

Representaciones sociales acerca del suicidio**Representações sociais sobre suicídio****Social representations about suicide****Recibido: 17/11/2020****Aprobado: 21/03/2020****Publicado: 17/04/2021****Otávio Henrique Braz de Oliveira Calile¹****Daniela Scheinkman Chatelard²**

Esta es una investigación cuali-cuantitativa, realizada en 2019, en Brasilia, DF, Brasil, con el objetivo de verificar y describir las representaciones sociales de los estudiantes de psicología acerca del suicidio. Se utilizaron cuestionarios de evocación con justificaciones en campo libre. Los datos se interpretaron con los procedimientos estadísticos propuestos por el Análisis Prototípico. Participaron 170 académicos del segundo al cuarto periodo de una universidad privada. Los estudiantes tenían entre 18 y 50 años, siendo el 89% mujeres y el 11% hombres. Entre los principales valores: Clase 1: 19,6%; Clase 2: 14,44; Clase 3: 26,1; Clase 4: 26,8 y Clase 5: 13,1); y, los datos de las entrevistas permitieron la construcción de dos categorías: *Depresión y soporte social*, y *Sufrimiento y debilidad*. Las representaciones sociales del suicidio para los estudiantes de psicología se estructuran a partir de los siguientes elementos del núcleo central: *muerte, dolor, sufrimiento, depresión, miedo, presión y tristeza*. Sin embargo, cuando se pide a los participantes que evoquen los términos que atribuyen a sus colegas, ya no aparecen los elementos *presión y miedo*, y entonces aparece la palabra *debilidad*.

Descriptor: Suicidio; Psicología Social; Depresión.

Essa é uma pesquisa quali-quantitativa, realizada em 2019, em Brasília, DF, com objetivo de verificar e descrever as representações sociais de estudantes de psicologia sobre o suicídio. Utilizou-se questionários de evocação com justificativas em campo livre. Os dados foram interpretados com procedimentos estatísticos propostos pela Análise Prototípica. Participaram 170 acadêmicos do segundo ao quarto período, de uma universidade privada. Os estudantes tinham entre 18 e 50 anos, sendo 89% mulheres e 11% são homens. Dentre os principais valores: Classe 1: 19,6%; Classe 2:14,44; Classe 3:26,1; Classe 4:26,8 e Classe 5:13,1); e, os dados provenientes de entrevistas permitiram a construção de duas categorias: *Depressão e suporte social e, Sofrimento e fraqueza*. As representações sociais do suicídio para os estudantes de psicologia são estruturadas com fundamento nos seguintes elementos do núcleo central: *morte, dor, sofrimento, depressão, medo, pressão e tristeza*. Entretanto, quando os participantes são instados a evocar termos que atribuem aos colegas, os elementos *pressão e medo* não aparecem mais, surgindo, então, a palavra *fraqueza*.

Descriptor: Suicídio; Psicologia Social; Depressão.

This is a qualitative-quantitative research, carried out in 2019, in Brasília – DF, Brazil. It aimed to verify and describe the social representations of psychology students about suicide. Evocation questionnaires with justification in the free field were used. The data were interpreted with statistical procedures proposed by the Prototypical Analysis. The participants were 170 academics from the second to the fourth period, from a private university. The students were between 18 and 50 years old, 89% were women and 11% were men. Among the main values: Class 1: 19.6%; Class 2: 14.44; Class 3: 26.1; Class 4: 26.8 and Class 5: 13.1); and, the data from interviews allowed the construction of two categories: *Depression and social support* and *Suffering and weakness*. The social representations of suicide for students of psychology are structured based on the following elements of the central nucleus: *death, pain, suffering, depression, fear, pressure and sadness*. However, when participants are asked to evoke terms that they attribute to colleagues, the elements of *pressure and fear* no longer appear, but the word *weakness* does.

Descriptors: Suicide; Social Psychology; Depression.

1. Pedagogo. Bachiller en Lengua y Literatura. Especialista en Psicopedagogía Clínica e Institucional. Maestro en Procesos de Desarrollo Humano y Salud. Doctor en Psicología Social, del Trabajo y de las Organizaciones. Investigador Posdoctoral en Psicología Clínica y Cultura. Director e investigador del Instituto Kalile de Desenvolvimento Humano e Pesquisa, Brasilia, DF, Brasil. ORCID: 0000-0001-7535-6325 E-mail: otavio.calile@gmail.com

2. Psicóloga. Maestra en Psicoanálisis. Doctora en Filosofía. Investigadora Posdoctoral en Psicología Escolar y Desarrollo Humano, Profesora Asociada de la Universidade de Brasilia, DF, Brasil. ORCID: 0000-0002-7925-573X E-mail: dchatelard@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una manifestación transcultural sujeta a valoraciones ambivalentes y marcada por significados que varían a lo largo de la historia. Se define como un acto realizado intencionadamente por el individuo contra sí mismo, a través de determinadas acciones con miras a su muerte^{1,2}.

La génesis del suicidio es multideterminada e incluye ideaciones, pensamientos y el deseo de muerte^{3,4}. Estas manifestaciones evolucionan hacia un intento, precedido, en la mayoría de los casos, por un plan que conlleva significados subjetivos⁵. Debido a la complejidad de su manifestación, constituye una intrincada red de factores biológicos y psicosociales que intervienen en la idea y el acto⁶⁻⁸.

Durkheim⁹ definió el suicidio como *“todos los casos de muerte resultantes directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la propia víctima, acto que ésta sabía que debía producir ese resultado”* y, a partir del estudio de casos particulares basados en leyes universales, delimitó también el estudio sociológico del tema, argumentando que el suicidio es un hecho social con su génesis en la constitución de las sociedades. A través del concepto de representaciones colectivas – *comprendidas como una forma de conciencia social compartida* – se establece que el estudio del suicidio debe ir más allá de las causalidades individuales, que pertenecerían al campo de la psicología⁹.

En todo el mundo, el número de suicidios ha aumentado continuamente, superando los 800.000 casos al año. En 2020, los suicidios representaron el 2,4% de todas las muertes en el mundo, predominantemente en los países en desarrollo¹⁰.

En Brasil, se estima que alrededor del 17% de las personas han tenido ideación suicida alguna vez en su vida¹¹. El país ocupa el octavo lugar entre los países con más casos de suicidio según la Organización Mundial de la Salud¹², y entre 2002 y 2012, el número de casos aumentó un 36% en todo el país. Hubo 106.374 casos de autoexterminio en Brasil entre 2007 y 2016, por lo que, una persona muere cada 45 minutos, un total de 32 por día¹³.

Estas cifras tienen un profundo impacto en la sociedad en varias dimensiones que van más allá de la esfera de la salud pública. Aunque estas cifras son alarmantes, se estima que los intentos de suicidio superan 10 veces la consumación del acto¹⁴. El aumento de los suicidios afecta a toda la sociedad, con consecuencias drásticas en la economía, las relaciones interpersonales y familiares y la salud física y psíquica de las personas implicadas^{3,14-16}.

En este escenario, la investigación científica sobre la suicidología se enfrenta a muchos obstáculos debido a los tabúes e interdicciones que plantea el tema¹⁷. Además, estas investigaciones no han contribuido a reducir la incidencia del número de casos en todo el mundo, debido al crecimiento desordenado de los casos y a las dificultades estadísticas de registro^{12,14}. Una de las causas de estas dificultades en el ámbito de la investigación científica radica en el hecho de que la investigación en esta área suele analizar y discutir los datos sobre pensamientos, ideaciones, autolesiones e intentos de suicidio indistintamente¹⁸. Los estudios que no mezclan estos aspectos permiten un análisis más refinado y permiten hacer derivaciones menos generalizadas¹⁹⁻²².

El tema del suicidio está marcado por prohibiciones, tabúes y prejuicios dirigidos a los sujetos y a sus familias^{1,14,16,23}. Las investigaciones muestran que el impacto de un acto suicida es muy alto para los supervivientes, estimando que entre 5 y 10 familiares y amigos se ven afectados por este evento. A partir de este acto, estas personas pasan a formar parte del grupo de riesgo, teniendo en cuenta que los sentimientos más frecuentes reportados son el estigma social, el abandono, la vergüenza y la culpa^{2,7,13,14,24}.

Al igual que las familias de las personas que murieron de VIH a finales del siglo XX, los familiares de suicidas se sienten impotentes y con una fuerte sensación de fracaso, especialmente cuando se trata de madres y esposas. Sienten que su sufrimiento no es reconocido, porque el tema está marcado por creencias tácitas de interdicción. Esta imposibilidad de compartir sus sufrimientos dificulta el acceso al soporte social para que el

proceso de duelo se viva adecuadamente, lo que evitaría el riesgo de nuevos suicidios entre los supervivientes^{25,26}.

A partir de estas preguntas y desde la perspectiva de entender el repertorio de los psicólogos en formación acerca de este tema, se utilizó la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS)²⁷ y sus desarrollos metodológicos²⁸.

Moscovici²⁷ creó la TRS basándose en el concepto de representaciones colectivas propuesto por Durkheim⁹. La investigación de los procesos psicológicos que subyacen a la elaboración subjetiva de modelos sociales es reciente en la psicología. Es la aparición del estudio de un fenómeno que, antes, se estudiaba sólo como concepto. Este cambio de concepción epistemológica sobre las representaciones permite a la psicología social explicarlas desde un punto de vista empírico.

Así, las representaciones sociales (RS) se encuentran en la interfaz entre el individual y el colectivo, destacando el carácter psicológico de su estructura en la medida en que los símbolos compartidos por el grupo son mediados e interiorizados por los individuos, convirtiéndose en constitutivos de la esencia de este mismo grupo y organizando psicológicamente su cotidiano²⁹.

Las RS se sitúan en la interfaz de lo psicológico y lo social, en forma de conocimientos elaborados y compartidos socialmente que contribuyen a la construcción de una realidad común, permitiendo la comprensión y la comunicación del sujeto en el mundo. Las RS están vinculadas a valores, nociones y prácticas individuales que guían las conductas en las relaciones sociales cotidianas y se manifiestan a través de estereotipos, sentimientos, actitudes, palabras, frases y expresiones. Se trata de un conocimiento de "*sentido común*", socialmente construido y compartido, diferente del conocimiento científico, que es reificado y fundamentalmente cognitivo³⁰.

"¿Las personas a las que interrogamos dicen lo que piensan?". Abric²⁸ reflexionó sobre la fiabilidad de los datos de las investigaciones en RS, ya que existe la posibilidad de que los participantes no revelen sus verdaderas representaciones. Este fenómeno se produce principalmente con investigaciones cuyos temas son de carácter sensible y con contenidos reificados por varios discursos sociales interdictos, como el tema del suicidio.

Las RS se extraen a través de discursos sociales mediados por la cultura y están impregnadas de interdicciones, negociaciones y deseabilidad social. Son discursos que se articulan con las normas sociales y con las características del grupo al que pertenecen. Por ello, es posible que exista un desfase entre lo que la gente piensa y lo que escribe en los cuestionarios de la encuesta. De este modo, la estrategia deliberada de los encuestados consiste en ocultar "*algunos componentes de sus pensamientos en determinadas situaciones, y en estas situaciones hay dos facetas de representación: una explícita, verbalizada; la otra no verbalizada, no expresada, denominada zona muda*"³¹.

El contenido de la zona muda de RS es contranormativo porque expresa el pensamiento que las personas creen que deberían tener para estar de acuerdo con ciertos discursos sociales que consideran hegemónicos sobre el tema investigado. Estas cogniciones, si se expresan abiertamente, podrían ir en contra de los valores sociales y morales de los grupos, y esto amenaza la idea de pertenencia. Por ello, las personas tienden a no decir todo lo que piensan acerca de ciertos temas considerados sensibles en el contexto social al que pertenecen³¹.

Con el suicidio como uno de estos temas socialmente sensibles, una investigación sobre RS de suicidio y depresión³² con 233 estudiantes de psicología mostró que las RS tenían elementos como: *enfermedad, desilusión, angustia y desequilibrio*, considerando indistintamente la depresión y el suicidio en el mismo campo semántico.

Considerando la discusión pública contemporánea sobre el aumento de los casos de suicidio en Brasil y en el mundo^{7,12,33} y en vista de la relevancia de este tema para el campo de la psicología y la salud mental, surge entonces la siguiente pregunta: *¿Cómo es representado el suicidio por los profesionales de la psicología en el curso de su formación?* Así pues, este estudio

pretende verificar y describir las representaciones sociales de los estudiantes de psicología sobre el suicidio.

MÉTODO

Esta investigación cuali-cuantitativa se dividió en dos estudios articulados: el estudio 1 aborda las representaciones sociales en 1ª persona, mientras que el estudio 2 se refiere a las representaciones sociales a través de la técnica proyectiva de la zona muda.

Para la inclusión de la muestra, los participantes debían estar inscritos regularmente en el curso de Psicología de una universidad privada de Brasilia. Se excluyeron de la muestra los matriculados en el primer semestre del curso. La recogida de datos se inició después de algunas orientaciones (anonimato y confidencialidad de informaciones, además de la utilización de los resultados exclusivamente para contribuciones científicas), la explicación de la propuesta de estudio, así como la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), Todos respondieron individualmente, sin ninguna comunicación entre colegas.

Se aplicó un cuestionario de evocación basado en la técnica de asociación libre²⁹ que permite a los participantes evocar lo que tienen en mente cuando se enfrentan al término inductor, es decir, al objeto de representación.

Para el estudio 1, el cuestionario de evocación permitió la asociación libre de ideas acerca del término inductor propuesto: *¿Cuáles son las primeras palabras o ideas que te vienen a la mente sobre el suicidio?* Así, a partir de este término inductor, el participante escribió, en un campo específico, 6 (seis) palabras o expresiones, clasificándolas, después, por orden de importancia, asignando el número 1 (uno) a la palabra más importante y el 6 (seis) a la menos importante. Después, el participante justificaba la elección de la palabra más importante en un campo abierto.

Para el estudio 2, relativo a la zona muda, se utilizó la técnica de sustitución³¹, repitiendo los mismos procedimientos a partir del siguiente término inductor: *¿Cuáles son las primeras palabras o ideas que crees que vienen a la mente de tus compañeros de curso cuando piensan en suicidio?* La explicación de la palabra que mejor se asocia al término inductor permitió calificar la respuesta buscando su significado en el contexto de las palabras evocadas³².

El análisis prototípico fue la técnica utilizada para la organización de la estructura de las representaciones³⁵. Para ello, se utilizó el programa informático *Iramuteq*. El procedimiento de análisis se desarrolla a partir del cálculo de la frecuencia y el orden medio de las evocaciones y la formulación de categorías formadas por la frecuencia, las composiciones y las coocurrencias.

A través del análisis prototípico, se buscó la relación objeto-cognema a partir de dos criterios fundamentales de accesibilidad del elemento cognitivo: la frecuencia y la velocidad de evocación por parte de los grupos proporcionadas por el orden medio de importancia atribuido a la expresión. Este cálculo se realiza mediante la media ponderada de los grados de importancia³⁴.

El doble sistema formado por los posibles elementos centrales y periféricos viene dado por la identificación de la relevancia de los elementos asociados al término inductor. Las correspondencias entre estos criterios permiten un análisis estructural de las representaciones, vislumbrando el contenido y la organización interna. Se han llevado a cabo varios estudios utilizando principalmente *softwares* de soporte al análisis de contenido^{34,35}.

RESULTADOS

Los estudios se realizaron con la participación voluntaria de 170 estudiantes de psicología del 2º al 4º período de una universidad privada de Brasilia. Las edades de los participantes se distribuyeron de la siguiente manera: entre 18 y 30 años (n=21); entre 31 y 40 años (n=27) y entre 40 y 50 años (n=22). En cuanto al género de los participantes, el 89% son mujeres y el 11% son hombres.

El resultado del Análisis Post-Factorial (APF) mostró la frecuencia de las palabras (F) y el orden medio de evocación (OME). Cuanto más bajo sea el índice OME, más rápido recordó el participante la palabra. Las palabras evocadas se presentarán junto con sus frecuencias y OME entre paréntesis (frecuencia / orden medio de evocación).

Los resultados de este análisis en el Estudio 1 revelan que los estudiantes representan el suicidio a partir del término *muerte* (21; 2,5) y otras expresiones relacionadas: *dolor* (59; 2,6), *sufrimiento* (42; 2,7), *depresión* (92; 2,9), *miedo* (32; 3,1), *presión* (21; 3,2) y *tristeza* (71; 3,2). En cuanto a la zona muda, se observó que los términos *miedo* y *presión* no aparecían en el núcleo central (Tabla 2). Sin embargo, el término *debilidad* (27; 2,9) apareció en este cuadrante.

La Clasificación Jerárquica Descendente (CJD), realizada a partir del *corpus* textual de las justificaciones de los participantes, proporcionó un dendograma con clases de palabras, cuyo chi-cuadrado superó $X^2 > 12,52$. Se verificaron los principales elementos de cada clase y el porcentaje de Unidades de Contexto Elemental (UCEs) que comparten. Este análisis permite la formulación de categorías formadas por la frecuencia, las composiciones y las coocurrencias.

El análisis, así como las justificaciones de clase de palabras (C1, C2, C3, C4, C5), estudio (E1 o E2) se encuentran en las Tablas 1 y 2, así como la puntuación de la justificación que representa la relevancia del discurso para la clase en cuestión. Se optó por presentar las justificaciones que han obtenido las puntuaciones más altas.

Tabla 1. Análisis Prototípico del Estudio 1 realizado con 170 estudiantes de Psicología de una universidad privada. Brasilia, 2019.

Clase 1 (19,6%)		Clase 2 (14,44%)		Clase 3 (26,1%)		Clase 4 (26,8%)		Clase 5 (13,1%)	
Palabras	Clase 1	Palabras	Clase 2	Palabras	Clase 3	Palabras	Clase 4	Palabras	Clase 5
Encontrar	23,4	Depresión	48,365	Mejor	31,574	Falta	15,857	Vivir	56,57
Deber	21,193	Principal	24,458	Definir	25,156	Quitar	15,438	Voluntad	42,177
Situación	20,337	Hecho	24,118	Palabra	23,516	Nivel	14,12	Triste	24,172
Estar	18,659	Sentimiento	23,357	Dolor	18,614	Llegar	13,476	Perder	20,736
Pensar	16,724	Salir	18,221	Búsqueda	17,642	Grande	12,981	Parecer	20,376
Familia	16,088	Factor	18,221	Huir	17,642	Punto	12,669	Mundo	13,863
Diffcil	12,546	Estado	18,079	Matar	16,072	Intentar	11,611	Humano	13,863
Quisquilla	12,546	Enfermedad	13,868	Intento	14,602	Desistir	10,175	Sentar	12,031
Cosa	9,852	Mayoría	13,868	Representar	13,482	Luchar	8,359	Quedar	10,018
Existir	9,852	Tomar	8,738	Suicidio	13,189	Salida	8,2	Vacío	10,018

Tabla 2. Análisis Prototípico del Estudio 2 realizado con 170 estudiantes de Psicología de una universidad privada. Brasilia, 2019.

Clase 1		Clase 2		Clase 3		Clase 4	
Palabra	Clase 1	Palabra	Clase 2	Palabra	Clase 3	Palabra	Clase 4
Depresión	43,335	Sentar	18,865	Compañero	25,51	Problema	22,439
Llevar	22,911	Vida	18,11	Creer	18,315	Cometer	22,188
Enfermedad	16,565	Salir	16,396	Cosa	17,597	Decir	19,878
Suicidio	13,732	Acabar	15,426	Estar	13,73	Oír	18,865
Estudiar	11,714	Propio	9,641	Ayuda	9,151	Familiar	12,984
Elegir	11,714	Sufrimiento	8,573	Suceder	9,151	Cavar	9,641
Tipo	7,86	Idea	6,23	Pasar	5,604	Débil	9,641
Ir	5,111	Sólo	6,23	Hacer	4,802	Persona	6,777
Pensar	3,973	Ver	6,23	Pensar	4,412	Ser	6,777
		Dolor	6,23			Querer	6,141
estar	-9,586	Suicidio	-7,53	Depresión	-8,996	Pensar	-4,353
vida	-7,233	Compañero	-6,991	Problema	-5,024		
creer	-5,756	Depresión	-5,662				
querer	-4,375	Creer	-5,193				

A partir de las UCEs se construyeron dos categorías, a saber: *Depresión y soporte social*, y *Sufrimiento y debilidad*.

Depresión y soporte social

En el Estudio 1, la estructura del dendograma obtenido mediante la CJD indica que las Clases 1 y 2 están interconectadas, lo que indica que sus datos deben analizarse de forma articulada. La clase 1 presenta el 19,6% de las UCEs e incluye términos que demuestran el papel de la familia y el círculo social en el apoyo o el empeoramiento del riesgo de los individuos potencialmente suicidas.

En esta categoría, el suicidio se representa como una consecuencia de la soledad derivada de la descalificación del sufrimiento psíquico por parte de las personas, según el entorno social en el que se inserta el individuo. Cuando este sufrimiento no es reconocido por el otro, la gente encuentra el suicidio como solución a esta demanda insatisfecha. Esta representación puede evidenciarse en las afirmaciones siguientes:

Porque una persona que tiene depresión y piensa en el suicidio nunca es comprendida por la familia, los amigos y los compañeros porque muchos acaban pensando que ese sufrimiento es una quisquilla o sólo una fase difícil que la persona está atravesando. (C1, E1); Participante 144

Porque para que una persona quiera suicidarse, debe estar pasando por algún momento difícil, sufriendo por alguna situación o pensando que a nadie le importa su existencia, sintiéndose sola. (C1, E1); Participante 9

Porque cuando una persona piensa en el suicidio, está pasando por algo malo en la vida; se siente abandonada por sus amigos y familiares, no tiene el apoyo que necesita en ese momento. Esto refuerza la idea de que no es valorizado. (C1, E1); Participante 67

Creo que en el momento de total desesperación del individuo le lleva a practicar tal acto sin pensar bien, o cuando puede estar pensando que ya no hay salvación o que está solo, donde no hay nadie que le ayude o que está sin la solución a sus problemas. (C1, E1); Participante 62

Porque creo que cuando una persona está pensando en el suicidio debe estar muy desesperada por alguna razón que tal vez piensa que no hay solución, entonces con otros sentimientos, piensa en suicidio. (C1, E1); Participante 118

La Clase 2 del Estudio 1 presenta el 14,4% de las UCEs. El contenido de esta categoría muestra que los participantes anclaron el suicidio como una manifestación de un estado de depresión en el que los individuos se ven afectados. En articulación con los resultados obtenidos en la Clase 1 de este mismo estudio, de los cuales se infiere que el soporte social de la familia y de las personas cercanas es esencial para la prevención de este estado de depresión y su consecuente acto suicida. En los discursos con puntuaciones más altas, el suicidio se representa como la consecuencia de una enfermedad de origen psíquico que viene “*de dentro a fuera*” y se caracteriza por la desesperación y la imposibilidad de resolución a través de palabras:

Porque refleja la enfermedad, y el hecho de que la persona no puede enfrentarse a ella sola; el sentimiento de impotencia causado por la depresión traerá consigo la desesperación, llevando al suicidio como resolución de los problemas. (C2, E1); Participante 89

Cuando estás con depresión, nada tiene color. Piensas que algún día saldrás de ella. Las palabras no ayudan porque no tienes la esperanza de que, de alguna manera, el sentimiento pase, de que cambie, de que resurja la esperanza y de que las cosas mejoren realmente. (C2, E1); Participante 143

La depresión es una enfermedad que consume al ser, viene de adentro hacia afuera silenciosamente y cuando se ve estamos en un hoyo tratando de salir, sin embargo no podemos. El hecho de que sea tan doloroso y el sufrimiento genera un alto índice de suicidio. (C2, E1); Participante 83

La depresión, porque es una enfermedad grave, que si no se trata puede llevar al suicidio; también creo que es la principal causa de suicidio. (C2, E1); Participante 17

En cuanto a la perspectiva en el estudio de la zona muda, la Clase 1 del Estudio 2 (25,2% de las UCEs) presenta resultados similares con el contenido de la Clase 2 del Estudio 1, teniendo en cuenta que en ambas, el suicidio fue representado como un fenómeno mórbido resultante de la depresión. Sin embargo, los resultados obtenidos en la zona muda revelan críticas a la hiperpatologización de los aspectos cotidianos y la excesiva atribución causal al estado de depresión como enfermedad desencadenante del suicidio. En los siguientes discursos, es posible observar la producción de sentido de los participantes sobre estos aspectos:

Hoy en día, todo gira en torno a la depresión. La enfermedad del siglo siempre rodea nuestras conversaciones: si sacas una mala nota, es porque estabas deprimido y no estudiaste; si te aíslas, estás deprimido; si enfermaste,

enfermaste porque estás deprimido. (C1, E2); Participante 24

La mayoría de la gente deben poner la depresión como respuesta, pero acaban olvidando que todo lo escrito puede llevar a la depresión y, en consecuencia, al suicidio. (C1, E2); Participante 81

Sufrimiento y debilidad

La Clase 5 del Estudio 1 contó con el 13,1% de las UCEs. La estructura del dendograma obtenido por la CJD señala que su contenido debe ser analizado de manera articulada con los de la Clase 4. En esta categoría, el suicidio es representado como el resultado de un vacío existencial que lleva a las personas a no tener más sentido para sus vidas.

Las representaciones de esta categoría aparecen en expresiones como *aislamiento, soledad, pérdida y tristeza*. Este marco contribuiría al estado de aislamiento, impotencia y frustración debido a la insuficiencia resultante de no cumplir con las expectativas sociales: Esta idea de vacío está relacionada con la incapacidad de hacer frente a la presión social y los cobros:

La soledad y el vacío hacen que el ser humano pierda las ganas de vivir. (C5, E1); Participante 147

Cuando una persona está deprimida, se siente muy vacía y triste, entonces nada le anima y pierde el ánimo de vivir porque parece que nada es suficiente. (C5, E1); Participante 74

En el aislamiento, la persona no tiene deseo de nada, pierde toda la voluntad de alimentarse, de bañarse, relacionarse; un enorme vacío, donde parece que la muerte traerá una salida para todo esto. (C5, E1); Participante 144

El sujeto vive en sociedad y esto es natural. Desde el momento en que no soporta los cobros, no puede realizar actividades cotidianas sencillas, no es aceptado o no consigue la aprobación de un determinado grupo social. El aislamiento es muy triste, porque nadie vive solo. (C5, E1); Participante 63

La Clase 4 del Estudio 1 presenta el mayor porcentaje de UCEs, con un total del 26,8%. Se deduce que los participantes representan el suicidio como una falta de voluntad de vivir. Los términos *falta* y *quitar* pertenecen a campos semánticos similares, lo que indica que la falta se objetiva en el acto de quitarse la vida. En el caso de los estudiantes, el nivel de tristeza y desesperanza llega a tal punto que la salida que encuentran es dejar de luchar y, por tanto, intentar suicidarse. Las justificaciones de los participantes que figuran a continuación muestran cómo se organizan estas representaciones para la formación de significados:

Creo que una persona para llegar a este punto de quitarse la vida ya ha agotado todo su emocional y no ve ninguna solución y con esto la desesperación es grande, nadie le entiende, tampoco ella propia. (C4, E1, 70); Participante 95

El dolor es lo que las personas cargan por frustraciones, tristeza, falta de perdón, entre otros, y si esto no se trata, llega un momento en que se quedan sobrecargados a punto de creer que no hay salida. (C4, E1, 42); Participante 141

Porque para que una persona llegue a un nivel de sufrimiento hasta el punto de intentar suicidarse tiene que estar muy angustiada, sin esperanza y sin pensar en nada más. (C4, E1, 62); Participante 16

La Clase 3 del Estudio 1 (26,1% de las UCEs) presenta contenidos que indican que los estudiantes representan el suicidio como un medio para afrontar sus sentimientos y no como un propósito en sí mismo. Los participantes emplearon el término *escape*, afirmando que la muerte no era necesariamente el objetivo del acto, sino el camino hacia otra situación diferente a los estados emocionales que surgieron en las clases comentadas anteriormente: *aislamiento, soledad, pérdida y tristeza y desesperación*. Como en la Clase 4 del Estudio 1, la salida es dejar de luchar y quitarse la vida. Los siguientes extractos apuntan a esta perspectiva:

Creo que dolor es la mejor palabra para definir el suicidio porque es lo que la mayoría de los suicidas relatan en sus cartas de despedida. Para ellos la muerte es una forma de acabar con todo el sufrimiento que atormenta sus mentes. (C3, E1); Participante 77

Para mí, el escape es lo que mejor lo define porque veo el suicidio como una vía de escape que la persona encuentra para huir de su dolor tan intenso. (C3, E1); Participante 109

Por la dificultad que siente la persona, la depresión es una forma de acabar con su sufrimiento. (C2, E2); Participante 69

Porque se siente sola o está pasando por un momento de sufrimiento. (C2, E2); Participante 35

Estos mismos resultados se encontraron en la Clase 2 del Estudio 2 (24,3% de las UCEs). Los estudiantes también atribuyeron a sus colegas la idea de que el suicidio se constituye como un acto mediador entre el estado actual de sufrimiento y otro estado no objetivado. Sin embargo, los resultados encontrados en la Clase 4 de la zona muda (24,3% de las UCEs) revelan la representación de que esta salida se considera un acto de debilidad ante los problemas y las presiones del entorno social. Estos resultados convergen con los obtenidos por el Análisis Post-Factorial, cuyos cuadrantes revelaron la *debilidad* como uno de los elementos que conforman

el núcleo de las RS en el estudio de la zona muda (Tabla 2). Las declaraciones que siguen muestran esta posición:

He oído decir que la gente que se suicida es débil, que podría tratar de resolver los problemas. (C4, E2); Participante 73

Siempre los oigo decir que quien comete el acto es alguien débil. Es común escuchar de otras personas la asociación de una persona débil a una persona que se suicida, es como si el suicidio se resumiera a la falta de fuerza de voluntad de alguien. (C4, E2); Participante 52

Por lo que he escuchado de los colegas en algunas conversaciones en el aula sobre el tema, creo que la palabra más citada fue escape, porque dicen que es una forma de no sentir más nada; los que se someten al suicidio realmente escapan de los problemas de la vida cotidiana. (C4, E2); Participante 164

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permiten afirmar que las representaciones sociales del suicidio para los estudiantes de psicología se estructuran a partir de los siguientes elementos centrales: *muerte, dolor, sufrimiento, depresión, miedo, presión y tristeza*. Sin embargo, cuando se pide a los participantes que evoquen los términos que atribuyen a sus colegas, ya no aparecen los elementos *presión y miedo*, surgiendo la palabra *debilidad*. Asimismo, aunque los estudiantes asocian el suicidio con aspectos disposicionales (*depresión, tristeza y sufrimiento*), el término *presión* sugiere que, para ellos, el suicidio también tiene una dimensión social externa al individuo, ya que relacionan el suicidio con la *debilidad* debida a la presión social.

En cuanto a las representaciones de los estudiantes de psicología sobre este tema, los estudios muestran que existe la creencia entre los enfoques psicológicos de que el suicidio es un acto que tiene como objetivo terminar con un sufrimiento psíquico insoportable para el sujeto, que no encuentra otras formas de vivir con la angustia que lo perturba^{15,36}. Se encontraron resultados similares en otro estudio³¹, en el que el elemento *muerte* se representó como un escape de la adversidad del entorno exterior. También se observó que los estudiantes anclaban el suicidio en sus experiencias académicas, basando sus representaciones de este tema en los síntomas clínicos y en la idea de la salud mental como equilibrio emocional.

El suicidio se representó como una consecuencia de la depresión clínica y como un acto que no tiene necesariamente como objetivo la muerte. En este sentido, otro estudio³⁷ también mostró la representación del suicidio como un mecanismo extremo para acabar con el dolor psíquico, debido a una ausencia de repertorio psicológico para hacer frente a los problemas, resultando el acto como una estrategia de escape.

Otro estudio³⁷ verificó que quienes practican el suicidio no buscan la muerte en sí misma. Otros estudios también revelan que, en estos intentos existe el desarrollo de fantasías en las que el acto no tiene la perspectiva de acabar con la vida, sino la transformación del sufrimiento psíquico a través de una ruptura extrema^{6,36,38,39}.

Otro estudio investiga el suicidio representado por términos como *sufrimiento, escape y desesperación*, defendiendo, como punto común entre las representaciones de estos grupos, la idea de que las personas se suicidan porque sólo encuentran esta salida para afrontar su estado de sufrimiento^{36,40}, debido a una rigidez de pensamiento que impide otras posibilidades⁴¹.

Un estudio presentó el suicidio vinculado al *sufrimiento, la desesperación, el escape y enfermedades*. Entre los participantes del mismo estudio, otro grupo de personas sin conocimientos sobre el tema informó de representaciones de *escape, desesperación, cobardía, nerviosismo y llamar la atención*⁴².

El acto suicida no puede considerarse racional y consciente, ya que las personas no buscan la muerte voluntariamente sin que su estructura cognitiva tenga la muerte como objetivo⁴³. Es posible que este argumento esté relacionado con el hecho de que los intentos de suicidio superan en 10 veces la consumación del acto¹⁴.

En cuanto a la asociación que los participantes hicieron entre las psicopatologías y la ideación suicida, algunos estudios sostienen que los síntomas depresivos son fuertes

predictores del suicidio⁴⁴⁻⁴⁶. Las investigaciones se han dividido entre aquellas que atribuyen los actos suicidas a los trastornos mentales y otras que no se correlacionan con los factores psicopatológicos⁴⁷⁻⁴⁹. Sin embargo, hay investigadores que critican la causalidad del suicidio en la dinámica de los trastornos psíquicos con apoyo en la medicina y la farmacología modernas, dado que tales resultados han demostrado ser reduccionistas al abordar este fenómeno complejo y multicausal⁵⁰.

En el caso de las influencias externas, el término *presión* está presente en el núcleo central de las representaciones. En general, hay estudios que atribuyen la conducta suicida a factores disposicionales -cuyos fundamentos residen en la dinámica interna de la persona- mientras que hay otros estudios que la asocian a factores situacionales con causalidad externa^{10,14,24}. Algunos factores situacionales están asociados al riesgo de suicidio, como *el estrés, los conflictos interpersonales, la falta de soporte social y acontecimientos traumáticos*³⁵.

Los estudiantes señalaron que la familia y el círculo social más cercano tienen un papel fundamental de soporte social para quienes tienen un potencial riesgo suicida. Asimismo, la soledad y el aislamiento se señalaron como factores asociados al suicidio, debido al sufrimiento psíquico no reconocido y al incumplimiento de las expectativas sociales. Otros estudios señalan que existe una correlación entre la dinámica social externa y el plano interno del sujeto, considerando que, en diferentes grupos sociales, los trastornos psíquicos explican significativamente el riesgo de suicidio⁴⁶⁻⁴⁸.

El impacto del suicidio es alto para las familias implicadas, afectando a entre 5 y 10 personas^{2,13,25}. El estigma social, la culpa y el abandono son sentimientos que frecuentemente manifiestan los familiares supervivientes, que se convierten en potenciales grupos de riesgo²⁴. Estos sentimientos son barreras para acceder al apoyo necesario para la experiencia social del proceso de duelo^{10,23,27}.

Como ocurrió en los casos de familiares fallecidos por el SIDA, los miembros de la familia afirman sentirse avergonzados de experimentar el dolor públicamente porque no se reconoce ni se autoriza². En el caso de las mujeres, este sentimiento lleva a la idea de fracaso, ya que sienten que no han desempeñado adecuadamente su papel de cuidadoras^{51,52}.

Estos tabúes son la base para el desarrollo de enfermedades psiquiátricas y otros problemas de salud graves²³:

“Los supervivientes pueden tener dificultades para reanudar su vida después del evento, aislándose para evitar posibles juicios sociales, además de presentar vergüenza y sentimientos ambivalentes que los hacen entre dos y tres veces más susceptibles al riesgo de suicidio”¹.

CONCLUSIÓN

La investigación sobre temas socialmente sensibles, como el suicidio, es relevante para la instrumentalización de intervenciones adecuadas por parte de los profesionales que tratan este fenómeno en entornos clínicos y culturales. Además, la comprensión de este conocimiento práctico que las personas construyen sobre el suicidio permite que estas intervenciones sean más coherentes con la dinámica psicosocial del grupo en cuestión, ya que las representaciones varían según el plano en el que se formulan.

En el caso de los estudiantes de psicología, las representaciones compartidas sobre el tema están marcadas por cognemas que asocian el acto suicida a trastornos con sintomatología clínica. Es necesario que la formación de los profesionales de la salud tenga en cuenta los intrincados factores que impregnan el tema, para una actuación práctica que no sea reduccionista y limitada.

El apoyo psicológico e interdisciplinario es esencial para la atención de las personas que presentan deseos o conductas suicidas. Por ello, los profesionales de la salud mental desempeñan un papel esencial en la acogida y el tratamiento de las personas que tienen pensamientos, ideaciones o que ya han intentado suicidarse. Es necesario que se realicen

estudios para conocer las creencias de estos profesionales, con el fin de que puedan abordar este fenómeno de forma más eficaz y adecuada.

Del mismo modo, los estudiantes representaron el suicidio como una forma de afrontar el sufrimiento psíquico, buscando no la muerte, sino el fin del dolor. Por esta razón, deberían realizarse más estudios, con el objetivo de comprender el pensamiento compartido sobre la muerte y el sufrimiento psíquico. *¿Cuáles son las principales creencias que subyacen al acto suicida como forma de afrontar el sufrimiento psíquico? ¿Cuál es el papel de las familias y el círculo social en la prevención y el riesgo de suicidio?* Estas cuestiones son urgentes para las próximas investigaciones sobre este tema.

Entre las limitaciones de este estudio, se destaca el número de encuestados, que podría ser más amplio, con mayores perspectivas interpretativas. Además, se podrían haber empleado otros análisis cuantitativos, como la aplicación de instrumentos de actitudes, para ampliar la comprensión del fenómeno.

REFERENCIAS

1. Ruckert MLT, Frizzo RP, Rigoli MM. Suicídio: a importância de novos estudos de posvenção no Brasil. Rev Bras Ter Cogn. [Internet]. 2019 [citado en 18 nov 2020]; 15(2):85-91. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v15n2/v15n2a02.pdf>. DOI: 10.5935/1808-5687.20190013
2. Sebastião MASS. Vida depois da morte: narrativas da experiência de perda de um familiar por suicídio [Internet]. [dissertação]. Évora, Portugal: Escola de Ciências Sociais; 2017. <https://core.ac.uk/download/pdf/80518262.pdf>
3. Alves Júnior CAS, Nunes HEG, Gonçalves ECA, Silva DAS. Suicidal behaviour in adolescents: characteristics and prevalence. J Hum Growth Dev. [Internet]. 2017 [citado en 18 nov 2020]; 26(1):88-94. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n1/13.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113733>
4. Rheinreimer B, Kunz M. Atenção ao suicídio. Clin Biomed Res. [Internet]. 2015 [citado en 18 nov 2020]; 35(3):123-5. Disponible en: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/60044>
5. Santos CVM. Sofrimento psíquico e risco de suicídio: diálogo sobre saúde mental na universidade. Rev NUFEN [Internet]. 2019 [citado en 18 nov 2020]; 11(2):149-60. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v11n2/a10.pdf>. DOI: 10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02rex29
6. Cortez PA, Veiga HMS, Gomide APA, Souza MVR. Suicídio no trabalho: um estudo de revisão da literatura brasileira em psicologia. Rev Psic, Organ Trab. [Internet]. 2019 [citado en 18 nov 2020]; 19(1):523-31. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v19n1/v19n1a03.pdf>. DOI: 10.17652/rpot/2019.1.14480
7. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir [Internet]. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2014. Disponible en: <https://www.hsau.de.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf>
8. Costa SP, Chavaglia SRR, Amaral EMS, Silveira RE. Internações e gastos relacionados ao suicídio em um hospital público de ensino. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2015 [citado en 18 nov 2020]; 4(2):20-32. Disponible en: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1104>
9. Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. Lisboa: Editorial Presença; 1977.
10. Benetti IC, Molina LR, Kornin A. Características do suicídio em Santa Catarina: um estudo do período de 2007 a 2016. Estud Psicol. (Natal) [Internet]. 2018 [citado en 18 nov 2020]; 23(4): 404-15. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v23n4/a07v23n4.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180038>
11. Costanza A, Ambrosetti J, Wyss K, Bondolfi G, Sarasin F, Khan R. Prévenir le suicide aux urgences: de la Théorie Interpersonnelle du Suicide à la connectedness. Rev Med Suisse [Internet]. 2018 [citado en 18 nov 2020]; 14(593):335-8. Disponible en: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:111013>
12. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado en 18 nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/6-june-18108-world-health-statistics-2018.pdf>

13. Fukumitsu KO, Kovács MJ. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico* [Internet]. 2016 [citado en 18 nov 2020]; 47(1):3-12. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psico/v47n1/02.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.2.17484>
14. Silva NKN, Carvalho CMS, Magalhães JM, Carvalho Junior JAM, Sousa BVS, Moreira WC. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2017 [citado en 18 nov 2020]; 13(2):71-7. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v13n2/03.pdf>. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i2p71-77
15. Ferracioli NGM, Oliveira-Cardoso EAV, Vedana KGG, Pillon SC, Miasso AIS, Souza J, et al. Os bastidores psíquicos do suicídio: uma compreensão psicanalítica. Vínculo [Internet]. 2019 [citado en 18 nov 2020]; 16(1):1-17. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v16n1/v16n1a03.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.32467/issn.1982-1492v16n1p17-28>
16. Cordeiro EL, Silva LSR, Mendes EWP, Silva LCL, Duarte VL, Lima ECMP. Tentativa de suicídio e fatores associados ao padrão uso e abuso do álcool. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2020 [citado en 18 nov 2020]; 16(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.157007>
17. Leme VBR, Chagas APSPS, Alves AJCP, Rocha CS, França FA, Jesus FQS, et al. Habilidades sociais e prevenção do suicídio: relato de experiência em contextos educativos. *Estud Pesqui Psicol.* [Internet]. 2019 [citado en 18 nov 2020]; 19(1):284-97. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43020/29667>
18. Couto VVD, Tavares MSA. Apego e risco de suicídio em adolescentes: estudo de revisão. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2016 [citado en 18 nov 2020]; 17(2):120-36. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v17n2/v17n2a10.pdf>
19. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attch Hum Dev.* [Internet]. 2013 [citado en 18 nov 2020]; 15(4):368-83. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23560608/>. DOI: 10.1080/14616734.2013.782649
20. Cruz D, Narciso I, Pereira C, Sampaio D. Self-destructive symptomatic frames in clinical adolescents: is the same different? *J Res Adolesc.* [Internet]. 2015 [citado en 18 nov 2020]; 25(3):524-33. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jora.12152>. DOI: <https://doi.org/10.1111/jora.12152>
21. Saffer BY, Glenn CR, Klonsky ED. Clarifying the relationship of parental bonding to suicide ideation and attempts. *Suicide Life Threat Behav.* [Internet]. 2015 [citado en 18 nov 2020]; 45(4):518-28. Disponível em: https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/PBI_2015.pdf. DOI: 10.1111/sltb.12146
22. Levinzon GK. Thirteen reasons why: suicídio em adolescentes. *J Psicanal.* [Internet]. 2018 [citado en 18 nov 2020]; 51(95):297-306. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v51n95/v51n95a24.pdf>
23. Rocha PG, Lima DMA. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicol Clín.* [Internet]. 2019 [citado en 18 nov 2020]; 31(2):323-44. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n2/07.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438V0031N02A06>
24. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2017.
25. Baére F, Zanello, V. O gênero no comportamento suicida: uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. *Estud Psicol. (Natal)* [Internet]. 2018 [citado en 19 nov 2020]; 23(2):168-78. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v23n2/a08v23n2.pdf>. DOI: 10.22491/1678-4669.20180017
26. Yehudit S. Choosing to enter the darkness – a researcher's reflection on working with suicide survivors: a collage of words and images. *Qual Res Psychol.* [Internet]. 2018 [citado en 18 nov 2020]; 17:1-12. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14780887.2018.1442766>. DOI: <https://doi.org/10.1080/14780887.2018.1442766>
27. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.
28. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS, editores. *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG; 2003. p. 37-57.
29. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.

30. Jesuino JC. Ser professor não é fácil. *Educ Quest*. [Internet]. 2014 [citado em 18 nov 2020]; 49(35):29-48. DOI: <https://doi.org/10.21680/1981-1802.2014v49n35ID5903>
31. Menin MSS. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. *Psicol Teor Pesqui*. [Internet]. 2006 [citado em 18 nov 2020]; 22(1):1-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n1/29843.pdf>
32. Vieira KFL, Coutinho MPL. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicol Ciênc Prof*. [Internet]. 2008 [citado em 18 nov 2020]; 28(4):714-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>
33. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado 14 sept 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/15/Diretrizes-Apoio-Integrado-MS10-07-12.pdf>
34. Wolter RP, Wachelke J. Índices complementares para o estudo de uma representação social a partir de evocações livres: raridade, diversidade e comunidade. *Psicol Teor Prát*. [Internet]. 2013 [citado em 18 nov 2020]; 15(2):119-29. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n2/09.pdf>
35. Wolter RP, Wachelke J, Naiff D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. *Temas Psicol*. [Internet]. 2016 [citado em dic 2020]; 24(3):1139-52. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n3/v24n3a18.pdf>
36. Correia CM, Gomes NP, Couto TMR, Diniz EAL, Diniz NMF. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet]. 2014 [citado em 18 nov 2020]; 23(1):118-25. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00118.pdf
37. Cremasco GS, Baptista MN. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. *Estud Interdiscip Psicol*. [Internet]. 2017 [citado em 18 nov 2020]; 8(1):22-37. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/24293/0>
38. Cassorla RMS. Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher; 2017.
39. Müller SA, Pereira G, Zanon RB. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Psicol IMED* [Internet]. 2017 [citado em 18 nov 2020]; 9(2):6-23. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v9n2/02.pdf>
40. Freitas APA, Borges LM. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estud Pesqui Psicol*. [Internet]. 2014 [citado em 18 nov 2020]; 14(2):560-77. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n2/v14n2a10.pdf>
41. Correia CM, Diniz NMF, Gomes NP, Andrade ICS, Campos LM, Carneiro JB. Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2018 [citado em 18 nov 2020]; 14(4):219-25. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n4/05.pdf>. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.151401
42. Daolio ER, Silva JV. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. *Bioethikos* [Internet]. 2009 [citado em 18 nov 2020]; 3(1):68-76. Disponível em: www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/68a76.pdf
43. Brunhari MV, Darriba VA. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. *Psicol Clín*. [Internet]. 2014 [citado em 18 nov 2020]; 26(1):197-213. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v26n1/13.pdf>
44. Vieira KFL. Depressão e suicídio: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico [Internet]. [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2008 [citado em 18 nov 2020]. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/ppgp/images/pdf/dissertacoes/kay_francis_leal_vieira_2008.pdf
45. Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Interam J Psychol*. [Internet]. 2005 [citado em 18 nov 2020]; 39(2):259-66. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26610518_Fatores_de_Risco_ou_Protecao_para_a_Presenca_ade_Ideacao_Suicida_na_Adolescencia
46. Dutra E. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estud Pesqui Psicol*. [Internet]. 2012 [citado em 18 nov 2020]; 12(3):924-37. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n3/v12n3a13.pdf>

47. Pereira AAM. Dor psicológica e ideação suicida em estudantes [Internet]. [dissertação]. Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro; 2013 [citado en 18 nov 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10773/11527>
48. Pereira AAG. Ideação suicida e fatores associados: estudo realizado numa amostra da população universitária da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. [dissertação]. Vila Real, Portugal: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2011.
49. Yoon J, Lau AS. Maladaptive perfectionism and depressive symptoms among Asian American college students: contributions of interdependence and parental relations. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* [Internet]. 2008 [citado en 18 nov 2020]; 14(2):92-101. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2008-04404-002>. DOI: <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.2.92>
50. Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Cienc Saúde Colet.* [Internet]. 2017 [citado en 18 nov 2020]; 22(9):3061-75. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-3061.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232017229.05882016
51. Nunes F, Pinto J, Lopes M, Enes C, Botti NCL. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: revisão integrativa. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2016 [citado en 18 nov 2020]; 15:17-22. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n15/n15a03.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0127>
52. Batista P, Santos JC. Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2014 [citado en 18 nov 2020]; 12:17-24. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a03.pdf>

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUCIONES

Otávio Henrique Braz de Oliveira Calil contribuyó al diseño, al análisis de datos y a la redacción. **Daniela Scheinkman Chatelard** participó en la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Calile OHBO, Chatelard DS. Representaciones sociales acerca del suicidio. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(2):358-71. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

CALILE, O. H. B. O.; CHATELARD, D. S. Representaciones sociales acerca del suicidio. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 9, n. 2, p. 358-71, 2021. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Calile, O.H.B.O., & Chatelard, D.S. (2021). Representaciones sociales acerca del suicidio. *REFACS*, 9(2), 358-71. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

