convertir una temática la cual causaba temor e inhibición, en conocimiento y seguridad para poder abordar la misma.

Todos los resultados obtenidos en la investigación, son extraídos de 20 usuarios de SaluGénica en tratamiento suicidológico, los cuales fueron encuestados, y tres de ellos, accedieron a la participación de un grupo de enfoque. Es importante destacar que la muestra (Usuarios en tratamiento suicidológico), son personas que han tenido alguna experiencia con el suicidio (ideaciones, conductas y/o intentos). En el proceso de búsqueda bibliográfica, no se encontró ninguna investigación de usuarios en tratamiento suicidológico relacionada a la comunicación suicida. Si se encontró sobre comunicación en suicida en población general (por ejemplo, estudiantes universitarios) o, en familiares de personas que realizaron un suicidio consumado, pero no en personas en estado de suicidalidad.

Un aspecto de aprendizaje en todo el proceso de investigación, es que, para el abordaje de una temática, como lo es la suicidalidad, ha sido necesaria una formación teórica y práctica, previa y sistematizada, junto a la posibilidad de acceder a consultas personales con profesionales expertos en la temática, sin lo cual no hubiese sido posible sostener la mayor objetividad posible mientras se llevó a cabo el estudio, pudiendo sostenerse de manera emocional y logrando

un encuadre técnicamente viable, siempre bajo la supervisión de un referente institucional.

En estas conclusiones, se pretende realizar un entrecruzamiento de los datos obtenidos en cada instrumento, relacionado a la teoría presentada en el marco teórico y respondiendo a los objetivos planteados.

A lo largo de la aplicación de los instrumentos, se observó que siempre existe una manifestación de las intenciones e ideaciones de quitarse la vida o de dejar de vivir, sea de manera verbal, no verbal o virtual, como también de manera directa o indirecta. Es un dato el cual los diversos autores que se utilizaron para la confección de la investigación, ya afirmaban previo a la aplicación de los instrumentos, contrario a los mitos sobre el suicidio como aquellos que niegan la comunicación de quien realmente va a cometer un acto suicida o de que aquel que comunica sus intenciones suicidas no realizaran él acto. Demostrando así, la importancia de no subvalorar los comentarios o actos referidos a la pérdida del interés de vivir o el deseo de dejar de hacerlo, debido a que actuar rápidamente ante tales manifestaciones, puede llegar a prevenir un intento suicida.

A partir de los datos obtenidos, se puede concluir que la modalidad de comunicación suicida con más prevalencia es, en primer lugar, la **comunicación suicida no verbal**, en donde los usuarios dejan entrever a través de sus conductas (de manera directa o indirecta), sus ideaciones o intenciones de dejar de vivir o quitar su vida, siendo, en orden, las más frecuentes:

- el **aislamiento y el cambio de humor, actitud y/o energía**
- seguida por **despedirse de la gente que quieren y dormir más**
- En tercer lugar, pero también con gran aparición y relacionada con los dos primeros, tiene que ver el **desinterés de las cosas que les**

parecían relevantes en su vida, como él dejar de hacer actividades las cuales eran placenteras para ellos.

- Además, la mayoría de los usuarios encuestados, también afirmaron haber realizado de manera escrita o en video, una nota de despedida debido a su posible suicidio, como también, el escribir un plan suicida en donde se incluyen fechas, lugares y/o métodos.

Debido a las declaraciones en el grupo de enfoque, la escritura aparece como una manera catártica de expresar las ideaciones suicidas que no pueden ser verbalizadas debido a la carga emocional que conlleva. La música y el baile, aparecieron como distractores (*Apartar la atención de alguien del objeto a que le aplicaba o a que debía aplicarla*) de las ideaciones suicidas, lo cual da la posibilidad de indagar sobre la utilización del arte y/o la cultura como método preventivo del suicidio.

En segundo lugar, aparece la **comunicación suicida verbal**, en donde la mayoría de los usuarios han comunicado el padecimiento de **dolor psicológico**, al igual que el **sentimiento de no vinculación o pertenencia frustrada** (aunque en menor medida).

La dimensión de suicidalidad más comunicada, es la **ideación suicida pasiva**, es decir, el deseo o pensamientos de dejar de vivir. Luego, apenas superada por la anterior, es la **ideación suicida activa**, los deseos o pensamientos de querer quitarse la vida. Es seguida por la comunicación del **intento de suicidio** (también llamada amenaza suicida) y, finalmente, por la **conducta autolesiva**.

Respecto a los contenidos de la comunicación suicida verbal, es realizada de manera directa ante los receptores, siendo los más frecuentes:

- En primer lugar, y en ambos géneros, el **padre**.

- En el género masculino, es seguido por el profesional **Psicólogo**, mientras que, en el femenino, tiene la misma cantidad de apariciones la **pareja y hermano/a**.
- En tercer lugar, en el género masculino, aparece la misma cantidad de veces la **pareja y amigo/a**, mientras que, en el género femenino, **madre**,
- La **madre**, aparece en el quinto lugar del género masculino, puesto ocupado por **amigo/a y psicólogo** en el género femenino.
- Por último, en el género masculino, aparece **hermano/a**, y un usuario escribió "*Gente que me provocó el sentimiento*" en referencia al dolor psicológico, mientras que, en el género femenino, aparece el profesional **psiquiatra**, receptor que carece de presencia en el género masculino.

La elección del receptor de la comunicación suicida para los usuarios entrevistados, es motivada por los ideales o imaginarios que se tenga sobre la temática del suicidio, el poder sentirse comprendido y/o escuchado, y no juzgado sobre sus ideaciones, sentimientos o deseos. Es interesante el observar que, en las figuras parentales, haya una diferencia significativa entre el padre y la madre, no se indagó respecto a los causantes de tal aparición, siendo un tema de posible relevancia para una posterior investigación.

Por último, respecto a la **comunicación suicida virtual**, aparece con menor frecuencia que las anteriores modalidades de comunicación, siendo la más frecuentes:

- En primer lugar, **WhatsApp**, en ambos géneros, es la red social más utilizada para la realización de la comunicación suicida.
- En el género masculino, aparece en igual medida que la anteriormente nombrada, **Instagram** y **X**, careciendo la presencia de las demás redes sociales como vías de comunicación suicida.

- Mientras que, en el género femenino, aparece **Instagram** en segundo lugar,
- luego, **TikTok** en tercer lugar,
- seguida por **Facebook** en cuarto lugar
- y, en el último lugar, **X**.

El orden de las redes sociales de mayor a menor utilización no parece ser casualidad, ya que, al igual que en las ciudades de mayor tamaño y población, existen más suicidios que en las ciudades más chicas debido a la densidad poblacional, al ser WhatsApp la red social más utilizada en Argentina (hasta enero del año 2024), seguida por Instagram (Branch, 2024), es esperable que también sean las redes sociales más utilizadas para la comunicación suicida. Además, se puede suponer que al ser WhatsApp la red social de mensajería más utilizada en la sociedad, y, tener la posibilidad de realizar “estados” los cuales solo pueden ser visualizados por quienes se tienen agregados en contactos entre sí, da la idea de que es una red social más “intima”, pudiendo estar relacionado con los mismos motivantes que se tienen al momento de seleccionar al o a los receptores de la manifestación de querer quitarse la vida o dejar de vivir.

En relación con la comunicación suicida virtual, los cibersuicidios y surfers suicidios, y, tres de las redes sociales más utilizadas para la comunicación suicida (WhatsApp, Instagram y Facebook) las cuales pertenecen a la empresa META, es interesante nombrar a “Thrive”, el cual es un sistema creado por META junto a la Coalición de Salud Mental, el cual detecta y elimina publicaciones de las redes sociales pertenecientes a la empresa que infligen las políticas sobre suicidio y autolesión, sin comprometer la privacidad de los usuarios. Además, ofrece información y ayuda profesional a aquellos usuarios que realizan dichas publicaciones o realizan una búsqueda sobre la temática (META, 2024).

Llegado a este punto, se puede concluir que se debe prestar atención con total seriedad cualquier manifestación verbal o virtual, la cual se encuentre

relacionada con ideaciones, intenciones o el anhelo de dejar de vivir o querer quitarse la vida, por más inocuo que ésta parezca. Al igual, que ser atento con los cambios de conductas, como los nombrados durante el estudio. Esto, debido a que, en toda comunicación suicida, hay un mensaje que se intenta transmitir, la cual se trata de un pedido de ayuda.

Es importante sostener la desmitificación de la falsa idea, de que aquel que comunica el querer cometer un acto suicida no lo hará o quien realmente quiere hacerlo no lo comunica. En este aspecto, la psicoeducación es determinante.

Lo abordado en este trabajo, constituye un aspecto más de la amplitud de lo que es la suicidología. Existen otros tanto o más importantes que estos, sobre los cuales no se ha profundizado ni abordado, ya que escapan a los propósitos e intereses de este trabajo. Supongo que lo que se encuentra aquí vertido, es un aporte para los interesados en el tema, ya sea en los aspectos teóricos, como los resultados a los que se llegó.

En la actualidad, se están realizando trabajos vinculados a la temática del suicidio, tanto en la institución en la que se realizó, SaluGénica, como por otros estudiantes de la Fundación Barceló, espero que esta investigación sirva como referencia y pueda ser de utilidad.

Bibliografía:

- Aixa Galarza; Claudia Castañeiras; Mercedes Fernández. (2023). *Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRSA) evaluación del riesgo suicida en adolescentes*. 1a ed. - Paidós. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Argentina. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental* (Ley N.º 26.657). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>
- Argentina. (2021). *Ley Nacional de prevención del suicidio* (Ley N.º 27.130) Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_suicidio_2022.pdf
- Balt E, Mérelle S, van Bergen D, Gilissen R, van der Post P, Looijmans M, et al. (2021). *Gender differences in suicide-related communication of young suicide victims*. PLoS ONE 16(5): e0252028. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252028>
- Baños Chaparro, J. (2022). *Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción*. Health Care & Global Health.
- Branch. (2024). *Estadísticas de la situación digital de Argentina en el 2024*. Disponible en: <https://branch.com.co/marketing-digital/estadisticas-de-la-situacion-digital-de-argentina-en-el-2023-2024/>
- Censo: República Argentina. (2022). *Resultados Definitivos del Censo 2022*. Disponible en: https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos/
- Chávez Hernández, A. y Leenaars, A.A. (2010). *Edwin S Shneidman y la suicidiología moderna*. Salud Mental, 33 (4), 355-360. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58216022008>
- Crosby, A.E., Ortega, L. y Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*

(Version 1.0). Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, and National Center for Injury Prevention and Control.

- Daray, F.M.; Grendas, L.; Rebok, F. (2016). *Cambios en la conceptualización de la conducta suicida a lo largo de la historia: desde la antigüedad hasta el DSM-5*. – Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba [Internet]. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/12457>
- Datos Argentina. (2022). *Hechos y víctimas de suicidios en la República Argentina*. Total nacional (panel). Disponible en: https://datos.gob.ar/dataset/seguridad-suicidios-sistema-alerta-temprana-estadisticas-criminales-republica-argentina/archivo/seguridad_8.1
- Dunlop, S.M., More, E. and Romer, D. (2011). *Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation?*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52: 1073-1080. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02416.x>
- Genova Echeverria, G. (2005). *Análisis Cualitativo Por Categorías*. Apuntes Docentes de Metodología de Investigación. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Escuela de Psicología.
- Gómez, Alejandro. (2012). *Evaluación del Riesgo de Suicidio: Enfoque Actualizado*. Revista Médica Clínica Condes - 2012; 23(5) 607-615. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
- Gómez, Alejandro; Silva, Hernán; Amon, Roberto. (2018). *El Suicidio: Teoría, Clínica y Manejo* – Editorial Mediterráneo
- González González, Leticia. (2023). *La Ideación suicida en adolescentes. Estado de la cuestión*. Revista CoPaLa. Construyendo Paz Latinoamericana, vol. 8, núm. 17, 2023 Red Construyendo Paz Latinoamericana, Colombia. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=668173277015>

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* - 6ta Edición. McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Josephine Elia, MD. (2023). *Comportamiento suicida en niños y adolescentes*. Manual MDS. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-cl/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/comportamiento-suicida-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes?query=suicidio>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). *The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework*. International Journal of Cognitive Therapy, 8(2), 114-129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Lienlaff, Juan Pablo. (23/08/2024). *¿Por qué los varones nos suicidamos más? Hacia otras masculinidades*. – IV Congreso Internacional de Conducta Suicida y Problemáticas Asociadas. UNC – UNCa. Catamarca.
- López Martínez, Luis Fernando. (2020). *Duelo, Autolesión y Conducta Suicida. Desafíos en la Era Digital* – Editorial Letra Minúscula
- López Martínez, Luis Fernando. (2020). Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. Norte de Salud Mental, ISSN-e 1578-4940, Vol. 17, Nº. 63, 2020, págs. 25-36
- López Martínez, Luis Fernando; Carretero García, Eva M. (2022). *Guía Práctica de Prevención de la Autolesión y el Suicidio en Entornos Digitales* – Libretas Ediciones
- Martín Pérez, V. (2016). *Conducta suicida. Protocolo de intervención*. Revista INFAD De Psicología. International Journal of

Developmental and Educational Psychology., 2(1), 233–250.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.298>

- Meta. (2024). *Prevención de la difusión de contenidos sobre suicidio y autolesión en línea*. Disponible en: <https://abou.pensión completa.com/es/nuevo/202/09//prev-de-la-d-de-contenido-sobre-suici-y-autolesión-en-linea>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Sage Publications.
- Mingote Adán, J.C.; Jiménez Arriero, M.A.; Osorio Suárez, R.; Palomo, T. (2004). *Suicidio: Asistencia Clínica “Guía Práctica de Psiquiatría Médica”*. Díaz de Santos.
- Molina, C. (2014). *Técnica de la ventilación emocional*. Disponible en: <https://ciaramolina.com/tecnica-de-la-ventilacion-emocional/>
- Molina, M. J.; Restrepo, D. (2018). *Internet y comportamiento suicida en adolescentes: ¿cuál es la conexión?* *Pediatría*, 51(2), 30–39. <https://doi.org/10.14295/pediatr.v51i2.109>
- Moreno Ceballos, N. (1971). *Nomenclatura en suicidología clínica*. Santo Domingo: Asociación Psiquiátrica de América Latina.
- Morfín López, Teresita; Ibarra López, Armando Martín. (2015). *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinar*. Manual Moderno
- O'Connor, R. C. (2011). *The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior*. *Crisis*, 32(6), 295-298. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000120>
- Organización Mundial de la Salud. Suicidio. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Patton, Michael Quinn. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. (4.^a ed.). Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

- Pievi, N. y Bravin, C. (2009). *Documento metodológico orientador para la investigación educativa* (1ª ed.). Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Poldinger, W. (1968). *La tendencia al suicidio. Estudio médico-psicológico y médico-sociológico*. Morata.
- Quevedo, Daiana María. (2018). *Valoración de la Suicidalidad en Adolescentes Usuarios del Centro SaluGénica*. Practica Supervisada Final – Licenciatura En Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Rangel V., J.N.; Jurado C. S. (2022). *Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión*. *Psicología y Salud*, 32(1), 39-48.
<https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>
- Real Academia Española. (s. f.). Barrera. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 10 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/barrera>
- Real Academia Española. (s. m.). Contenido. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 10 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/contenido>
- Real Academia Española. (adj. m. y f.). Distractor. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 10 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/distractor>
- Real Academia Española. (t.r.). Distraer. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 10 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/distraer>
- Real Academia Española. (adj. m. y f.). Posibilitador. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 10 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/posibilitador>

- Real Academia Española. (t.r.). Posibilitar. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 10 de diciembre de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/posibilitar>
- Real Academia Española. (s. m. y f.). Receptor. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 23 de septiembre de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/receptor>
- Rocamora Bonilla, Alejandro (2013). *Intervención en Crisis en las Conductas Suicida*. – Desclée De Brouwer
- Rodas Vera, N. M.; Sifuentes Sánchez, M., Ramos-Vera, C., & Basauri-Delgado, M. (2024). *Escala de Comunicación Suicida: Desarrollo y análisis psicométrico en una muestra de adolescentes peruanos*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 29 (1), 45–58. Disponible en: <https://doi.org/10.5944/rppc.37732>
- Rubio González, Juan; Vega Álvarez, Alejandra; Weishaupt Barraza, Victoria; Muñoz Rocco, Daniela; Ramos Thompson, Gabriel. (2022). *Experiencias latinoamericanas en la prevención de la suicidalidad en jóvenes y adolescentes: una revisión teórica*. Revista Psicogente; 25(47): 198-225, ene.-jun. 2022.
- Sabina, C. A. (2002). *El Proceso de Investigación* – Nueva edición actualizada. Editorial Panapo.
- Sánchez, C. (2020). *Citar Comunicación Personal – Referencia Bibliográfica*. Normas APA (7ma edición). Disponible en: <https://normas-apa.org/referencias/citar-comunicacion-personal/>
- Sánchez, C. (2020). Normas APA - 7ma (Séptima) Edición. Normas APA (7ma edición). Disponible en: <https://normas-apa.org/>
- Schüller, Luís Gustavo Bier. (2020) *Comportamento suicida no Facebook: medições tecnossociais na era da sociedade da plataforma. Dissertação de Mestrado em Processo e Manifestações Culturais* – Universidade Fevale, Novo Hamburgo-RS. Disponible en:

<https://c3dig.com/teses-e-dissertacoes/comportamento-suicida-no-facebook-mediacoes-tecnossociais-na-era-da-sociedade-da-plataforma-2020>

- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. John Wiley & Sons.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Rowman & Littlefield.
- Silverman, M. M.; Berman, A. L.; Sanddal, M.D.; O'Carroll, P.W.; Joiner, T. E. (2007). *Redbuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors*. *Suicide Life Threat Behav.* 37 (3) 264-77.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introduction to qualitative research methods: The search for meanings* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Vargas Armas, R. P. (2023). *Expresión de la Ideación Suicida a través de las Redes Sociales en Jóvenes Universitarios*. Universidad Privada Antenor Orrego-Trujillo (Perú). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/371339928_Expresion_de_la_Ideacion_Suicida_a_traves_de_las_Red_Sociales_en_Jovenes_Universitarios_Expression_of_Suicide_Ideation_through_Social_Networks_in_Young_University
- Villar Cabeza, Francisco. (2022). *Cómo ayudar, desde la escuela, a un menor que verbaliza pensamientos suicidas. Guía de actuación para el profesorado*. *Salud Mental* 360. Disponible en: <https://prevencionsuicidio.som360.org/es/articulo/como-ayudar-desde-escuela-menor-verbaliza-pensamientos-suicidas>
- Yuni, J. A.; Urbano C. A. (2014) *Técnicas para investigar: recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* Vol. 2. 1a ed. - Córdoba: Brujas.

Anexos.

Anexo N°1: Nota Institucional de Autorización de Practicas Intensivas Supervisadas



La Rioja, 07 de noviembre de 2024

**DIRECTOR CENTRO DE INTERVENCIONES SUICIDOLÓGICAS
LIC. DIEGO IVAN MOLINA
SU DESPACHO**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, a los efectos de solicitar la autorización para que la alumna Fuenzalida Carma Santiago Nicolás DNI 42.616.499 realice su Práctica Intensiva Supervisada en la institución que usted dirige. La carga horaria estipulada es de 252 horas, distribuidas semanalmente de acuerdo a las posibilidades de la Institución, en el lapso de tres meses.

El tema de investigación: **"La Comunicación Suicida en Usuarios en Tratamiento Suicidológico en Catamarca"**. Trabajo asesorado por el Lic. Molina Diego Ivan.

Sin otro motivo en particular, saludo a Ud. atentamente



LIC. DIEGO IVAN MOLINA
DIRECTOR GENERAL DE SALUD MENTAL
PSICÓLOGO - M.P. Nº 141

Lic. Viviana Strinemann
Vice Directora Carrera Lic. en Psicología
Benjamin Matienzo 3177 La Rioja - Argentina
Tel.: +54 380 4422090 Int 214
www.barcelo.edu.ar

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479
informesba@barcelo.edu.ar

Sede La Rioja
Benjamin Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090
☎ (0380) 154811437
informeslr@barcelo.edu.ar

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364
informesst@barcelo.edu.ar

Oficina Posadas
Félix de Azara y Córdoba,
local 12, galería "El Paseo"
Tel.: (0376) 4440521
posadas@barcelo.edu.ar

www.barcelo.edu.ar

fundacionbarcelo

Fundbarcelo

fundbarcelo

Anexo N°2: Autorización de Asesor para presentación de T.I.F.

San Fernando del Valle de Catamarca, Catamarca.
SaluGénica – Centro de Intervenciones Suicidológicas

07 de febrero de 2025

Fundación H.A. Barceló
Dirección de la Carrera de Psicología

A quien corresponda:

Por la presente, el Lic. Molina, Diego Iván; D.N.I. N° 23.980.603, en carácter de asesor, autoriza al estudiante Fuenzalida Carma, Santiago Nicolás; D.N.I. N° 42.616.499, a presentar su Trabajo Integrador Final, conforme a los requisitos establecidos por la institución.

Se deja constancia de que el mencionado trabajo ha sido realizado bajo mi supervisión y asesoramiento, cumpliendo con los criterios académicos, metodológicos correspondientes y la cantidad horaria de asistencia requerida.

Sin otro particular, saludo atentamente.

Lic. Molina, Diego Iván
D.N.I.: 23.980.603
Matrícula: 141 (Colégio de Psicólogos de Catamarca)


Lic. Diego Iván Molina
PSICÓLOGO
M.P. 141



Anexo N°3: Presentación de Encuestas,

Usuario 17:

ENCUESTA DE COMUNICACIÓN SUICIDA

Señor/a usuario/a de SaluGénica,

Agradecemos tu colaboración en esta encuesta para la realización de un trabajo académico. Su respuesta permanezca de manera anónima y resulta demasiado útil para poder tener resultados certeros respecto a los objetivos de la investigación. Por favor, responde a las siguientes preguntas de manera honesta y objetiva.

Género: Femenino

Edad: 23

1. Tuve o tengo sentimientos de no pertenecer y/o no estar vinculado a mi grupo:

- Familiar ☒
- De amigos ☒
- Escolar / Universitario / Laboral ☒
- Otro (indicar cuál) deportista ☒
- No los he tenido ☐

1.1 Comunicué esos sentimientos de no pertenencia al grupo:

- Si ☐
- No ☒
- No sé / No contesta ☐

2. Comunicué, de manera verbal, estar pasando por un mal momento y/o tener emociones negativas:

- Si ☒
- No ☐
- No los he tenido ☐
- No sé / No contesta ☐

2.1. Se lo comunicué a:

- Mi padre ☒
- Mi madre ☒
- Mi hermano/a ☐
- Mi pareja ☒
- Amigo/a ☐
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) psicólogos ☒
- Otro (indicar quién) _____ ☐

3. Comunicué, de manera verbal, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de morir:

- Si ☒
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

3.1. Se lo comunicó a:

- Mi padre
- Mi madre
- Mi hermano/a
- Mi pareja
- Amigo/a
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) psicólogo/psiquiatra
- Otro (indicar quién) _____

☐
☒
☐
☒
☐
☒
☐

4. Comunicó, de manera verbal, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

4.1 Se lo comunicó a:

- Mi padre
- Mi madre
- Mi hermano/a
- Mi pareja
- Amigo/a
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) psicólogo/psiquiatra
- Otro (indicar quién) _____

☐
☒
☐
☒
☒
☒
☐

5. Comunicó, de manera verbal, que iba a cometer un acto autolesivo, previo a realizarlo:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

5.1. Se lo comunicó a:

- Mi padre
- Mi madre
- Mi hermano/a
- Mi pareja
- Amigo/a
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____
- Otro (indicar quién) _____

☐
☐
☐
☒
☐
☐
☐

6. Comunicó, de manera verbal, que iba a cometer un acto suicida, previo a realizarlo:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

6.1. Se lo comuniqué a:

- Mi padre
- Mi madre
- Mi hermano/a
- Mi pareja
- Amigo/a
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____
- Otro (indicar quién) _____

☐
☐
☐
☒
☐
☐
☐

7. He elaborado cartas, notas o videos de despedida debido a mi posible suicidio.

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

8. He escrito un plan de cómo terminar con mi vida (posibles fechas, lugares o métodos):

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

9. Posterior a tener pensamientos, intenciones y/o deseos de morir o quitarme la vida, he comenzado a:

- Asilarme
- Desinteresarme de los asuntos que me parecían relevantes en mi vida
- Consumir alcohol y/o drogas (o consumir más que antes)
- Dormir mas
- Dormir menos
- Descuidar mi imagen, higiene y/o apariencia personal
- Tener cambios de humor, actitud y/o energía
- Ordenar mis asuntos (negocios, familia, etc.)
- Regalar mis pertenencias de valor
- Despedirme de la gente que quiero

☒
☒
☐
☒
☒
☒
☒
☐
☐
☒

10. Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, estar pasando por un mal momento y/o tener emociones negativas:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

10.1. Lo realicé mediante:

- Facebook
- Instagram
- X (Twitter)
- WhatsApp
- TikTok
- Otro (indicar cuál) _____

☐
☐
☐
☒
☐
☐

11. Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de morir:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☒
☐

11.1. Lo realicé mediante:

- Facebook
- Instagram
- X (Twitter)
- WhatsApp
- TikTok
- Otro (indicar cuál) _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐

12. Comuniqué, mediante publicaciones de redes sociales, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☒
☐

12.1. Lo realicé mediante:

- Facebook
- Instagram
- X (Twitter)
- WhatsApp
- TikTok
- Otro (indicar cuál) _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐

13. Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, que iba cometer un acto autolesivo, previo a realizarlo:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☒
☐

13.1 Lo realicé mediante:

- Facebook
- Instagram
- X (Twitter)
- WhatsApp
- TikTok
- Otro (indicar cuál) _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐

14. Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, que iba a cometer un acto suicida, previo a realizarlo:

- Si ☐
- No ☒
- No sé / No contesta ☐

14.1. Lo realicé mediante:

- Facebook ☐
- Instagram ☐
- X (Twitter) ☐
- WhatsApp ☐
- TikTok ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐

15. Posterior a tener pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida, eliminé mi cuenta de una o más redes sociales que frecuentaba utilizar:

- Si ☐
- No ☒
- No sé / No contesta ☐

15.1. Eliminé:

- Facebook ☐
- Instagram ☐
- X (Twitter) ☐
- WhatsApp ☐
- TikTok ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐

16. Formo o formé parte de grupo(s) y/o foro(s) en redes sociales que tienen integrantes los cuales se motivan a quitarse la vida:

- Si ☐
- No ☒
- No sé / No contesta ☐

17. Formo o formé parte de grupo(s) y/o foro(s) en redes sociales que tienen integrantes los cuales se motivan a luchar en contra de los pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarse la vida:

- Si ☐
- No ☒
- No sé / No contesta ☐

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Usuario 20:

ENCUESTA DE COMUNICACIÓN SUICIDA

Señor/a usuario/a de SaluGénica,

Agradecemos tu colaboración en esta encuesta para la realización de un trabajo académico. Su respuesta permanecerá de manera anónima y resulta demasiado útil para poder tener resultados certeros respecto a los objetivos de la investigación. Por favor, responde a las siguientes preguntas de manera honesta y objetiva.

Género: hombre

Edad: 16

1. Tuve o tengo sentimientos de no pertenecer y/o no estar vinculado a mi grupo:

- Familiar ☒
- De amigos ☐
- Escolar / Universitario / Laboral ☐
- Otro (indicar cuál) _____ ☐
- No los he tenido ☐

1.1 Comunicué esos sentimientos de no pertenencia al grupo:

- Si ☒
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

2. Comunicué, de manera verbal, estar pasando por un mal momento y/o tener emociones negativas:

- Si ☒
- No ☐
- No los he tenido ☐
- No sé / No contesta ☐

2.1. Se lo comunicué a:

- Mi padre ☒
- Mi madre ☐
- Mi hermano/a ☐
- Mi pareja ☐
- Amigo/a ☐
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____ ☐
- Otro (indicar quién) _____ ☐

3. Comunicué, de manera verbal, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de morir:

- Si ☒
- No ☐
- No sé / No contesta ☐

3.1. Se lo comunicó a:

- Mi padre
- Mi madre
- Mi hermano/a
- Mi pareja
- Amigo/a
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____
- Otro (indicar quién) _____

☒
☐
☐
☐
☐
☐
☐

4. Comunicó, de manera verbal, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

4.1 Se lo comunicó a:

- Mi padre
- Mi madre
- Mi hermano/a
- Mi pareja
- Amigo/a
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____
- Otro (indicar quién) _____

☒
☐
☐
☐
☐
☐
☐

5. Comunicó, de manera verbal, que iba a cometer un acto autolesivo, previo a realizarlo:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☒
☐

5.1. Se lo comunicó a:

- Mi padre
- Mi madre
- Mi hermano/a
- Mi pareja
- Amigo/a
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____
- Otro (indicar quién) _____

☒
☐
☐
☐
☐
☐
☐

6. Comunicó, de manera verbal, que iba a cometer un acto suicida, previo a realizarlo:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

6.1. Se lo comunicó a:

- Mi padre
- Mi madre
- Mi hermano/a
- Mi pareja
- Amigo/a
- Profesional (médico, psicólogo, indicar quién) _____
- Otro (indicar quién) _____

☒
☐
☐
☐
☐
☐
☐

7. He elaborado cartas, notas o videos de despedida debido a mi posible suicidio.

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☒
☐

8. He escrito un plan de cómo terminar con mi vida (posibles fechas, lugares o métodos):

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☒
☐

9. Posterior a tener pensamientos, intenciones y/o deseos de morir o quitarme la vida, he comenzado a:

- Asilarme
- Desinteresarme de los asuntos que me parecían relevantes en mi vida
- Consumir alcohol y/o drogas (o consumir más que antes)
- Dormir mas
- Dormir menos
- Descuidar mi imagen, higiene y/o apariencia personal
- Tener cambios de humor, actitud y/o energía
- Ordenar mis asuntos (negocios, familia, etc.)
- Regalar mis pertenencias de valor
- Despedirme de la gente que quiero

☒
☐
☐
☐
☒
☐
☒
☐
☐
☒

10. Comunicué, mediante publicaciones en redes sociales, estar pasando por un mal momento y/o tener emociones negativas:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

10.1. Lo realicé mediante:

- Facebook
- Instagram
- X (Twitter)
- WhatsApp
- TikTok
- Otro (indicar cuál) _____

☐
☒
☐
☒
☐
☐

11. Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de morir:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☒
☐

11.1. Lo realicé mediante:

- Facebook
- Instagram
- X (Twitter)
- WhatsApp
- TikTok
- Otro (indicar cuál) _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐

12. Comuniqué, mediante publicaciones de redes sociales, mis pensamientos, intenciones y/o deseos de quitarme la vida:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☐
☒
☐

12.1. Lo realicé mediante:

- Facebook
- Instagram
- X (Twitter)
- WhatsApp
- TikTok
- Otro (indicar cuál) _____

☐
☐
☐
☐
☐
☐

13. Comuniqué, mediante publicaciones en redes sociales, que iba cometer un acto autolesivo, previo a realizarlo:

- Si
- No
- No sé / No contesta

☒
☐
☐

13.1 Lo realicé mediante:

- Facebook
- Instagram
- X (Twitter)
- WhatsApp
- TikTok
- Otro (indicar cuál) _____

☐
☒
☐
☐
☐
☐

Anexo N°4: Transcripción Fidedigna de la Grabación de Audio del Grupo de Enfoque:

M: La investigación como lo hablamos, se trata de comunicación suicida, y lo principal sería la comunicación verbal, poder hablar de eso. Mi primera pregunta es si ustedes han hablado de sus pensamientos, sentimientos, deseos o emociones que estuvieran relacionadas al suicidio, si es que lo pudieron hacer cuando aparecieron en ustedes:

U4: Yo la primera vez que apareció, por un momento, fue que me no le di mucha bolilla, por así decirlo, dejé que pase y como vi que fue muy constante, o sea, venía mañana, tarde y noche, mañana, tarde y noche, horario de la comida, fueron un como cuatro o cinco días, ahí ya me estaban torturando los pensamientos, ya al quinto día, cuarto día, le dije a mi papá, le dije a mi mamá, a ver yo les quería comentar, porque yo les tengo muchísima confianza, es mejor prevenir que curar dicen.

M: ¿Ustedes?

U9: Creo que mi caso fue muchos años después, porque estos pensamientos suicidas a mí me venían desde muy chiquito, y yo de chiquito no tenía conciencia de qué era, entonces creo que después de muchos años, tal vez... ocho años, después, de haber comenzado a tener esos pensamientos o ciertas conductas suicidas, recién los pude verbalizar.

U6: Yo por lo menos, el tema de hablar yo no lo..., o sea, yo sabía lo que era, porque para empezar a aparecer este año, yo sabía lo que era, pero no lo comunicaba a mi referente, se podría decir, que es mi padre. Pero sí lo hablé con acá en SaluGénica.

M: Recién lo pudiste comunicar con profesionales, antes que con tu familia.

U6: Si, sí.

M: En tu caso, (U9) ¿con quién fue la primera persona que lo pudiste comunicar?

U9: Creo que fue..., sin dudas fue a amigos que tenía.

M: ¿Y recuerdan qué palabras o expresiones, en concreto, pudieron comunicarlo?

U4: Si, fue directa, "*mamá, papá, tengo pensamientos suicidas*". Y literalmente ni siquiera estaba planeado. Largue el llanto, y mi mamá y mi papá me miran con una cara de "*¿en serio?*", porque yo era una nena muy alegre, muy distinta. Es muy difícil para las personas que pasamos por esto, no quiere decir que no logremos nada, pero, a ver, si podemos lograr, pero la verdad es que no es tan fácil, hay que poner de nosotros. Yo fui bien directa, y de ahí, bueno, empecé psicólogo, psiquiatra, y de ahí como mi psicóloga, como me veía tan mal, con muchos pensamientos suicidas, y tal, la verdad, me traslado para acá.

U6: Yo también, como yo fui un poco directo, ahora, acordándome bien, se lo dije primero a mi mejor amigo, y ya después, el ya no sabiendo qué decirme, me mandó el psicólogo. Estaba ya yendo a una psicóloga antes de esto, y bueno, se lo dije directamente, que tenía como pensamientos suicidas, y bueno, ahí después me derivaron para acá. Si.

U9: En mi caso, textualmente, lo que yo dije era: "*me quiero morir*". Así lo transmití.

M: Bien. También en lo que sería ya lo más no verbal. Ustedes, ¿vieron, sintieron o creen que sus pensamientos, sentimientos, emociones, todo aquello vinculado al suicidio, se reflejaban en su comportamiento, en su conducta, en su manera de comunicar, pero sin palabras?, Por ejemplo, la tonalidad verbal, su forma de andar.

U6: Sí, yo por lo menos, quería, va, me comportaba como de una manera bastante distante. Así, no tenía como ganas de hacer nada, básicamente. Y

cada, y bueno, cada que pensaba eso, es como que no tenía, sí, básicamente no tenía ganas de hacer nada. Eso.

M: ¿No tenías ganas de hacer cualquier cosa de nada, prácticamente, o algo en específico?

U6: Y cosas que me gustaban, así como dibujar, dibujar, y eso, ja.

M: ¿Ustedes?

U4: Por mi parte, no, no.

M: Es decir, vos como que seguías viviendo tu vida común, a pesar de tener tales pensamientos.

U4: Claro, mis amigos me invitaban a tomar mates a la plaza y yo iba, por ahí sí tenía mis bajones, pero se me pasaban.

U9: Creo que mi situación fluctúa entre lo que dijeron los dos, porque en parte yo también, siempre me caracterizo por ser una persona muy extrovertida, muy alegre así. Entonces, había días en los que seguía siendo esa persona, pero había otros días en los que sí, me aislaba, no tenía ganas de hacer, nada y no hacía las cosas que me gustaban

U4: Por mi parte, por ahí sí lloraba 15, 20 minutos y de ahí mi viejo me decía vamos a merendar, vamos a merendar, y me iba, me clavaba alto, alto, licuado con brownie, me lo morfabo y ya está. *(Risas)*

M: ¿Eso te servía a vos como para distracción de esos pensamientos?

U4: Sí, y en mi casa, en mi habitación, bailo. Corro la cama y hago un lugar.

M: ¿Ustedes?

U9: Creo que siempre, mi mayor consuelo, distracción o apoyo desde siempre, fue escuchar música. Así que, hasta hoy, siempre, más que todo cuando era más

chico siempre he escuchado mucha música para distraerme de esos pensamientos

U6: Sí, yo también escuchaba música. Y de hecho también me pasaba lo mismo que ella de, ¿Cómo se llama?, si me dicen de hacer algo, yo voy. Y es como que eso también es como que me distrae. Como de..., si me dicen de hacer algo, entonces bueno..., me ayuda como a... no pensar mucho en eso. Pero mayormente es como escuchar música

U4: Sí, tipo, me pongo los auriculares, yo escucho música, creo que la música es algo que se distrae. Pero me ponen reggaetón (*cara de disgusto*), cuarteto hasta ahí nomás. Yo soy más de música de coreana, K-Pop.

M: Bien, ahora yendo a lo virtual. Creo que todos tienen una red social por lo menos, ¿no? (*asienten*) ¿Ustedes utilizaron redes sociales o mensajes en línea para expresar estos sentimientos, las emociones que tuvieron?

U9: ¿Vos te referís a publicaciones?

M: Cualquier cosa, también ¿De qué modo lo hacían? ¿Utilizaron publicaciones, memes, frases, fotos, mensajes, estados de WhatsApp?, lo que sea.

U4: O sea, como que vos querés saber si mandamos mensajes diciendo "*me voy a matar*".

M: Sí, no sé necesariamente si es el anotar que vas a hacerlo, sino, también, puede ser de estar sintiendo esos pensamientos, de tener la idea de hacer. Puede ser indirecta o directamente. Justamente, es mi duda el saber ¿Cómo lo hicieron? ¿Cómo lo usaron?

U4: Sí, en un momento le dije a mi mejor amigo, no me acuerdo bien que le dije, pero que le diga a mi prima que la quiero mucho. No, sí yo le dije, a mí prima que la quiero mucho y después me pregunto como ¿por qué le estoy diciendo eso?, Yo en ese momento dije, bueno, ya está, valió, pero no lo hice. Tipo, es el

momento en el que estoy vulnerable. Lo digo en el momento, en el momento en que estoy vulnerable. Es un momento en que estoy débil, que mis pensamientos están revueltos y que es una bola de emociones. Es como que en ese momento no pienso, pero descargo, descargo lo que no descargo hace muchos años.

M: Y en su caso, ¿utilizaron la red para hojas anotar o dar indirectas?

U6: Yo por lo menos en casos así, es como que me entran ganas de decírselo como al público... por ejemplo, yo hago como, algunas veces como que hice un tipo de arte que se llama arte de traducido, arte de ventilar o algo así, ventar, algo así. Pero después como que me arrepiento porque siento que es muy patético.

M: ¿Arte de qué, perdón?

U6: Arte de ventilar, ventilar, es como descargar algo. Y bueno, es como que lo hago para publicarlo, pero después es como que no lo termino de hacer porque me siento como patético haciéndolo. Y entonces lo dejo como más privado y se lo digo a mi mejor amigo.

M: Para entenderlo bien, como para ejemplificar, escribirlo en Facebook y después borrarlo.

U6: Sí, sí, más o menos así, pero yo creo que, es como lo mantengo para mí en mis personas de confianza, se puede decir. Un círculo más íntimo, sí.

U9: En mi caso, sí recuerdo que, al principio, después, en los primeros años después de haberlo dicho verbalmente, de haberlo expresado con mis amigos. Como a mí me dieron redes sociales demasiado chico y sin restricciones (Se ríe, y dicen “a todos”), solía hacer muchas publicaciones en WhatsApp no sé si en Twitter, creo que la gran mayoría en WhatsApp en los estados, sí. Ah, en Instagram también, fotos en Instagram.

U4: Las peores aplicaciones.

U9: Sí, ja. Y en esas publicaciones, bueno, transmitía como mis deseos suicidas mis deseos suicidas, mis pensamientos suicidas. Así que sí, lo hice mucho eso, por medio de estados en WhatsApp, publicaciones en Instagram, y tal vez en algún momento lo llegué a hacer en tweets en twitter.

M: ¿Todo escrito por vos o también, por ahí, compartir imágenes, memes?

U9: No, todo era escrito

M: Entonces como que WhatsApp, se podría decir que es el que más se utiliza para dar comunicación suicida (*los 3 afirman*)

U4: Sí, cuando estoy mal, en mi etapa baja, me desahogo con mi prima, que tiene un año menos que yo, con mis amigos.

M: Bueno, también me gustaría consultar en donde ustedes sienten más comodidad para expresar estas ideas suicidas ¿De manera? ¿Cara a cara, digamos verbal? ¿Por WhatsApp? O ¿Cuál red social? ¿De qué manera se sienten más comodidad a la hora de expresar esas emociones?

U4: Mientras me escuchan, yo estoy chocha, no importa la manera.

U6: Yo creo que lo mismo, de que si me pueden escuchar estoy bien. Pero yo creo que me abro más si es con mi mejor amigo.

M: O sea, del modo que sea.

U6: Sí

M: ¿Te importa más el receptor que la modalidad? Por decirlo de alguna manera.

U6: Más o menos, más o menos porque acá yo también no tengo problema en decir lo que siento. Pero, ahora que lo pienso no tengo problema acá ni con mi mejor amigo, pero a nadie más

U9: ¿Puede repetir la pregunta?

M: ¿Cómo te sentís más cómodo expresando tus sentimientos, emociones, sensaciones? También puede ser algo que hayan escrito a mano.

U9: Creo que, para mí, es tal vez, más cómodo, o más efectivo, hacerlo cara a cara en persona, porque creo que si bien por medio de las redes sociales podés llegar a tener algún tipo de contención o descarga, nunca se va a comparar con el acompañamiento que te puede dar una persona estando al lado tuyo, enfrente tuyo. Como, por ejemplo, los psicólogos. Pero hablando de eso, de escribir, en mi experiencia, yo he escrito, no mucho, poco, sobre cómo me siento. Y eso sí es como un gran alivio. Es muy, no sé cómo se dice la palabra correctamente, pero *¿catártico?*

M: Catártico.

U9: Sí, catártico

M: ¿Y en qué forma lo escribirías? ¿Cómo texto, poesía, música o simplemente escribir lo que me salga?

U9: Creo que escribir lo que me salga de forma literal. Si tengo pensamientos, por ejemplo, de autosabotaje o de, no sé cómo decirlo, hago autosabotajes de mí mismo y escribo tal cual

U4: ¿Qué es autosabotaje?

U9: No era autosabotaje, era autodesprecio. Si tengo pensamientos de autodesprecio hacía a mí mismo, escribo así tal cual, si pasó algo lindo en ese día, escribo así tal cual, y cómo me siento.

U6: A mí lo que me pasa es que me, sobre eso me..., ya sea verbalmente o por escrito a alguien. Me cuesta demasiado decirlo directamente ¿me entiende? Como que..., como que no quiero molestar, podría decirse. Entonces como que me cuesta, me cuesta como decirlo, pero ya sí estoy bastante mal, como no sé, cuando vine por primera vez acá esto se lo digo directamente, tampoco a voy a

dar muchas vueltas, pero en general soy muy de..., soy muy de dar muchas vueltas.

M: En el momento que ustedes dijeron “me siento de tal manera” o “tengo pensamientos de hacer tal cosa” ¿Sintieron que molestaron en el momento de decir a la persona que recibió? ¿O se sintieron comprendidos?

U4: Sí. Mi mamá cuando le conté por primera vez me dijo que era su culpa.

U6: En mi caso cuando se lo dije por primera vez a mi mejor amigo, no me lo dijo directamente, pero yo sentía que lo había afectado de alguna manera. Porque, bueno, después me escribió un mensaje diciendo que bueno, no todos los días tu mejor amigo te escribe para decirte que te vas a matar, ¿entendés? Eso me dijo ¿Cómo se llama? Pero sí, yo se sentí como que estaba no, bueno, sí, molestando, pero también afectando, de alguna manera

M: ¿Y vos cómo te sentiste a la hora de hacerlo?

U6: Y sí, eso molestaba

M: ¿Te sentiste molesto o te sentiste comprendido?

U6: Yo creo que una combinación de los dos, más o menos.

U9: Puede repetir la pregunta

M: ¿Cómo fue la reacción del receptor?, digamos, en tu caso fueron tus amigos, ¿Cuál fue su reacción y cuál fue la tuya? ¿Cómo fue? ¿Te sentiste comprendido? ¿Te sentiste aliviados? ¿Te sentiste molesto?

U9: Creo que nunca, creo que nunca me llegué a sentir comprendido. Siempre sentí que me miraban, o sea, lo que yo decía, lo que yo expresaba, me miraban raro, lo miraban de reojo Y... No sé si llegué a molestar a algunas personas con eso. Sí, tal vez a afectar, pero no a molestar de enojo, creo

U4: Bueno, más de una vez me llamaron loca, porque tenía depresión.

U9: Por dos (*risas*), *retweet*.

U6: De hecho, creo que pasó más lo que te pasó a vos, sí (*respecto a lo dicho por U9*)

U4: O sea, los señores más elevados de edad, para que no decir que son viejos. Dicen que somos locos. Y yo no me siento loca. Es lo mismo que, no sé, yo soy lesbiana, él sea gay, y él sea transexual, por ejemplo (*risas de todos*). Y digan, ay no, son unos locos.

M: Y ustedes, ¿sienten pudor, por ahí al decir, “Tengo un pensamiento suicida”, “estoy en tratamiento suicidológico” por miedo a que los traten de loco

U9: ¿Pudor es vergüenza?

M: Sí, como vergüenza

U4: No, a mí nunca me da vergüenza. O sea, yo lo digo con orgullo porque yo me siento una persona valiente. Y al que no le guste, ahí tiene una hermosa puerta para irse

U6: Yo por lo menos, Bueno, como que me cuesta decirlo Porque yo siento que tiene que ver como... como por, como he vivido yo, ¿me entienden? Entonces como que, es como que nunca..., como lo típico que te dicen los padres que “nunca te faltó nada”, y bueno, eso pienso yo, y es verdad, entonces como que me cuesta decirlo.

U4: ¿Puedo opinar algo?

U6: Sí

U4: Nuestros papás no somos nosotros. O sea, ellos tienen distintas emociones, yo tengo distintas emociones.

U9: Nuestros papás vivieron su vida de forma diferente a nosotros.

U4: Claro, aparte ellos lo vivieron en su época. Nosotros estamos en una época distinta, o sea...

U9: Con redes sociales, cualquier persona puede opinar de nosotros en internet. Es horrible.

U4: Aparte en su época no hubo celular, y ahora si hay celular, existen robots. O sea, existen un montón de cosas que, en la época de mi mamá, de mi abuelo, de mi bisabuelo, de mi tatarabuelo no existía. Y bueno, a mi me embola que mi papá me decía "En mi época..."

U9: ... las cosas eran diferentes, no había psicólogos, no tenías que ir a terapia"

U4: Y yo, disculpa la palabra, ¿qué choto me importa lo que había en tu época?, estamos en 2024 por terminar el año, déjame de romper la pelota, así.

U9: No estamos en tu época.

(Risas de todos)

M: Hablando de los celulares, cuando comenzaron a tener estos pensamientos, hasta al día de hoy, ¿buscaron en redes al respecto? Tanto cosas positivas, como grupos o foros de gente son más de apoyo, de buscar luchar contra esos pensamientos, de resiliencia, o negativos, como grupos o foros donde incentivan a que se realice, se informa sobre formas de provocar el suicidio.

U4: No, yo nunca me autolesione para ser sincera, si me vez lastimaduras son rasguños de mis 3 gatos. Si me llegue a apoyar un cuchillo, pero después lo deje, porque la verdad, no le veo sentido, para algunos sí, pero para mí no. Yo veo una vida para mí, quiero ser psicóloga, quiero tener 5 perros y un gato. Y quiero estudiar, quiero hacer un montón de cosas, por eso no me tengo que dar de baja, porque yo sé que la vida sigue. Por más que no tenga "cura" y tengo que vivir con esto, no me tengo que dar de baja, yo sé que voy a poder, y yo sé que todos y todas podemos.

M: Que bueno lo que decís, ojalá que podamos ser colegas entonces (*Risas*) Y, ¿en el caso de ustedes?

U9: En mi caso, con respecto a las búsquedas negativas, sí había buscado, sí busqué en algún tiempo formas de autolesionarme. Y en cuanto a lo positivo... Ay se me fue... ah, ya me acuerdo, grupos no, nunca se me ocurrió pensar que había grupos de apoyo para eso en redes sociales, pero sí, por ejemplo, esto no es actual, esto no lo hice cuando empecé a verbalizar mis deseos suicidas, mis pensamientos suicidas, sino que es algo muy de hace tres años ya. Pero sí empecé a seguir muchas cuentas en Instagram de psicólogas que hablan sobre eso, también sobre traumas generacionales, un montón de cosas así super profundas en las cuales yo me sentía representado. Y eso, sí, básicamente, sí busqué perfiles de psicólogas, de terapeutas, que hablan sobre traumas, en cuanto mis búsquedas positivas.

U6: Yo... yo por mi parte, no, no busqué nada. Básicamente, lo que... lo que sabía del suicidio, lo sabía por como una idea general ¿Me entiendes? Como, no sé, en internet cuando hablan... como... cuando lo mencionan por encima, no sé, cuando veo un video de misterios Y mencionan “El bosque de los suicidios de Japón” o los foros estos de... de no sé qué cosas En internet de gente juntándose para suicidarse. Igual ¿Cómo se llama? No sé si se dice así pero básicamente “Foros de suicidio”, Pero yo de buscar así... así como ayuda... ayuda o formas de..., no.

M: Bueno, ya como para ir cerrando, quisiera que comenten Más o menos su experiencia Personal, en el sentido de Qué es lo que usted Pon por ahí barrera A la hora de expresarlo Qué es lo que usted Facilita hacerlo, Qué es dificulta hacerlo. También, ¿con quién? Me dijeron Que con sus amigos Con sus profesionales Con sus padres Que cada uno de ustedes Obviamente, pero por que les facilita más a uno que a otro, por ejemplo, más a tus amigos o profesionales que a tus padres o al revés. En su caso particular.

U6: Yo, por lo menos, lo que me cuesta a mí de decírselo directamente a mi padre, que ni siquiera se lo dije directamente, es como que indirectamente cuando vinimos para acá es como que ya era obvio. Em..., ¿Cómo se llama? Lo que me evita eso es sentirme molesto, básicamente, porque yo tampoco estoy como haciendo algo de provecho como para... Es lo que siento yo, como que no estoy haciendo como nada de provecho en la casa, ni siquiera busco nada. Entonces, como que no quiero joderlo más, se podría decir. Y me facilita con mi amigo, aunque no mucho, porque también siento que estoy siendo bastante molesto, pero me abro un poco más a él. Me facilita más porque, la verdad, no tengo idea. Yo siento que es como de esos casos, como de una... Esos casos en donde conectas como al toque con una persona, entonces como que agarras confianza rápido. Entonces, bueno, yo creo que sí, más o menos por eso.

U4: Yo, por mi parte, yo soy muy de expresar mis sentimientos. Si me siento mal, lo digo. Si, no sé, por cualquier cosa, la verdad. Por cualquier motivo lo digo. En la barrera, es que tengo miedo. Tengo miedo, pero a la vez, quiero hacer muchas cosas. O sea, me adelanto mucho en mi futuro. Si le estaba comentando a mi psicólogo de acá que capaz en unos años termine presa, y me adelanto mucho en mi futuro cuando estoy acá. Capaz que no me retire de psicóloga, pero sí de contadora. Pero dentro de todo, o sea, tengo confianza con todos, soy muy confianzuda. O sea, ciertas personas no, obviamente no tan profundo, pero sí, si yo soy la propia conozco a la gente.

U9: Las barreras que he tenido... Las barreras que me han impedido poder hablar sobre esto con... principalmente con adultos, es justamente por el estigma que hay sobre las conductas suicidas, o el suicidio, que es como esto que vos hablabas de tu mamá, de tu papá, no me acuerdo cuál de los dos, que te decían eso de que “en mis épocas todo era distinto”. Eso creo que es como mi barrera principal. Pero, ¿podés repetir la pregunta de vuelta?, por favor (*risas de todos*).

M: Que cuentes tus experiencias personales, por qué se te facilita o por qué se te dificulta comunicarte más con unas personas que con otras.

U9: Siempre se me ha facilitado más hablar de esto con... personas que yo considere mis iguales, como por ejemplo ellos (*señala a los otros usuarios*), porque estamos cerca del mismo rango etario, estamos contruidos de una forma diferente, en cuanto a nuestras percepciones sobre temas contemporáneos, ¿se podría decir? Em... Y también porque hay otro tipo de relación que no es una relación como de poder. Por ejemplo, ella no tiene ese poder sobre mí, ni él sobre mí, ni yo sobre ella. Es diferente como, por ejemplo, con profesores, o con mis padres, o con algún otro adulto que esté dentro de mi familia, porque hay otro tipo de relación, hay un poco de relación de poder. Y también, tienen otra percepción sobre ciertos temas, como, por ejemplo, este en particular, que son las conductas suicidas, o el suicidio, que ellos ya dejan expresado libremente, literalmente, lo que piensan.

U4: ¿De una manera mala?

U9: Claro, sí, creo que de manera mala.

M: Como lo que ella dijo de la expresión de “están locos”.

U4: Como de desprecio.

U9: Exactamente. Sí. No a mí directamente, pero sí a personas que están pasando lo mismo que yo. Pero antes de yo decírselo a ellas que me está pasando, yo ya escucho esas interpretaciones.

M: Eso te limita a decirlo por el ya saber que ellos creen que las personas que sufren lo que vos estas sufriendo, son locas, preferiblemente no decírselo a ellos.

U9: Exacto, preferiblemente no acercarme a contarles, o abrirles, o sentirme vulnerable con ellos. Preferiblemente hacerlo con mis amigos, con gente de mi edad. Pero hay algún que otro caso particular en donde un adulto sí me ha

mostrado como ese tipo de acompañamiento o comprensión con respecto al tema, y sí lo he hablado. Bueno, alguna que otra, algún que otro adulto. Lo hablé con unas profesoras que tuve en la secundaria, mis profesores queridos, y con una tía, pero de ahí en más, con ningún otro adulto.

M: De ahí, ¿solo con personas que consideres tus iguales y profesionales?

U9: Ajá, exacto. Bien.

M: Bueno, con eso creo que estamos. Les agradezco por su tiempo y su participación tanto en realizar la encuesta y el estar ahora acá conmigo haciendo este grupo de enfoque.

(Despedida entre mediador y usuarios).

Finalización del grupo de enfoque.