

ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL A SOBREVIVIENTES DE SUICIDIO CONSUMADO EN UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE CARTAGENA



KELLY DIAZ RODRIGUEZ

MIRIAM FERRER MADIEDO

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURASECCIONAL CARTAGENA

2016

**ABORDAJE COGNITIVO CONDUCTUAL A SOBREVIVIENTES DEL SUICIDIO
CONSUMADO POR PARTE DE ESTUDIANTES EN UNA UNIVERSIDAD
PRIVADA DE CARTAGENA.**

PROGRAMA DE PSICOLOGIA

SEMILLERO COGNITIVO CONDUCTUAL

PSICOPAC

SILVA CARABALLO DAISY

Docente tutor

DIAZ RODRIGUEZ KELLY

FERRER MADIEDO MIRRIAN

Autores

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

SECCIONAL CARTAGENA

DICIEMBRE DE 2015

CONTENIDO

CAPITULO I	3
1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	3
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
5. OBJETIVOS	7
CAPITULO II.....	8
1. MARCO TEORICO.....	8
1.1. Antecedentes.....	8
1.2. Referentes Teóricos.	11
1.3. Definición de variables	11
CAPITULO III.....	13
1. METODOLOGIA	13
CAPITULO IV.....	14
1. RESULTADOS.....	14
1.1. Escala de actitudes disfuncionales.....	14
1.2. Inventario de estrategias de afrontamiento	16
2. DISCUSIÓN	17
3. CONCLUSIONES	19
REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS	20

CAPITULO I

1. RESUMEN

El presente estudio abordaje cognitivo conductual a sobrevivientes del suicidio consumado por parte de estudiantes en una universidad privada de Cartagena., contiene la descripción del sistema de creencias de los sobrevivientes de suicidio consumado en de una Universidad privada de Cartagena, entre los años 2012 y 2015. La investigación se realizó mediante la aplicación de entrevistas semi-estructuras, escala de Estrategias de Afrontamiento y Actitudes Disfuncionales; evaluados de forma cuantitativa, por medio de un estudio de casos, con el propósito de conocer los pensamientos, emociones y conductas de cada uno de los supervivientes.

Palabras claves: modelo cognitivo conductual, sistema de creencias, sobrevivientes de suicidio consumado.

2. INTRODUCCIÓN

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 define al suicidio como “una muerte por lesión autoinflingida, deliberadamente iniciado por la persona, intencional, como medio para obtener un resultado deseado, consciente y social, resultado de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturales y ambientales”

El suicidio debe ser entendido como un problema grave de salud pública, por tanto demanda atención ante su prevención y control; sin embargo, la intrínseca negativa percepción que lo circunda infortunadamente no admite que sea tarea sencilla.

La conducta suicida no solo suscita una nociva incidencia sobre su actor primario, sino también sobre su entorno. Llámese familia, amigos, compañeros de estudio o trabajo, profesionales de salud mental, hasta instituciones.

Si una persona próxima a nosotros muere por enfermedad su recuerdo se despliega en torno a su vida, caso contrario cuando se experimenta un suicidio su recuerdo se vivencia en función de la muerte, experimentando de forma persistente los cómo y por qué de dicha

conducta y nuestra labor de precipitación o evitación frente al suceso, que produce la reproducción constante o negación del hecho sin asumir la pérdida.

Asimismo es importante develar que según el curso del suicidio en la historia “Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años” (Who.int, 2016). Rango etario que coincide significativamente con las condiciones de la colectividad de escolares universitarios.

Según la Dra. Catherine Le Galès-Camus, Subdirectora General de la OMS para enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, “se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas”. (Who.int, 2016).

Esta investigación estuvo dirigida a conocer el sistema de creencias de los sobrevivientes de suicidio consumado en la Universidad de San Buenaventura Seccional Cartagena, entre los años 2012 y 2015, con el fin de justificar la necesidad promisorio de mayor atención a estas víctimas secundarias y la creación de medidas preventivas eficaces ante el suicidio en la institución.

El actual artículo dispone de cuatro capítulos presentados así,

Inicialmente el capítulo I lo dedicaremos a profundizar en el concepto y contexto de suicidio y sus implicaciones sobre los sobrevivientes.

Consecutivo, en el segundo capítulo abordaremos desde el enfoque cognitivo conductual la documentación, investigaciones y estudios previos que guardan relación con este trabajo de autores que despliegan su teoría para el conocimiento del suicidio y variables relacionadas como duelo, familia y sobrevivientes.

Una vez planteado el problema de investigación y definidos los objetivos a cubrir, describiremos en el tercer capítulo la metodología usada en este estudio, fases y procedimientos, instrumentos de recolección de la información, obtenida tanto de personas cercanas afectivamente al actor del suicidio como de profesionales en salud mental vinculados al mismo.

Por ultimo en el cuarto capítulo se analizará el contenido de los discursos elaborados por la muestra objeto de estudio y los resultados de los instrumentos aplicados, luego se contrastaran con la realidad teórica actual y se expondrán las conclusiones y recomendaciones pertinentes para investigaciones futuras.

3. JUSTIFICACIÓN

Estudios epidemiológicos e investigaciones con mirada de postvención al suicidio son pocas, Debido a que éste es percibido aun como "muerte tabú" y los sobrevivientes se ven sometidos a mayor estigma y menor apoyo social; este estudio busca entonces, aportar al conocimiento sobre estas víctimas que en la mayoría de los casos no cuentan con apoyo profesional.

En cada uno de estos casos de suicidio consumado se generan procesos de duelo por parte de los familiares o personas cercanas afectivamente al actor del suicidio, los procesos que subyacen a nivel cognitivo en la mente de un suicida son tremendamente complejos y por consiguiente generaría según indica Caín (1972) que “ la persona que se suicida deposita sus secretos en el corazón del sobreviviente, le sentencia afrontar muchos sentimientos negativos, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o haber fracasado en evitarlo, puede ser una carga muy pesada”.

Al romper el silencio que envuelve a los sobrevivientes, se hace visible la necesidad que los sistemas de prevención mejoren y que las Administraciones dediquen mayores esfuerzos y recursos para la atención de los supervivientes, nace entonces la iniciativa del semillero cognitivo conductual PSICOPAC de orientar su investigación a este fenómeno de salud pública con la propuesta de un macro proyecto, en aras de la promoción y prevención del suicidio en la universidad San Buenaventura Seccional Cartagena, para la consecución del mismo surge este micro proyectó que responde al propósito de conocer del sistema de creencias de los sobrevivientes de actores de conducta suicida en la universidad, aportando así información sobre la descripción del fenómeno desde fuentes primarias de información.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos” y En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial (Who.int, 2012)

Igualmente a nivel nacional podemos constatar que Colombia no está excepta de este fenómeno, constatado por las cifras proporcionadas por el Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVELCE), que reportó que en el año 2013 se realizaron 1.810 necropsias cuya manera de muerte fue el suicidio.

A nivel local las estadísticas expuestas por INML Y COSED los casos de suicidios ocurridos en la ciudad de Cartagena en el primer semestre del año 2014, los grupos de edad más afectados fueron de 20 a 24, edades que coincide con la edad en el contexto de educación profesional.

Luz Janeth Forero del Instituto Nacional de Medicina Legal expone que, “se estima por cada suicidio acaban afectadas, en promedio, seis personas y que estos hechos generan una afectación tan grande en el círculo familiar del suicida que dificultan el desarrollo de estrategias para prevenirlo”

Ciertamente sobre las instituciones formativas recae la obligación de advertir el riesgo perenne de acciones suicidas por parte de sus educandos, que permita el reflexionar sobre la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares, profesionales y amigos que acarrea cada caso, pues repercute con carácter perjudicial implícitamente en la entidad.

En la Universidad donde se llevó a cabo la investigación es testigo de este flagelo por parte en estudiantes de diferentes programas entre los años 2012 y 2015, debido a lo anterior nace la siguiente pregunta problema”.

¿Cuál es el sistema de creencia de los sobrevivientes de suicidio consumado en una Universidad privada de Cartagena desde el año 2012-2015?

5. OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer el sistema de creencias de los sobrevivientes frente a la conducta de suicidio consumado de una Universidad privada de Cartagena.

Objetivos Específicos

Identificar pensamiento de los sobrevivientes frente a la conducta suicida de estudiantes pertenecientes a una universidad privada de Cartagena.

Identificar estado emocional de los sobrevivientes frente a la conducta suicida de estudiantes pertenecientes a una universidad privada de Cartagena.

Identificar conducta de los sobrevivientes frente a la conducta suicida de estudiantes pertenecientes a una universidad privada de Cartagena.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes

En Octubre de 2001 se publicó en La Habana Cuba, por W. guibert y N. torres, la revista científica titulada *Intento Suicida Y Funcionamiento Familiar*, la cual busco caracterizar el funcionamiento familiar diferencial de los individuos que realizaron intentos suicida durante los meses de enero a mayo de 2000, en la cual se aplicó el FF-SIL prueba de funcionamiento familiar y entrevistas semiestructuradas, logrando identificar así que el funcionamiento familiar de los sujetos con intento suicida se caracterizó por la falta de unidad física y emocional ante situaciones de la vida cotidiana, incapacidad para establecer comunicaciones claras y directas entre sí y para expresar adecuadamente emociones positivas o negativas dentro del núcleo familiar.

En México del año 2005 se realizó la investigación titulada, *familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior* la cual fue realizada por I. Valadez, R. Fernández, R Montota y N. Gallegos con el objetivo de analizar la relación entre algunas características de la familia y el intento suicida de los adolescente , las características exploradas fueron, dinámica de la pareja, presencia de conflictos, comunicación y expresiones de afecto, establecimiento de normas al interior de la familia y dificultades financieras; para lograr dicho objetivo se aplicaron cuestionarios a 343 adolescentes de educación media superior de la ciudad de Guadalajara, Jalisco en México lo cual dio como resultados que el que el intento suicida está determinado por las interacciones afectivas en la familia, dentro de un contexto económico, en el cual influye el manejo de conflictos y agresividad entre otros factores los cuales cabe resaltar que pero que por sí mismos, no son decisivos para que el adolescente opte por el intento suicida; sin embargo, muchos de estos factores pueden contribuir a la confusión y a la depresión.

En esta misma labor de consulta se encontró que la investigación de G. Borges, R. Orozco Y C. Benjet, la tuvo como objetivo presentar una panorámica epidemiológica del suicidio consumado, de tendencia y actual, así como de la conducta suicida en México; lugar en el cual se realizó esta investigación mediante la revisión de mortalidad por suicidio de 1970 hasta 2007, y del mismo modo se análisis la conducta suicida por medio de encuestas;

encontrando así prevalencia de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y se identificó que un 3.8% de habitantes de México reportaron intento de suicidio.

En 2012 Patricia Acinas, realizó una revisión literaturia científica sobre duelo, que tuvo por título *duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos, muerte traumática, cuyo objetivo estaba encaminado a* mostrar las diferencias en el proceso normal de duelo y algunas pautas que deben tenerse en cuenta para proporcionar ayuda psicológica al entorno del fallecido; en esta averiguación bibliográfica se llegó a la conclusión que las muertes por suicidio conllevan mayor estigmatización que el resto, mayor sentimiento de culpa, menos deseos de discutir sobre la muerte y mayor cuestionamiento sobre lo que se podía haber hecho. Asimismo en el duelo por suicidio los familiares están expuestos al desarrollo de psicopatologías, como trastornos de ansiedad, TEPT y episodios depresivos mayores y a experimentar sentimientos de vergüenza, culpa ante la responsabilidad de evitar el hecho suicida, miedo asociado a impulsos autodestructivos y predestinación, enfado al percibir la muerte como rechazo, y pensamientos distorsionados dirigidos a señalar la muerte como accidental. Además, El limitado el apoyo social y material disponible, el silencio de los otros refuerza los sentimientos de estigma, vergüenza y de la diferencia; siempre.

En el año 2013 el Dr. Miguel Enríquez realizo la investigación titulada *Duelo ante muerte por suicidio*, dirigida a analizar el caso especial de las reacciones de los dolientes ante las pérdidas por suicidio de seres queridos con el método de revisión literatura científica en el campo de la Psicología de la Salud, así como en la literatura de corte educativo o autoayuda que reportan experiencias a partir de grupos de consejería, dicha exploración tuvo por conclusiones que el duelo ante el fallecimiento de un ser querido se torna muy angustiante cuando se trata de una muerte por suicidio. El carácter sorpresivo, estigmatizante y trágico de este suceso provoca serias reacciones emocionales en familiares y allegados, primero de incredulidad, seguido de perplejidad, angustia, a veces rabia y sentimientos de culpa. Aun cuando lo recomendado sea la prevención del suicidio, no debe obviarse en la práctica sanitaria, especialmente en el nivel primario de atención, el cuidado y asistencia al duelo de los familiares, tanto adultos como niños, de quienes consuman este lamentable acto.

Posteriormente en octubre de 2013 se realizó la investigación ***Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica***, la cual fue realizada en Málaga (España) con el objetivo de determinar los factores de riesgo y protectores en el suicidio en los habitantes de la ciudad antes mencionada; para lograr este objetivo los investigadores J. SanMartín, E. Sánchez, L. Pérez, M. Teresa, Y. De Diego

Otero, N. Benítez, R. Comino, E. Perea, V. Ramos y A. López, realizaron autopsia psicológica con 40 casos de suicidio y 80 controles emparejados por género, edad y zona de residencia de igual forma realizaron entrevista semi-estructuradas con el fin de reunir información diagnóstica de un sujeto a través de sus familiares; hallando así prevalencia en antecedentes familiares de suicidio y agregación de desórdenes mentales en la familia y conflictos familiares en el mes previo al suicidio.

Pilar Munera Ramos, en 2013 expuso la trabajo titulado *“El duelo por suicidio análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental”* El objetivo fue profundizar en el suicidio desde la percepción de los sobrevivientes del mismo a partir del análisis de los discursos elaborados por los familiares de suicidas y por los profesionales de salud mental que trataron a pacientes que finalmente se suicidaron, dando lugar a las siguientes conclusiones, La muerte por suicidio, al ser voluntaria, se interpreta como un acto de violencia no solo hacia su propio ser, sino además hacia los sobrevivientes, permea un estado de duda, culpa, fantasía por acción u omisión que los sumerge en un estado de malestar y sufrimiento.

En cuanto a los profesionales en salud mental la constricción emocional surgida de la muerte por suicidio se considera implícita a su labor y exigida como inherente para la buena práctica profesional. Lo cual se contrapone a que en la academia no existe preparación para ello y en la cotidianidad no hay espacios de ayuda para el mejoramiento de emociones surgidas ante el suicidio de un paciente, esta población se convierte en altamente vulnerable, debido a la represión de sentimientos, estigma de incompetencia laboral y ausencia de consideración social sobre su afección.

Por último se expone la reflexión que el parentesco con el actor suicida, según la teoría es un factor determinante en el proceso de duelo vivido por el familiar; sin embargo, en este estudio se apreció que no es condición suficiente, esto se explica gracias a la teoría del apego y vinculación afectiva significativa.

1.2. Referentes Teóricos.

El modelo cognitivo postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964)

Terapia Cognitiva. La premisa fundamental de este enfoque psicoterapéutico consiste en que el afecto y la conducta son primordialmente funciones de la manera como las personas elaboran, estructuran e interpretan su mundo, estableciéndose una estructura tridimensional: lo que pensamos, sentimos y hacemos, dándose una interacción y retroalimentación permanente entre tales dimensiones.

Cognitivo (P.A.C), supuesto teórico de que la conducta y los afectos de una persona se encuentran determinados por su forma de estructurar el mundo (Beck, 1976).

Las distorsiones cognitivas, Errores en el procesamiento de información.

1.3. Definición de variables

Suicidio es el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (Beck, Weissman, Lester, Trexler, 1976).

La Conducta Suicida (CS) se refiere a ideas, intentos y actos autoinfligidos de muerte, causada por cogniciones negativas autorreferentes (triada cognitiva), un procesamiento de información selectivo, rígido y generalizado, con sesgos confirmatorios y estilos de afrontamiento pobres.

Sobreviviente, del vocablo 'survivor' proviene del inglés y su traducción puede ser el de superviviente, que es el que sobrevive, que significa vivir uno después de la muerte del otro; este término es muy utilizada en la terminología suicidológica.

Sistema de Creencias, incluye todo el contenido del sistema cognitivo, pensamientos, recaudos, imágenes, supuestos, inferencias, atribuciones, sistema de valores, normas, esquemas y filosofía de vida. (A. Ellis 1993).

Afrontamiento, aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus 1986).

CAPITULO III

1. METODOLOGIA

El tipo de investigación es no experimental, es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables.

Para la investigación se utiliza el tipo de estudio cuantitativo – descriptivo de casos múltiples. En este caso, se pretende conocer el sistema de creencias de los sobrevivientes frente a la conducta de suicidio consumado de una Universidad privada de Cartagena.

El diseño es transversal, ya que la información necesaria fue recolectada en un solo momento, en un tiempo único (Hernández R. y cols 2003).

La población objeto de estudio está constituida Sobreviviente de suicidio consumado por parte de estudiantes de una universidad privada de Cartagena

En el estudio participaron 3 sobrevivientes de suicidio consumado por parte de estudiantes de una universidad privada de Cartagena seleccionados utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, porque facilita seleccionar la muestra en función de la accesibilidad o a criterio personal del investigador.

Aplicación de inventario de estrategias de afrontamiento, escala de actitudes disfuncionales, entrevista semiestructurada basada en el modelo cognitivo conductual, consentimiento informado.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

1.1. Escala de actitudes disfuncionales.

Analizando los resultados de la escala de actitudes disfuncionales, se obtienen los siguientes resultados, *Figura 1*.

En la dimensión de *Aprobación*, el Caso 1 obtuvo un puntuación de 4 puntos, Caso 2 puntuación de 3, y Caso 3 obtuvo una puntuación de 5 puntos; esta dimensión tiende a medir la autoestima del sujeto basándose en la percepción que este tiene sobre las reacciones y que pensamientos que tiene las demás personas con respecto al mismo. Teniendo en cuentas lo anterior se evidencia que los participantes no se consideran como personas dependientes, sus emociones o actos no deben ser consecuencia de las opiniones de las personas o el contexto que los rodea; estos pensamientos posteriores a la pérdida denotan como los participantes, específicamente el Caso 2 tiene la creencias que su bienestar emocional no debe ser alterados por situaciones ajenas a su persona.

Amor, el Caso 1 obtuvo un puntuación de 4 puntos, Caso 2 puntuación de 1, y Caso 3 obtuvo una puntuación de 8 puntos; en esta dimensión se podrá evidenciar la percepción que tiene el participante sobre el amor de otros hacia él y el rol que tiene en su vida. Según los resultados el Caso 1 y 2 ve el ser amado por los demás, como algo incensario para ser feliz, cerrándose así hacia los vínculos afectivos con sus pares o nuevas personas a conocer, limitando las relaciones interpersonales, con miedo a demostrar sus emociones dado que perciben esto como algo redundante; por otro lado el Caso 3 piensa que el ser amado por los demás es algo escrupuloso, y prefiere sentarse en el amor propio y como mejorar en aspectos de su vida personal.

Como tercera dimensión tenemos la *Ejecución*, el Caso 1 obtuvo un puntuación de 10 puntos, Caso 2 puntuación de 5, y Caso 3 obtuvo una puntuación de 8 puntos. Para los casos 1 y 3, el realizar sus tareas diarias no es una actividad frustrante, en cambio se sienten energéticos y satisfechos al realizarlas de manera correcta, buscando actividades extracurriculares en la cual puedan socializar con otras personas e intercambiar ideas para mejorar en sus funciones; el Caso 2 se muestra como una persona poco llamada a la acción, que el ser productivo o estar en constante movimiento no es necesario para sentirse satisfecho

con sus acciones, a su vez prefiere dejar de lado el ocio y las actividades sociales en las cuales pueda divertirse o interactuar con los demás.

En la dimensión de *Perfeccionismo*, el Caso 1 obtuvo un puntuación de 4 puntos, Caso 2 puntuación de 7, y Caso 3 obtuvo una puntuación de 9 puntos; frente a las actividades realizadas los participantes aceptan resultados obtenidos, como oportunidades de mejoras; el Caso 1 pese a tener esta misma percepción, es notorio que suele desertar de algunas actividades luego de no ver los resultados obtenidos.

Derecho sobre los otros, el Caso 1 obtuvo un puntuación de 15 puntos, Caso 2 puntuación de 10, y Caso 3 obtuvo una puntuación de 12 puntos. Para el primer caso, es notorio que el participante siente que tiene derecho sobre la mayoría de las cosas que suceden a su alrededor, por ende los resultados de los actos de los demás influyen directamente en el estado de ánimo del participante, estos pensamientos generan sentimientos negativos como culpa, frustración y ansiedad en el mismo cuando los resultados no son los esperados.

Como esta dimensión tenemos *La omnipotencia*, en esta dimensión los tres participantes obtuvieron puntuaciones altas; se perciben como personas con influencia y con los conocimientos para dar respuestas apropiadas a la mayoría de cuestiones planteadas. En el caso 1 la puntuación fue de 15 lo cual indica que en la mayoría de las situaciones posteriores a la pérdida, tienden a pensar o sentir que los actos de los demás son por acciones propias, que tiene el poder de intervenir en las decisiones de los demás, siendo el responsable indirectamente de los actos de las personas que lo rodean.

Por último tenemos la dimensión de *Autonomía*, la cual nos muestra como los participantes correspondientes al caso 2 y 3, son conscientes que la interpretación que estos tengan sobre los sucesos a su alrededor influyen directamente a su estado emocional, asumiendo la responsabilidad de sus sentimientos y conductas; de igual forma estos participantes tienden a no identificar cuando algunos sentimientos negativos no son consecuencia de sus actos o percepción sobre el mundo a su alrededor.

Figura 1

	Aprobación	Amor	Ejecución	Perfeccionismo	Derechos sobre otros	Omnipotencia	Autonomía	total
Caso 1	4	4	10	4	15	15	11	63
Caso 2	3	1	5	7	10	13	4	43
Caso 3	5	8	8	9	12	11	3	56

1.2. Inventario de estrategias de afrontamiento

El inventario de estrategias de afrontamiento consta de 8 dimensiones de evaluación, en la primera dimensión **-Resolución de Problemas**, se evidencia que los tres participantes al enfrentar o dar soluciones a los conflictos personales buscan de manera analítica dar soluciones eficientes y efectiva a los mismos

En la dimensión de **Autocrítica**, el Caso 2 obtuvo un puntuación de 11 puntos, Caso 3 puntuación de 11, dando a conocer que al momento de afrontar resultados negativos de las actividades realizadas, la actitud que toman es positiva por medio de la autoevaluación y buscando aspectos de mejora para acciones futuras; en cambio el Caso 3 obtuvo una puntuación de 12, evidenciando que al momento de no obtener los resultados deseados tiende culparse siendo muy duro en la autocrítica.

En cuanto a la dimisión de **Expresión emocional**, se evidencia que en los tres casos evaluados, los participantes tienden a expresar sus sentimientos como forma de reducir el malestar emocional que les genera situaciones negativas de su diario vivir.

En la dimisión de **Reestructuración cognitiva** el Caso 1 obtuvo un puntuación de 20 puntos, Caso 2 puntuación de 6, y Caso 3 obtuvo una puntuación de 5 puntos; en estos dos últimos casos los participantes demuestran, como a pesar de analizar los sucesos o consecuencias de situaciones o contextos negativos, no logran tener una perspectiva diferente, es decir, que pese a identificar que los resultados no fueron resultados de sus actos, no apartan la idea de tener participación en los hechos.

Por ultimo como dimisión relevante tenemos la de **Evitación de Problemas**, en la cual nos centraremos en el caso dos y tres, los cuales según sus puntuaciones bajas (4 y 5) demuestran como los participantes, permiten que los contextos conflictivos los afecten

emocionalmente, reaccionando de manera irracional a dichas situaciones, permitiendo que la desesperada y ansiedad sean las principales emociones en experimentar.

Figura 2

	Resolución De Problemas	Autocritica	Expresión Emocional	Pensamiento Desiderativo	Apoyo Social	Reestructuración Cognitiva	Evitación De Problemas	Retirada Social
Caso 1	19	3	11	20	18	20	11	10
Caso 2	14	11	9	20	15	6	5	5
Caso 3	19	11	8	17	7	5	4	13

2. DISCUSIÓN

De acuerdo a la escala de actitudes disfuncionales las dimensiones con niveles significativos en los sobrevivientes son, la ejecución en el primer caso, que vislumbra en el sujeto está extremadamente pendiente de ser competente en sus tareas poniendo su valor en manos de los resultados conseguidos, expuesta a las situaciones que considere como fracasos y excesivamente centrada en el trabajo , olvidando otros aspectos de la vida, contrastado con la entrevista muestra que luego del suceso hubo un abandono de actividades antes consideradas como importantes para centrarse solo en el ámbito académico, dejando ver un comportamiento evasivo ante las relaciones interpersonales y aun mas con las personas pertenecientes al círculo social del personaje suicida.

Autonomía en el caso 1 que significa que el sobreviviente cree que sus sentimientos son inmodificables o dependen de las situaciones que viven, por lo que estará a merced de ellos.

Derecho sobre otros en los tres casos, que indica los supervivientes creen de manera egocéntrica que tienen derechos que los otros deben de corresponder, olvidándose de los propios derechos y deseos de los demás.

Omnipotencia que refleja en los sobrevivientes la creencia excesiva de responsabilidad de la conducta y los sentimientos de las otras personas con las que se relacionan que puede producir sentimientos de culpabilidad en la inasistencia para evitar del acto suicida

En el 2008 la fundación Americana de prevención de suicidio publico la revista investigativa “sobrevivir a una pérdida de suicidio”, en la cual indican que los “los supervivientes muestran niveles más elevados de remordimiento, sentimientos de culpa y responsabilidad por la muerte y en ocasiones sienten que causaron directamente la muerte por abandonar al fallecido”; los resultados de la presente investigación revela que los sobrevivientes tienden a sumir que su actos inciden en la toma de decisiones de los demás (Omnipotencia), lo cual evoca que el participante no identifique cuando algunos sentimientos negativos y sucesos no son consecuencia de sus actos.

Patricia Acinas y Pilar Munera Ramos en su estudios duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos, muerte traumáticas y el duelo por suicidio análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental respectivamente, concuerdan con los resultados del presente estudio al expresar que el limitado el apoyo social y material disponible, el silencio de los otros refuerza los sentimientos de estigma, vergüenza, pues en los tres casos es notoria la Ruptura del lazo social antes establecido.

Se pudo constatar que en los tres casos los participantes no contaron con apoyo profesional.

3. CONCLUSIONES

Una vez analizados los resultados encontramos evidencias que dan pie a afirmar la presencia de distorsiones cognitivas en sobrevivientes de suicidio participantes de este estudio de caso, a saber, personalización (atribución sin evidencia a si mismo todo lo que ocurre), razonamiento emocional (que permea la concepción de la realidad basada en las emociones y debeismos (autoexigencias).

Sentimientos de culpabilidad adscrita a la responsabilidad que consideran sobre el comportamiento del otro y vergüenza reflejado en la poca socialización de los sentimientos que produjo el acto suicida.

En cuanto al comportamiento es notorio la retirada social, aun más de las personas inmersas en el suceso, con el fin de evitar recuerdos, juicios y sentimientos negativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva para trastornos de la personalidad* (3ra. Edición). Editorial Paidós.
- Beckat, Weissman A, Lester D, Trexler L: Classification of suicidal behavior. II Dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry*, 33:835-837, 1976.
- Cain, A. (1972). *Survivors of suicide*. Springfield, Ill.: Thomas.
- Cifuentes, S. (2013). *Comportamiento del suicidio*. Colombia: Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Fernández, C. Perilla, S. (10 de septiembre de 2009) El país no avanza en prevención del suicidio. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3614927>.
- Instituto Nacional de Medicina Legal (2013). *Comportamiento del suicidio*, Colombia, 2013. Retrieved 16 February 2016, from <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *El Suicidio*. Ginebra: Cuadernos de la salud pública. Número 85.
- Organización Mundial de la Salud. (1992) CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades*. Madrid: Meditor
- Ramos, P. M. (2013). *El duelo por suicidio, análisis del discurso de familiares y profesiones de la salud mental*. Granada, España.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Editorial Norma.
- Who.int,. (2004). *OMS | El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Retrieved 16 February 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Who.int,. (2012). *OMS | Prevención del suicidio (SUPRE)*. Retrieved 16 February 2016, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/