

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE INCIDENCIA DEL SUICIDIO EN EL VALLE
DE ABURRÁ**

Asesores:

Lina Maria Ortiz Vargas

Docente Intervención Psicosocial

Presentado por:

Mariana Castro Penagos

Carolina Ruiz Bermúdez

Jorge Luis Vesga Gómez

Tecnología en Atención Pre-hospitalaria

Medellín, Colombia

2015



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: "Análisis de las causas de incidencia del suicidio en el Valle de Aburra", elaborado por los estudiantes: MARIANA CASTRO, CAROLINA RUIZ y JORGE LUIS VESGA del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- BUENO

Medellín, Mayo 20 de 2015


LIC. MILTON ANDRÉS JARA
Coordinador Investigación FCS


ESP. LINA ORTIZ
Asesor Principal


MARIANA CASTRO PENAGOS
Estudiante


CAROLINA RUIZ BERMUDEZ
Estudiante


JORGE LUIS VESGA GÓMEZ
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

CONTENIDO

CONTENIDO	
Resumen del proyecto	
1. Facultad: Salud.....	
2. Problema	
3. Resultados	
Conclusiones	
CAPÍTULO UNO: PANORAMA DEL PROYECTO	1
Título.....	1
Introducción	1
Planteamiento del problema.....	2
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
OBJETIVOS	3
JUSTIFICACIÓN	4
VIABILIDAD DEL PROYECTO	5
LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
IMPACTO DEL PROYECTO.....	7
CONCLUSIONES	9
CAPITULO DOS: MARCO CONCEPTUAL.....	10
Introducción	10

Términos psicológicos	11
MARCO CONCEPTUAL.....	25
Tabla 1.Mitos vs Realidades	26
Mitos o ideas erróneas sobre el suicidio	26
MARCO REFERENCIAL.....	36
MARCO HISTÓRICO.....	41
MARCO GEOGRÁFICO	49
MARCO LEGAL.....	52
Ley 1616 del 21 de enero de 2013	52
Proyecto de ley estatutaria 05 de 2007 senado	54
CAPITULO I.....	54
Decisión Informada:.....	55
MARCO TEÓRICO.....	61
El suicidio en Colombia.....	62
Causas del suicidio.....	67
Suicidio entre ancianos	73
HISTORIA BULLYING Y SU RELACIÓN CON EL SUICIDIO	75
CAPITULO TRES: DIAGNOSTICO O ANÁLISIS	89
Árbol	89

Matriz FODA	90
CAPITULO CUATRO: DISEÑO METODOLÓGICO	92
CAPITULO CINCO: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	121
Conclusiones	121
Recomendaciones.....	124
BIBLIOGRAFÍA	125

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS.

TABLA 1.mitos vs realidades.....	25
TABLA 2.situación real	26
TABLA 3.lesiones fatales según manera de muerte en colombia por capitales en el año 2011. fuente medicina legal.	28
TABLA 4. muertes violentas según manera en colombia, comparativo años 2011-2012.	29
TABLA 5. . lesiones fatales según grupo de edad y manera de muerte año 2012. de un total de 3080 muertes de jóvenes entre 10 y 19 años 283 corresponden a suicidios, 44 casos más que el año anterior .fuente medicina legal.	31
TABLA 6. : lesiones fatales según manera de muerte en colombia por capitales en el año 2012. fuente medicina legal.....	32
TABLA 7.causas.	89
TABLA 8.medios y fines considerables para el suicidio en el valle de aburra.	90

GRÁFICAS.

GRÁFICA 1. Porcentaje muertes violentas en Colombia.....	30
GRÁFICA 2.Distribución porcentual de las defunciones por suicidio según sexo para el año 2010 en Medellín.....	33
GRÁFICA 3.Tasa de muertes por suicidio por comunas y corregimientos en la ciudad de Medellín para el año 2010.....	33
GRÁFICA 4.Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según grupos de edad en la ciudad de Medellín para el año 2012	34
GRÁFICA 5.Distribución porcentual de las defunciones por suicidio según grupos de edad en la ciudad de Medellín para el año 2012	34
GRÁFICA 6.Casos de suicidios por ciudades y departamentos de Colombia en el año 2010.....	35
GRÁFICA 7.Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según sexo en la ciudad de Medellín para el año 2010.	35
GRÁFICA 8. Municipios	92
GRÁFICA 9.Tipo de evento de los encuestados	92
GRÁFICA 10. Los rangos de las edades	93
GRÁFICA 11. En la gráfica podemos observar que en cuanto al nivel educativo.....	94
GRÁFICA 12.Sexo	94
GRÁFICA 13.Estado Civil	94

GRÁFICA 14. Religión	95
GRÁFICA 15. Zonas	95
GRÁFICA 16. Instituciones.....	96
GRÁFICA 17. Ocupación.....	97
GRÁFICA 18. Seguridad social.....	97
GRÁFICA 19. Clasificación del Sisben	98
GRÁFICA 20. Día de la semana.....	98
GRÁFICA 21. Medio Utilizado.....	99
GRÁFICA 22. Medio Utilizados.	101
GRÁFICA 23. Escenarios del evento.	101
GRÁFICA 24. Planeación.....	102
GRÁFICA 25. Letalidad.	102
GRÁFICA 26. Prueba Alcoholemia.	103
GRÁFICA 27. Antecedentes de maltrato en la niñez	103
GRÁFICA 28. Enfermedades Físicas	104
GRÁFICA 29. Enfermedades que sufren los encues	105

GRÁFICA 30.De las enfermedades incapacitantes	106
GRÁFICA 31.De las enfermedades terminales	106
GRÁFICA 32.De las enfermedades mentales.....	107
GRÁFICA 33.DE 7 enfermedades mentales en familiares.....	107
GRÁFICA 34. En el tratamiento farmacológico	108
GRÁFICA 35.Tratamiento.....	109
GRÁFICA 36. Tratamiento alternativo.....	109
GRÁFICA 37. Tratamiento alternativo.....	109
GRÁFICA 38. Tratamiento por psiquiátrica.....	110
GRÁFICA 39. Intento de suicidio bajo efectos del alcohol.....	110
GRÁFICA 40. Intento de suicidio bajo efectos de sustancias psicoactivas.....	111
GRÁFICA 41. Suicidio en familia.....	111
GRÁFICA 42. Intento suicidio en familiares	112
GRÁFICA 43.Intentos de suicidio.....	113
GRÁFICA 44. Pruebas toxicológicas	114
GRÁFICA 45. Consumen alcohol	114

GRÁFICA 46. Consumen marihuana	115
GRÁFICA 47. Consumen cocaína	115
GRÁFICA 48. Consumen bazuco.....	115
GRÁFICA 49. Consumen heroína	116
GRÁFICA 50. Consumen otras sustancias	116
GRÁFICA 51. Pérdida por Muerte de un ser querido.	116
GRÁFICA 52. Separación de Pareja.....	117
GRÁFICA 53. Conflicto de parejas	117
GRÁFICA 54. Violencia Doméstica Física.....	117
GRÁFICA 55. Violencia doméstica psicológica	118
GRÁFICA 56. Violencia sexual de los encuestados.....	118
GRÁFICA 57. Problemas económicos de los encuestados	118
GRÁFICA 58: Pérdida del empleo de los encuestados	119
GRÁFICA 59. Desplazamiento forzado de los encuestados	119
GRÁFICA 60. Conflicto armado de los encuestados	119
GRÁFICA 61. Otras situaciones de los encuestados	120

GRÁFICA 62. Institución donde fueron atendidos los encuestados	120
--	-----

RESUMEN DEL PROYECTO

Corporación Universitaria Adventista

1. Facultad: Salud

Programa: Tecnología en Atención Pre hospitalaria de Urgencias Emergencias y Desastres

Título: ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE INCIDENCIA DEL SUICIDIO EN EL VALLE DE ABURRÁ.

Nombre de los integrantes del grupo

Carolina Ruíz Bermudez

Jorge Luis Vesga Gómez

Mariana Castro Penagos

Sigla del título académico y nombre de los asesores: Psi. Lina María Ortiz

Fecha de terminación del proyecto: Abril 29 de 2015.

Introducción

El suicidio, es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte. Se estima que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida sufren depresión y sus parientes tienen un riesgo más elevado de padecer tendencias al respecto. Los padecimientos psíquicos se encuentran presentes en 9 de cada 10 casos de suicidio; entre ellos, aparte de la depresión se encuentran también los trastornos de ansiedad y las adicciones.

Problema

En la sociedad, convergen diversos estilos de pensamiento, generando constantes disputas y enfrentamientos entre la población por una variedad de factores, cómo cuidar la salud; donde entran múltiples principios a mediar la temática en cuestión, y hay poco interés en un adecuado estilo de vida saludable.

Existe una población, que ha tomado conciencia y responsabilidad sobre la importancia de cuidar y proteger a personas que padecen un trastorno bipolar, esquizofrenia o cualquier tipo de trastorno mental, que lo pueda llevar al suicidio.

Hay que tener en cuenta que la vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos, y alcanzar su desarrollo personal. El estilo de vida que se adopta, tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica.

El suicidio ha sido una problemática que se ha evidenciado a lo largo de la historia, sin embargo en los últimos años, se ha visto un notable incremento en las estadísticas de este suceso lo cual es preocupante. La tendencia al suicidio, viene siendo por naturaleza especial y definida, al llegar a constituir una variedad de la “locura”, sólo puede ser una locura parcial y limitada a un solo acto.

Colombia cuenta con una tasa de 9,7 por cada 100 mil habitantes; particularmente, durante los últimos 5 años, la ciudad de Medellín es una de las ciudades en donde más suicidios se han presentado, estas cifras evidencian la gravedad del problema y hace pensar en la importancia de reconocer cuales son los factores que llevan a desencadenar un suicidio.

Resultados

Las encuestas aplicadas a los pacientes con intento de suicidio en el valle de aburra arrojaron datos cuantitativos, con un equipo de trabajo se tabuló datos del suicidio e interpretó las gráficas de éste mismo, arrojando datos muy importantes, con diversas causas que impulsan a los intentos de suicidio tales como; la falta de autoestima, las relaciones interpersonales, académicas, situaciones económicas y enfermedades psiquiátricas; también influye la falta de información y reconocimiento del intento del suicidio en la sociedad, la cual es vulnerable. Siendo estos los factores de incidencia al suicidio. Tratar de buscar las estrategias básicas por medio de la investigación, para que esté en un futuro tenga un menor impacto en el valle de aburrà, una estrategia clave sería realizar capacitaciones del tema a la sociedad, incentivándola a conservar la vida y a que estén unidos como familia.

Conclusiones

Realizando una revisión de los datos arrojados, se puede observar la necesidad que tienen los jóvenes y la población en general, de apoyo por parte de sus familiares, amigos o personal profesional en psicología para manejar una problemática como lo es el suicidio que se está presentando con frecuencia. Está claro que este acto se desencadena por varios factores que alteran el equilibrio mental de las personas; como principales causas se tienen, la depresión, ansiedad y drogadicción, por rupturas amorosas y problemas familiares, ya sea por falta de amor, por acoso sexual, maltrato físico o psicológico, entre otros. Estos son algunos de los factores que amenazan a la población del valle de aburra, principalmente en hombres, como consecuencia de esto, se observa como los jóvenes crecen con mayor inseguridad y miedos, como también se observa en el caso del Billings que se presenta en instituciones educativas, e incluso fuera de estas en la vida diaria entre las personas; Esto haciéndolas más vulnerables y llevándolas a cometer el intento de suicidio.

Con respecto a los problemas familiares para algunos de los encuestados la falta de comunicación y el apoyo que reciben de sus padres es un factor determinante para suicidarse, esto ha provocado jóvenes inseguros de sí mismos, depresivos, inmaduros sin una percepción clara de la vida, con falta de capacidad de toma de decisiones con responsabilidad, igualmente para los padres que no se informan sobre este tema, que no le dan la importancia que debería ser a este fenómeno que día a día va en aumento y se teme que pueda descontrolarse.

CAPÍTULO UNO: PANORAMA DEL PROYECTO

Título

Identificación y análisis de las principales causas que inciden en el suicidio en el valle de Aburra.

Introducción

El presente estudio, se basa su fundamentación en dos trabajos de investigación previos; que son: “Identificación de las Principales Causas por las cuales los Adolescentes Consideran el Suicidio en la Comuna 16 de la Ciudad de Medellín” y “Elementos teórico conceptuales incidentes en la problemática del suicidio en el valle de Aburrá”, realizándoles un análisis e investigación del tema, para tener mejores resultados y crear estrategias para reducir el suicidio en el valle de Aburrá.

El suicidio, es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte.

Se estima que las dos terceras partes de quienes se quitan la vida sufren depresión y sus parientes tienen un riesgo más elevado de padecer tendencias al respecto. Los padecimientos psíquicos se encuentran presentes en 9 de cada 10 casos de suicidio; entre ellos, aparte de la depresión se encuentran también los trastornos de ansiedad y las adicciones.

El suicidio ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1.110 personas y lo intentan cientos de miles, Muchas religiones monoteístas lo consideran un pecado, y en algunas jurisdicciones se considera un delito. Por otra parte, algunas culturas, especialmente las orientales, lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes o dolorosas en extremo. Cuba no escapa a esta realidad y existe desde 1989 un Programa de Prevención de la Conducta Suicida cuyos objetivos principales son: evitar el primer intento suicida, su repetición y la consumación. Según los objetivos, propósitos y directrices del Ministerio de Salud

Pública, para considerarse suicidio, la muerte debe ser un elemento carnal, y tiene que ser el fin a conseguir, y no solo una consecuencia casi imparable. Así, los mártires, los que se sacrifican por otros en caso de emergencias ni los soldados que mueren en una guerra son considerados suicidas, y en estos casos, los muertos no son proscritos por la ley. En el caso de que el suicidio tenga consecuencias legales, la ley recoge que debe haber prueba de intención de morir, así como la propia muerte para que el acto sea considerado un suicidio. La Psicología y la Psiquiatría se revelan como las principales ciencias de la salud para prevenir el suicidio.

Planteamiento del problema

En la sociedad, convergen diversos estilos de pensamiento, generando constantes disputas y enfrentamientos entre la población por una variedad de factores, cómo cuidar la salud; donde entran múltiples principios a mediar la temática en cuestión, y hay poco interés en inadecuado estilo de vida saludable.

Existe una población, que ha tomado conciencia y responsabilidad sobre la importancia de cuidar y proteger a personas que padecen un trastorno bipolar, esquizofrenia o cualquier tipo de trastorno mental, que lo pueda llevar al suicidio.

Hay que tener en cuenta que la vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos, y alcanzar su desarrollo personal. El estilo de vida que se adopta, tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica.

El suicidio ha sido una problemática que se ha evidenciado a lo largo de la historia, sin embargo en los últimos años, se ha visto un notable incremento en las estadísticas de este suceso lo cual es preocupante. La tendencia al suicidio, viene siendo por naturaleza especial y definida, al llegar a constituir una variedad de la “locura”, sólo puede ser una locura parcial y limitada a un solo acto.

Colombia cuenta con una tasa de 9,7 por cada 100 mil habitantes; particularmente, durante los últimos 5 años, la ciudad de Medellín es una de las ciudades en donde más suicidios se han presentado, estas cifras evidencian la gravedad del problema y hace pensar en la importancia de reconocer cuales son los factores que llevan a desencadenar un suicidio. (1)

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las principales causas que inciden en el suicidio en el valle de Aburrá?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar las causas de incidencia del suicidio en el valle de Aburrá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar el suicidio como un fenómeno social.
- Listar los métodos usados que generan el suicidio.
- Determinar cuáles son las edades y género más vulnerables frente al suicidio en el valle de Aburrá.
- Conocer el tipo de relación que maneja la víctima con su entorno.
- Examinar el estado civil, religión, tipo de ocupación, día de la semana, planeación y tipo de letalidad del evento, las cuales son desencadenantes para pensamientos y/o actos suicidas.

JUSTIFICACIÓN

El suicidio ha sido tema de múltiples investigaciones debido a que la incidencia de este ha aumentado, hasta convertirse en un problema de salud pública, además de esto el gobierno está enfocado en velar y garantizar el respeto y cumplimiento de los derechos de la sociedad, entre los cuales se encuentra el derecho fundamental a la vida, por lo cual se hace indispensable encontrar una manera de prevenir las muertes.

Todos debemos buscar el bienestar y cuidado del otro y de sí mismo, el suicidio es una realidad latente, las personas manejan diversas situaciones que les producen ansiedad y depresión, que pueden culminar, en muchas ocasiones, en una tentativa de suicidio.

El suicidio es una tragedia que se menciona pocas veces en nuestra sociedad, suele callarse y evadirse pues nos enfrenta directamente con la realidad que se vive en nuestro medio. Muchos llevan una vida tan dolorosa que de forma consciente y deliberada se causan la muerte, este que es un tema que impacta y cuestiona nuestro núcleo familiar y también el social.

Se ha encontrado personas que dejan cartas o notas en las que explican cuáles fueron sus motivos para suicidarse, algunos expresan a sus familiares y/o amigos su deseo de morir y no se les dio la atención apropiada a tiempo, otros lo hacen sin dar aviso y aunque en la mayoría de los casos peleas familiares, rupturas amorosas son las causas comunes.

No se puede permitir que esto siga sucediendo, de esta manera se espera con este proyecto de investigación obtener una respuesta clara que proporcionen un enfoque hacia el cual debe estar dirigida la intervención psicosocial en las personas y evitar que encentren sus respuestas en el suicidio. Es de suma importancia el conocer y reflexionar las causas que llevan a las personas a su autodestrucción.

VIABILIDAD DEL PROYECTO

El proyecto se prepara y se lleva a cabo durante el tiempo que sea necesario para así poder tener una realización clara y concisa, como se deba y se espera, se va disponer de diversos recursos, tales como recursos humanos, monetarios información literaria científica sobre el tema del suicidio y, la facilidad de la toma de datos de entes gubernamentales como lo son la Seccional de Salud que cuenta con bases de datos actualizadas, son los principales materiales con los que se contará, la idea es dar un progreso y así ir creciendo y logrando cada propósito.

Se entiende, que se quiere llevar acabo dicho proceso en el menor tiempo posible, pero con unas bases e ideas claras, dando a conocer cómo se quiere plantear o proponer una nueva idea de trabajo u otra posible entrada al medio que se está rodeando y que se quiera capacitar. Se pretenderá iniciar con un capital que sea justo y acorde a las necesidades que se tengan a lo largo de la realización de dicha idea, desarrollando un proyecto de investigación y una idea acorde a lo que las personas necesitan para abordar la problemática del suicidio.

Así ayudando a la comunidad prestándoles servicio, y acompañamiento en los diversos tipos de enfermedades mentales, pero nuestro mayor reto, tratar con el paciente suicida.

Pretendemos crear un proyecto de investigación claro y conciso, puesto que más rápido se realice y publique, mayores acciones tomarán las entidades para la prevención de dicho problema.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones que presento el desarrollo de esta investigación fue el poco material bibliográfico en bases de datos, ya que algunos de estos eran de años anteriores al 2004.

Se tuvo dificultad con la entrada a las bibliotecas o bases de datos de otras universidades para buscar el material correspondiente a dicha investigación, ya que se pedían cartas interbibliotecarias. Otra limitación que se presentó, fue el corto tiempo con el que se contó para la investigación y profundización sobre el mismo tema; dado lo extenso de este.

IMPACTO DEL PROYECTO

Con este proyecto de investigación se busca prevenir y crear conciencia a la población acerca de las posibles causas de suicidio que ejecutan este acto haciendo conciencia de tal problemática, como investigadores queremos que todos generemos planes de acción que posibiliten mitigar el suicidio.

El impacto se presenta en la medida en que el conocimiento generado a través de la investigación puede modificar la práctica y producir cambios de comportamiento tanto del investigador como del investigando mediante la incorporación de esos nuevos conocimientos a su práctica habitual. La investigación aporta otros importantes créditos, tanto para los profesionales como para la población, que es la aptitud crítica ante el problema y evitar inercias asistenciales facilitando la adopción de nuevas técnicas que generen disminuir el suicidio.

IMPACTO ESPERADO	PLAZO	INDICADOR VERIFICABLE	SUPUESTOS
<p>TAPH.</p> <p>Sensibilizar al estudiante, para que demuestren interés hacia la problemática y creen estrategias para dar una buena intervención hacia estos pacientes</p>	Corto plazo	Que los estudiantes presten una atención más adecuada a este tipo de pacientes.	Que los estudiantes no demuestren interés por la problemática y/o que avancen en este tema con proyectos y medidas de intervención.
<p>UNAC.</p> <p>Dar a conocer el tema en la comunidad unacense.</p>	Corto plazo	<p>Ver el impacto de la comunidad unacense sobre el suicidio.</p> <p>Incluir más el tema dentro del currículo.</p>	Que la comunidad rechace el tema.
<p>Sociedad.</p> <p>La sociedad se interese en buscar programas de información y ayuda psicológica para aprender a detectar posibles pacientes suicidas y Caractericen el suicidio como problema.</p>	Mediano plazo	Que se reconozca la problemática que se está viviendo actualmente.	Que la sociedad no tenga concientización del tema y no busque la ayuda del personal idóneo y capacitado en estos temas. No saber guiar al paciente suicida a buscar la ayuda pertinente para el caso.
<p>Universidades con fundamentación en psicología.</p> <p>Aportes teórico conceptuales</p>	Mediano plazo	Trabajar más con las personas afectadas.	Que las personas afectadas con este fenómeno no quieran ser intervenidas psicológicamente.
<p>Carreras del área de salud mental.</p> <p>Dar a conocer los riesgos y situaciones del suicidio.</p>	Mediano plazo	Capacitar el personal del área de salud mental.	Poca predisposición del personal del área de salud mental.
<p>Salud pública.</p> <p>Crear conciencia sobre el tema.</p>	Largo plazo	Prevención en el tema de suicidio.	Que aumenten o disminuyan los casos.

CONCLUSIONES

- El suicidio ha aumentado convirtiéndose en un problema de salud pública.
- Las dos terceras partes de quienes se quitan la vida sufren depresión y sus parientes tienen un riesgo más elevado de padecer tendencias al respecto.
- Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar.
- Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, como resultado de esto, los intentos de suicidio en ellos tienen mayor probabilidad de terminar en muerte.

CAPITULO DOS: MARCO CONCEPTUAL

Introducción

En el siguiente capítulo , se hablará del suicidio en el valle de Aburrá, ya que el tema es bastante complejo y amplio, abordaremos los puntos claves y de mayor importancia; tales como: marco conceptual que nos habla de un glosario donde se encuentra vocabulario de términos psicológicos, marco referencial, el cual nos informa sobre proyectos relacionados con el suicidio en Medellín y algunos departamentos de Colombia entre las familia y el estudio de sustancias psicoactivas en los últimos años, en el marco histórico vemos la evolución y la influencia del suicidio en diferentes culturas del mundo, en el marco geográfico se perfila al valle de Aburrá con su paisaje, historia, su cultura y su influencia en el suicidio de nuestra región, en el marco legal encontramos leyes que tratan de la salud mental con problemas y rehabilitación psicosocial que afronta el país y por último el marco teórico que expresa hipótesis del suicidio causado al paso del tiempo en Colombia.

Un glosario es el vocabulario de términos relativos a una actividad determinada con definición o explicación de cada una de ellas.

“En la Suicidio logia, disciplina reciente que se ocupa del estudio de los diversos aspectos relacionados con el suicidio y su prevención, aún no se ha publicado un glosario de términos suicido lógicos a pesar de la utilización de dichos vocablos desde la antigüedad hasta nuestros días. La palabra suicidio fue aceptada por la Real Academia Española en 1817 y su paternidad se le atribuye a los franceses a través del abate Desfontaines o del abate Prevost y a los ingleses por intermedio de Charleton, Browne y Phillips”. (2)

En el Siglo XIX la Suicidiología recibió valiosos aportes de las Teorías Sociológicas de E. Durkheim y continuadores y de las Teorías Psicológicas de S. Freud y sus seguidores, los cuales no han cesado aún. Entre 1950 y 1970 los factores biológicos de la conducta suicida comienzan a ocupar un espacio en el cuerpo de conocimientos de la Suicidiología, los que han contribuido a una explicación más integradora del suicidio, conducta inherente al hombre como ser biológico, psicológico y social.

Más recientemente se añaden otros aspectos conceptuales dados por los que abogan por la prevención del suicidio como causa de muerte evitable y los que consideran que el suicidio debe ser facilitado a aquellas personas que deseen morir prematuramente, lo cual se denomina suicidio asistido.

En las últimas décadas existe un amplio número de libros y artículos relacionados con algún aspecto de la Suicidiología pero no un glosario de términos suicidológicos. Es este el primer intento de agrupar múltiples conceptos sobre el tema. No han sido incluidas las personalidades que hicieron valiosos aportes al estudio del suicidio ni tampoco las revistas dedicadas a la prevención del suicidio y la divulgación de las investigaciones respectivamente, solamente aquellas organizaciones internacionales que se dedican a la prevención del comportamiento suicida.

Se trata de un breve glosario en el cual han quedado incluidos los conceptos más utilizados en la literatura científica contemporánea y que pueden contribuir a incrementar la cultura suicido lógicos de los lectores en este campo específico del saber.

Términos psicológicos

- **Actitudes hacia el suicidio.** Conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, quienes lo consuman, lo intentan o lo piensan. Dichas actitudes están estrechamente relacionadas con la cultura y por lo general se han dividido en dos grandes grupos: las actitudes punitivas y las permisivas. Las actitudes punitivas consideran la muerte por suicidio como un signo de cobardía, un pecado, algo que debe ser castigado. Las actitudes permisivas consideran el suicidio un derecho del sujeto, un acto de valor, una muestra de libertad personal, un acto heroico y éticamente aceptable.
- **Acto suicida.** Incluye el intento de suicidio y el suicidio
- **Ahogamiento.** Método suicida utilizado por las mujeres en Noruega.
- **Ahorcamiento.** Uno de los principales métodos suicidas utilizados por el sexo masculino tanto en áreas urbanas como rurales.

- **Amenaza suicida.** Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.
- **Antecedentes suicidas.** Incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.
- **Arma de fuego.** Uno de los principales métodos suicidas.
- **Asociación Internacional de Prevención del Suicidio.** Una de las asociaciones encargadas del estudio y la prevención del suicidio. Se le conoce por las siglas IASP.
- **Asociación Internacional de Tanatología y Suicidio.** Una de las asociaciones encargadas del estudio de la muerte, el morir y el duelo, así como el estudio y la prevención el suicidio. Se le conoce con las siglas AITS.
- **Autolesión intencionada.** En inglés 'deliberate self harm' (dsh) .Nombre que sirve para designar el intento de suicidio.
- **Automutilación.** Acto mediante el cual un sujeto cercena o corta una parte cualquiera de su cuerpo. No necesariamente tiene que ser con propósitos suicidas.
- **Autopsia psicológica.** Investigación sobre el suicidio consumado realizada mediante entrevistas, estructuradas y semiestructuradas a los familiares del occiso, su médico tratante, vecinos, amigos y cuantas personas sean necesarias. Tiene como objetivo determinar si el suicidio fue la causa de la muerte así como los signos que presagiaron lo ocurrido. El término fue propuesto por el Profesor Norman Farberow, el Profesor Edwin Shneidman y el Profesor Curphey.
- **Befrienders International.** Nombre de la mayor organización de voluntarios en la prevención del suicidio. Se le conoce como BI.
- **Centro de prevención del suicidio.** Institución destinada al tratamiento de las personas en crisis suicida, en la que se ofrecen diversas modalidades terapéuticas de las que participan profesionales de la salud mental y voluntarios. Puede prestar atención cara a cara o mediante llamadas telefónicas.
- **Cibersuicidio.** Influencia de la información sobre suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas de preferencia

rock metálico. Uno de los grupos más activos es alt. Suicide. Holiday (ash) aparecido en la década de los 80 para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de 40. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio.

- **Circunstancias suicidas.** Son aquellas particularidades que acompañan al acto suicida, entre las que se mencionan la localización o lugar donde ocurrió (familiar, no familiar, remoto, cercano), la posibilidad de ser descubierto (elevada, incierta, improbable, probable, accidental), accesibilidad para el rescate (pedir ayuda, dejar notas u otros indicios que faciliten ser encontrado, o por el contrario, tomar las precauciones necesarias para no ser descubierto), tiempo necesario para ser descubierto, probabilidad de recibir atención médica, etc.
- **Comunicación suicida.** Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida. Tales manifestaciones deben aparecer en determinado contexto para ser interpretado como tales. En ocasiones esto no es posible hasta después de ocurrido el suicidio, lo cual se investiga mediante la autopsia psicológica. La comunicación suicida se clasifica de la manera siguiente:
 - **Comunicación suicida directa verbal.** Es aquella en la cual se expresa explícitamente los deseos del sujeto de poner fin a su vida, como por ejemplo: ‘Me voy a matar’, ‘Me voy a suicidar’, ‘Lo que tengo que hacer es acabar de una vez por todas’.
 - **Comunicación suicida directa no verbal.** Es aquella en la cual se realizan determinados actos que indican la posibilidad de que se realice un acto suicida en breve plazo como; acceder a los métodos, dejar notas de despedida, repartir posesiones valiosas, etc.
 - **Comunicación suicida indirecta verbal.** Es aquella en la cual se expresan frases que no manifiestan las intenciones suicidas explícitamente pero si están implícitas en dicho mensaje, como en las siguientes frases:
‘Quizás no nos volvamos a ver nuevamente’, ‘Quiero que me recuerden como una persona que a pesar de todo no fue mala’, ‘No se preocupen que no les daré más molestias’.

- **Comunicación suicida indirecta no verbal.** Consiste en la realización de actos que, aunque no indican la posibilidad suicida inminente, están relacionados con una muerte prematura: hacer testamento, planificar los funerales, predilección por los temas relacionados con el suicidio, etc.
- **Conducta autodestructiva.** Término colectivo dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño tales como quemarse a sí mismo con cigarrillos, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.
- **Conducta suicida.** Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio
- **Contexto suicida.** Conjunto de elementos básicos necesarios para la autodestrucción.
- **Contrato no suicida.** Es un pacto que realiza el terapeuta con un sujeto en riesgo de suicidio que persigue como objetivo primordial comprometerlo a que no se dañe a sí mismo, a no intentar el suicidio, Responsabilizándolo con su propia vida. El contrato no suicida no garantiza que el sujeto no cometa suicidio, por lo cual nunca debe ser utilizado con aquellos individuos que no se encuentren en condiciones evidentes de cumplirlo.
- **Crisis suicida.** Es aquella crisis en la que, una vez agotados los mecanismos reactivo-adaptativos creativos y compensatorios del sujeto, emergen las intenciones suicidas, existiendo la posibilidad que el individuo resuelva o intente resolver la situación problemática mediante la autoagresión. Este tipo de crisis requiere un manejo apropiado del tiempo, ser directivos, y tratar de mantener a la persona con vida como principal objetivo. Su duración es variable, de horas o días, raramente semanas y la resolución puede ser el crecimiento personal con una mejor adaptación para vivir, la resolución con un funcionamiento anómalo que incrementa las posibilidades de una nueva crisis y la realización de un acto suicida.
- **Cuidador.** Persona que ofrece sus cuidados a otro que los necesita.
- **Daño auto infligido.** Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.
- **Duelo.** Manifestaciones reactivas a la muerte de un ser querido. En el duelo por un suicida sobresalen la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la

búsqueda del por qué, el temor ante el arrepentimiento tardío, cuando las fuerzas no eran suficientes para evitar la muerte próxima, entre las más frecuentes.

- **Estrategias de prevención del suicidio.** Manera de dirigir la prevención del suicidio. Existen estrategias nacionales y locales. Entre las naciones que han desarrollado estrategias de prevención del suicidio se encuentran Finlandia, Inglaterra, Japón, Suecia, Noruega, Cuba, Dinamarca, etc. La Organización Mundial de la Salud ha sugerido seis principales acciones para disminuir las muertes por suicidio: tratamiento de la enfermedad mental, control de la posesión de armas de fuego, destoxificación del gas doméstico y de los gases de vehículos de motor, control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas, disminuir las noticias sensacionalistas en los medios de difusión de carácter masivo.
- **Factores protectores del suicidio.** Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicidio, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.
- **Fuego.** Método suicida muy frecuente en determinados países principalmente Cuba y Sri Lanka
- **Gesto suicida.** Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo. También queda incluido el intento de suicidio sin daño físico de importancia
- **Gran repetidor.** Es el individuo que ha realizado tres o más intentos de suicidio.
- **Grupo de riesgo suicida.** Conjunto de personas que presentan algún factor de riesgo para la realización de un acto suicida como pueden ser los deprimidos, los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio, los que han intentado el suicidio, los sujetos en situación de crisis, los sobrevivientes, etc. Los enfermos mentales en comparación con la población en general, constituyen un importante grupo de riesgo para esta conducta.
- **Harakiri.** Forma tradicional de suicidio en el antiguo Japón, consistente en la penetración en el abdomen de una espada u otro objeto cortante hasta ocasionarse la propia muerte.

- **Hot lines.** Término acuñado por Jess Gorkin, periodista del Boston Globe, en carta al Presidente Kennedy, de los Estados Unidos de Norteamérica, en 1963. Gorkin sugirió establecer un teléfono para facilitar la comunicación inmediata con el Primer Ministro Nikita Khruchev de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas y disminuir las barreras existentes durante la guerra fría y especialmente durante la llamada Crisis de los Misiles Cubanos o Crisis de Octubre. El término significa la utilización de una conexión telefónica para ser utilizada en tiempos de crisis. Es un servicio telefónico mediante el cual, el sujeto que llama (caller), tiene necesidad de presentar un problema o situación para ser discutida, analizada, o resuelta por quien la recibe (helper).
- **Idea suicida.** Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación:

El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión ‘la vida no merece la pena vivirla’, ‘para vivir así es preferible estar muerto’

La representación suicida consistentes en fantasías pasivas de suicidio(imaginarse ahorcado) La idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, responde que no sabe cómo. La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida responde que de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún.

La idea suicida con un método determinado sin planificación en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

La idea suicida planificada o plan suicida en la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.
- **Incitación al suicidio.** Estimular a otro u otros a realizar un acto suicida. Este acto es objeto de penalización por las leyes de diversos países por considerarse un delito contra la integridad de las personas.
- **Intervención.** Conjunto de técnicas dirigidas a abortar una crisis suicida.

- **Intención suicida.** Deseo deliberado de realizar un acto de suicidio. Grado de sinceridad o determinación.
- **Letalidad.** Atributo de algunos métodos para provocar la muerte. Es la consecuencia de diversos factores tales como susceptibilidad individual, la posibilidad de recibir atención especializada inmediata, las condiciones del propio método entre las más significativas.
- **Lógica suicida.** Características comunes que conforman en conjunto una manera de pensar propia de los individuos suicidas, entre las que sobresale la urgente presión de acabar con la vivencia insoportable de dolor psíquico que padecen debido a la frustración de algunas necesidades psicológicas, la angustia, la desesperanza, la impotencia y el desamparo, restricción de la capacidad de encontrar alternativas no suicidas, fantasías de rescate, etc. Comparte muchas características del llamado Síndrome Presuicidal.
- **Métodos.** Recursos, medios, elementos mediante los cuales un sujeto trata de poner fin a su vida. Pueden ser naturales o creados por el hombre. Entre los primeros se citan los volcanes, los farallones, los lagos, los ríos mares, regiones desérticas o excesivamente frías, animales y plantas venenosas, grandes depredadores, etc. Entre los segundos se mencionan las armas de fuego, los fármacos, los venenos agrícolas, los gases de vehículos de motor, el gas doméstico, los edificios elevados, las armas blancas, las cuerdas de diversos materiales, alambres, ropas, cintos, sustancias tóxicas, corrosivas, ácidas, combustibles de diversos tipos para ingerir o volcarlos encima con la intención de prenderse fuego, inyección de sustancias tóxicas, inoculación de gérmenes mortales, etc. Por lo general se eligen los métodos que están disponibles y que culturalmente sean aceptados. Entre los romanos antiguos era frecuente el corte de muñecas, entre los japoneses el harakiri, entre las jóvenes noruegas despreciadas ahogarse en el lago más cercano, entre las adolescentes mestizas del oriente cubano que sufrían un desengaño amoroso, el fuego. Las mujeres por lo general, prefieren los métodos que no les deformen su imagen, mientras los hombres eligen aquellos con los que no haya regreso. Los jóvenes pueden optar por un método que haya sido escogido por un amigo, familiar o personalidad pública si se le da un carácter sensacionalista en los medios noticiosos. Se les ha dividido en duros o violentos y suaves o no violentos. Entre

los métodos duros se citan las armas de fuego, el ahorcamiento, la precipitación, la sección de grandes vasos. Entre los métodos suaves se mencionan la ingestión e inhalación.

- **Mitos.** Criterios sobre algún aspecto relacionado con la conducta suicida, culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica. Entre ellos se pueden citar los siguientes. El suicidio se hereda: Falso, porque no está demostrado que esto ocurra. Lo que puede heredarse es la predisposición a padecer una determinada enfermedad en la cual el suicidio es un síntoma frecuente, como por ejemplo, los trastornos esquizofrénicos, los trastornos del humor, etc. El suicidio se produce sin previo aviso: Falso, ya que el suicida manifiesta una serie de señales verbales y extra verbales mediante los cuales está anunciando sus propósitos. No se trata de un acto impulsivo, sino de un proceso que termina en la muerte. El que se quiere matar no lo dice: Falso, ya que de diez personas que cometieron suicidio nueve lo dijeron explícitamente y el otro lo dio a entender, lo que ocurre es que no siempre son tomados con seriedad o evaluados con la debida precisión diagnóstica. Preguntar sobre la idea suicida puede influir en que una persona lo lleve a cabo: Falso, ya que en la generalidad de los casos, es la única oportunidad de conocer lo que pensaba el individuo y de evitar una vez conocidas las intenciones suicidas, que las lleve a vías de hecho. El que se suicida siempre está deprimido: Falso pues aunque la depresión es una condición frecuente entre los que intentan el suicidio o los que lo consuman, también pueden ser portadores de otras enfermedades mentales o físicas. La prevención del suicidio es tarea de los psiquiatras: Falso, pues esta tarea corresponde a toda la sociedad en su conjunto, si se tiene en consideración que este comportamiento responde a múltiples causas entre las que cabe mencionar los factores biológicos, psicológicos, sociales, psiquiátricos, existenciales, situacionales, etc.

Una persona que no tenga conocimientos de Psicología o Psiquiatría no puede evitar que otro se suicide: Falso, pues el mero hecho de escuchar con genuino interés y no dejarlo sólo en ningún momento mientras dure la crisis suicida, puede contribuir a evitar el acto autodestructivo. Cualquier persona con un mínimo de aptitudes y un entrenamiento elemental en la prevención del suicidio puede evitar muchas muertes por esta causa.

- **Motivo.** Razón esgrimida por quien intenta el suicidio para explicarlo. En el caso de consumar el suicidio, son los familiares los que esgrimen las posibles razones o el propio occiso mediante las notas suicidas. No necesariamente el supuesto motivo es la causa de acto suicida. Entre los motivos más frecuentes tenemos: los conflictos de pareja, los amores contrariados, las disputas familiares, las llamadas de atención de carácter humillante a niños o adolescentes, la pérdida de una relación valiosa por muerte, separación o divorcio.
- **Notas suicidas.** Se les denomina también notas de despedida. Son escritos dejados por los suicidas que pueden expresar estados de ánimo, opiniones, los deseos de morir, las relaciones con las personas significativas, los posibles motivos, etc. No se considera que tenga mayor valor que la comunicación verbal y se ha desestimado su importancia a la hora de aportar datos sobre el suicida.
- **Oblativo.** Tipo de suicidio con características altruistas.
- **Pacto suicida.** Es el acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Generalmente se trata de parejas muy vinculadas afectivamente como cónyuges, familiares o miembros de una misma organización política o secta religiosa.
- **Para suicidio:** Término utilizado principalmente en Europa para referirse al intento suicida.
- **Perfil suicida.** Rasgos psicológicos que pudieran caracterizar a un suicida potencial como la impulsividad, la pobreza en las relaciones interpersonales y la hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas. No se ha encontrado un perfil único que sea común a todos.
- **Personas suicidas.** Son aquellos sujetos que han intentado contra su vida recientemente o durante el año previo, los que tienen ideas suicidas persistentes o los que tienen riesgo de cometer suicidio de forma inmediata o en un futuro.
- **Plan suicida.** Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

- **Potencial suicida.** Conjunto de factores de riesgo de suicidio en un sujeto que en determinado momento pueden predisponer, precipitar o perpetuar la conducta autodestructiva.
- **Precipitación.** Método frecuentemente utilizado por los suicidas en las grandes urbes en las que hay edificaciones elevadas.
- **Prevención del suicidio.** Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general.
- **Prevención directa.** Es el conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.
- **Prevención indirecta.** Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.
Prevención general. Es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológico, social, institucional, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.
- **Primera Ayuda Psicológica.** Una de las técnicas en la intervención de la crisis suicida y que consta de las siguientes etapas.
 - **Primera.** Establecimiento de contacto con el sujeto en crisis.
 - **Segunda.** Conocimiento del problema y sus características.
 - **Tercera.** Encontrar posibles soluciones no suicidas.
 - **Cuarta.** Acción concreta.
 - **Quinta.** Seguimiento.
- **Proceso suicida.** Lapso de tiempo transcurrido desde que el sujeto tuvo el primer pensamiento suicida planificado hasta la realización del intento o el suicidio. El término hace énfasis en el desarrollo a través del tiempo, sugiriendo que el suicidio no es un acto que ocurre por impulso de quien lo comete, sino que es un hecho que tiene una historia previa.
- **Proyecto suicida.** Término utilizado para referirse a la planificación del suicidio.

- **Representación suicida.** Son las fantasías suicidas o imágenes mentales en las que el sujeto se percibe llevando a vaís de hecho sus propósitos autodestructivos, sin que exista el contexto suicida para poner en peligro la vida.
- **Riesgo suicida.** Término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante sus vidas.
- **Síndrome Presuicidal.** Estado psíquico inmediatamente antes del acto suicida, descrito por E. Ringel en 1949 y consistente en constricción del afecto y el intelecto, inhibición de la agresividad y fantasías suicidas, los cuales se refuerzan entre sí. El Síndrome Presuicidal o pre suicida no forma parte de enfermedad psiquiátrica alguna, pero es un denominador común de aquellos trastornos que conllevan al suicidio.
- **Situación suicida.** Una situación que conlleva elevado riesgo de cometer un acto suicida, como es el caso de un individuo que haya realizado un intento suicida y actualmente presenta una depresión.
- **Suicida.** Término con múltiples significados entre los que se incluye el que ha terminado su vida por suicidio, el que ha realizado intentos de suicidio de carácter grave con peligro para la vida, el que realiza actos temerarios con peligro para la vida o para su integridad física, psicológica o su desarrollo social.
- **Suicidio.** Según la clasificación NASH, es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se auto agrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.
- **Suicidiología.** Es el estudio científico de la conducta suicida en sus aspectos preventivos, de intervención y rehabilitatorio. Comprende el estudio de los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio, el suicidio y su prevención.
- **Suicidio accidental.** Es el suicidio de sujetos que no deseaban morir pero que realizaron un intento de suicidio con un método de elevada letalidad. Es la muerte de un sujeto que no deseaba morir debido a alguna complicación del método empleado.
- **Suicidio altruista.** Uno de los tipos básicos de suicidio propuesto por el sociólogo francés E. Durkheim en su libro El Suicidio, publicado en 1897 y que ocurre en

aquellas sociedades en la que existe una excesiva integración entre el sujeto y su grupo. No suicidarse en determinadas situaciones es un deshonor. El harakiri en el Japón antiguo es un ejemplo, pues seguir viviendo era poco menos que una ignominia. La viuda hindú que moría en la pira ardiente de los restos de su esposo fallecido, es otro ejemplo.

- **Suicidio ampliado.** El suicida priva de la vida a otros que no desean morir. Puede darse el caso que el individuo que induzca el suicidio de un grupo de personas o cause la muerte de varios familiares, no cometa suicidio ulteriormente por circunstancias imprevistas o por fracaso del método elegido.
- **Suicidio anómico.** Otro de los tipos básicos de suicidio propuesto por E. Durkheim, que ocurre cuando la interacción entre el sujeto y el grupo social al que pertenece se rompe, dejando al individuo sin normas alternativas.
- **Suicidio aparente.** Muerte cuya causa probablemente sea el suicidio
- **Suicidio asistido.** El término se refiere al suicidio en el que la muerte del sujeto, aunque ha sido ocasionada por el mismo, han intervenido otro u otros individuos, aconsejándole la manera de llevarlo a cabo, poniendo los medios a su disposición y el modo de emplearlos, como por ejemplo alguna máquina que introduzca una sustancia venenosa en una vena canalizada y cuyo funcionamiento lo puede realizar el sujeto suicida.
- **Suicidio colectivo.** Término utilizado para referirse al suicidio de grupos de personas, principalmente por motivaciones religiosas o políticas. Aunque no tiene necesariamente que haberse realizado un pacto suicida explícito, existe, detrás de todo suicidio colectivo, un acuerdo implícito de morir por suicidio entre los miembros del grupo en cuestión que se realiza ante un grupo de circunstancias consideradas previamente.
- **Suicidio consumado.** Suicidio
- **Suicidios crónicos.** Conductas que conllevan la autodestrucción del sujeto, no de forma inmediata, ni con plena conciencia o intencionalidad, sino a largo plazo y con diversos grados de destrucción física, psíquica o social. Entre estos suicidios crónicos se citan el alcoholismo, la drogadicción, la conducta antisocial, la invalidez neurótica, el ascetismo, el martirio, etc. El término fue propuesto por K. Menninger.

- **Suicidio doble.** Suicidio de dos personas relacionadas entre si, que pueden o no haber realizado un pacto suicida. Pueden ser padre o madre e hijo, hermanos, cónyuges, etc.
- **Suicidio egoísta.** Uno de los tipos de suicidio descrito por E. Durkheim que ocurre cuando el sujeto no tiene por qué seguir viviendo, pues no posee vínculos sociales o grupos de pertenencia que le brinden apoyo. Prácticamente el sujeto no dispone de integración social.
- **Suicidio fatalista.** Otro de los suicidios propuestos por E. Durkheim, cuya causa es la regulación social excesiva y el control insoportable que ejerce la sociedad sobre los individuos en la mayoría de sus actos.
- **Suicidio frustrado.** Es aquel acto suicida que no conlleva la muerte del sujeto por circunstancias fortuitas, casuales, imprevistas, que si no se hubieran presentado, se hubiera producido necesariamente el desenlace fatal.
- **Suicidio intencional.** Es el acto suicida realizado por el sujeto con el propósito deliberado de morir.
- **Suicidios localizados.** Término propuesto por Karl Menninger en su libro 'El hombre contra sí mismo', para referirse a un conjunto de conductas agresivas tales como la automutilación, la poli cirugía, la impotencia y la frigidez, las enfermedades fingidas, etc.
- **Suicidio palmo a palmo.** Son aquellas conductas autodestructivas indirectas, consideradas por E. Durkheim como especies embrionarias de suicidio o equivalentes suicidas. Son los suicidios crónicos o a largo plazo.
- **Suicidio racional.** Término utilizado para definir aquellos suicidios que ocurren en ausencia de una enfermedad mental, como supuesta expresión de la libertad del sujeto para elegir su propia muerte, sobre todo en aquellas situaciones en las que la vida no ofrece oportunidad alguna, existiendo elevada intencionalidad y motivaciones racionales que justifican dicho acto. Se considera por diversos autores que es un término ambiguo, poco realista, porque es muy raro que ocurra un suicidio en ausencia de una enfermedad mental o una condición psicopatológica demostrable, como han concluido un gran número de autopsias psicológicas.
- **Suicida tipo.** No existe un suicida tipo, pero el término se utiliza para definir un conjunto de características comunes a una población suicida determinada, como

pueden ser el suicida tipo en las prisiones, el suicida tipo en las escuelas, el suicida tipo entre los adolescentes, el suicida tipo en los hospitales de corta o larga estadía, el suicida tipo en la involución o la vejez, el suicida tipo en una localidad, una región o un país, etc.

- **Tendencias suicidas.** Actitud caracterizada por la intención, planificación, posible decisión o impulsos de cometer suicidio. (3)

MARCO CONCEPTUAL

Tabla 1. Mitos vs Realidades

MITOS	REALIDADES
“Los que intentan suicidarse no desean morir, solo hacen el alarde o están manipulando”.	Lo cierto es que los que intentan suicidarse y amenazan con hacerlo tienen una probabilidad alta de volver a intentarlo y llevarlo a cabo.
“El que se quiere matar no lo dice y el que lo dice no lo hace”.	La mayoría de los que se quieren matar lo dicen, el suicida que nunca lo menciona es más bien excepcional. Tomarse en serio los anuncios y buscar ayuda cualificada puede evitar el suicidio.
“Si de verdad se hubiera querido matar, habría hecho algo más grave: se le hubiera tirado al metro o lanzado de un décimo piso”.	Con frecuencia las personas que llegan a consumar el suicidio, antes han realizado intentos o comportamientos autodestructivos que no han sido letales. Recordamos nuevamente que: “las personas con un primer intento suicida, el 50% lo tratan de hacer nuevamente. De quienes lo han hecho dos veces el 70% lo intentará otra vez. Y de quienes lo han intentado tres veces, el 90% reincidirá” (De Zubiría, 2007: 61-62).
“No es posible prevenir el suicidio pues siempre ocurre por impulso”.	Hay distintos tipos de suicidios y de suicidas. En la mayoría de los casos es posible la detección temprana y la prevención.
“Hablar de suicidio con una persona en este riesgo la puede incitar a que lo realice”.	Este es, quizás, el mito más nocivo, porque contribuye a fomentar el tabú en torno a las personas que intentan suicidarse, con lo cual se les aísla y se incrementa el riesgo. Hay que decirlo categóricamente: se puede hablar del suicidio con una persona que lo ha intentado y eso tiene un efecto preventivo. Basta que se haga de manera responsable y desde una perspectiva constructiva. No se requiere ser un profesional de la salud mental ni un experto en el tema.

Mitos o ideas erróneas sobre el suicidio

Tabla 2.Situación Real

CREENCIAS ERRÓNEAS	SITUACION REAL
EL QUE SE QUIERE MATAR NO LO DICE.	Conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse. De cada 10 personas que se suicidan, 9 manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
EL QUE LO DICE NO LO HACE.	Conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones alardes, etc. el que se suicida pudo expresar lo que ocurría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
TODO EL QUE SE SUICIDA ES UN ENFERMO MENTAL.	Intenta hacer sinónimo el estudio y la enfermedad mental. Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. No hay duda de que todo suicida es una persona que sufre.
EL SUICIDIO DE HEREDA.	Lleva a creer erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo. Está demostrado que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca a esa persona para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
HABLAR SOBRE EL SUICIDIO CON UNA PERSONA QUE ESTA EN RIESGO LE PUEDE INCITAR A QUE LO REALICE.	Infunde temor a la hora de abordar el tema del suicidio en quienes están en riesgo de consumarlo. Está demostrado que hablar del suicidio reduce el riesgo de realizarlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca a esa persona para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
EL SUICIDA DESEA MORIR.	Puede justificar la muerte por suicidio de quienes lo intentan o consuman. Con frecuencia el suicida está en una posición ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella.
EL QUE INTENTA EL SUICIDIO ES UN COBARDE.	Pretende evitar el suicidio al equiparlo con una cualidad negativa de la personalidad. Los que intentan suicidarse no son cobardes solo son personas que sufren.
EL QUE INTENTA EL	Pretenden equiparar el suicidio con una característica positiva de la

<p>SUICIDIO ES UN VALIENTE.</p>	<p>personalidad, lo que entorpece su prevención al hacerlo sinónimo de un tributo imitable como es el valor. Los atributos personales como cobardía o valentía no se cuantifican o miden en función las veces que alguien se intenta quitar la vida o la respeta.</p>
<p>SOLO LOS VIEJOS SE SUICIDAN.</p>	<p>Pretenden evadir el suicidio como causa de muerte en edades tempranas de la vida como son los niños y los adolescentes. Los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, pero utilizan métodos más efectivos al intentarlo, lo que lleva a una mayor letalidad.</p>
<p>SI SE RETA A UN SUICIDA ESTE NO LO INTENTA</p>	<p>Pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad. Retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está ante una persona vulnerable cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos autodestruirse.</p>
<p>LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN NO PUEDEN CONTRIBUIR A LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.</p>	<p>Pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido. Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y tienen en cuenta las sugerencias de los expertos: publicar señales de alerta de una crisis</p>

Lesiones fatales según manera de muerte. Colombia, ciudades capitales, Enero a Diciembre de 2011p

MUNICIPIO DEL HECHO	ACCIDENTALES	HOMICIDIOS	SUICIDIOS	TRÁNSITO	Total 2011p
ARAUCA	7	17	6	11	41
ARMENIA	18	136	22	31	207
BARRANQUILLA	45	326	31	66	468
BOGOTÁ	304	1.638	274	564	2.780
BUCARAMANGA	42	97	27	72	238
CALI	123	1.882	74	282	2.361
CARTAGENA	55	226	30	70	381
CÚCUTA	38	316	28	70	452
FLORENCIA	18	63	3	23	107
IBAGUÉ	39	119	31	88	277
INÍRIDA	3	1	-	-	4
LETICIA	6	5	3	3	17
MANIZALES	98	140	27	47	312
MEDELLÍN	181	1.649	114	306	2.250
MITÚ	1	-	-	-	1
MONTERÍA	21	128	20	51	220
NEIVA	11	114	13	74	212
PASTO	58	110	34	39	241
PEREIRA	32	205	27	68	332
POPAYÁN	12	98	18	48	176
PUERTO ASÍS	10	66	6	16	98
PTO CARREÑO	6	6	-	2	14
QUIBDÓ	24	70	5	17	116
RIOHACHA	9	84	6	16	115
SAN ANDRÉS	3	23	-	14	40
S. J. GUAVIARE	8	26	2	-	36
SANTA MARTA	29	158	14	63	264
SINCELEJO	9	56	14	36	115
TUNJA	13	9	13	24	59
VALLEDUPAR	14	124	20	62	220
VILLAVICENCIO	28	190	17	85	320
YOPAL	9	13	4	47	73
Total	1.274	8.095	883	2.295	12.547

P: Información preliminar sujeta a cambios por actualización (consulta base: 16 de Enero de 2012—fecha de corte: 31 de Diciembre de 2011)
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses—INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia—GCRNV
Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres—SIRDEC

Tabla 3. Lesiones fatales según manera de muerte en Colombia por capitales en el año 2011. Fuente medicina Legal.

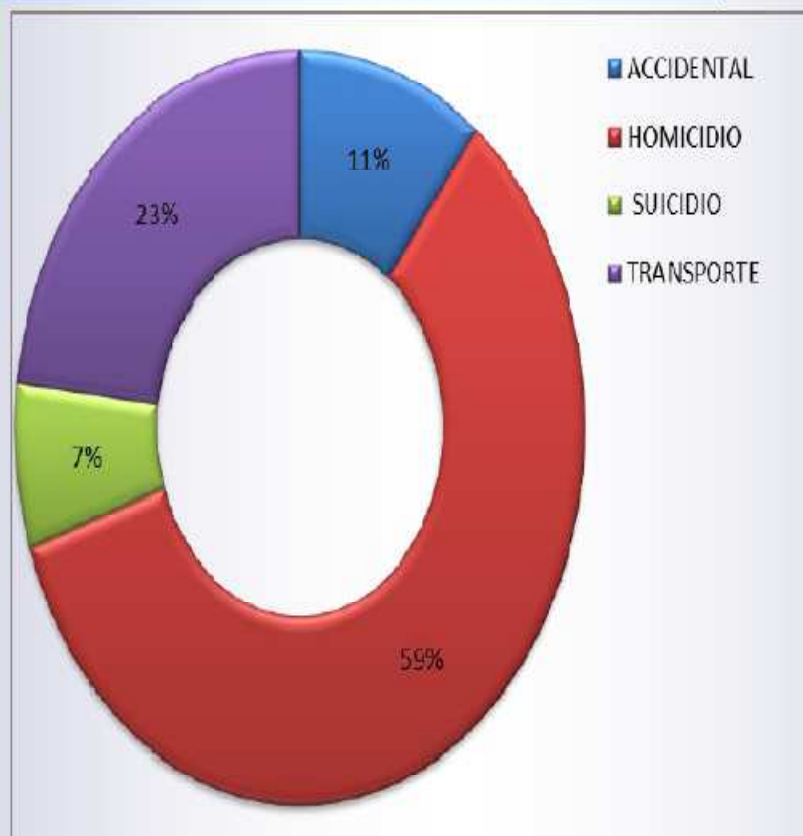
Muertes Violentas según manera. Colombia, Comparativo 2011 – 2012p (enero a diciembre)

MANERA DE MUERTE	2011			2012p		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ACCIDENTALES	2.252	585	2.837	1974	469	2.443
HOMICIDIOS	13.358	1.215	14.573	12.444	1.146	13.590
SUICIDIOS	1.314	311	1.625	1.337	305	1.642
TRANSPORTE	4.076	1.021	5.097	4.261	1.043	5.304
TOTAL	21.000	3.132	24.132	20.016	2.963	22.979

P: *: Información preliminar sujeta a cambios por procesos de actualización (consulta base: enero 17 2013 - fecha de corte: 31 de diciembre de 2012) Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses—INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia—GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres—SIRDEC

Tabla 4. Muertes violentas según manera en Colombia, comparativo años 2011-2012.

Porcentaje Muertes violentas según manera Colombia, 2012p (enero a diciembre)



P: *: Información preliminar sujeta a cambios por procesos de actualización (consulta base: enero 17 2013 - fecha de corte: 31 de diciembre de 2012) Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses—INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia—BCRVN. Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres—SIROEC

Gráfica 1. Porcentaje muertes violentas en Colombia.

Lesiones fatales según grupo de edad y manera de muerte. Colombia, 2012p (enero a diciembre)

GRUPO DE EDAD	ACCIDENTALES	HOMICIDIOS	SUICIDIOS	TRANSPORTE	TOTAL
(00 a 04)	205	63	-	70	338
(05 a 09)	77	39	1	68	185
(10 a 14)	94	143	61	104	402
(15 a 17)	83	883	112	202	1.280
(18 a 19)	69	967	110	252	1.398
(20 a 24)	184	2.714	260	711	3.869
(25 a 29)	171	2.396	207	624	3.398
(30 a 34)	170	1.909	164	459	2.702
(35 a 39)	131	1.353	111	380	1.975
(40 a 44)	161	1.002	115	358	1.636
(45 a 49)	160	795	101	341	1.397
(50 a 54)	141	497	86	328	1.052
(55 a 59)	144	354	87	307	892
(60 a 64)	126	186	67	230	609
(65 a 69)	116	121	42	190	469
(70 a 74)	97	90	50	230	467
(75 a 79)	122	35	36	190	383
(80 y más)	192	43	32	260	527
Total general	2.443	13.590	1.642	5.304	22.979

P: *: Información preliminar sujeta a cambios por procesos de actualización (consulta base: enero 17 2013 - fecha de corte: 31 de diciembre de 2012) Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses –INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia–GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres–SIRDEC

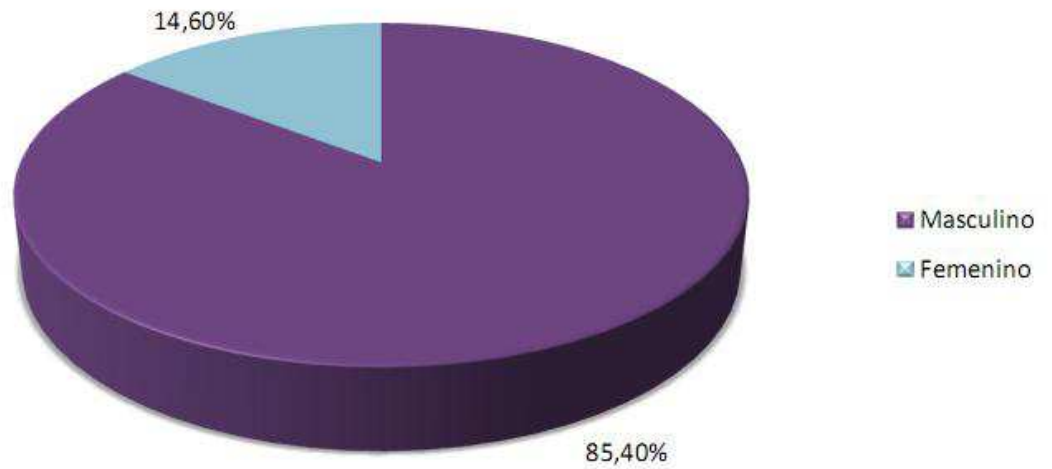
Tabla 5. . Lesiones fatales según grupo de edad y manera de muerte año 2012. De un total de 3080 muertes de jóvenes entre 10 y 19 años 283 corresponden a suicidios, 44 casos más que el año anterior .Fuente Medicina Legal.

Lesiones fatales según manera de muerte. Colombia, ciudades capitales, enero a diciembre de 2012p

Municipio del hecho	ACCIDENTAL	HOMICIDIO	SUICIDIO	TRANSPORTE	Total
ARAUCA	17	16	7	15	55
ARMENIA	30	101	17	46	194
BARRANQUILLA	30	353	48	76	507
BOGOTÁ D.C.	301	1.281	246	538	2.366
BUCARAMANGA	40	98	21	80	242
CALI	87	1.832	73	305	2.297
CARTAGENA	44	266	33	77	420
CÚCUTA	17	358	24	84	483
FLORENCIA	15	65	5	24	109
IBAGUÉ	43	117	31	84	275
LETICIA	-	11	2	1	14
MANIZALES	23	118	20	47	208
MEDELLÍN	137	1.252	139	278	1.806
MITÚ	1	2	-	-	3
MOCOA	3	13	-	25	41
MONTERÍA	23	98	19	44	184
NEIVA	18	108	7	64	197
PASTO	41	92	33	56	222
PEREIRA	45	170	37	76	328
POPAYÁN	18	109	15	44	186
PUERTO ASÍS	13	73	8	11	105
PUERTO CARREÑO	3	6	3	7	19
QUIBDÓ	25	126	3	11	165
RIOHACHA	12	85	7	27	131
SAN ANDRÉS	12	20	1	18	51
S. J. DEL GUAVIARE	2	42	2	1	47
SANTA MARTA	43	225	21	56	345
SINCELEJO	5	83	10	42	140
TUNJA	14	16	9	30	69
VALLEDUPAR	20	101	19	77	217
VILLAVICENCIO	36	177	25	111	349
YOPAL	19	24	17	60	120
Total general	1.137	7.438	905	2.415	11.895

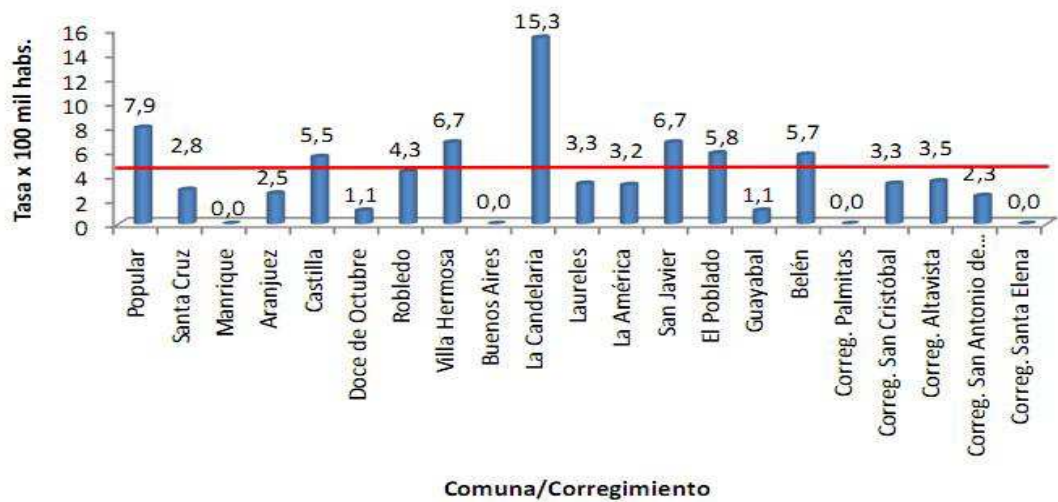
P: Información preliminar sujeta a cambios por procesos de actualización (consulta base: enero 17 2013 - fecha de corte: 31 de diciembre de 2012) Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses –INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia–GLKKNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres –SIRDEC

Tabla 6. : Lesiones fatales según manera de muerte en Colombia por capitales en el año 2012. Fuente Medicina Legal.

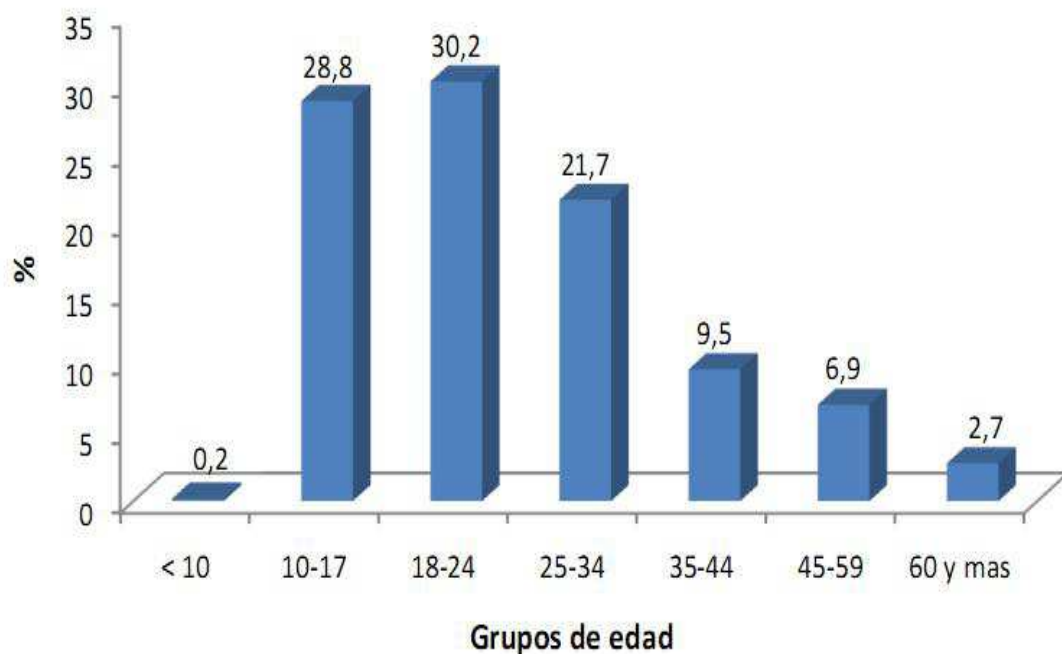


Gráfica 2. Distribución porcentual de las defunciones por suicidio según sexo para el año 2010 en Medellín.

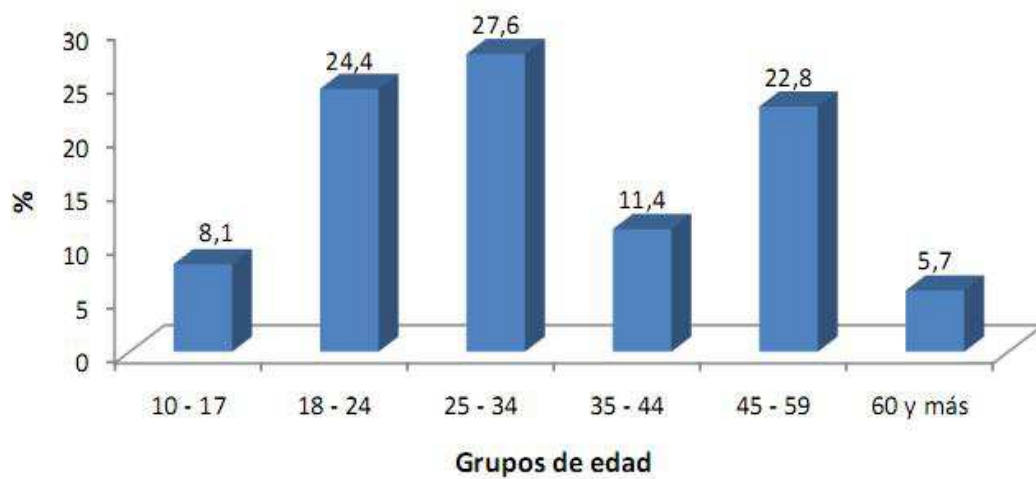
Se observa mayor cantidad de suicidios en hombres que en mujeres.



Gráfica 3. Tasa de muertes por suicidio por comunas y corregimientos en la ciudad de Medellín para el año 2010.



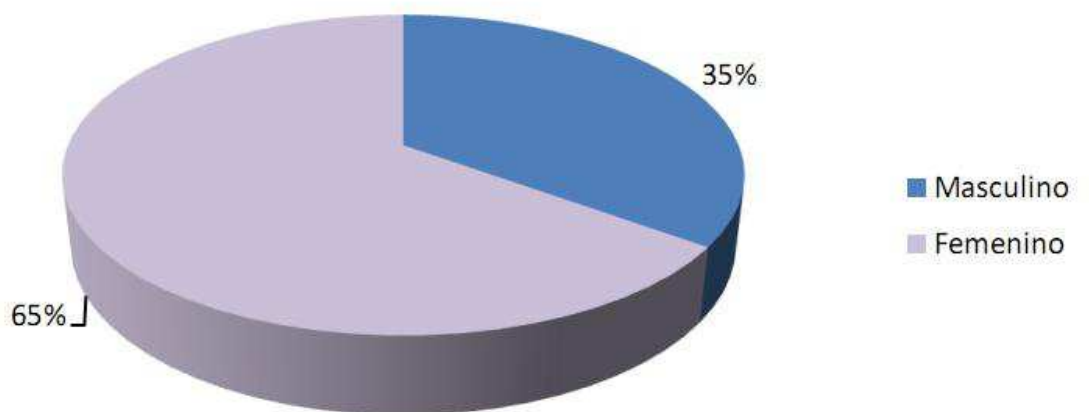
Gráfica 4. Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según grupos de edad en la ciudad de Medellín para el año 2012



Gráfica 5. Distribución porcentual de las defunciones por suicidio según grupos de edad en la ciudad de Medellín para el año 2012



Gráfica 6.Casos de suicidios por ciudades y departamentos de Colombia en el año 2010.



Gráfica 7.Distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según sexo en la ciudad de Medellín para el año 2010.

MARCO REFERENCIAL

Relación entre las tasas de suicidio y los indicadores económicos y su influencia en los años de vida perdidos para Colombia y los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C., Bolívar, Cundinamarca, Santander y Valle del Cauca, 1985-2006.

Autores: Diana María Toro Ochoa, Cesar Augusto Cardona Martínez

Trabajo de Investigación para Optar el Título de Gerente de Sistemas de Información en Salud.

Asesora: Alexandra Restrepo Henao. Md-Epidemióloga Profesora Facultad Nacional de Salud Pública.

Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Gerencia de Sistemas de Información en Salud, Trabajo de Grado 2011.

Introducción

Las defunciones por suicidio, son consideradas como un fenómeno especialmente trágico y crea un grave malestar en los familiares y amigos de la víctima. Además, se considera un evento prevenible, aunque en los últimos años el grupo entre 15 y 34 años han generado la mayor proporción de pérdidas de vidas humanas por esta causa.

Objetivo

Determinar la relación entre las tasas de suicidio y los indicadores económicos y su influencia en los años de vida potencialmente perdidos para Colombia y los departamentos de Antioquia, Atlántico, Bolívar, Cundinamarca, Santander y Valle del Cauca, 1985-2006.

Materiales y Métodos

“Estudio ecológico longitudinal, retrospectivo basado en fuentes secundarias para los años estudiados (1985-2006). De la base de datos de mortalidad se filtraron solo los

suicidios ocurridos según la Clasificación Internacional de Enfermedades edición novena y décima. Se calculó la tasa de suicidio y la tasa ajustada, los Años Potencialmente de Vida Perdidos, y se realizó Regresiones”. (4)

Resultados

En Colombia se presentó la tasa de suicidio más elevada en el año 2000 con una tasa de 4,03 por cada 100 mil habitantes. Por cada diezmilésima que se aumenta el Coeficiente Gini se incrementaron en 834 veces los casos de suicidio para Colombia (RR= 854; 4,7-1540). Además, por cada unidad que aumenta en la Tasa de Desempleo se incrementa en 3,5% más los casos de suicidio para Bogotá D.C. (RR= 1,03; 1,01-1,05). Para Atlántico, Bolívar, Santander, Valle del Cauca y para Colombia en general se encontró una relación entre el PIB per cápita con los suicidios ocurridos.

Conclusiones

Se encontró relación entre el Coeficiente de Gini, el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita y la Tasa de Desempleo con los suicidios ocurridos.

Palabras clave

Suicidio, Indicadores Económicos, Años Potenciales de Vida Perdidos, Equidad.

Asociación entre el riesgo de suicidio y la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y la disfunción familiar en adolescentes escolarizados en la zona nororiental de Medellín, 2006.

Autores

Diana Carolina Toro Gaviria

Asesores

Ramón Eugenio Paniagua Suarez

Profesor de la facultad nacional de salud pública.

Carlos Mauricio Gonzales Posada

Profesor instituto de educación física.

Brígida Montoya Gómez

Profesora de la facultad de ciencias sociales y humanas.

Universidad de Antioquia, facultad nacional de salud pública, Héctor abad Gómez,
Medellín 2008.

Objetivo

Explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio y la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y la disfunción familiar en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006.

Métodos

Se realizó un estudio de corte con una muestra de 779 adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín. Los datos se obtuvieron de la base de datos del proyecto de investigación “Riesgo de suicidio en adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín, 2006”.

Resultados

La depresión se asoció positivamente con el riesgo de suicidio en adolescentes (RD: 4,3; IC 95% 3,96 – 4,64), de forma similar, se comportó la asociación con la disfunción familiar (RD: 2,0; IC 95% 1,78 – 2,22). Por su parte, el consumo de sustancias psicoactivas no se asoció con el riesgo de suicidio en los adolescentes escolarizados de la zona nororiental de Medellín.

Conclusiones

Los niveles de depresión en adolescentes pueden jugar un papel determinante en el riesgo de suicidio, anidado de manera importante al ambiente de disfunción familiar. Dichos resultados reflejan que en la zona nororiental de Medellín, la familia como agente socializador no está aportando los elementos suficientes para salvaguardar el bienestar y desarrollo de los adolescentes. En este punto, cabe anotar que la familia como un subsistema de la sociedad demanda derechos al Estado, y en la medida que

éstos no le sean otorgados, el efectivo cumplimiento de sus funciones se torna más difícil.

Palabras clave

Suicidio, riesgo de suicidio, adolescentes, depresión, consumo de sustancias psicoactivas, funcionamiento familiar.

Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006

Autores

Alexander Marín Correa

Objetivo: Explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio, depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar en adolescentes escolarizados.

Introducción

Un niño de nueve años amenazó con lanzarse desde el tercer piso de su colegio, una quinceañera intentó quitarse la vida porque no soportaba el acoso de sus profesores y un joven de 18 se suicidó porque perdió el año por faltar al colegio. Este último fue Miguel Olea Ortegón, destacado estudiante de un colegio San Cayetano, del sur de Bogotá que representó a su institución en concursos de robótica e, incluso, a Colombia en un evento organizado por la NASA en EE.UU. Según su madre, el muchacho perdió el año por haber asistido a esos eventos. Eso supuestamente fue lo que motivó el suicidio de Miguel.

Los tres hechos ocurrieron en menos de una semana y tuvieron una característica común: supuestos problemas en sus centros de educación. Estos casos reviven las preocupaciones alrededor del suicidio de adolescentes, un problema que no es asunto menor, ya que al menos la mitad de los suicidios e intentos de suicidio son protagonizados por menores de edad. (5)

Conclusiones:

Los resultados muestran la magnitud de un problema que deben tener en cuenta las autoridades educativas, la administración municipal y los padres de familia. Es prioritario fortalecer los programas de detección de la depresión adolescente, como también exigir al Estado mejores tratamientos para la depresión (no solo limitados a medicamentos). Es necesario promover la estrategia de escuela de padres en instituciones educativas, hacer énfasis en temas referentes a la salud mental y resaltar la importancia en la comunicación, la cooperación, el afecto y el respeto entre los miembros de la familia

Resultados:

La prevalencia del riesgo de suicidio se situó entre 23,0% y 26,5%. . La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio, con una razón de disparidad de 4,3 y 2,0 respectivamente.

En cuanto a características puntuales detrás de cada caso, se reveló que el 80% de los intentos de suicidio ocurrieron en el hogar y tan sólo el 6% en las instituciones educativas; el 60% de los suicidas intentaron quitarse la vida con veneno y el 26% con arma blanca; el 60% tomaron la decisión por problemas familiares y el 3% por rendimiento escolar; el 50% de los suicidas eran estudiantes y el 16% amas de casa, y que la mayoría de los casos se concentraron en los estratos dos (50%) y tres (30%).

MARCO HISTÓRICO

El suicidio en la historia

Por razones fácilmente comprensibles, es mucho más sencillo abordar el tema del suicidio en la historia que la historia del suicidio. En primer lugar porque no existe una documentación fehaciente, detallada, exhaustiva de la historia del suicidio seccionada cronológicamente por eras, espacios geográficos y culturas y, en segundo lugar, porque sí existen muchos más datos sobre cómo se ha manifestado y cómo ha sido considerado y conceptualizado el tema en diversas épocas y sociedades y por diversas religiones, factor éste último que ejerce gran influencia a la hora de abordar el tema que nos ocupa.

Como es de esperarse, las diversas culturas que han existido sobre la tierra han abrigado consideraciones diversas y disímiles en relación con el suicidio. Consideraciones que, por lo demás, no han sido constantes ni estáticas, sino que, por el contrario, han tenido como rasgos característicos, su evolución y su dinamismo.

En la antigüedad, para los Galios: el suicidio se justificaba si el motivo era la vejez, la muerte de uno de los cónyuges, la muerte del jefe, o por razones de salud. La vejez y las enfermedades graves eran igualmente causas razonables de suicidio para los Celtas Hispanos y para los Vikingos y Nórdicos. Para los pueblos germánicos, si el suicidio tenía como finalidad evitar una muerte vergonzosa, era bien visto y hasta loable. Entre los chinos de unos veinte siglos antes de Cristo, el suicidio solía ejecutarse por razones de lealtad; en Japón se realizaba como una ceremonia bien fuera por expiación o por derrota, y en la India, se justificaba por razones litúrgicas o religiosas, así como por muerte de los esposos o esposas. En algunas antiguas tribus africanas fue considerado maligno, y terrible tener contacto físico con el cadáver de un suicida y llegaban incluso a quemar su casa o el árbol de donde se hubiese colgado. En consecuencia el sepelio se llevaba a cabo sin los ritos reservados para quienes morían por otras razones. (6)

Entre los antiguos cristianos el suicidio era poco frecuente debido a que desobedecía el V mandamiento: No matar. En la Biblia, no obstante, aunque no aparece la palabra suicidio de manera expresa, se pueden conseguir ocho referencias al acto suicida y existe también la referencia a dos suicidios colectivos, uno de 40 personas en un subterráneo de Jerusalén y el suicidio de la fortaleza sitiada de Massada. En todos los casos se aprecia que el suicidio

se llevó a cabo en momentos de dificultades extremas bien fuera por depresión, miedo, vergüenza o desesperación, lo cual indica que los motivos que hoy día esgrimen los suicidas, siguen siendo los antiguos motivos que, además, ya aparecían en las Sagradas Escrituras.

En la Grecia clásica el suicidio estaba considerado como algo indigno y vergonzoso, de hecho, en cierta manera, estaba perseguido. En Atenas los cuerpos de las personas que se habían suicidado no se enterraban en los cementerios porque se consideraban impuros. Platón rechazaba el suicidio, pensaba que las personas que se suicidaban cometían una ofensa grave contra la sociedad, aunque exculpaba ciertos suicidios que estaban relacionados con acontecimientos muy graves. Aristóteles a su vez lo rechazaba enérgicamente y de forma determinante, considerando a la persona suicida como una persona muy cobarde que no sabe afrontar las dificultades y las tesituras de la vida.

Durante el imperio romano el suicidio era consentido según razones específicas que estaban previamente determinadas. Pero en general, los romanos consideraban el suicidio como un acto condenable, negaban la sepultura, destruían el testamento y confiscaban los bienes de aquellas personas que se suicidaron sin un motivo justificado. Pero ya en el siglo IV, la Iglesia toma una postura negativa respecto al acto suicida culminando esta idea con el pensamiento de San Agustín, que plantea el acto suicida como un acto que va en contra de la Ley Natural, considerando el suicidio como un pecado equivalente al homicidio.

También hablamos de que en la historia antigua de Grecia y de Roma se encuentran múltiples referencias a suicidios llevados a cabo por los más diversos motivos entre los cuales destacan: conducta heroica y patriótica, vínculos societarios y solidarios, fanatismo, locura y ejecuciones (como el caso de Sócrates). Además se consideraba entonces razonable el suicidio del enfermo incurable (deben tenerse en cuenta las limitaciones de los recursos científicos y médicos en comparación con los de hoy en día), pero se despreciaba el suicidio cometido o intentado sin una causa aparente. Consideraban los romanos que, en determinadas circunstancias era mejor morir “de una vez” que tener que estar padeciendo indefinidamente. Así, para los romanos y los griegos, morir con decencia, racionalmente y al mismo tiempo con dignidad, era muy importante. En cierto modo, la forma de morir era la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas vidas consumidas por la enfermedad, el sufrimiento y el deshonor.

En los primeros tiempos de la Roma republicana, el Rey Tarquino el Soberbio (534-509 a. de J.C.) ordenó poner en cruz los cadáveres de los suicidas y abandonarlos para que fueran devorados por los zamuros y otros animales salvajes. Así que era habitual, como un castigo, no dar sepultura a los suicidas. (7)

El Neoplatonismo, la filosofía de la felicidad más influyente en la antigüedad clásica, consideraba que el hombre no debía abandonar por su voluntad el lugar asignado por Dios. Consideraba, por lo tanto, que el suicidio, afectaba al alma de forma negativa después de la muerte. De igual forma, el Islamismo lo condenaba de tal forma que lo considera un hecho más grave que el homicidio.

Durante la edad media el suicidio fue rechazado de manera considerable, las legislaciones medievales ordenaban la confiscación de todas las propiedades del suicida, se les negaba la sepultura en Tierra Santa y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones. Fue ya en la baja Edad Media cuando se empezó a aminorar el tremendo rechazo al suicidio sufrido años atrás. Se vislumbró una flexibilidad en las leyes penales y una cierta comprensión hacia los suicidios cometidos por ciertos colectivos como los niños o los enfermos mentales. Aunque en Inglaterra durante el siglo XVI y principios del XVII, debido a la reforma luterana, las medidas legislativas acerca del suicidio fueron muy duras, alegando al diablo como inspirador de dicha conducta.

Durante el renacimiento se empieza a tolerar y a mantener una actitud más compasiva hacia el acto suicida, esta idea se ve reflejada en las penalizaciones legales que no son tan severas como lo fueron en la Edad Media y los pensadores de la época mantenían un doble rasero respecto al acto suicida. En el siglo XVII el suicidio está vinculado a las historias de amor de la literatura europea, sobretodo inglesa, como por ejemplo *Romeo y Julieta de Shakespeare*.

La historia reciente del suicidio la abordaremos en columnas sucesivas de la manera más equilibrada y respetuosa posible.

En la Europa Antigua, sobre todo durante el Imperio Romano, el Suicidio se consentía e incluso era considerado un acto honroso. El filósofo romano Séneca lo

ensalzaba como el último acto de una persona libre. Sin embargo, para San Agustín, el suicidio era un pecado. Varios de los primeros concilios de la Iglesia cristiana decretaron que no se celebraría ningún funeral por ninguna persona que se hubiera suicidado. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones.

Actualmente, el suicidio, está condenado en las religiones cristiana, judía e islámica.

En 1897 Emile Durkheim postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico, como resultado de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un puro acto individualista.

Las sociedades modernas continúan manteniendo unos niveles de suicidio muy elevados, producto, en parte, de la permisividad social y del considerable grado de tolerancia a este respecto que se registra en la actualidad. Por otro lado, resulta en nuestros días mucho más fácil acceder a los medios necesarios para cometer suicidios con un mayor grado de acierto que en el pasado. Los medios tecnológicos necesarios, así como las sustancias tóxicas precisas, se encuentran fácilmente accesibles para toda la población. Aunque este tipo de actos todavía hoy se encuentran sometidos a una notable crítica social, lo cierto es que el fenómeno del suicidio se aborda desde una perspectiva psicosocial, con la principal finalidad de comprender las razones profundas que impulsan a los individuos a cometer semejante acción, e incorporar los resultados de estas investigaciones a los tratamientos y terapias individuales para prevenir este tipo de acciones.

A la hora de analizar el suicidio debemos de tener presente que este acto humano ha sido realizado por la especie humana a lo largo de casi toda la historia, como plantea la Red Nacional para el Estudio y la Prevención de Conductas Analíticas (ReNEPCA), “El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas”. Eso sí, las consideraciones hacia el suicidio, la aceptación de éste e incluso la forma de llevarlo a cabo varía a lo largo del tiempo y del espacio dependiendo de la influencia de distintos factores.

En el siglo XVIII, debido a la revolución francesa, el suicidio deja de ser penalizado como un hecho criminal, las legislaciones respecto a este tema se suavizan, por ello el suicidio no aparece ni en el código penal de 1790, ni el código napoleónico de 1810. Para esta situación de cierta tolerancia hacia el suicidio fue fundamental la opinión de los intelectuales de la época, entre ellos destacaron las ideas acerca del suicidio de Voltaire, Montesquieu y Hume.

Ya en el siglo XIX se empezaron a realizar las primeras investigaciones psicosociales y médicas respecto al suicidio. En esta época se relativiza las consideraciones acerca del suicidio y se intenta analizar las causas sociales, psicológicas y biológicas que pueden llevar a una persona a acabar con su vida. Todo ello coincidiendo con el auge de la práctica psiquiátrica y de las ciencias sociales. En el siglo XX el estudio sobre el suicidio se hace más emergente debido al aumento del índice de suicidio que se produce a nivel mundial. El psicoanálisis, la sociología, el existencialismo y la biología se muestran cada vez más atraídos por este fenómeno y dedican una gran parte de sus esfuerzos a analizar las causas y las consecuencias, así como su prevención, de la conducta suicida.

Respecto a la legalidad judicial existente, en la mayoría de los países occidentales el suicidio no está penalizado, pero sí es delito la incitación al suicidio o la negación de auxilio al suicida.

También debemos mencionar el suicidio como un acto colectivo. Este fenómeno tuvo una importancia en China, donde se dio el primer caso de suicidio colectivo. Los suicidios chinos colectivos (SCC) se celebraban cada 5 años y aunque parezca algo anticuado y degenerativo se sigue practicando hasta el día de hoy. Esta costumbre se arraigó a otros países que se hicieron partícipes de la tradición China. Los médicos de aquella época consideraban el suicidio como una forma de eliminar los males de este mundo. En la actualidad el índice de suicidios está aumentando alarmantemente, en los últimos 45 años ha aumentado en un 60%, según los datos de la OMS. En el año 2000 se calculó que alrededor de un millón de personas en todo el mundo habían fallecido por suicidio y además es la tercera causa de muerte a nivel mundial entre los 15 y los 44 años. En general, el suicidio es una de las

principales causas de mortandad en el mundo. Por ejemplo, ya en 1990 murieron por suicidio aproximadamente 818.000 personas de las cuales 189.500 procedían de países desarrollados. Ya se predijo que para el 2020 el suicidio será la décima causa de muerte a nivel mundial teniendo en cuenta todas las edades. (8)

10 de septiembre: día mundial para la prevención del suicidio

¿Cuándo se celebra?

El Día para la Prevención del Suicidio se celebra el 10 de septiembre de cada año. El símbolo que identifica a este día consiste en una cinta de color amarillo en forma de lazada. Normalmente suele llevarse en la solapa de un abrigo o de una chaqueta.

Origen

El día 10 de septiembre, Día de la Prevención del Suicidio fue designado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) con la intención de dar a conocer una de las causas más numerosa de muerte prematura.

¿Qué se hace?

Se realizan muchos y diversos actos encaminados a fomentar el compromiso y las medidas preventivas de una de las causas que cada año causan una media de un millón de muertes. La concienciación de todo el mundo así como la búsqueda de alternativas eficientes para la prevención del suicidio forman parte del objetivo de este día.

Las jornadas que se suceden en este día buscan educar y enseñar técnicas a todas aquellas personas que se hacen cargo y cuidan de una persona que se encuentra en una situación complicada. Entre la multitud de actividades que se realizan se encuentran:

- Conferencias, discursos, seminarios.
- Realización de eventos en recuerdo de aquellas personas que murieron por suicidio.
- Ofrecer ayuda a todas aquellas personas necesitadas de la misma.

- Realización de eventos, exhibiciones y ferias.
- Diversos actos religiosos.
- Exposición de los grandes avances y estudios relacionados en este tema.

En muchos lugares del mundo se enciende una vela a media tarde de color negro en la ventana en recuerdo de la muerte de un ser querido por suicidio.

Hoy en día existen un número de causas que afectan de forma muy agresiva a la persona suicida o que llega a serlo. Entre estos factores se encuentran: la pobreza, la pérdida de trabajo, la pérdida de un ser querido, aislamiento social, etc. Además de todos estos factores también existen diversas causas que a lo largo de los años van perjudicando la salud mental y con ello agravando el problema como: la depresión, la esquizofrenia, abusos en la infancia, etc.

La prevención es uno de los factores más importantes para evitar el suicidio y ayudar a la persona afectada o que no encuentra otra salida a sus problemas. La autoestima es vital para que la propia persona se quiera y encuentre sentido a su vida.

Los estudios han demostrado que el aislamiento social puede aumentar el riesgo de suicidio y, por el contrario, que tener fuertes lazos humanos puede ser protectora contra él. Llegar a aquellos que están aislados y ofrecerles apoyo social puede ser una acción eficaz para salvar vidas.

La Enfermedad mental, especialmente la depresión, es un importante factor de riesgo para el suicidio. Internacionalmente, los tratamientos para las enfermedades mentales han mejorado, pero el acceso a estos tratamientos sigue siendo desigual. Los proveedores sanitarios de atención primaria, a menudo el primer nivel de atención para las personas con enfermedad mental, no siempre pueden establecer el diagnóstico y el seguimiento continuado.

Por último, la colaboración es necesaria a nivel nacional e internacional. Muchas organizaciones están trabajando hacia el objetivo de prevenir el suicidio, pero sus esfuerzos no están siempre coordinados. El Día Mundial de la Prevención del Suicidio ha demostrado ser útil para que las organizaciones coordinen sus esfuerzos en este

ámbito. También ha ayudado a aquellas personas que han sufrido esta problemática, para hacerse oír en los foros sobre la prevención del suicidio.

El Día Mundial de la Prevención del Suicidio en 2014 es importante porque incorpora la publicación de la OMS sobre el suicidio en el mundo. El informe sigue la orientación del Plan 2013 - 2020 de la Asamblea Mundial de la Salud, que compromete a todos los Estados miembros a reducir sus tasas de suicidio en 10% para 2020. Este Informe sobre el suicidio en el mundo demostrará ser un recurso valioso para aquellos que trabajan en la prevención del suicidio y mantiene un enfoque específico para el desarrollo de políticas en este apartado. Proporcionará orientación para servicios clínicos y no clínicos sobre las intervenciones potencialmente útiles diseñadas para reducir la conducta suicida en individuos vulnerables. Proporcionará un apoyo importante para aquellos que han sufrido ideación o tentativas suicidas, ayudándolos a entender que no están solos y que hay esperanza.”

MARCO GEOGRÁFICO

Historia

Medellín “ciudad de la eterna primavera” o también conocida como “capital de la montaña” y así lo han demostrado sus habitantes con su amabilidad y bondad hacia todos los visitantes y turistas. Medellín se consolidó como la segunda ciudad del país en las últimas décadas del siglo XX, su notable desarrollo urbanístico, económico, empresarial, comercial, cultural y social son la motivación de sus residentes y de extraños. Su historia ha sido un poco dramática, desequilibrada, pero aunque haya casi caído a un abismo sin salida Medellín hoy es la ciudad más innovadora de nuestro país.

Una ciudad es una construcción humana sobre un espacio geográfico determinado. Las relaciones con ese medio llegan a ser determinantes para la historia de quienes pueblan ese lugar. En el caso de Medellín parecería que su ubicación fuera parte de su identidad. Situada en el Valle de Aburrá, una depresión de una formación cretácea, tal vez creada por la separación de losas y estructuras geológicas antiguas. Hubo un tiempo en que por su profundidad se pensaba que su origen era el de un lago que se había secado. Teoría que no tiene asidero, dada la escasa formación lacustre del terreno. El valle profundo y alargado, se abre en su parte sur a un terreno diverso, con algunos cerros, y vuelve a cerrarse en su parte norte. En las riberas del río Medellín tiene una altura de 1300 metros y en las cimas de sus montañas 1.900 metros. Por esta particularidad del terreno, Medellín es una ciudad en la que permanentemente se observa su geografía.

Un aspecto importante de la geografía del Valle de Aburrá es su abundante fuente hídrica. De sur a norte el valle es recorrido por el río Medellín. Río que durante mucho tiempo fue navegable, o al menos utilizado para transportar mercaderías. Pero también, desde las montañas caen al río innumerables quebradas y riachuelos. Una, que cruzaba la ciudad era la quebrada Santa Elena, que luego fue canalizada y cubierta conformando la avenida La Playa. La diversidad y alegría del paisaje, además de su clima –que oscila entre los 14° y los 26°- hicieron a Medellín sumamente atractiva para la vida humana. Razones que explican los tempranos asentamientos establecidos en su territorio.

Primeros pobladores

Existen evidencias arqueológicas del arribo de cazadores al valle que procedían de las zonas bajas tropicales, seguramente del bajo Cauca y del Magdalena. Las puntas de flechas

talladas en piedra que se han localizado se remontan al año 10.500 a. de c. Sin embargo, en distintas zonas del valle, como El Poblado, Manrique, Aranjuez, Envigado y otros, se han localizado vestigios que confirman un poblamiento sostenido hacia los siglos V y VIII. Se trata de piezas de cerámica y orfebrería que indican patrones culturales importantes. Tal parece estos pobladores, a los que se denomina aburraes, preferían asentarse en los terrenos elevados del valle, desde donde podían divisar el paisaje y defenderse de posibles ataques. Las características de la orfebrería local las asocian con la cultura Quimbaya, rica en representaciones masculinas y femeninas con tocados. Pero en los entierros también se han encontrado piezas sencillas como vasijas, piedras de moler y husos. Los registros sobre la agricultura practicada en la época prehispánica son menos reveladores. Aunque los cronistas españoles encontraron cultivos domésticos de maíz y frijol. Vivían en pequeños asentamientos dispersos en el Valle, organizados en cacicazgos locales.

Fundación

Medellín fue fundada en 1675, cuando ya había ocurrido una larga historia en la región antioqueña. Conquistadores procedentes de Ecuador, después de fundar Popayán y Cali, se habían aventurado a descubrir el norte del cañón del río Cauca. En esa aventura fundaron Anserma y Santa Fe, que se convertiría en la capital de la provincia de Antioquia. Pero fue en la década de 1570 cuando iniciaron los descubrimientos de los maravillosos yacimientos mineros de Buriticá, Cáceres y Zaragoza cuando esta región se convirtió en una de las de más intensa actividad económica. Mineros, comerciantes y tratantes de esclavos concurrieron en pos de las ricas vetas y aluviones. Fueron las remesas de esos metales hacia la península y hacia la capital las que animaron la economía de nuestra primera época colonial. Pero la decadencia minera sobrevino hacia 1640, en parte porque las minas dependían de los abastecimientos de carne, maíz, frijol y aguardiente que era llevado desde Cartago, Buga y Tunja. Además de los que se importaban de Europa.

Fue en ese contexto cuando distintas personas empezaron a asentarse en el valle, levantaban sus ranchos, cultivaban y criaban algún ganado. En el curso del siglo XVII esa población aumentó. No pocos de ellos eran originarios de Santa Fe de Antioquia que buscaban un clima más benigno y mejores tierras. Cabe recordar que Santa Fe está situada en las calurosas riberas del río Cauca, ricas en minerales pero pobres para la agricultura. Desde el comienzo el recelo de las autoridades y vecinos hacia el poblamiento que crecía

en el valle de Aburrá fue manifiesto. Argumentaban –con razón- que una nueva población en la provincia los empobrecería y despoblaría. A mediados de siglo los vecinos del sitio de Ana, lugar donde se establecería finalmente Medellín, iniciaron las gestiones para obtener aprobación real a su fundación. Aunque pequeños núcleos se conservaron dispersos en el valle y después, en el siglo XX, se convirtieron en municipios: como Itagüí, Envigado, La Estrella, Caldas, Bello, Copacabana y Girardota.

Podríamos decir que el origen de Medellín marcaría su historia. Nacida del arribo de migrantes procedentes de distintos lugares, este rasgo nunca se perdería. Como veremos más adelante, su modernización sería un nuevo atractivo para gentes que dejaron el campo. Pero también, por particulares razones, sus gentes fueron dadas a migrar, a colonizar otras tierras, aún desde los tiempos coloniales.

Por lo pronto, advirtamos que el 2 de noviembre de 1675 se dictó auto de erección de la Villa de la Candelaria de Medellín. El nombre de Medellín fue puesto en agradecimiento con Don Pedro Portocarrero –conde de Medellín- quien intercedió ante el Concejo de Indias para que se aprobara su fundación. El padrón de almas levantado en aquella ocasión registró 280 familias y 3000 personas dispersas en el valle. Se trataba de una población conformada por numerosos mestizos y gente libre, un grupo nada despreciable de blancos nacidos en el propio sitio de Ana o venidos de Santa Fe, unos cuantos indios que aún permanecían en el sitio de San Lorenzo (actual Poblado) y un importante número de esclavos que laboraba en las estancias y las casas de la gente pudiente. En esa ocasión nombraron autoridades, repartieron las dignidades de Alférez Real, alguaciles y alcaldes. Pero también se procedió a dictar las primeras normas urbanísticas para el alineamiento de las calles y el ornato de la villa. (3)

MARCO LEGAL

Ley 1616 del 21 de enero de 2013

“Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”

Artículo 1°. Objeto. El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Artículo 2°.Ámbito de aplicación. La presente leyes aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, especifica mente al Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud o la entidad que haga sus veces, las empresas administradores de planes de Beneficios las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Sociales del Estado. Las Autoridades Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, los cuales se adecuarán en lo pertinente para dar cumplimiento a lo ordenado en la ley.

Artículo 3°.Salud mental. La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas.

Artículo 4°. Garantía en salud mental. El Estado a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.

Artículo 5°. Definiciones. Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

La Prevención del trastorno mental

Hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo. Relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo y está dirigida a los individuos, familias y colectivos.

Atención integral e integrada en salud mental

La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención *secundaria* y *terciaria*, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social. La atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas

Trastorno mental

Para los efectos de la presente ley se entiende trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.

Problema psicosocial

Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

Rehabilitación psicosocial

Es un proceso que facilita la oportunidad a individuos -que están deteriorados, discapacitados o afectados por el hándicap -o desventaja- de un trastorno mental- para alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad.

Proyecto de ley estatutaria 05 de 2007 senado

Por la cual se reglamentan las prácticas de la Eutanasia y la asistencia al suicidio en Colombia y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPITULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. Objeto. Esta ley tiene el propósito de reglamentar integral y rigurosamente la forma en que se atenderán las solicitudes de los pacientes sobre la terminación de su vida en condiciones dignas y humanas; los procedimientos necesarios para tal fin y la práctica de la Eutanasia y la asistencia al suicidio, por los respectivos médicos tratantes;

así como establecer los mecanismos que permitan controlar y evaluar la correcta realización de la eutanasia y el suicidio asistido, atendiendo al deber del Estado de proteger la vida.

Para cumplir con dicho propósito, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Eutanasia: Es la terminación intencional de la vida por otra persona, esto es, un tercero calificado, el médico tratante, de una forma digna y humana, a partir de la petición libre, informada y reiterada del paciente, que esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal.

Suicidio asistido: Consiste en ayudar o asistir intencionalmente a otra persona, el paciente, a cometer suicidio, o en proveerle de los medios necesarios para la realización del mismo, a partir de su petición libre, informada y reiterada, cuando esté sufriendo intensos dolores, continuados padecimientos o una condición de gran dependencia y minusvalía que la persona considere indigna a causa de enfermedad terminal o grave lesión corporal.

Médico Tratante: Se refiere al profesional de la medicina que ha tenido la responsabilidad del cuidado del paciente, víctima de una enfermedad terminal o grave lesión corporal y que además, de acuerdo al registro médico eutanásico y al acta de defunción, ha terminado, por petición expresa del paciente, con su vida de una forma digna y humana o le ha proveído de los medios necesarios para lograr el mismo resultado.

Confirmación médica: Significa que la opinión médica del médico tratante ha sido confirmada, en segunda instancia, por un médico independiente, que a su vez, ha examinado al paciente y su respectiva historia clínica.

Decisión Informada: Significa la decisión tomada por el paciente, de solicitar u obtener una orden o prescripción médica, de su médico tratante, para terminar con su vida de una forma digna y humana, lo cual implica que la persona posee información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas: así como de las

diferentes alternativas existentes en medicina paliativa, incluyendo tratamientos para el control del dolor y su pronóstico; y además, que cuenta con la capacidad suficiente para tomar la decisión.

Enfermedad Terminal: Significa enfermedad incurable e irreversible o lesión grave que ha sido certificada y confirmada por el médico tratante, que se estima producirá la muerte del paciente en un lapso no superior a seis (6) meses, sin que este último lapso constituya una constante invariable, ya que puede variar según las circunstancias particulares de cada caso.

Adulto Capaz: Quiere decir una persona con 18 años de edad o mayor, y que en opinión de un tribunal, del médico tratante o del especialista, de un siquiatra y/o un psicólogo o un grupo de apoyo, tenga la habilidad de entender, tomar y comunicar, por sí mismo o a través de sus familiares, las decisiones respecto de su estado de salud y su vida ante las autoridades competentes.

Médico Especialista: Es el profesional de la medicina que ostenta una especialidad académica en el campo de conocimientos que estudia la enfermedad por la cual el paciente es tratado.

CAPÍTULO III

Registro Médico Eutanásico

Artículo 7°. Obligaciones y contenido. Todo médico tratante que, en los términos de la presente ley, haya practicado un procedimiento eutanásico o asistido al suicidio del paciente con el propósito de terminar su vida de una forma digna y humana, estará obligado a completar un registro médico eutanásico que deberá ser enviado dentro de los siguientes diez (10) días hábiles al deceso del paciente, a la Comisión Nacional de Evaluación y Control Posterior de Procedimientos Eutanásicos y Suicidio Asistido, establecida en el Capítulo IV de esta ley, con el fin de que esta última lo estudie conforme a lo de su competencia.

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, al registro médico eutanásico, deberá añadirse la siguiente documentación:

El registro de todas las peticiones, orales y escritas, hechas al médico tratante por el paciente para la terminación de su vida de una forma digna y humana.

Un primer informe, elaborado por el médico tratante que incluya: diagnóstico médico y su pronóstico, así como un concepto general sobre la capacidad, autonomía y madurez del juicio del paciente para tomar una decisión informada.

Un segundo informe, elaborado por el médico especialista, o en su defecto de segunda opinión, que incluya: la confirmación del diagnóstico médico y su pronóstico, así como una nueva valoración sobre la capacidad, autonomía y madurez del juicio del paciente para tomar una decisión informada.

Copia del informe completo emitido por la Consejería especializada al médico tratante.

En el caso previsto en el artículo 3° numeral 5 inciso 2°, el médico tratante deberá enviar copia del tercer informe de confirmación última, elaborado por un tercer médico especialista y su correspondiente valoración psicológica por la Consejería.

CAPITULO V

DISPOSICIONES ESPECIALES

Artículo 11°.

El Código Penal, por unidad normativa y jurisprudencial se modificará de la siguiente manera:

El artículo 106 del Código Penal quedará así:

Artículo 106. Homicidio por piedad. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.

Cuando el médico tratante cuente con el consentimiento libre e informado del paciente, y haya respetado el procedimiento de cuidado debido, exigido por la ley que regula la terminación de la vida de una forma digna y humana y la asistencia al suicidio, no será objeto de sanción penal alguna.

El artículo 107 del Código Penal quedará así:

Artículo 107. Inducción o ayuda al suicidio. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años.

Cuando sea el médico tratante quien provea los medios necesarios para la realización del suicidio y cuente con el consentimiento libre e informado del paciente, y además haya respetado el procedimiento de cuidado debido, exigido por la ley que regula la terminación de la vida de una forma digna y humana y la asistencia al suicidio, no será objeto de sanción penal alguna.

Artículo 12°. Cláusula general de protección. Sin perjuicio de las demás provisiones especiales que determine la Comisión, se establecerá una cláusula especial para la protección de los derechos de los pacientes que opten por terminar con su vida de una forma digna y humana o la asistencia al suicidio, en los términos de la presente ley.

De esta manera:

1. Toda cláusula o provisión en contratos u obligaciones civiles y comerciales, en acuerdos, sean orales o escritos, será nula de pleno derecho si está dirigida a

constreñir y/o afectar al paciente en su voluntad o decisión de terminar con su vida de una forma digna y humana o la asistencia al suicidio.

2. Con respecto al régimen de los seguros (v. gr. vida, salud, accidentes, funerarios o a los que haya lugar), no podrán establecerse cláusulas o provisiones que restrinjan o condicionen, a través de sus efectos y/o consecuencias jurídicas, la libre opción del paciente de terminar con su vida de una forma digna y humana. Si se presentaren, dichas cláusulas serán absolutamente nulas.
3. Para todos los demás efectos legales, en el certificado de defunción, el médico tratante deberá señalar que la muerte del paciente se produjo por causas naturales.

Posición de la corte constitucional frente al derecho a la muerte digna homicidio por piedad y eutanasia

En el tema de la muerte digna se presentan tres tipos de comportamiento:

Asistencia al suicidio entendida como la situación donde un tercero le suministra los elementos al paciente para que este se dé muerte así mismo.

Eutanasia activa donde un tercero da muerte al paciente ya sea con o sin su consentimiento de ahí que sea de forma voluntaria o involuntaria.

Eutanasia pasiva donde se deja de practicar al paciente el tratamiento respectivo por imposibilidad de recuperación, la cual también puede ser voluntaria o involuntaria.

Como se desprende del artículo 326 del antiguo Código Penal, se tipificaba como delito la acción de un sujeto de dar muerte a otro bajo una motivación subjetiva de piedad, sin que desde el punto de vista legal interesara el consentimiento de la víctima. Sobre este último aspecto el consentimiento del paciente, la Corte abre paso a la legalización de la Eutanasia Activa y por unidad normativa y jurisprudencial, de la asistencia al suicidio en Colombia, y en estas circunstancias, sólo queda pendiente su reglamentación por parte del Congreso.

Decreto 649 de 1996 crea el comité de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa (incluye intento de suicidio) cuyo objetivo es utilizar y unificar la información para analizar tendencias y como resultado proponer medidas de manejo, control y prevención que busquen disminuir la violencia y la accidentalidad en las familias en el distrito capital.

MARCO TEÓRICO

Suicidio

Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. Es decir, darse muerte a uno mismo. Este tema es muy importante ya que no solo influye en la persona que ha tomado la decisión de realizar este acto, sino además a su familia, a todas las personas que lo rodean, y por ende a toda la comunidad, no puede considerarse el suicidio como un caso aislado que solo ocurre a los demás sino como un asunto social en que todos estamos involucrados.

El suicidio es un tema de muchos años atrás, que tiene ya sus antecedentes; en la Grecia clásica el suicidio fue categorizado como un evento común difundido por filósofo como Anaxágoras, Sócrates, pero a su vez rechazado por Aristóteles, En Roma los esclavos se suicidaban, aunque no era prohibido los romanos castigaban este acto cuando era fallido. Se aprecia entonces que desde antes este tema se ha conocido por varias épocas. En este proyecto vamos a enfocarnos en conocer las causas de este hecho que ha sido muy utilizado en los últimos años, cada vez más casos, esto llevando un aumento de cifras en los estudios realizados.(4)

Como es de notar, estos registros muestran claramente que el suicidio es un problema muy grave de salud pública y que como tal debería ser tratado, pero el gobierno ha demostrado poco interés en esta problemática y por el contrario lo ha dejado avanzar más y más; un ejemplo claro es que si para una persona que necesita de atención medica es casi imposible sacar una cita médica, ahora que pensamos de una atención para una persona que piensa en el suicidio, y que solo quiere dejar de existir, o que por el contrario quiere que alguien se preocupe por él, por su salud, y que le ayude a tratar su enfermedad, su ansiedad o stress y que mejor que un especialista, pero la pregunta es qué piensa el gobierno de esto, en cómo ayudar a sus ciudadanos en estos casos, cuando según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que el suicidio es prevenible, se trata por eso de “un problema grave de salud pública”, como lo califica medicina legal.

De igual manera está el “suicidio silencioso” y este es el que suele pasar en nuestros hogares padres que no están pendientes de sus hijos, no les brindan amor, ni mucho menos apoyo para sus actividades de su diario vivir; que pasa con los padres de estos

últimos años, la tecnología, el trabajo, la rutina diaria no deja que disfruten tiempo con sus hijos, por esto es que vemos cifras significativas de niños que toman esta decisión, sin mencionar que muchos de estos niños sufren de bulling en sus centros educativos, este tema también se ha convertido en una polémica en los últimos años, y cada vez se conocen y aumentan las cifras de estos casos en las instituciones estudiantiles.

Para afrontar este fenómeno mundial, es evidente que la prevención del suicidio requiere de la intervención de sectores distintos de la salud, y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, tales como la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política, y los medios de comunicación. El ministerio de salud y protección social posiciona el fenómeno del suicidio como prioridad en salud pública, comprometiendo a sectores académicos, políticos y entidades en su atención y contribución a la reducción del estigma, y con intervención oportuna y eficaz.

El suicidio en Colombia

En Colombia existe un problema que es para muchos una solución el suicidio, según la organización mundial de la salud OMS, cada año más de un millón de personas deciden quitarse la vida, en Colombia cada 24 horas mueren 6 personas acosa del suicidio, las personas más vulnerables tienen edades entre los 15 y 44 años de edad.

La causa más frecuente para que una persona tome la drástica decisión de quitarse la vida es aunque un poco desconocida a causa de enfermedades mentales, pero existen otros motivos como por ejemplo los trastornos de ánimo entre el 20 y el 15% de la población sufre de ellos, pueden ser generados por problemas en la casa, problemas con la pareja o una precaria situación económica, dichos problemas pueden llevar a una persona al suicidio, otra de las causas es el estrés, toda esa carga, esa presión del trabajo o el estudio según el caso pueden llevar a cometer el suicidio.

En enero a junio del 2009 contando hombres y mujeres hubo 1061 suicidios en Colombia y en el 2008 hubo 1841 suicidios, estos son datos evaluados por investigadores del tema, aunque los suicidios en Colombia habían bajado este año se comenzaron a hacer más notorios, se han realizado encuestas en las cuales se les ha

preguntado a las personas porque creen que se puede llegar a pensar en un suicidio y dichas arrojaron resultados como por ejemplo: se podría llegar a pensar en un suicidio si no se encuentra solución a problemas financieros como deberle al banco, no tener alimentos otros respondieron a causa de diversos problemas en los hogares como una separación o la muerte de algún familiar, y otros simplemente por el estrés a causa del trabajo de tanto exceso de él, o por el contrario a falta del mismo , a veces es tanta la desesperación de las personas que se puede llegar a pensar en suicidarse en Colombia se indica que el suicidio lo cometen más las menores de edad a causa de problemas como un embarazo no deseado que van en aumento, por violaciones a veces de la misma familia y por problemas de autoestima que son pocos pero los hay, debemos tener más cuidado con el bienestar psicológico de nuestros allegados por que podríamos ser testigos de un caso común de suicidio en Colombia.

Cifra de suicidios en Colombia, la más baja de los últimos 17 años

Con 1.685 casos registrados en el 2013, la tasa anual pasó de 4,2 a 3,5 por cada 100.000 habitantes.

Aunque cada dos días se quitan la vida nueve personas, en promedio, la cifra de suicidios del 2013 fue la más baja registrada en Colombia durante los últimos 15 años.

Los 1.685 casos reportados por el Instituto Nacional de Medicina Legal no solo representan una reducción del 12 por ciento frente al 2012 (la tasa pasó de 4,2 a 3,5 por cada 100.000 habitantes), sino que rompen la tendencia ascendente que comenzó en el 2006.

El año pasado, el suicidio fue la cuarta causa de muerte violenta en el país, después del homicidio (13.683 casos), los accidentes de tránsito (5.840) y los accidentes de otro tipo (2.502). La mayoría de los que acabaron con sus vidas tenían entre 20 y 30 años y eran hombres.

Expertos en esta materia explican que la reducción puede estar íntimamente relacionada con la economía. Para ellos no es gratuito que el pico más alto (2.089

suicidios y una tasa de 5 por cada 100.000 habitantes) se haya presentado en 1999, cuando el país vivió su peor recesión en décadas.

Ese año, el Producto Interno Bruto (PIB) se redujo 4,5 por ciento y las tasas de interés se dispararon. En consecuencia, cientos de empresas quebraron, el desempleo alcanzó el 18 por ciento y muchas personas tuvieron que entregarles sus viviendas a los bancos, ante la posibilidad de pagar las hipotecas. En contraste, el año pasado cerró con la inflación más baja de los últimos 58 años y con una tasa de desempleo de un solo dígito.

La reducción de los suicidios también tendría que ver con la disminución del número de casos de violencia intrafamiliar. “Aunque apenas estamos terminando los análisis respectivos, es posible que, sobre todo en la categoría de niños y adolescentes, la cifra esté asociada a una menor violencia en los hogares”, dijo Carlos Eduardo Valdés, director de Medicina Legal. La doctora Yahira Guzmán del área de salud mental de la universidad de la sabana, atribuye una disminución de suicidio en Colombia en comparación con otros países como EE.UU. “eso se debe a la unión familiar y la restricción en la tenencia de armamento” dice ella. Vivir cerca de sus seres queridos y poder expresar fácilmente las emociones nos protegen frente al suicidio, que tengamos más control.

Es importante que los docentes, personal de la salud, agentes y actores comunitarios conozcan además de los signos tempranos de alarma, las instituciones y organizaciones que apoyan a las personas en riesgo, las rutas de atención en salud de su municipio o localidad y las líneas locales o nacionales de atención a personas con una conducta suicida o sus familias. (5)

Ministerio de salud trabaja para reducir incidencia de conducta suicida entre jóvenes

Boletín de Prensa No 296 de 2013: 09/09/2013

En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en 60 por ciento a nivel mundial; la Organización Mundial de la Salud estima que para 2020 esta conducta representará el 2,4 por ciento de la carga global de morbilidad.

Bogotá, D.C., 9 de septiembre de 2013.- En el marco de la conmemoración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, el 10 de septiembre, el Ministerio de Salud y Protección Social reveló que en el país la tasa de suicidios presenta una situación estable durante los últimos tres años.

Cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses señalan que la tasa de suicidios se mantiene en 4,10 por 100 mil habitantes en el territorio colombiano. Entre tanto, de acuerdo con los últimos datos de la Organización Mundial de la Salud, anualmente cerca de un millón de personas se suicida y supone una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100 mil habitantes, representando una muerte cada 40 segundos.

De acuerdo con la OMS, el suicidio es una conducta evitable. En ese sentido, el coordinador del grupo de Salud Mental del Ministerio, Aldemar Parra Espitia, aseguró que el trabajo de prevención se fundamenta en tres aspectos claves: mayor control y supervisión sobre los mecanismos más frecuentemente utilizados en la conducta suicida (armas de fuego y plaguicidas); seguimiento a individuos con antecedentes de intentos de suicidio y a sus familias; y garantía del acceso a los servicios de salud a las personas con trastornos asociados como la depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia.

Afirmó que para 2011 se presentaron 1.889 casos a nivel nacional, es decir 25 casos más que el año anterior. “Se ha identificado un predominio de esta conducta en la población joven de 20 a 35 años, como también un aumento en los adolescentes de 15 a 17 años en los dos últimos años”.

El Ministerio de Salud y Protección Social posiciona el fenómeno del suicidio como prioridad en salud pública, comprometiendo a sectores académicos, políticos y

entidades en su atención y contribución a la reducción del estigma, y con intervenciones oportunas y eficaces.

“Es importante que los docentes, personal de salud, agentes y actores comunitarios conozcan además de los signos tempranos de alarma, las instituciones y organizaciones que apoyan a las personas en riesgo, las rutas de atención en salud de su municipio o localidad y las líneas locales o nacionales de atención a personas con una conducta suicida o su familia”, concluyó.

Estrategias del Ministerio de Salud para atención de la conducta suicida

- Apoyo al Foro nacional de prevención del suicidio que impulsa la Comisión Séptima del Senado en coordinación con la Fundafectivos, del cual ya se han hecho tres versiones con participación amplia de diversos sectores.
- Mesa Institucional para la Prevención, Investigación y Atención del Suicidio en Colombia, como escenario para realizar la planificación, discusión académica y análisis del tema con participación amplia de entidades públicas, privadas, investigadores y entidades territoriales. Se han adelantado mesas sobre suicidio en pueblos indígenas, adolescentes, víctimas del conflicto, entre otros.
- A nivel de los territorios se han adelantado cuatro mesas regionales de suicidio: Pacífico, Orinoquía, Eje cafetero y Caribe; realizadas en el marco del convenio OPS/Min salud y Fundación de líderes afectivos, a través de las cuales se trabaja en fortalecer la capacidad de respuesta institucional y comunitaria en las regiones frente al tema. Este año se realizan en Bogotá, Amazonía, Costa Atlántica y Sur del País.
- Diseño del Modelo de Atención para la Conducta Suicida, mediante un convenio entre la Organización Internacional para las Migraciones, la ONG MAYU of New England y el Ministerio de Salud y Protección Social, para ofrecer una guía concertada y estandarizada para la intervención de este tema.
- Plan de intervención de la conducta suicida, en convenio con SINERGIAS y la OPS que está en proceso de territorialización.

Causas del suicidio

¿Cuáles son las causas del suicidio?

Hablemos de dos tipos de causas, las inmediatas que resuelven en la persona suicida la situación con un NO a la vida, y las causas inherentes al medio social, familiar y cultural, donde el individuo se ha desarrollado. Entre las causas inmediatas están la soledad, frustraciones e incapacidad para afrontar, cuando se trata de actitudes ante la vida, o pueden estar las enfermedades de tipo mental y psicológico, como la depresión. A nivel de las causas inherentes al medio social, familiar y cultural está la desorientación producida por el abandono que las familias y la sociedad han hecho de los valores básicos y el fortalecimiento a nivel mundial de una corriente de decadencia e impulso a una cultura de muerte. En este último aspecto los medios de comunicación juegan un papel, cuando aceptan de las compañías productoras de publicidad, música y videos, la promoción explícita e implícita de propuestas de muerte.

Es rara la vez que alguien decide suicidarse sin pensarlo de antemano. Durante las horas y los días antes de que una persona se quite la vida, generalmente hay signos y advertencias.

Los signos más fuertes e inquietantes son verbales - “no puedo seguir adelante”, “ya nada me importa” o incluso “estoy pensando en acabar con todo”. Los comentarios de esta índole hay que tomarlos siempre en serio. Una de las causas más comunes para llegar a cometer esto es la depresión, vivimos en un mundo de retos, angustias, falta de oportunidades, rechazo social, que generan grandes desequilibrios emocionales, que muchas personas no toleran, o tienen tanto estrés que la única solución que ven es el suicidio; diríamos que hay razones sociales, emocionales, económicas y biológicas, para que la persona realice este acto queriendo encontrar una solución.

Las causas del suicidio en los adolescentes pueden ser difíciles de establecer e involucrar diversos factores. Los jóvenes atraviesan un período vulnerable en esta etapa de su vida. No importan cuán pequeños o grandes sean sus problemas, pueden sentirse como si fueran insostenibles y abrumadores. Los cambios notorios de comportamiento, como el alejamiento de sus amigos o familia, la aparición de conductas violentas o

agresivas, están entre los muchos signos de suicidio adolescente potencial, pero los padres y especialistas en salud mental también necesitan entender las causas para realizar una prevención efectiva.

Causas biológicas

Los componentes genéticos relacionados con la química cerebral pueden ser uno de los factores del suicidio en los adolescentes. Aquellos jóvenes con antecedentes familiares de desórdenes mentales o suicidio están en riesgo de cometerlo o intentarlo. Estar en un ambiente donde ha ocurrido un suceso así con un pariente puede producir en los adolescentes vulnerables pensamientos suicidas. Los niveles bajos de serotonina, un químico del cerebro, también puede ser una de las causas. La NAMI (por las siglas en inglés de Alianza Nacional de Enfermedades Mentales) dice que este químico controla las acciones impulsivas, por lo cual los bajos niveles de serotonina pueden llevar a tener un comportamiento impulsivo.

Otros factores psicológicos y Suicidio

Aunque no tan intensos como la desesperanza o la depresión, hay otros factores psicológicos se correlacionan con el suicidio. Por ejemplo:

- Trastornos afectivo
- Esquizofrenia
- Abuso de sustancias
- Separación y divorcio
- Presiones académicas
- Vergüenza

Enfermedades graves

Enfermedad mental y suicidio: El 98% de las víctimas de suicidio padecía algún trastorno mental previo, pasible de tratamiento y, por lo tanto, de prevención. El 48% fue admitido en algún momento en algún servicio de salud, hospital psiquiátrico o centro de atención primaria durante el mes previo o durante el episodio, y el 70% de las consultas correspondió a trastornos depresivos y alcoholismo.

Entre los pacientes que mueren por suicidio en hospitales psiquiátricos, más del 90% presenta intentos previos, y en general ocurre sin previo aviso; al contrario de los que sucede con los provocados por sujeto que, aunque presenten antecedentes de internaciones psiquiátricas, no se encontraban internados en el momento del suicidio. Hay autores, como Blumenthal, que consideran que el suicidio es un síndrome complejo y de varios matices, en el que se superponen aspectos psicopatológicos, características de la personalidad como la impulsividad y la vulnerabilidad, y no es el desenlace de un hecho aislado.

Depresión: Hay un predominio de los trastornos del estado de ánimo, en primer término depresión, en los pacientes suicidas, con tasas 4,5 veces superiores con respecto a otras patologías psiquiátricas; este es el diagnóstico más frecuente, con una prevalencia de hasta el 70%. De los pacientes depresivos, el 15% de ellos llega a suicidarse, y el 10% de las personas que tienen un incremento de suicidio lo repiten.

El riesgo es mayor entre los varones, sobre todo en solteros, separados o viudos, y suele comenzar a edades superiores a 40 años. Es importante el diagnóstico temprano de la depresión, en pos de la prevención del suicidio, identificar a pacientes de alto riesgo, tomando en cuenta que de todos los suicidas con depresión, solo el 20% recibe tratamiento adecuado para la patología.

Stephen Stahl describió la regla del siete, para recordarnos que de cada siete pacientes con depresión recurrente comete suicidio, que el 70% de los que se suicidaron presentaban un trastorno depresivo, que el 70% de los suicidas reportaban atención de cuidados primarios por parte de médicos en las últimas seis semanas anteriores y que el

suicidio en la séptima causa de suicidio en Estados Unidos. Incrementa el riesgo la presencia de trastorno bipolar del tipo 2.

Una gran desilusión: Sufrir una desilusión muy grande, como el rechazo, la pérdida de un novio o novia y el fracaso en la escuela o en los deportes pueden desencadenar tendencias suicidas en los adolescentes que tienen dificultades en enfrentar estos tipos de situaciones. Estas circunstancias tomadas en sí mismas pueden no ser responsables de la decisión en sí, pero son factores que contribuyen a que los adolescentes tomen medidas extremas, según lo informa la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI, por su sigla en inglés).

Estrés: El estrés, la confusión, la presión y las preocupaciones sobre su autoestima son problemas comunes en varios adolescentes que pueden ser desencadenantes del suicidio de acuerdo a la Academia Estadounidense de Psiquiatría de Niños o Adolescentes. Los jóvenes pueden haber pasado por el divorcio de sus padres, o haberse mudado con una nueva familia, o a una nueva localidad o haber cambiado de escuela. En algunos casos también pueden ser víctimas del abuso físico o sexual. Estos problemas perturbadores pueden intensificar los sentimientos de incertidumbre como la angustia, ansiedad o agitación.

Esquizofrenia: Cerca del 15% de los pacientes esquizofrénicos se suicidan, y más del 50% realizan un intento de suicidio durante su vida; ese es el segundo diagnóstico más frecuente dentro de la patología psiquiátrica, lo que nos permite prever el riesgo elevado que presentan de consumar el hecho o ulterioridad.

Los suicidios se producen en los periodos interepisódicos, en mayor medida dentro de los tres meses de alta.

Se producen durante los primeros años de evolución de la enfermedad, y es frecuente que se intente después de los diez años de transcurrido el primer episodio. Suelen ser jóvenes, al contrario de lo que sucede en los trastornos del estado del ánimo.

Otros factores patológicos que pueden coexistir con la esquizofrenia, son el alcoholismo y el abuso de sustancias, la carencia de integración social y familiar que cuando se presentan dentro de esta patología potencian en gran medida el riesgo de suicidio.

Alcoholismo: La asociación entre el alcohol y el suicidio es conocida por las altas tasas de suicidio entre pacientes alcohólicos y por el uso del alcohol como deshinibidor antes de intentar provocarse la muerte.

El riesgo de suicidio es 60 a 120 veces superior que en la población general, se incrementa cuando acompaña trastornos como depresión es personas que conviven solas. Es más frecuente encontrar en hombres trastornos depresivos mayores y en mujeres alteración distímica.

El consumo de alcohol también se relaciona con las muertes por accidentes de tránsito primera causa de muerte en adolescentes, en las que el descuido en el manejo y el abuso de alcohol podrían emparentarse con conductas autolíticas difíciles de diferenciar en el suicidio activo.

Drogodependencia: Las tasas de suicidio son superiores entre las personas que abusan de sustancias, sobre todo en patología principal de depresión, en cuyo caso el riesgo de suicidio se incrementa hasta unas 80 veces. La heroína incrementa 20 veces el riesgo suicida.

En general el comportamiento se ve favorecido por la disponibilidad de drogas letales de uso intravenoso, los trastornos de personalidad y la impulsividad y el estilo de vida caótico.

Trastorno de pánico: Según Weissmann en su población de estudio el suicidio fue del 7% pero ascendió al 29% cuando el trastorno de pánico se encuentra en comorbilidad con depresión, alcoholismo y abuso de sustancias.

Trastorno de personalidad: Ciertos trastornos de personalidad están más expuestos al suicidio, sobre todo si crean dificultades de interrelación y adaptación, como el límite y el trastorno antisocial, en los que (hay un alto componente de dificultad del manejo de la agresividad potenciado con el abuso de sustancias); y el trastorno histriónico de la

personalidad (incapacidad de intolerancia a la frustración), en mayor medida asociado al abuso de sustancias.

Trastornos de alimentación: La asociación entre el suicidio y trastornos alimentarios en jóvenes es alta, es una de las principales causas de muertes en anorexia nerviosa sobre todo del tipo compulsivo/purgatorio. Es la tercera causa de muerte en esta población.

En general informa sus intenciones con anterioridad a familiares o a los médicos a los que acudieron; el éxito de esta prevención se basa en primer término y el reconocimiento, el diagnóstico temprano y el adecuado tratamiento de las patologías mentales.

Enfermedad médica y suicidio: Se determinó que el 30% y el 70% de las víctimas de suicidio en las que se realiza una autopsia padecían enfermedades médicas. Por lo general se trata de enfermedades crónicas y dolorosas. Entre las patologías médicas asociadas más a menudo con este fenómeno podemos destacar las siguientes: sida, cáncer, epilepsia.

Corea de Huntington: El suicidio es parte latente del síndrome; las probabilidades pueden incrementarse de si está acompañado de depresión.

Otras patologías que tienen relación directa con el suicidio son esclerosis múltiple, trauma medular y craneano, patología cardiovascular, demencia, endocrinopatías como el síndrome de Cushing, anorexia nerviosa, síndrome de Klinefelter y porfirias.

Víctimas del suicidio: Hay 2 grupos de personas en especial que son víctimas del suicidio. Tenemos a los: adolescentes, Jóvenes y niños, y ancianos. En los adultos también se da el suicidio pero en cantidades menores.

Suicidio entre niños y adolescentes: Los jóvenes encuentran la vida tan dolorosa que de forma deliberada se causan la muerte. El suicidio en niños menores de 14 años aumenta de forma alarmante y en los jóvenes aumenta más rápido.

Dos estudios realizados a 505 personas entre niños y adolescentes que han intentado suicidarse han ayudado a identificar ciertas características: Los síntomas clínicos mostrados tanto en niños como en adolescentes fueron afecto fluctuante y agresividad, hostilidad, o ambos. La mayor parte de ellos intentos fueron realizados en la tarde o en la noche. Hubo tres veces más niñas que niños, y de los varones que intentaron suicidarse eran menores que las mujeres.

El segundo estudio se correlaciono la inestabilidad y el estrés familiar, una atmósfera familiar caótica y decepciones amorosas con los intentos de suicidio. Aunque muchos factores pueden haber conducido a estas muertes trágicas, la sugestión y la imitación parecen haber desempeñado un papel en especial poderoso. La adolescencia es una época difícil y turbulenta, y para la mayoría de ellos el suicidio parece ser una respuesta lógica al dolor y al estrés de madurar. Debido a su inmadurez emocional y psicológica ante la presión familiar por su poca capacidad intelectual o una decepción amorosa ven en el suicidio una salida fácil.

Suicidio entre ancianos: Los ancianos empiezan a tener cambios vitales que se vuelven cada vez más estresantes conforme pasan los años. Los amigos y parientes mueren, el aislamiento social puede aumentar y el prospecto de muerte se vuelve más real. El suicidio en esta etapa viene acompañado de una profunda depresión. Los ancianos se empiezan a deprimir al sentirse incapaces de realizar algún trabajo o también al enterarse de que sufren alguna enfermedad terminal, entonces para acabar con todo ese dolor y sufrimiento optan por el suicidio.

Control del suicidio, Pueden ser externos o internos.

Controles externos: Son aquellos por medio de los cuales la sociedad influye en el individuo para que acepte su situación y continúe viviendo.

Ej.: tabúes, religión, mitos, costumbres, familia, hijos, etc.

También tienen importancia las acciones de los otros tipos, con respecto al individuo en cuestión, ejemplo: la comprensión, el apoyo, interés y preocupación.

Controles internos: Pueden ser los ideales, las normas, la conciencia, la moralidad y los sentimientos de responsabilidad de la persona. Además la estructura de su personalidad puede ser tal que dé a la persona flexibilidad, adaptabilidad, independencia

y sentimientos de autoestima que le permitan soportar. Por el contrario, una persona puede ser más vulnerable a causa de su personalidad rígida, excesiva dependencia concepto pobre de sí mismos.

El suicidio afecta no solo a la persona que comete el acto sino también a las personas que dejan atrás. Los seres queridos de la víctima con frecuencia responden con negación y conmoción, seguidas de pena y cólera que solo se resolverán cuando “dejen ir” al fallecido. Los profesionales de la salud mental que atendían a un cliente que comete suicidio también experimentan un malestar psicológico.

Causas sociales

El suicidio varía en razón inversa del grado de integración de los grupos sociales de que forma parte el individuo.

Dentro del factor social, subrayó la influencia primordial de la cohesión social (qué mantiene unidos a los individuos en sociedad), de manera que un exceso, o un defecto en dicha cohesión pueden desembocar de manera indistinta en el suicidio.

Durkheim distingue cuatro tipos de suicidios:

- **Suicidio egoísta**

Tiene lugar cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al suicida con su propia vida. En ausencia de la presión y la coerción de la sociedad, el suicida queda libre para llevar a cabo su voluntad de suicidarse. Esta forma de suicidio tiende a darse más en las sociedades modernas, en las que la dependencia de la familia o del clan es menor que en las tradicionales.

- **Suicidio altruista**

Es el causado por una baja importancia del yo. Durkheim pone el ejemplo de los pueblos celtas, entre quienes llegó a ser honroso el suicidio de los ancianos cuando eran incapaces de obtener recursos por ellos mismos. El ejemplo moderno es el ejército.

Durkheim destaca que en los países donde en las sociedades se suicidan más (por el suicidio egoísta), en el ejército se suicidan menos, y viceversa.

- **Suicidio anómico**

Es el que se da en sociedades cuyas instituciones y cuyos lazos de convivencia se hallan en situación de desintegración o de anomía. En las sociedades donde los límites sociales y naturales son más flexibles, sucede este tipo de suicidios. Por ejemplo, en los países donde el matrimonio tiene un peso menor, por la existencia del divorcio, el suicidio es mayor. Es el suicidio de las sociedades en transición. Otro ejemplo es el comercio y la industria, donde el cambio (y por lo tanto, también el suicidio anómico) es crónico.

- **Suicidio fatalista**

Que se produce allí donde las reglas a las que están sometidos los individuos son demasiado férreas para que éstos conciban la posibilidad de abandonar la situación en la que se hallan. Las sociedades esclavistas serían ejemplos de situaciones en las que se da este suicidio.

HISTORIA BULLYING Y SU RELACIÓN CON EL SUICIDIO

“Tal comienza a preocuparse de la violencia escolar en su país, Noruega, en 1973 y se vuelca a partir de 1982 en el estudio del tema a raíz del suicidio de tres jóvenes en ese año. En Europa se estaba trabajando ya en los países nórdicos, también en Inglaterra en donde desde hace mucho existen tribunales los Bully Coufls o tribunales escolares creados en el Reino Unido. Allí existe desde 1989 una línea directa a la que acuden aquellos que quieran consejos sobre situaciones de acoso escolar.

En España no hay estudios oficiales hasta un estudio del defensor del menor de 1999. Existen programas de prevención en muchos países de Europa, en Estados Unidos y en España han sido pioneros en Sevilla, con un programa educativo de prevención al que aludiremos en esta información que han llevado a cabo desde 1997”. (6)

Tipos de acoso escolar

Los profesores Iñaki Piñuel y Zabala y Araceli Oñate han descrito hasta 8 modalidades de acoso escolar, con la siguiente incidencia entre las víctimas:³

Bloqueo social (29,3%)

Hostigamiento (20,9%)

Manipulación (19,9%)

Coacciones (17,4%)

Exclusión social (16,0%)

Intimidación (14,2%)

Agresiones (12,8%)

Amenazas (9,3%)

Bloqueo social

Agrupar las acciones de acoso escolar que buscan bloquear socialmente a la víctima.

Todas ellas buscan el aislamiento social y su marginación impuesta por estas conductas de bloqueo. Son ejemplos las prohibiciones de jugar en un grupo, de hablar o comunicar con otros, o de que nadie hable o se relacione con él, pues son indicadores que apuntan un intento por parte de otros de quebrar la red social de apoyos del niño.

“Se incluye dentro de este grupo de acciones el meterse con la víctima para hacerle llorar. Esta conducta busca presentar al niño socialmente, entre el grupo de iguales, como alguien flojo, indigno, débil, indefenso, estúpido, llorica, etc. El hacer llorar al niño desencadena socialmente en su entorno un fenómeno de estigmatización secundaria conocido como mecanismo de chivo expiatorio. De todas las modalidades de acoso escolar es la más difícil de combatir en la medida que es una actuación muy frecuentemente invisible y que no deja huella. El propio niño no identifica más que el hecho de que nadie le habla o de que nadie quiere estar con él o de que los demás le excluyen sistemáticamente de los juegos”. (7)

Hostigamiento: Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio, falta de respeto y

desconsideración por la dignidad del niño. El desprecio, el odio, la ridiculización, la burla, el menosprecio, los motes, la crueldad, la manifestación gestual del desprecio, la imitación burlesca son los indicadores de esta escala.

Manipulación social: Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que pretenden distorsionar la imagen social del niño y “envenenar” a otros contra él. Con ellas se trata de presentar una imagen negativa, distorsionada y cargada negativamente de la víctima. Se cargan las tintas contra todo cuanto hace o dice la víctima, o contra todo lo que no ha dicho ni ha hecho. No importa lo que haga, todo es utilizado y sirve para inducir el rechazo de otros. A causa de esta manipulación de la imagen social de la víctima acosada, muchos otros niños se suman al grupo de acoso de manera involuntaria, percibiendo que el acosado merece el acoso que recibe, incurriendo en un mecanismo denominado “error básico de atribución”.

Coacción: Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que pretenden que la víctima realice acciones contra su voluntad. Mediante estas conductas quienes acosan al niño pretenden ejercer un dominio y un sometimiento total de su voluntad.

El que la víctima haga esas cosas contra su voluntad proporciona a los que fuerzan o tuercen esa voluntad diferentes beneficios, pero sobre todo poder social. Los que acosan son percibidos como poderosos, sobre todo, por los demás que presencian el doblegamiento de la víctima. Con frecuencia las coacciones implican que el niño sea víctima de vejaciones, abusos o conductas sexuales no deseadas que debe silenciar por miedo a las represalias sobre sí o sobre sus hermanos.

Exclusión social: Agrupa las conductas de acoso escolar que buscan excluir de la participación al niño acosado. El “tú no”, es el centro de estas conductas con las que el grupo que acosa segrega socialmente al niño. Al ningunearlo, tratarlo como si no existiera, aislarlo, impedir su expresión, impedir su participación en juegos, se produce el vacío social en su entorno.

Intimidación: Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que persiguen amilanar, amedrentar, apocar o consumir emocionalmente al niño mediante una acción intimidatoria. Con ellas quienes acosan buscan inducir el miedo en el niño. Sus

indicadores son acciones de intimidación, amenaza, hostigamiento físico intimidatorio, acoso a la salida del centro escolar.

Amenaza a la integridad: Agrupa las conductas de acoso escolar que buscan amilanar mediante las amenazas contra la integridad física del niño o de su familia, o mediante la extorsión.

Causas

El agresor: características psicológicas y entorno familiar.

Aunque el acosador escolar no tiene por qué padecer ninguna enfermedad mental o trastorno de la personalidad grave, presenta normalmente algún tipo de psicopatología. Fundamentalmente, presenta ausencia de empatía y algún tipo de distorsión cognitiva.

La carencia de empatía explica su incapacidad para ponerse en el lugar del acosado y ser insensible al sufrimiento de este.

El entorno escolar: Se puede dar el caso de que la ausencia en clase (o, en general, en el centro educativo) de un clima adecuado de convivencia pueda favorecer la aparición del acoso escolar. La responsabilidad al respecto oscila entre la figura de unos profesores que no han recibido una formación específica en cuestiones de intermediación en situaciones escolares conflictiva, y la disminución de su perfil de autoridad dentro de la sociedad actual.

Evolución de los casos de acoso escolar: El objetivo de la práctica del acoso escolar es intimidar, apocar, reducir, someter, aplanar, amedrentar y consumir, emocional e intelectualmente, a la víctima, con vistas a obtener algún resultado favorable para quienes acosan o satisfacer una necesidad imperiosa de dominar, someter, agredir, y destruir a los demás que pueden presentar los acosadores como un patrón predominante de relación social con los demás.

En ocasiones, el niño que desarrolla conductas de hostigamiento hacia otra busca, mediante el método de «ensayo-error», obtener el reconocimiento y la atención de los

demás, de los que carece, llegando a aprender un modelo de relación basado en la exclusión y el menosprecio de otros. Con mucha frecuencia el niño o niña que acosa a otro compañero suele estar rodeado muy rápidamente de una banda o grupo de acosadores que se suman de manera unánime y gregaria al comportamiento de hostigamiento contra la víctima. Ello es debido a la falta de una autoridad exterior (por ejemplo, un profesor, un familiar, etc.) que imponga límites a este tipo de conductas, proyectando el acosador principal una imagen de líder sobre el resto de sus iguales seguidores.

Sobre el estado actual de la problemática del suicidio de niños, niñas y adolescentes

El suicidio es todo “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima, a sabiendas de que sabía producir ese resultado” Esto quiere decir que no solamente se suicida quien realiza un acto que acaba con su vida, si no también aquel que la pierde por dejar de hacer algo. Incluso, existen distintas clases de “suicidio embrionario”, que tienen una profunda relación con los suicidios consumados y que se manifiestan en comportamientos autodestructivos, como acabar con la vida mediante un exceso de trabajo innecesario, juegos de alto riesgo, abuso de sustancias y practica de relaciones sexuales inseguras.

El intento de suicidio es “el acto que le define, pero frenado antes de que la muerte se produzca”.

Lo que diferencia el suicidio del intento es q este último no llega hasta el desenlace trágico. La ideación suicida podría definirse como “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto-infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir”.

Antes de iniciar el camino que nos conducirá a las orientaciones, para la prevención del suicidio en instituciones educativas, resulta importante considerar la incidencia del fenómeno que nos ocupa, así como el impacto que tienen las familias y comunidades en las cuales se presenta.

“El primer paso para intervenir efectivamente en el suicidio, los intentos de suicidios y la ideación suicida, en el ámbito escolar, es reconocer que el problema existe en nuestra comunidad y que no se trata de un problema aislado que deba ser objeto de vergüenza o ocultamiento”. Se trata de un fenómeno global que está en aumento y que no solo tiene que ver con factores individuales pues en esta también influyen aspectos familiares, escolares y sociales que podemos prevenir e intervenir. El primero paso para ello es levantar el tabú que existe sobre el tema (Casullo, 1998) y convertirlo en objeto de reflexión y estudio en nuestras instituciones educativas, por medio de discusiones del tema con la comunidad académica, conferencias de expertos, foros de investigaciones, como se hace con las demás problemáticas que afectan la salud y el bienestar de nuestros estudiantes.

“En Colombia, el suicidio esta entre las primeras diez causas de mortalidad y es la segunda o tercera causa de muerte para la población joven”.

En el estudio de la disposición social del suicidio en niños y adolescentes, un presupuesto interaccionista permite una solución dialéctica a la antinomia desde las perspectivas deterministas que dese responsabiliza y las indeterministas que hiperresponsabilizan. Esta perspectiva interaccionista permite comprender los intentos de suicidio y los suicidios en niños y adolescentes, como acto socialmente construidos, en los cuales los factores biológicos, ecológicos y sociológicos tienen un lugar, pero no en calidad de determinismos mecánicos, o variables independientes que explicarían el fenómeno como una resultante o variable dependiente si no como aspectos del mundo físico y simbólico con los que los niños y adolescentes se relación de una manera activa, alterándolos, transformándolos, interpretándolos, resignificándolos, recreándolos e incluso reinventándolos.

Bajo esta perspectiva particular de la psicología social ningún comportamiento humano se puede explicar como simple conducta animal, a partir de un esquema determinista lineal, unicausal o multicausal, de estímulos y respuestas, pero tampoco se va al otro extremo de conseguir el comportamiento humano como fruto en exclusiva del libre albedrío, de una razón libre y autónoma. Esta perspectiva psicosocial permite examinar el intento de suicidio y el suicidio consumado de niños y adolescentes como una

construcción social, en el que el menor, como actor social, asume una posición activa, a la vez como víctima y victimario de su acción, pero en la que también participan otras personas (madre, padre, hermanos, compañeros de clase, parejas, entre otros) que favorece y empuja a la conducta suicida. Este presupuesto nos advierte que el ser humano es un agente social activo que transforma y recrea la realidad simbólica, que constituye a la vez su hábitat y el campo en el que interacciona con los otros, con su organismo, con la naturaleza y la realidad física, y que su comportamiento no se puede explicar solamente como efecto de los diversos factores Bio-psico-sociales que operan sobre él, sino que ante todo un emergente de los procesos de interacción simbólica con otros seres humanos, en los que estos factores son resignificados y puestos en juego en función de sus propias construcciones de sentido y sus planes de acción.

Sin desconocer la influencia que pueden tener los factores biológicos, psicopatológicos y específicamente socio-ecológicos en el fenómeno del suicidio el abordaje psicosocial permite examinar como estos son asumidos, transformados, manipulados y creados por los diversos actores sociales. Lo anterior, permite entender porque ante la presencia de las mismas variables orgánicas, psicopatológicas y sociológicas en dos actores sociales, uno de ellos se suicida y otro no.

En los contextos educativos y comunitarios, sobresalen como elementos que favorecen los comportamiento suicidas, fenómenos como el matoneo y el Bulling y las distintas formas de segregación y exclusión. Los niveles de malestar que son capaces de provocar en un niño o en un adolescente los insultos, la humillación, la ridiculización y las distintas formas de violencia simbólica de sus compañeros y en ocasiones también de los mismos docentes pueden convertirse en un factor de empuje al suicidio para un joven que este en una posición de particular vulnerabilidad.

Bases biológicas de las conductas suicidas y para-suicidas

La identificación de factores de riesgo específicos de conducta suicida es complicada, por la elevada concurrencia de depresión. Así, en gran parte de los estudios, los factores de riesgo identificados para suicidio pueden constituir marcadores biológicos de depresión. Para que un factor de riesgo sea específico de suicidio debería estar presente en ambos, pacientes suicidas depresivos y no depresivos.

De todos los neurotransmisores relacionados directa o indirectamente con las conductas suicidas y para-suicidas es la serotonina (5-HT) la que ha recibido una mayor atención por parte de los investigadores. En este sentido, decir que numerosas evidencias vinculan la disminución de la actividad serotoninérgica central con manifestaciones de tipo suicida, así como con otros actos de naturaleza violenta e impulsiva.

Mención aparte merece el estudio de las posibles implicaciones de los niveles séricos de colesterol en la posterior realización de actos suicidas, en primer lugar por la gran proliferación de trabajos realizados en los últimos años en tomo al tema y en segundo por las posibles conexiones entre niveles de colesterol sérico y actividad serotoninérgica central.

Serotonina y suicidio

Existen básicamente 4 tipos de estudios que apoyan la denominada hipótesis de la deficiencia serotoninérgica en las conductas suicidas:

- Estudios cerebrales post-mortem en suicidios consumados.
- Niveles de serotonina y su meta bolito, ácido 5-hidroxiindolacético en LeR.
- Estudios a nivel plaquetario.
- Test de estimulación neuroendocrina de tipo serotoninérgica.
- A continuación se exponen brevemente aquellos que aportan resultados más relevantes.
- Estudios cerebrales post-mortem en suicidios consumados.

La primera investigación llevada a cabo en este aspecto fue la realizada por Shaw los cuales encontraron que en enfermos depresivos que se habían suicidado, las concentraciones de 5-HT en el área rombo encefálico eran significativa mente más bajas que las encontradas en individuos que habían fallecido por otras causas. Resultados similares han sido señalados por otros autores, aunque otros no han confirmado estos hallazgos.

La razón de tales disparidades no son claras si bien existen una serie de hechos que pueden contribuir a ellas: diagnóstico usualmente retrospectivo, ya que no todos los

suicidios son consecuencia de un trastorno depresivo, el tipo y cantidad de medicación ingerida antes de producirse la muerte, tiempo real transcurrido entre el suicidio y las Determinaciones. Otras evidencias postmortem estarían constituidas por la existencia de un descenso de los lugares de unión para la imipramina, sobre todo a nivel de corteza prefrontal, hallazgos confirmados recientemente, SO en pacientes depresivos, utilizando citalopram, un ligando mucho más selectivo. Si bien, autores como Arora y MeItzer, 5 refieren no encontrar diferencias a nivel de cortex frontal, entre un grupo de personas fallecidas por conducta suicida y el correspondiente grupo control. Por otra parte, también se ha constatado un incremento de receptores 5-HT2 en el córtex frontal de víctimas de suicidio. De lo expuesto parece deducirse la existencia de una disminución de la actividad serotoninérgica cerebral a nivel presináptico, que se acompañaría de una compensación pos sináptica con un aumento del número de receptores 5-HT2 a ese nivel.

Test neuroendocrinos de tipo serotoninérgico

La importancia de los test de estímulo neuroendocrino reside en que pueden medir respuestas funcionales del sistema monoaminérgico, mientras que los estudios no funcionales del eje hipotálamo-hipofisario no son capaces de detectar los cambios acaecidos fuera de las áreas diencefálicas.

Estos test se basan en el hecho de que numerosas hormonas pueden verse influenciadas por estímulos de tipo serotoninérgico. Para su realización se administran agentes que afecten dicha actividad 5-HT y se miden, antes y después de la administración del agente una serie de hormonas como la prolactina, cortisol y somatotropina, que aunque en condiciones basales varían poco, si actúan como buenos diferenciadores de tales disfunciones en personas con actividad serotoninérgica alterada, tras la administración del estímulo correspondiente.

- **Teoría psicológica**

Las principales formulaciones psicológicas de la conducta suicida se inician con Freud y seguidores, quienes consideran el suicidio como un crimen al cual se le ha dado un giro de 180 grados, describen la ambivalencia amor y odio presente en todo suicida la incapacidad poco común de amar a otros detrás de todo suicida, así como la asociación del suicidio como forma de agresividad con el instinto de muerte. Hendin menciona las fantasías inconscientes más frecuentes de los suicidas, entre las que se encuentran: deseo hostil de venganza, deseo culpable de castigo, deseo esperanzado de rescate, etc. Para Adler, el suicidio afecta a personalidades dependientes, con autoestima claramente baja, egocéntrica y agresiva velada o abiertamente. Menniger considera que el suicidio se hace efectivo si se combinan muchas circunstancias y factores, existiendo tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de morir y el deseo de ser matado. Para Shneidman, el suicidio es un dolor psíquico y considera que en la última centuria se ha hablado fundamentalmente de cuatro aspectos psicológicos del suicidio: lucha; en la que quedan incluidos los significados de asesinatos, agresión, rabia, revancha, deseos de matar, etc. Huida, en las que están incluidos los significados de escape, rescate, sueño, renacer, reunión, deseos de morir, etc. Susto; en la que se incluyen los significados de desolación, desesperanza, confusión, miedo, soledad, pánico, dolor psíquico, etc. Carga; en la que quedan incluidos los significados de vulnerabilidad genética, historia familiar de suicidios, enfermedades mentales en la familia, historia de abusos, etc. En inglés estas cuatro palabras tienen gran parecido (las 4 F): fight, , freight. (Lucha, vuelo, carga, susto).

- **Teorías psicoanalíticas**

Freud colocó en el interior del alma humana el problema del suicidio. En Duelo y melancolía considera los impulsos hacia el suicidio como impulsos homicidas, orientados anteriormente hacia otras personas, dirigidos hacia el objeto amado previamente introyectado. Karl Menninger reeditó los conceptos de Freud sobre el suicidio. Él habló de 3 componentes de la pulsión hostil presente en el suicidio: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. Litman incluye entre los aspectos

a resaltar en la dinámica del paciente suicida otros además de la hostilidad: la culpa, la ansiedad, la dependencia.

Entre las teorías psicológicas más conocidas se encuentra el planteamiento psicoanalítico. Se denomina psicoanalítico por la insistencia de Freud en analizar fuerzas y conflictos (psíquicos) internos profundos.

Según Freud, cada persona hereda una serie de conflictos infantiles junto con formas de enfrentarnos a ellas. Si estas son buenas experiencias somos personas capaces de superar conflictos, determinadas situaciones. Si por el contrario, son experiencias traumáticas no sabremos afrontar determinadas situaciones, tendremos un yo débil.

Entre las ideas freudianas más fundamentales se encuentra la noción de que el comportamiento y el desarrollo humanos están motivados por dos tendencias poderosas: el impulso de sobrevivir y el impulso de reproducirse.

La sexualidad comprende no sólo las actividades vinculadas claramente con el sexo, sino también una amplia variedad de otras conductas y sentimientos, afecto y amor, lo mismo que actos como comer, chuparse el dedo y fumar. Freud utiliza el término libido que es el origen de la fuerza de los impulsos sexuales. De acuerdo a esta teoría la satisfacción de los impulsos sexuales o siempre implica a las partes sexuales del cuerpo.

Por otro lado, Freud menciona que el desarrollo humano ocurre en tres etapas generales que se muestran en distintos niveles o aspectos de la personalidad:

Ello

Es el inconsciente. Cuando nace el niño es el puro ello, el puro instinto. El ello seguía por el principio del placer. El niño no tiene idea de que es posible e imposible, ningún sentido de la realidad, ninguna regla moral interiorizada que controle la conducta. El principio *del* placer determina que el instinto sea saciado y al momento. Los bebés hambrientos no esperan; deben ser alimentados.

Yo

Es la parte racional y se va generando a partir de la interacción con la realidad. El Yo surge de que el niño advierte gradualmente lo que es posible y lo que no. Es el nivel racional, intelectual de la personalidad humana. Incluye la comprensión de que demorar la gratificación a menudo es deseable. El yo se rige por el principio de la realidad, es decir, hay que satisfacer el ello pero de una manera apropiada y realista. (Yo fuerte / yo débil.

Superyó

En el tercer nivel, se encuentra el superyó, se establece en oposición al Ello y el Yo. El Superyó surge *del* contacto con la realidad, está más inclinado a la realidad social y física y se relaciona con los aspectos morales de la personalidad (conciencia), asimila los valores morales de los padres. El Superyó busca la perfección y busca la autocrítica. Su desarrollo ocurre al comenzó de la niñez.

Generalmente existen muchas normas religiosas, sociales y culturales que se oponen a los impulsos *del* Ello, éste y el superyó están en conflicto, y Freud suponía que este conflicto explica muchas conductas anómalas.

- **Teorías existenciales**

Wittgenstein mantuvo que el tema ético principal del hombre es el suicidio. Existen acercamientos que se alejan de la concepción patológica del suicidio que, si bien no ofrecen pautas de actuación para el médico o el psiquiatra, son indispensables para todo aquel que desee estudiar seriamente la cuestión.

Quizás lo más interesante del pensamiento de Wittgenstein, para el hombre de a pie de nuestro tiempo, sean las últimas páginas del Tractatus que están destinadas a establecer de qué es de lo que se puede hablar, qué se puede decir, y de qué es lo que hay que callar. Es decir, qué son sinsentidos.

Wittgenstein afirma que lo único de lo que podemos hablar con absoluta legitimidad es de lo captado por nuestros sentidos y expresado en las leyes científicas. Nuestro lenguaje sólo puede hablar de estos asuntos.

Sin embargo, la ética y la estética se ocupan del sentido del mundo o de la vida y el sentido del mundo no reside en él, no es observable y, por lo tanto, no se puede hablar de él. Cualquier intento de expresar enunciados morales en el único lenguaje posible, el de la ciencia, es un sinsentido. Por tanto, la ética y la estética pertenecen a un “más allá” del límite del mundo. Sus objetos, los valores, “están” y se muestran. Pero no se pueden decir. Lo mismo ocurre con las cuestiones metafísicas como, por ejemplo, la muerte o la eternidad. Esos asuntos están más allá de lo observable, de lo científico, de lo expresable. Pero se muestran.

A todos estos objetos que se muestran Wittgenstein los denominará con una curiosa expresión, pero ciertamente cargada de profundidad: lo místico.

¿A qué queda reducida la filosofía si no se puede ocupar de lo místico? La filosofía debe clarificar y delimitar nítidamente los pensamientos, que de otro modo son, por así decirlo, turbios y borrosos. Es decir, la filosofía debe hacernos usar bien nuestro lenguaje y prevenirnos ante los sinsentidos. No puede hacer más. Por tanto, la metafísica no es una parte de la filosofía. Está más allá de ella.

- **Teoría psiquiátrica**

Es la que considera el suicidio como una manifestación de una patología psiquiátrica y sus orígenes se remontan a la mitad del siglo XIX. Para Esquirol “todo suicidio es el efecto de una enfermedad o un delirio agudo”. Consideró el suicidio como un síntoma del trastorno mental, aunque también como el resultado de pasiones humanas. Más recientemente opinan que la mayoría de los suicidas sufren de una depresión, sea como trastorno o como síntoma, llegando algunos a considerar que en ausencia de una enfermedad psiquiátrica raramente un individuo termina su vida por suicidio. Por último, padecer una enfermedad mental es un factor probado de riesgo suicida.

- **Conclusión**

Como podemos ver en esta investigación de los marcos conceptual, referencial, histórico, geográfico, teórico y legal del suicidio, nos da a disentir que comenzó desde la antigüedad de la humanidad y cada vez esta enlazada con sociedad, tanto que cada cultura la toma como una parte de allá, hoy en día es tan común que la ley la cogió para poder establecer reglas, información y tratamientos en las personas de nuestro país.

CAPITULO TRES: DIAGNOSTICO O ANÁLISIS

Árbol

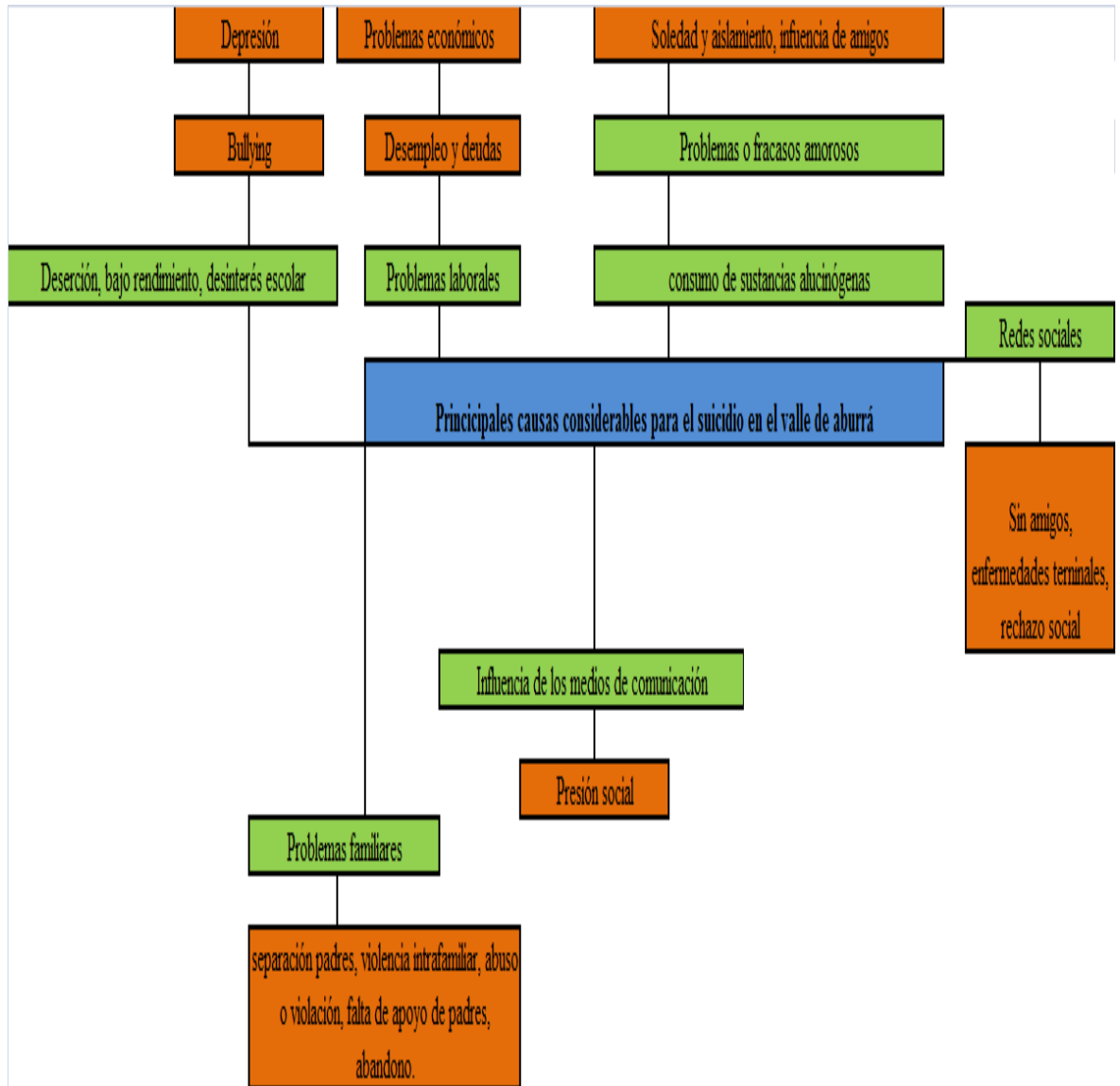


Tabla 7.causas.

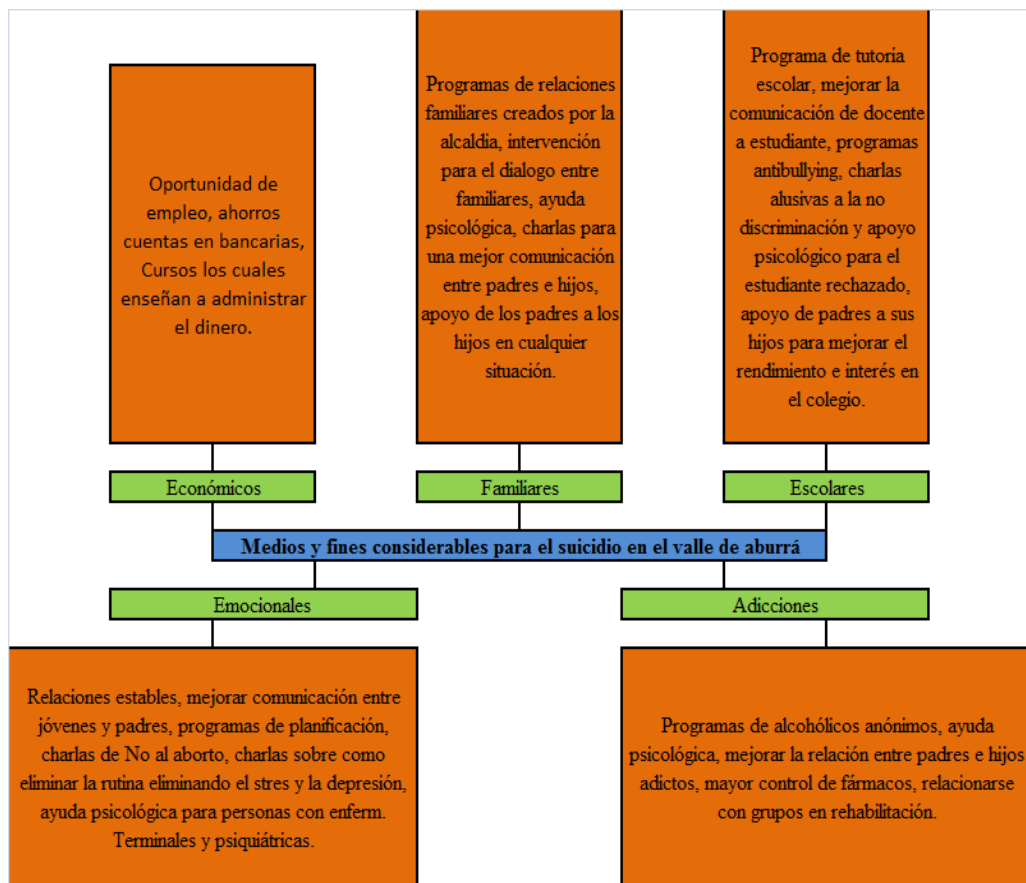


Tabla 8. Medios y fines considerables para el suicidio en el Valle de Aburrá.

Matriz FODA

Fortalezas:

- Se cuenta con un asesor quien es profesional en el área de la salud mental, lo
- cual facilita el desarrollo de la investigación y el análisis de los resultados
- El trabajo en grupo fue un elemento fundamental para el correcto desarrollo del
- proyecto, ya que facilitó el buen uso del tiempo y agilizó las tareas asignadas para lograr los objetivos.
- El compromiso del asesor con los estudiantes fue excelente, y eficiente para el proyecto.

Oportunidades:

- Aprender que es, tipos, causas e intervención de un suicidio.
- Adquirir nuevos conocimientos y experiencia para el desarrollo de los próximos proyectos.
- Mejorar las destrezas ante cualquier posible caso de suicidio pudiendo así tener un mejor reconocimiento del posible suicida y al mismo tiempo una mejor intervención.

Debilidades:

- Falta de experiencia y de conocimiento en el tema por parte de los realizadores del proyecto.
- Se contó con muy poco tiempo por las prácticas estudiantiles de los desarrolladores del proyecto.
- Carencia de asesorías, por motivos académicos u horarios que intervenían, tanto de los asesores como de los realizadores del proyecto.
- Dificultad para acceder a la población requerida ya que son jóvenes que en muchos casos sienten desconfianza o timidez para hablar de este tema.
- No se pasaron los datos organizadamente, ya que la mayoría estaban incompletos.

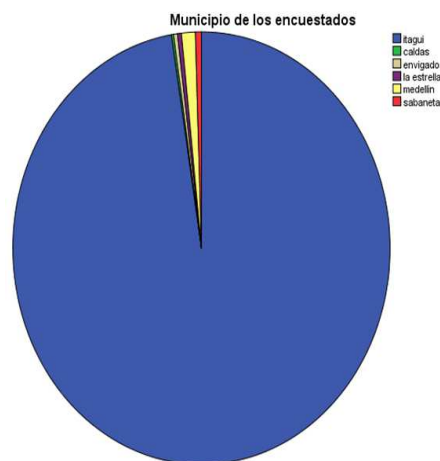
Amenazas:

- Se contó con poco tiempo para desarrollar la investigación dada la población y lo complejo del tema; La información brindada por parte de los encuestados era imprecisa.
- El margen de error en la tabulación, dada la cantidad de información obtenida y el hecho de que se hizo manualmente.
- Falta de comprensión en la tabulación y análisis de los datos en el sistema.
- Atraso del proyecto en las primeras semanas, por falta de tiempo de los asesores.

CAPITULO CUATRO: DISEÑO METODOLÓGICO

El presente capítulo se dará a conocer las figuras de los datos del suicidio y su análisis.

MUNICIPIOS		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Itagüí	575	96,6
	caldas	1	,2
	envigado	2	,3
	la estrella	2	,3
	Medellín	7	1,2
	sabaneta	3	,5
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 8. Municipios

Según la interpretación de la gráfica de intento de suicidio, el municipio con el mayor índice de suicidio en el departamento de Antioquia es Itagüí con un total de 575 encuestados que equivale al 96,6% del total de la muestra de los encuestados.

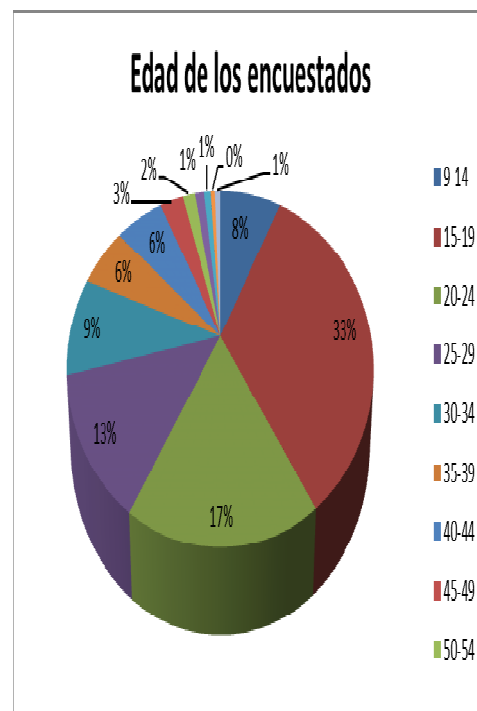
TIPO EVENTO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	intento de suicidio	584	98,2
	suicidio	6	1,0
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 9. Tipo de evento de los encuestados

Según la clasificación de esta encuesta podemos observar que hay más intentos de suicidios con un total de 584 casos, que equivale a un 98,2 %; Que suicidios consumados cuyo total son solo 6 casos, equivalentes a 1%.

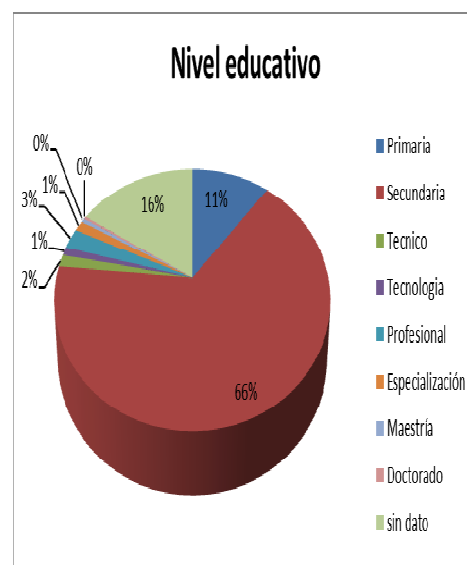
EDAD		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	9-14	45	7,6
	15-19	197	33,1
	20-24	103	17,3
	25-29	77	12,9
	30-34	53	8,9
	35-39	35	5,9
	40-44	35	5,9
	45-49	17	2,9
	50-54	9	1,5
	55-59	7	1,2
	60-64	5	,8
	65-69	3	,5
	80-84	4	,7
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 10. Los rangos de las edades

En esta encuesta que intentaron suicidarse esta entre 15-19 años con un total de 197 casos, en porcentaje muestra un 33,1%, puesto que en esta edad los jóvenes suelen pasar por rupturas amorosas, depresivos, es decir, en una etapa muy difícil, y el rango que le sigue con más incidencia es entre 20-24 años con un total de 103 casos, siendo un 17,3%.

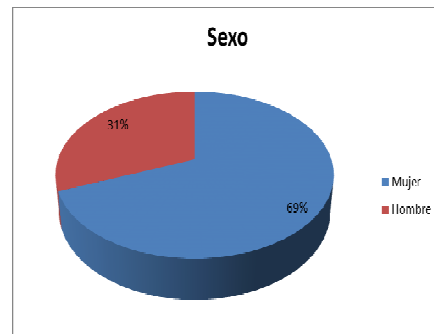
NIVEL EDUCATIVO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Primaria	63	10,6
	Secundaria	388	65,2
	Técnico	9	1,5
	Tecnología	6	1,0
	Profesional	15	2,5
	Especialización	8	1,3
	Maestría	3	,5
	Doctorado	2	,3
	sin dato	96	16,1
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 11. En la gráfica podemos observar que en cuanto al nivel educativo.

Los datos sobresalientes están en la secundaria con un total de 388 casos, q corresponden a un 65,2%; en esta etapa los jóvenes tienen más dificultades en los colegios, el llamado Bulling, menor apoyo de sus padres, etc. Y le sigue la primaria con un total de 63 casos equivalentes a un 10,6%.

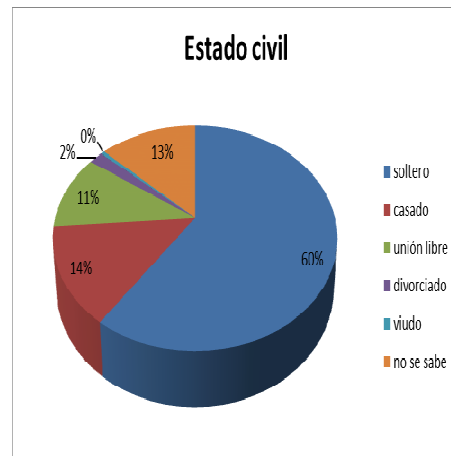
SEXO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	407	68,4
	Hombre	183	30,8
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 12. Sexo

En este caso podemos darnos cuenta que las mujeres se intentan suicidar más frecuentemente y se puede ver en las cifras con un total de 407 casos, que en porcentaje es un 68,4%, por lo contrario los hombres tienen un total de 183 casos, equivalentes en porcentaje 30,8%; Estas cifras son debido a que las mujeres son más vulnerables en problemas, y en situaciones de mucho estrés.

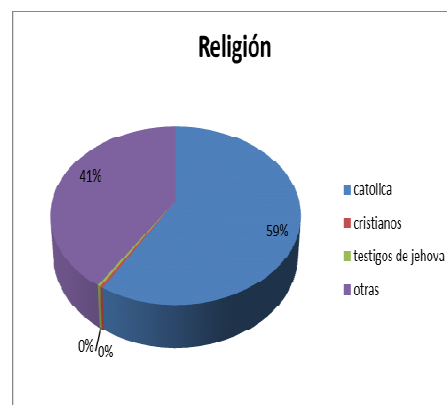
ESTADO CIVIL		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltero	353	59,3
	Casado	82	13,8
	unión libre	64	10,8
	divorciado	11	1,8
	Viudo	3	,5
	no se sabe	77	12,9
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 13. Estado Civil

La muestra de esta gráfica nos dice que respecto al estado civil los solteros son los que recurren altamente al suicidio con un total de 353 casos, arrojando un 59,3%. Suele suceder en la soltería que las personas se sientan solas, deprimidas, no saben qué rumbo tomar.

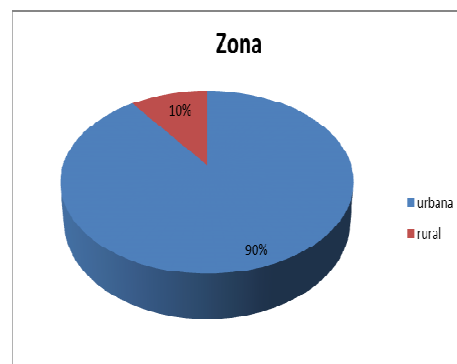
RELIGIÓN		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Católica	345	58,0
	cristianos	2	,3
	testigos de jehová	2	,3
	Otras	241	40,5
Total		590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 14. Religión

Los encuestados muestran 2 valores representativos, los cuales son la religión Católica con un total de 345 casos, en un 58%, y otras religiones con un total de 241 casos, equivalentes a un 40,6%; Esto quiere decir que las personas aun estando en una religión no se sienten completamente llenas, o sus creencias no son suficientes para vivir feliz, como también personas que asisten a otras religiones que no se sienten plenamente felices y recurren al suicidio.

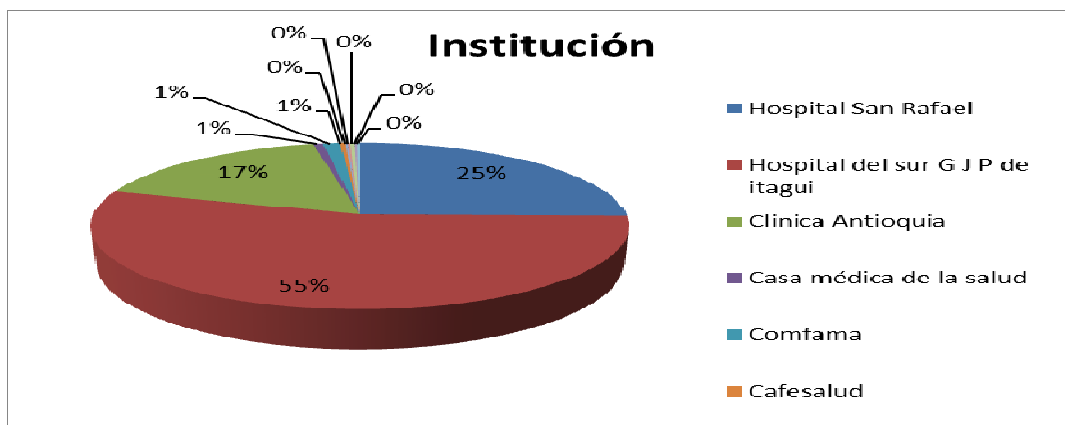
ZONA		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	urbana	530	89,1
	rural	60	10,1
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 15. Zonas

En esta encuesta la muestra se tomó tanto de la zona urbana, como de la rural, pero en su mayoría se hizo en la zona urbana con un total de 530 personas, representadas en un 89,1 %, y la zona rural tiene un total de 60 encuestados, con un 10,1%.

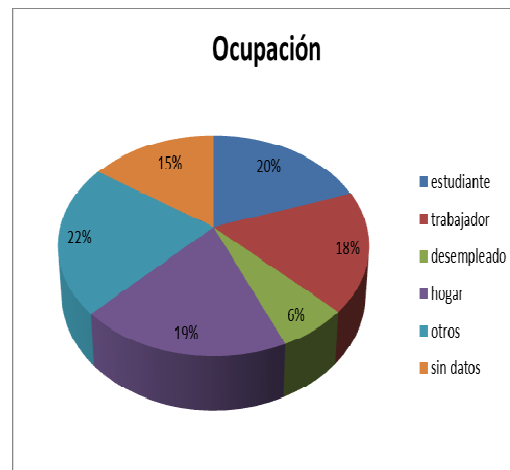
INSTITUCIONES		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hospital San Rafael	149	25,0
	Hospital del sur G J P de Itagüí	321	53,9
	Clínica Antioquia	101	17,0
	Casa médica de la salud	4	,7
	Comfama	7	1,2
	Cafesalud	2	,3
	Clínica de la policía	1	,2
	EMERGENCIA INTEGRAL -EMI ANTIOQUIA S.A.	1	,2
	Hospital Manuel Uribe Ángel	2	,3
	Humanita	1	,2
	Medicina legal	1	,2
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 16. Instituciones.

Los datos arrojados en esta gráfica son los correspondientes a las instituciones donde fueron atendidos los pacientes, en su gran mayoría fueron en el Hospital de sur con un total de 321 pacientes, representados en 53,9%, le siguen el hospital San Rafael con 149 pacientes y un 25%, y otra cifra sobresaliente se observa en Clínica Antioquia con un total de 101 pacientes, equivalentes en 17%. Esto quiere decir que las personas fueron atendidas en los hospitales más cercanos en el municipio de Itagüí, y que tenían el espacio y la atención adecuada que ameritaban.

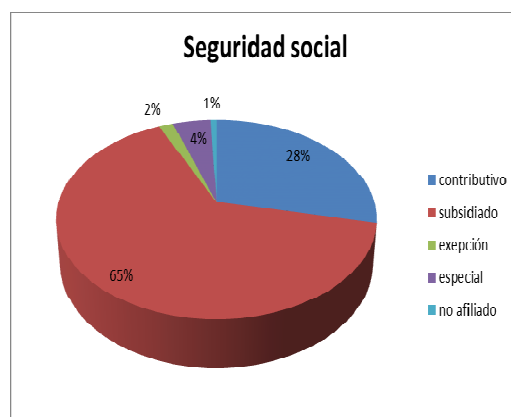
OCUPACIÓN		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Estudiante	116	19,5
	trabajador	104	17,5
	desempleado	37	6,2
	Hogar	111	18,7
	Otros	131	22,0
	sin datos	91	15,3
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 17. Ocupación

No hay datos relevantes, las personas que más intentan suicidarse tienen como respuesta en la encuesta otros con un total de 131 casos, que equivale a un 22%, esta cifra es la más alta ya que estas personas no tienen ocupación definida, por lo cual son desempleados, o tienen muchos problemas. le siguen los estudiantes con un total de 116 casos que representan un 19,5%; también es importante las personas que están siempre en el hogar con un total de 111 casos y un 18,7%.

SEGURIDAD SOCIAL		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	contributivo	167	28,1
	subsidiado	382	64,2
	excepción	10	1,7
	especial	27	4,5
	no afiliado	4	,7
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 18. Seguridad social.

Estos datos nos demuestran que la mayoría de intentos de suicidios corresponden a los que tienen el régimen subsidiado con un total de 382 casos, que corresponden a un 64,2%; ya que son personas que no cuentan con suficientes recursos económicos, que a diario tienen problemas, situaciones que se les sale de control por decirlo de alguna manera. La cifra que le sigue es la del régimen contributivo con un total de 167 casos, equivalentes a un 28,1% de la encuesta.

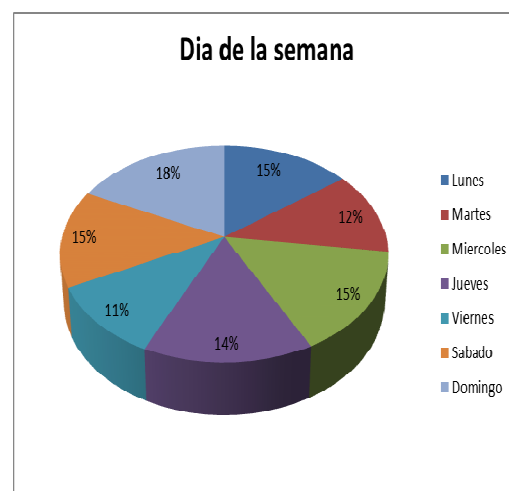
CLASIFICACIÓN SISBEN		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	1	47	7,9
	2	94	15,8
	3	23	3,9
	7	426	71,6
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 19. Clasificación del Sisben

Según la representación de la gráfica la mayoría de incidencias de suicidio son las personas que tienen el nivel 7 del sisben con un total de 426 casos, equivalentes a un 71,6%; esto quiere decir que las personas que tienen más dinero, que no tienen preocupaciones, que supuestamente viven felices con lo que tienen, no lo son porque muchos viven solos, o se sienten vacíos de amor.

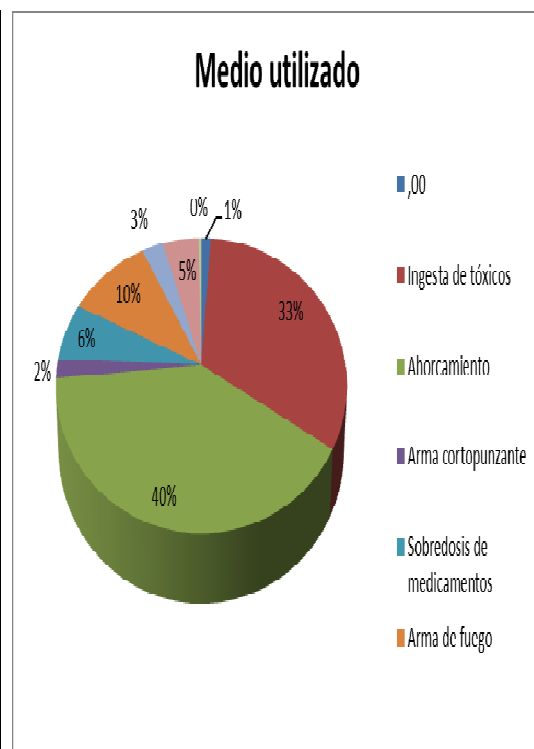
DÍA DE LA SEMANA		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Lunes	87	14,6
	Martes	73	12,3
	Miércoles	90	15,1
	Jueves	86	14,5
	Viernes	63	10,6
	Sábado	86	14,5
	Domingo	105	17,6
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



. Gráfica 20. Día de la semana

Según esta gráfica nos dice que las personas que se intentan suicidar lo hacen en su mayoría el día domingo con un total de 105 casos, equivalentes a un 17,6%, ya que en este día muchos deciden disfrutar en el alcohol, las drogas, la fiesta, etc. Pero al finalizarlo se dan cuenta que están vacíos y que ya inicia semana donde no tienen escapatoria para sus responsabilidades.

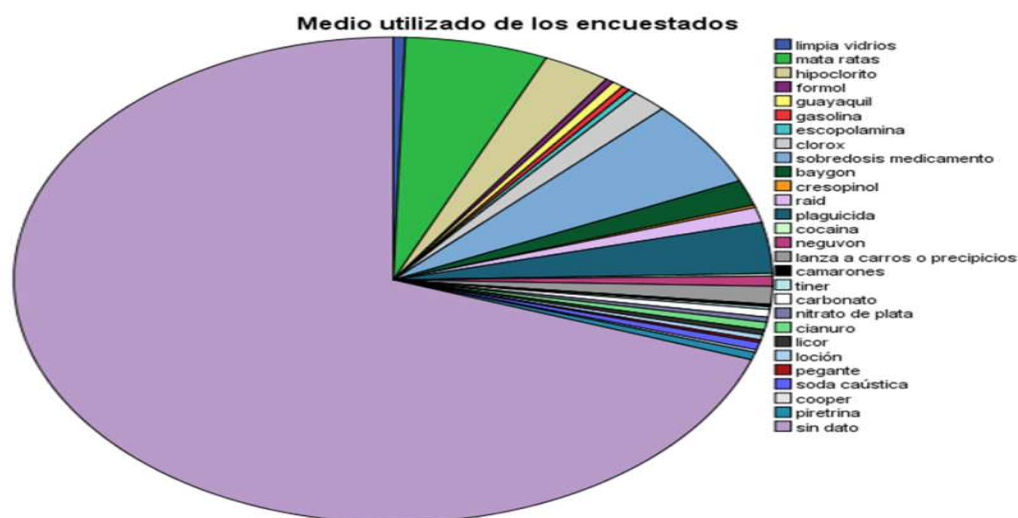
MEDIO UTILIZADO	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	590	99,2
Ingesta de tóxicos	194	32,6
Ahorcamiento	233	39,2
Arma corto punzante	12	2,0
Sobredosis de medicamentos	38	6,4
Arma de fuego	61	10,3
Lanzamiento al vacío	16	2,7
Otros	27	4,5
sin dato	2	,3
Total	590	99,2
Perdidos	5	,8
Total	595	100,0



Gráfica 21. Medio Utilizado.

Como se puede ver en los datos arrojados, el medio que utilizan más las personas para intentarse quitarse la vida es por el ahorcamiento con un total de 233 casos, equivalen un 39,2%, creo que utilizan este medio porque es silencioso y lo pueden hacer en sus hogares sin que nadie se dé cuenta; y le sigue la cifra de ingesta de tóxicos con un total de 194 casos dando un 32,2%.

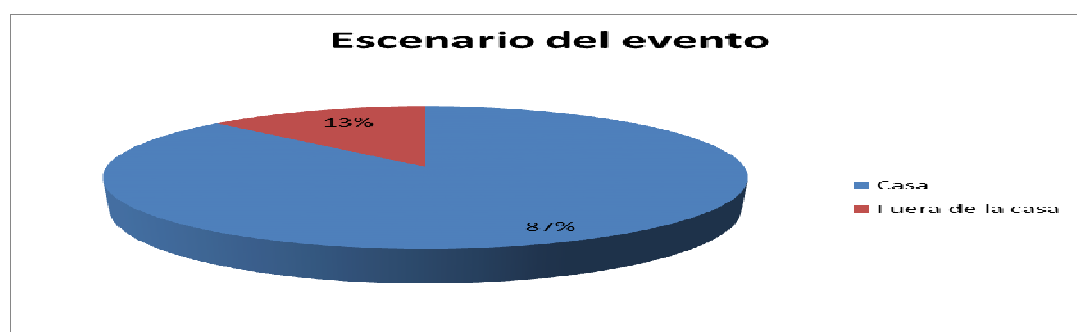
CUAL MEDIO UTILIZÓ		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	limpia vidrios	3	,5
	mata ratas	36	6,1
	Hipoclorito	17	2,9
	Formol	2	,3
	Guayaquil	3	,5
	Gasolina	2	,3
	Escopolamina	2	,3
	Clorox	9	1,5
	sobredosis medicamento	34	5,7
	baygon	10	1,7
	cresopinol	1	,2
	raid	6	1,0
	plaguicida	20	3,4
	cocaína	1	,2
	neguvon	4	,7
	lanza a carros o precipicios	7	1,2
	camarones	1	,2
	tiner	1	,2
	carbonato	3	,5
	nitrate de plata	2	,3
	cianuro	3	,5
	licor	2	,3
	loción	2	,3
	pegante	1	,2
	soda caústica	3	,5
	cooper	1	,2
	piretrina	3	,5
sin dato	411	69,1	
Total	590	99,2	
Total	595	100,0	



Gráfica 22. Medio Utilizados.

En esta representación gráfica se observa que hay un total de 411 casos con intentos de suicidio sin dato, lo cual nos dice que las personas no recuerdan el medio utilizado o simplemente no los dicen por vergüenza o no le dan la importancia necesaria, también podemos destacar dos cifras importantes que son Matarratas con un total de 36 casos, equivalente a un 6,1%, y sobredosis con un total de 34 casos, que representa un 5,7%.

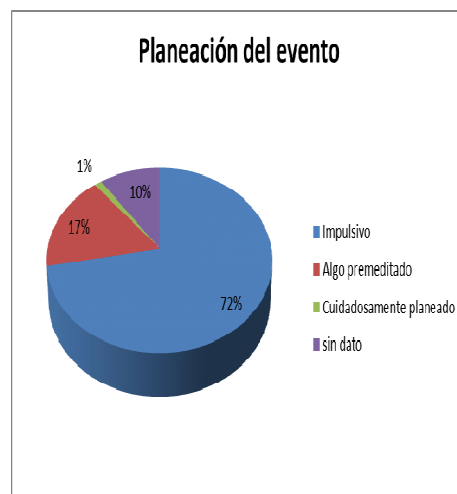
ESCENARIO		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Casa	514	86,4
	Fuera de la casa	76	12,8
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 23. Escenarios del evento.

Según estos datos en los intentos de suicidio las personas deciden como escenario su casa con un total de 514 casos, que representan un 86,4%; esto quiere decir que la población elige morir en su hogar donde nadie pueda detenerlo, porque lo que esta persona quiere es morir; y tenemos un total de 76 casos que eligen como escenario fuera de la casa, que equivale a un 12,8%.

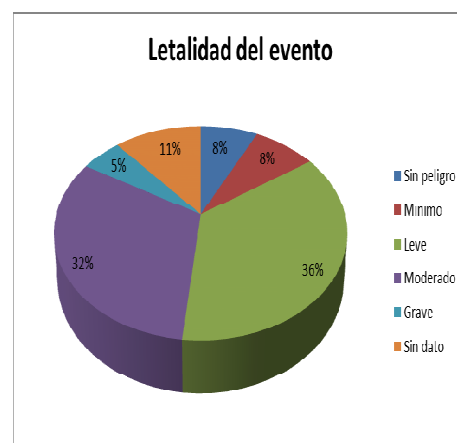
PLANEACIÓN		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Impulsivo	424	71,3
	Algo premeditado	101	17,0
	Cuidadosamente planeado	7	1,2
	sin dato	58	9,7
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 24. Planeación

En cuanto a la planeación del evento los datos nos arrojan como cifra mayor a las personas que dicen que es un acto impulsivo con un total de 424 casos, representados en un 71,3%, y le sigue la cifra de las personas que dicen que es algo premeditado con un total de 101 casos, que da un 17%; lo que nos dice estos datos es que la población no planea este evento, sino por lo contrario es algo que deciden ante una situación que no saben cómo controlar, y es una mezcla de emociones inexplicables que los llevan a cometer este acto.

LETALIDAD		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Sin peligro	44	7,4
	Mínimo	48	8,1
	Leve	213	35,8
	Moderado	187	31,4
	Grave	31	5,2
	Sin dato	67	11,3
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 25. Letalidad.

Según esta representación gráfica la letalidad con la que las personas hacen este intento contra su vida, la cifra mayor la encontramos en leve con un total de 213 casos, representados en un 35,8%, le sigue letalidad moderada con un total de 187 casos, equivalentes a un 31,4%; nos demuestra estos datos que las personas cometen este acto, pero el resultado es leve, ya que de pronto como lo dije anteriormente lo hacen impulsivamente porque se encuentran en un estrés del momento, pero no logran que el suicidio sea consumado.

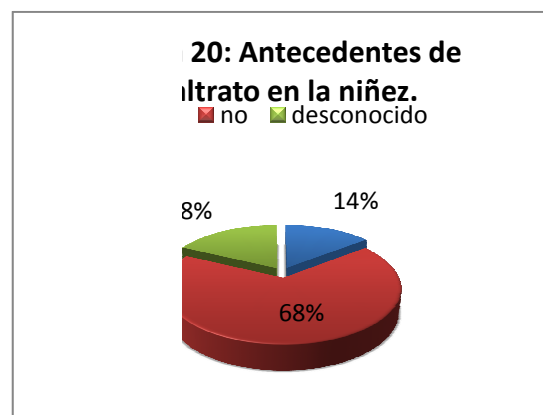
PRUEBA ALCOHOLEMIA		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	10	1,7
	No	452	76,0
	desconocido	128	21,5
	Total	590	99,2
Perdidos	Sistema	5	,8
Total		595	100,0



Gráfica 26. Prueba Alcoholemia.

Según los datos arrojados en esta representación gráfica los encuestados que no se hicieron la prueba de alcoholemia tienen la mayor cifra con un total de 452 personas, convirtiéndose en un 76%; es decir, no se puede decidir que los intentos de suicidio son consecuencias del alcohol, porque la mayoría de encuestados no se hicieron esta prueba

Antecedentes de maltrato en la niñez de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	85	14,3
	No	400	67,2
	desconocido	105	17,6
	Total	590	100,0

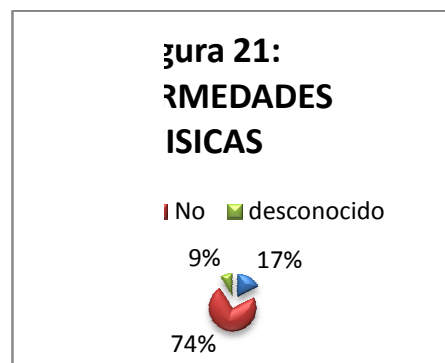


Gráfica 27. Antecedentes de maltrato en la niñez

De los encuestados del valle de aburra, con un 68% que equivale a 400 pacientes que no son maltratados en la infancia, 18% que equivale 105 que no tiene datos, 14% que son 85 encuestados sufrieron maltrato en su niñez y está acompañado del intento de suicidio.

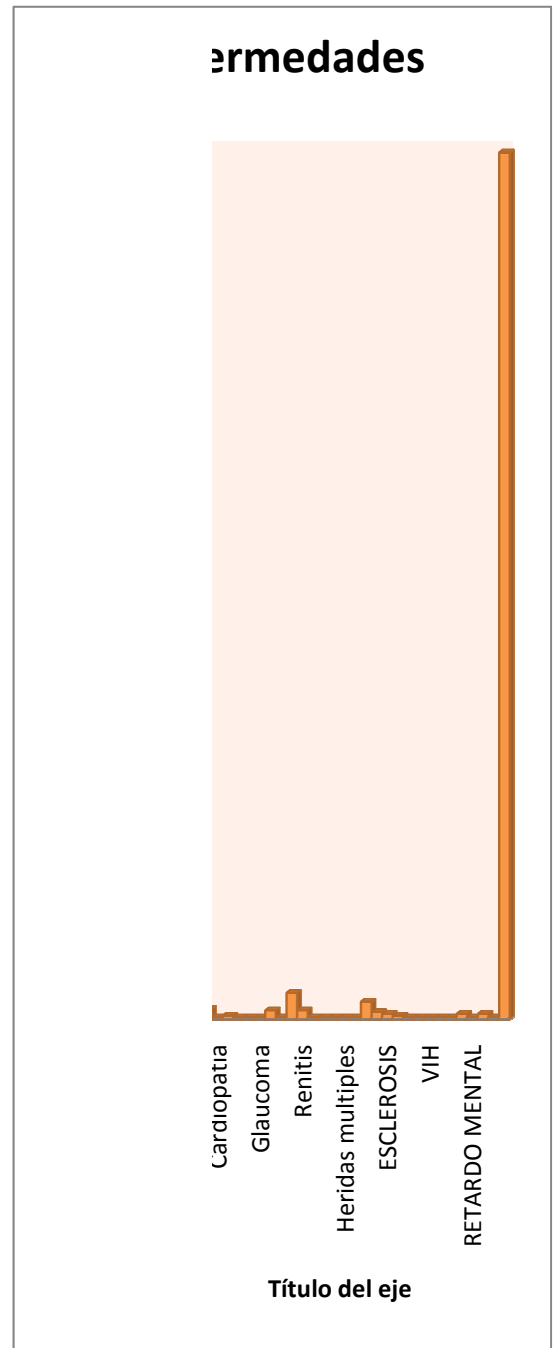
Enfermedades Físicas de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	103	17,3
	No	436	73,3
	desconocido	51	8,6
	Total	595	100,0

Gráfica 28. Enfermedades Físicas



De un 100% que es igual 590 personas encuestadas que sufren de enfermedades físicas, un 75% equivale 436 encuestados que no sufren de enfermedades, 17% que equivalen 103 encuestados que si sufren de enfermedades física, el 9% que son 51 personas son desconocida la información, como conclusión en un % muy pequeño.

Enfermedades de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Desconocido	1	,2
	Migraña	18	3,0
	Amigdalitis	1	,2
	Depresión	6	1,0
	Cardiopatía	1	,2
	Colitis	2	,3
	Gastritis	1	,2
	Hipoglicemia	1	,2
	Glaucoma	1	,2
	Diabetes	5	,8
	Desviación rodilla	1	,2
	Asma	15	2,5
	Renitis	5	,8
	ACV	1	,2
	parálisis facial	1	,2
	Anorexia	1	,2
	Heridas múltiples	1	,2
	hemorroides	1	,2
	Hipertensión	10	1,7
	Cáncer	4	,7
	esclerosis	3	,5
	ef. von willebrand	2	,3
	disartria	1	,2
	toc, tab	1	,2
	VIH	1	,2
	escoliosis	1	,2
	psoriasis	1	,2
	epilepsia	3	,5
	retardo mental	1	,2
	hipotiroidismo	3	,5
trastorno afectivo bipolar	1	,2	
sin dato	495	83,2	
Total	590	99,2	

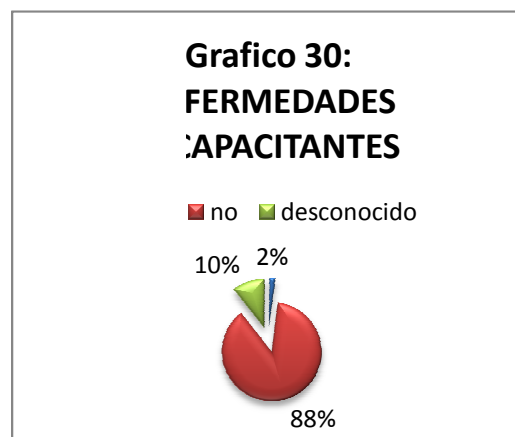


Gráfica 29. 32 enfermedades que sufren los encuestados.

Con intento de suicidio de un total de 590 pacientes, 495 no refieren datos, el restante que son 90 pacientes refieren enfermedades no letales.

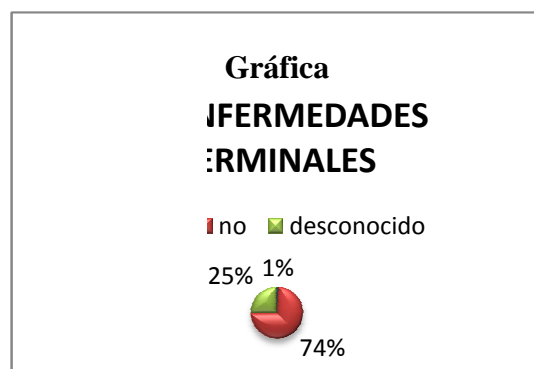
Enfermedades incapacitantes de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	11	1,8
	no	517	86,9
	desconocido	62	10,4
Total		595	100,0

Gráfica 30. De las enfermedades incapacitantes



De los 590 encuestados que equivalen 100%, el 88% que son 517 encuestados no sufren de enfermedades incapacitantes, 10% que son 62 encuestados la información son desconocidas, y el 2% que equivalen 11 encuestados sufren de enfermedades incapacitantes, es decir que el % más pequeño si sufren y a su vez tuvieron intento de suicidio.

Enfermedades terminales de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	5	,8
	no	436	73,3
	desconocido	149	25,0
	Total	590	100,0



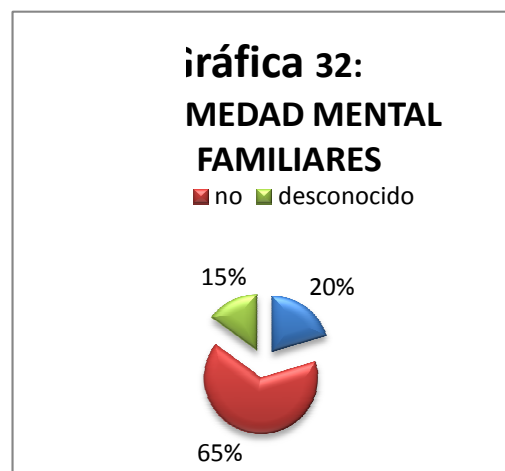
Gráfica 31. De las enfermedades terminales

De los 590 encuestados que equivalen 100%, el 74% que son 436 encuestados no sufren de enfermedades terminales, 25% que son 149 encuestados la información es desconocida y el 1% que equivalen 5 encuestados sufren de enfermedades terminales, es decir que el % más pequeño si padecen y a su vez intento de suicidio.

Enfermedad mental en familiares de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	120	20,2
	no	382	64,2
	desconocido	88	14,8
	Total	590	99,2
Total		595	100,0

Gráfica 32. De las enfermedades mentales

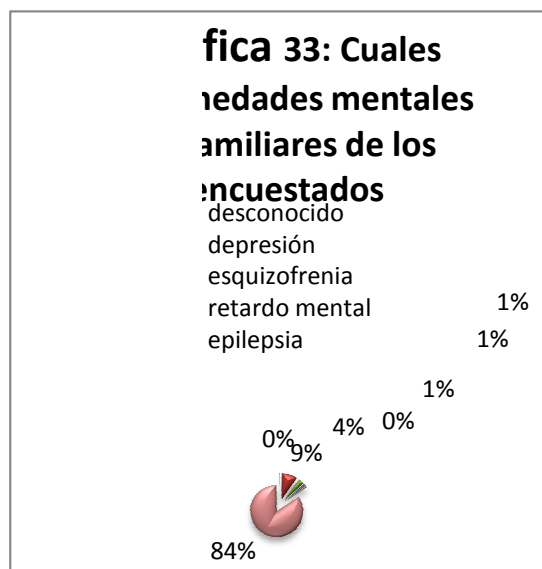
En los familiares de los 590 encuestados que equivalen 100%, el 65% que son 382 encuestados no sufren de enfermedades mentales, 15% que son 88 encuestados la información son desconocidas, y el 20% que equivalen 120 encuestados sufren los familiares enfermedades mentales, es decir que el 20% de los familiares si sufren trastorno mentales y a su vez los encuestados, efectuaron intento de suicidio.



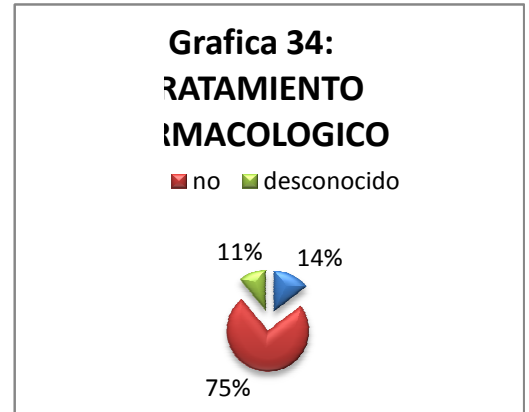
Cuales enfermedades mentales en familiares de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	desconocido	1	,2
	depresión	56	9,4
	esquizofrenia	22	3,7
	retardo mental	4	,7
	epilepsia	4	,7
	TAB	3	,5
	demencia	2	,3
	sin datos	498	83,7
	Total	590	100,0

Gráfica 33. DE 7 enfermedades mentales en familiares

que refieren los 595 encuestados, 84% que equivale 498 encuestados no tienen datos, 9% que son 56 encuestados refieren que algún familiar sufre de depresión, 4% que son 22 encuestados refieren que algún familiar sufre de esquizofrenia, 1% que son 4 encuestados refieren que algún familiar sufre de retardo mental, 1% que son 4 encuestados refieren que algún familiar sufre de epilepsia, 0,5% que son 3 encuestados refieren que algún familiar sufre de TAB, 0,5% que son 3 encuestados refieren que algún familiar sufre de demencia, es decir un % muy pequeño de los familiares de los pacientes con intento de suicidio sufren enfermedades mentales.



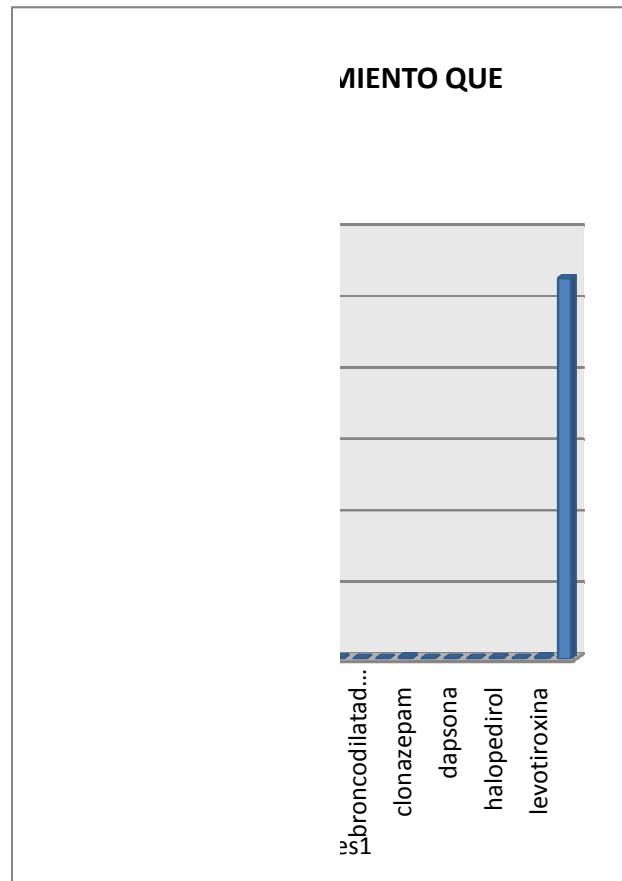
Tratamiento farmacológico de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	si	86	14,5
	no	440	73,9
	desconocido	64	10,8
	Total	590	100.0



GRAFICA 34. En el tratamiento farmacológico

De los encuestados de un 100% que equivalen 590 encuestados, 75% que son 440 encuestados no tienen tratamiento farmacológico, 11% que son 64 encuestados la información es desconocida y el 14% que son 86 encuestados tienen tratamientos, farmacológico y psicológicos.

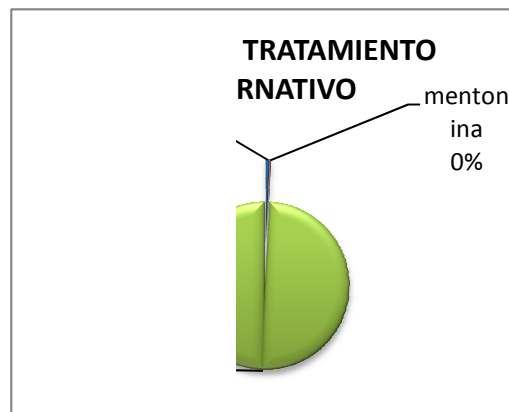
Cual tratamiento		
	Frecuencia	%
desconocido	1	,2
antihipertensivos	6	1,0
antidepresivos	22	3,7
alprazolam	1	,2
hipoglucemiantes	2	,3
Diazepam	1	,2
bupiriona	1	,2
Litio	2	,3
verapamilo	5	,8
ácido valproico	2	,3
metoprolol	1	,2
clonazepam	3	,5
benzodicepina	1	,2
Dapsona	1	,2
carbamecina	1	,2
haloperidol	2	,3
cefalexina	1	,2
levotiroxina	3	,5
sin dato	533	89,6
Total	590	100



GRAFICA 35.Tratamiento

590 encuestados, 533 no tienen datos de medicamentos que consumen, 22 pacientes toman antidepresivo, el resto son medicamentos que tratan a una o dos personas.

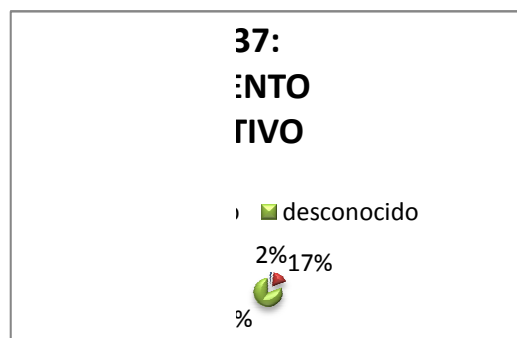
Tratamiento alternativo que usan los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	botánicos	4	,7
	mentonina	1	,2
	sin dato	585	98,3



Gráfica 36. Tratamiento alternativo

De los encuestados de un 100% que equivalen 590 encuestados, 98% que son 587 encuestados la información es desconocido, 1% que son 4 encuestados usaron tratamiento botánico y el 1% que son 4 encuestados tienen tratamientos mentonita.

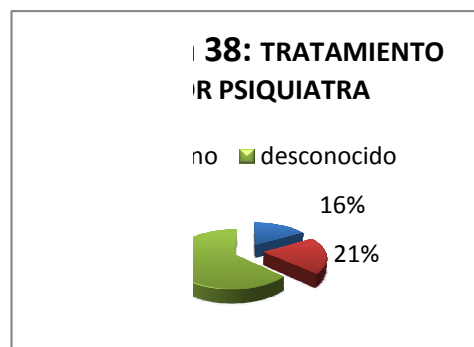
Tratamiento alternativo de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	10	1,7
	no	104	17,5
	desconocido	476	80,0
	Total	590	100,0



Gráfica 37. Tratamiento alternativo

De los encuestados de un 100% que equivalen 590 encuestados, 81% que son 476 encuestados la información es desconocida, 17% que son 104 encuestados no tienen tratamiento alternativo y el 2% que son 10 encuestados tienen tratamiento alternativo.

Tratamiento por psiquiatra de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	97	16,3
	no	121	20,3
	desconocido	372	62,5
	Total	590	100,0



Gráfica 38. Tratamiento por psiquiátrica

de los encuestados de un 100% que equivalen 590 encuestados, 63% que son 372 encuestados la información es desconocida, 21% que son 121 encuestados no tienen tratamiento por psiquiátrico y el 16% que son 97 encuestados tienen tratamiento por psiquiatría.

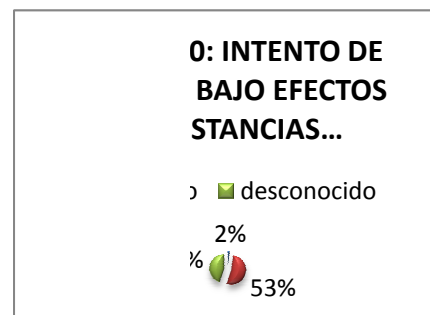
Intento de Suicidio bajo efectos de alcohol de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	82	13,8
	no	263	44,2
	desconocido	245	41,2
	Total	590	99,2



Gráfica 39. Intento de suicidio bajo efectos del alcohol

590 pacientes que equivalen 100%, 45% que son 263 encuestados no intentaron suicidasen bajo efecto del alcohol, 41% que son 245 encuestados la información es desconocida, y el 14% que equivalen 82 encuestados efectuaron el intento de suicidio con efecto de alcohol, es decir que él 14% de los encuestados son alcohólicos y a su vez tuvieron intento de suicidio.

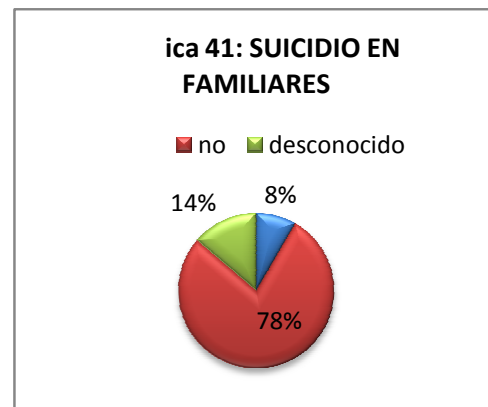
Intento de suicidio bajo efectos de sustancias psicoactivas de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	11	1,8
	no	314	52,8
	desconocido	265	44,5
	Total	590	100,0



Gráfica 40. Intento de suicidio bajo efectos de sustancias psicoactivas

De 590 pacientes que equivalen 100%, 53% que son 314 encuestados no intentaron suicidasen bajo efecto psicoactivos, 45% que son 265 encuestados la información es desconocida y el 2% que equivalen 11 encuestados efectuaron el intento de suicidio con efecto de psicoactivos, es decir que 11 encuestados son adictos al alucinógeno y a su vez tuvieron intento de suicidio.

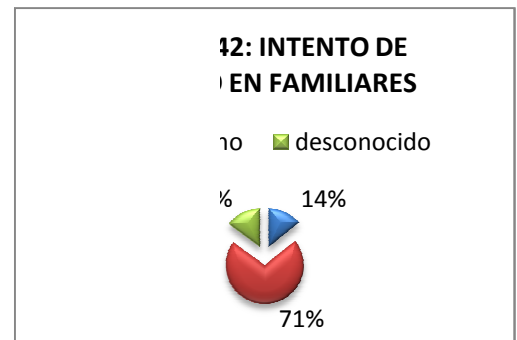
Suicidio en familiares de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	49	8,2
	no	460	77,3
	desconocido	81	13,6
	Total	590	100,0



Gráfica 41. Suicidio en familia

De un total 590 pacientes que equivalen 100%, 78% que son 460 encuestados refieren que los familiares no tienen antecedentes suicidas, 14% que son 81 encuestados la información es desconocida y el 8% que equivalen 49 encuestados en su familia efectuaron suicidio.

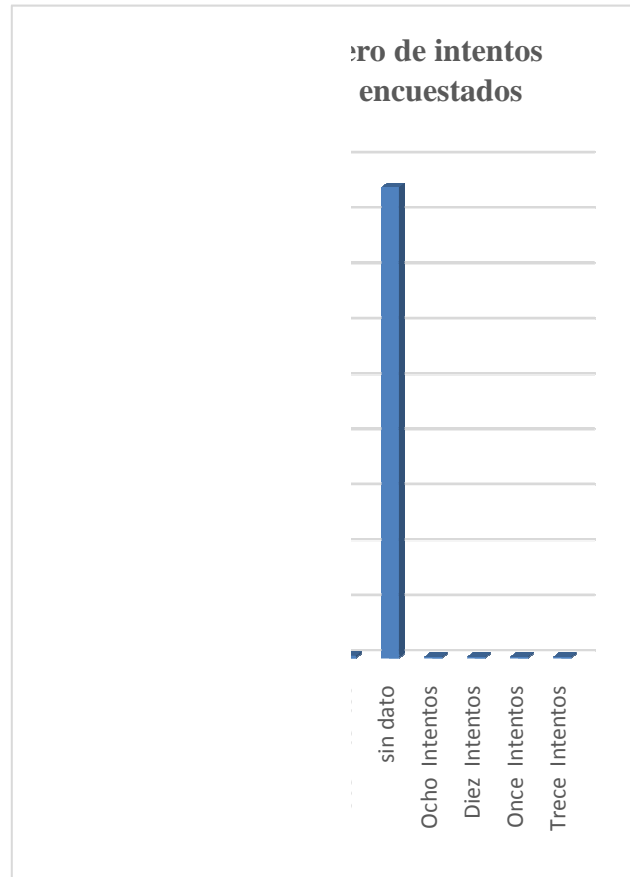
Intento de suicidio en familiares de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	83	13,9
	no	420	70,6
	desconocido	87	14,6
	Total	590	99,2



Gráfica 42. Intento suicidio en familiares

De un total 590 pacientes que equivalen 100%, 71% que son 420 encuestados refieren que los familiares no intentaron suicidasen, 15% que son 87 encuestados la información es desconocida y el 14% que equivalen 83 encuestados en su familia efectuaron el intento de suicidio

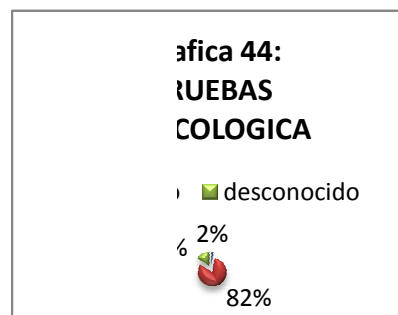
Numero de intentos de suicidio de los encuestados		
	Frecuencia	Porcentaje
Un intento	90	15,1
Dos Intentos	45	7,6
Tres Intentos	10	1,7
Cuatro Intentos	7	1,2
Seis Intentos	2	,3
Doce Intentos	2	,3
sin dato	425	71,4
Ocho Intentos	1	,2
Diez Intentos	1	,2
Once Intentos	1	,2
Trece Intentos	1	,2
Total	590	100,0



Gráfica 43. Intentos de suicidio.

De 590 pacientes, el número de intentos de suicidio que reincidieron, fueron; Un intento de suicidio; 90 pacientes lo efectuaron, Dos intentos de suicidio; 45 pacientes lo efectuaron, Tres Intentos de suicidio; 10 pacientes lo efectuaron, Cuatro Intentos de suicidio; 7 pacientes lo efectuaron, Seis Intentos de suicidio; 2 pacientes lo efectuaron, Doce Intentos de suicidio; 2 pacientes lo efectuaron, Sin datos Intentos de suicidio; 425 pacientes lo efectuaron, Ocho, Diez, Once, Trece Intentos de suicidio; una persona lo efectuó.

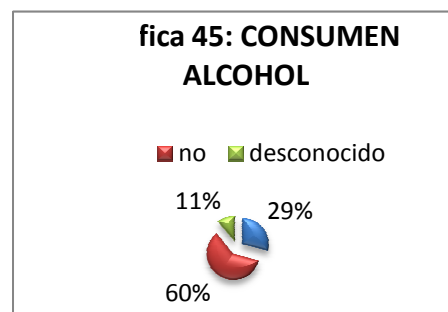
Pruebas toxicológicas de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	14	2,4
	no	484	81,3
	desconocido	92	15,5
	Total	590	99,2



Gráfica 44. Pruebas toxicológicas

De un total 590 pacientes que equivalen 100%; 82% que son 484 encuestados informan que los resultados no ingirieron alucinógenos, 16% que son 92 encuestados es información desconocida y el 2% que equivalen 14 encuestados las pruebas toxicológicas son positivas.

Consumen alcohol los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	172	28,9
	no	354	59,5
	desconocido	64	10,8
	Total	590	100,0



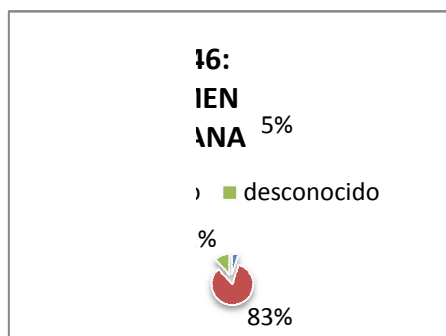
Gráfica 45. Consumen alcohol

De los 590 pacientes que equivalen 100%, 60% que son 354 encuestados no consumen alcohol, 11% que son 64 encuestados la información es desconocida, y el 29% que equivalen 172 encuestados consumen alcohol, es decir que él 29% de los encuestados si consumen alcohol y a su vez tuvieron intento de suicidio.

Consumen marihuana los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	28	4,7
	no	493	82,9
	desconocido	69	11,6
	Total	590	100,0

Gráfica 46. Consumen marihuana

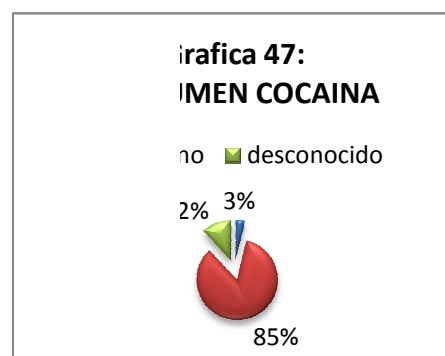
De 590 pacientes que equivalen 100%, 83% que son 493 encuestados no consumen marihuana, 12% que son 69 encuestados la información es desconocida, y el 5% que equivalen 28 encuestados consumen marihuana, es decir que él 28 de los encuestados son adictos y a su vez tuvieron intento de suicidio.



Consumen cocaína los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	21	3,5
	no	499	83,9
	desconocido	70	11,8
	Total	590	99,2

Gráfica 47. Consumen cocaína

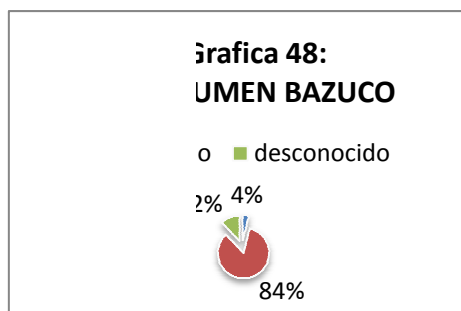
De 590 pacientes que equivalen 100%, 85% que son 499 encuestados no consumen cocaína, 12% que son 70 encuestados la información es desconocida, y el 3% que equivalen 21 encuestados consumen cocaína, es decir que él 21 de los encuestados son adictos y a su vez tuvieron intento de suicidio.



Consumen bazuco los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	23	3,9
	no	496	83,4
	desconocido	71	11,9
	Total	590	99,2

Gráfica 48. Consumen bazuco

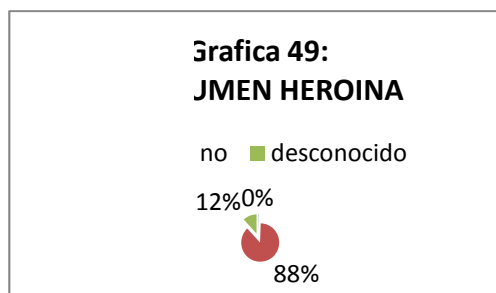
De 590 pacientes que equivalen 100%, 84% que son 496 encuestados no consumen bazuco, 12% que son 71 encuestados la información es desconocida y el 4% que equivalen 23 encuestados consumen bazuco, es decir que él 4% de los encuestados son adictos y a su vez tuvieron intento de suicidio.



Consumen heroína los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	2	,3
	no	518	87,1
	desconocido	70	11,8
	Total	590	99,2

Gráfica 49. Consumen heroína

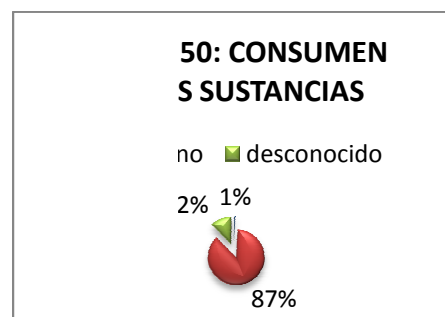
De 590 pacientes que equivalen 100%, 88% que son 518 encuestados no consumen heroína, 11% que son 70 encuestados la información es desconocida, y el 1% que equivalen 2 encuestados consumen heroína, es decir que él 1% de los encuestados son adictos y a su vez tuvieron intento de suicidio.



Consumen otras sustancias los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	4	,7
	no	514	86,4
	desconocido	72	12,1
	Total	590	100,0

Gráfica 50. Consumen otras sustancias

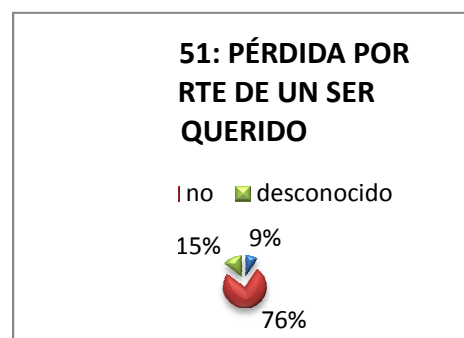
De 590 pacientes que equivalen 100%, 87% que son 514 encuestados no consumen sustancias diferentes, 12% que son 72 encuestados la información es desconocida, y el 1% que equivalen 4 encuestados consumen sustancias diferentes, es decir que él 1% de los encuestados son adictos y a su vez tuvieron intento de suicidio.



Pérdida por muerte de un ser querido de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	54	9,1
	no	450	75,6
	desconocido	86	14,5
	Total	590	100,0

Gráfica 51. Pérdida por Muerte de un ser querido.

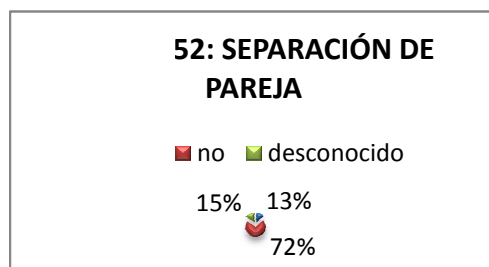
De 590 encuestados que equivale al 100% en intento de suicidio en Pérdida por muerte de un ser querido, el 76% que son 450 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por un familiar fallecido, 15% que son 86 pacientes la información es desconocida, el 9% que son 54 encuestados refieren que intentaron suicidarse por depresión de pérdida por un ser querido.



Separación de pareja de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	78	13,1
	no	422	70,9
	desconocido	90	15,1
	Total	590	100,0

Gráfica 52. Separación de Pareja

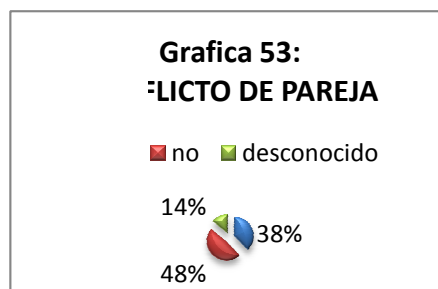
De 590 encuestados que equivale al 100% por separación de parejas, el 72% que son 422 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por separación, 15% que son 90 pacientes la información es desconocida, el 13% que son 78 encuestados refieren que intentaron suicidarse por terminar una relación sentimental con su ex pareja.



Conflicto de pareja de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	224	37,6
	no	284	47,7
	desconocido	82	13,8
	Total	590	100,0

Gráfica 53. Conflicto de parejas

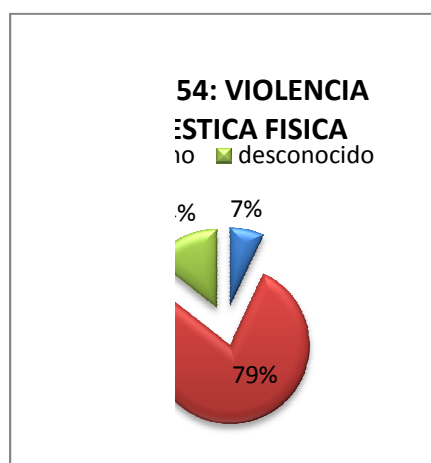
De 590 encuestados que equivale al 100% por conflicto de parejas, el 48% que son 284 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por problemas sentimentales, 14% que son 82 pacientes la información es desconocida, el 38% que son 224 encuestados refieren que intentaron suicidarse por problemas conyugales.



Violencia domestica física de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	41	6,9
	no	464	78,0
	desconocido	85	14,3
	Total	590	100,0

GRAFICA 54. Violencia Domestica Física

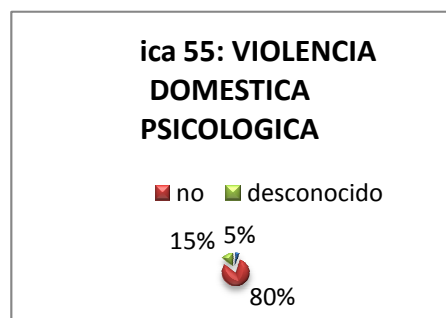
De 590 encuestados que equivale al 100% por violencia doméstica física, el 79% que son 464 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por violencia física, 14% que son 85 pacientes la información es desconocida, el 7% que son 41 encuestados refieren que intentaron suicidarse por maltrato físico.



Violencia domestica psicológica de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	29	4,9
	no	474	79,7
	desconocido	87	14,6
	Total	590	99,2

Gráfica 55. Violencia domestica psicológica

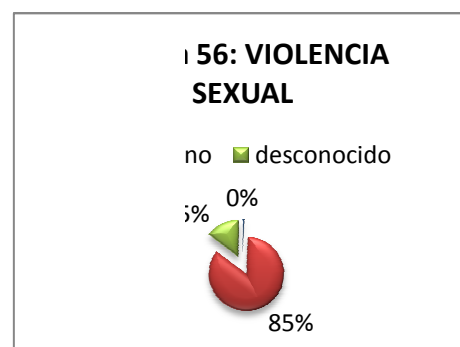
De 590 encuestados que equivale al 100% por Violencia doméstica psicológica, el 80% que son 474 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por violencia psicológica, 15% que son 87 pacientes es información desconocida, el 5% que son 29 encuestados refieren que intentaron suicidarse por problema de maltrato psicológico doméstico.



Violencia sexual de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	3	0,5
	no	501	84,2
	desconocido	86	14,5
	Total	590	100,0

Gráfica 56. Violencia sexual de los encuestados

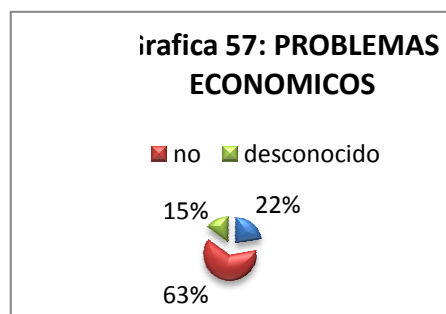
De 590 encuestados que equivale al 100% por Violencia sexual, el 85% que son 501 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por violencia sexual, 15% que son 86 pacientes es información desconocida, el 0% que son 3 encuestados refieren que intentaron suicidarse por maltrato sexual doméstico.



Problemas económicos de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	131	22,0
	no	372	62,5
	desconocido	87	14,6
	Total	590	100,0

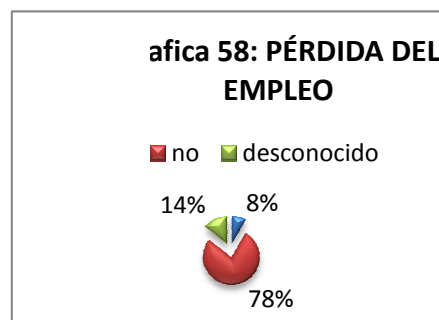
Gráfica 57. Problemas económicos de los encuestados

De 590 encuestados que equivale al 100% por problemas económicos, el 63% que son 372 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por problemas económicos, 15% que son 87 pacientes es información desconocida y el 22% que son 131 encuestados refieren que intentaron suicidarse por problemas económicos.



Pérdida del empleo de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	49	8,2
	no	457	76,8
	desconocido	84	14,1
	Total	590	100,0

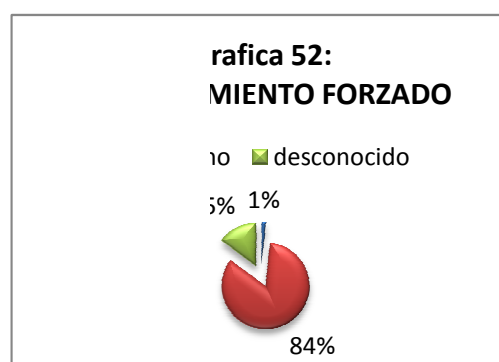
Gráfica 58: Pérdida del empleo de los encuestados



De 590 encuestados que equivale al 100% por pérdida del empleo, el 78% que son 457 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por problemas o pérdida de empleo, 14% que son 84 pacientes es información desconocida y el 8% que son 49 encuestados refieren que intentaron suicidarse por pérdida del empleo.

Desplazamiento forzado de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	9	1,5
	no	494	83,0
	desconocido	87	14,6
	Total	590	99,2

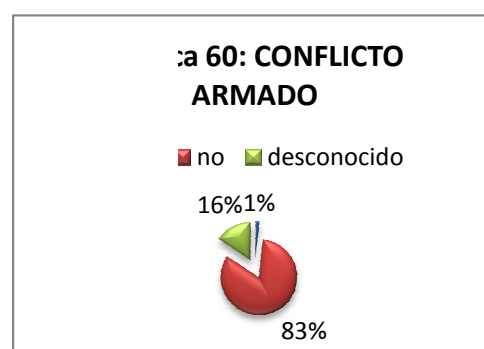
Gráfica 59. Desplazamiento forzado de los encuestados



De 590 encuestados que equivale al 100% por desplazamiento forzado, el 84% que son 494 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por problemas de desplazamiento forzado, 15% que son 87 pacientes es información desconocida y el 1% que son 9 encuestados refieren que intentaron suicidarse por desplazamiento forzado.

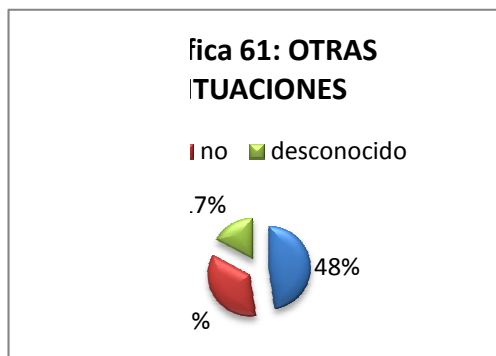
Conflicto armado de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	9	1,5
	no	489	82,2
	desconocido	92	15,5
	Total	590	100,0

Gráfica 60. Conflicto armado de los encuestados



De 590 encuestados que equivale al 100% por conflicto armado, el 83% que son 489 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por problemas o conflicto armado, 16% que son 92 pacientes es información desconocida y el 1% que son 9 encuestados refieren que intentaron suicidarse por conflicto armado.

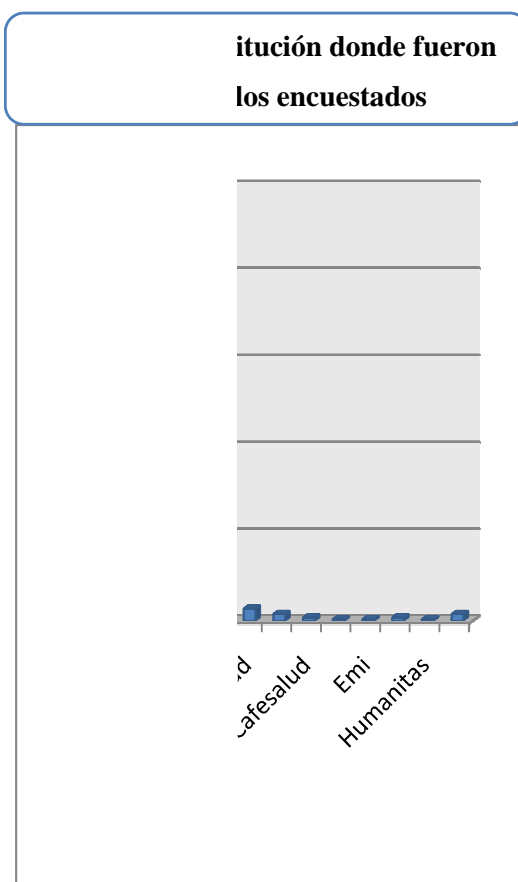
Otras situaciones de los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	281	47,2
	no	208	35,0
	desconocido	101	17,0
	Total	590	100,0



Gráfica 61. Otras situaciones de los encuestados

De 590 encuestados que equivale al 100% por otras situaciones, el 35% que son 208 pacientes encuestados no efectuaron el intento de suicidio por otras situaciones, 17% que son 101 pacientes es información desconocida y el 48% que son 281 encuestados refieren que intentaron suicidarse por otra situación.

Institución donde fueron atendidos los encuestados			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	desconocido	1	,2
	H. San Rafael	221	37,1
	H. del sur	201	33,8
	Clínica Antioquia	145	24,4
	Casa medica de la salud	7	1,2
	Comfama	4	,7
	Cafesalud	2	,3
	Clínica de la policía	1	,2
	Emi	1	,2
	H. Manuel Uribe	2	,3
	Humanista	1	,2
	Medicina legal	4	,7
	Total	590	100,0



Gráfica 62. Institución donde fueron atendidos los encuestados

DE 11 Institución donde fueron atendidos los encuestados, refieren los 590 pacientes, 221 usuarios fueron atendidos en el hospital San Rafael, 201 usuarios fueron atendidos en el hospital del Sur, 145 usuarios fueron atendidos en clínica Antioquia, estos centros asistenciales fueron los que más trataron a pacientes con intento de suicidio, 22 usuarios fueron atendidos en las 9 entidades de salud del valle de aburra.

CAPITULO CINCO: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- La conducta suicida es el resultado de diferentes factores que afectan a la persona. Las estadísticas demuestran que la conducta suicida se presenta más en las personas jóvenes y sobre todo en los hombres.
- A partir del análisis que se realiza a las estadísticas se puede observar que, el bullying es una de las principales causas del suicidio en el valle de Aburrá.
- Por otra parte un factor de alta incidencia, sobre la decisión de suicidio, en el valle de aburra, es el factor económico (bajos recursos) en el hogar, debido a que, un alto porcentaje no sabe manejar el estrés y la ansiedad debido a los momentos de crisis económica y sobre valorizan el dinero en sus vidas.
- La clasificación 1 y 2 del sisben es la población más propensa a tener una conducta suicida.
- Se ha podido observar a partir de las estadística y análisis en la zona urbana, que la sociedad tiende a atentar contra su vida de forma más significativa, debido a la multicausalidad que presenta este espacio; como lo es en los medios de comunicación , espacios educativos, estilos de vida, relaciones interpersonales y factores psicosociales.
- Uno de los métodos más usado para el suicidio es el ahorcamiento y según las investigaciones los hombre son los que más lo usan; lo cual se puede deber al nivel de letalidad del mismo.
- Según las estadísticas, los hombres suelen efectuar sus intentos de suicidio y los suicidios en un entorno fuera de su hogar, lo cual se puede deber a la falta de vínculo con el mismo, o por los sentimientos que le puede generar realizar el acto en este espacio.
- En la mayoría de los casos, las personas que quieren realizar un acto suicida, no tienen una estrategia para realizarlo, este es impulsivo en la mayoría de los casos y los que lo efectúan en mayor porcentaje son los hombres.
- Respecto a la gráfica de sexo, se puede observar que las mujeres se intentan suicidar más frecuentemente y se puede ver en las cifras con un total de 407 casos, que en porcentaje es un 68,4%, por lo contrario los hombres tienen un total de 183

casos, equivalentes en porcentaje 30,8%; Estas cifras son debido a que las mujeres son más vulnerables en problemas, y en situaciones de mucho estrés.

- Como se observa en la gráfica, Los rangos de las edades que intentaron suicidarse esta entre 15-19 años con un total de 197 casos, en porcentaje muestra un 33,1%, puesto que en esta edad los jóvenes suelen pasar por rupturas amorosas, depresivos, es decir, en una etapa muy difícil, y el rango que le sigue con más incidencia es entre 20-24 años con un total de 103 casos, siendo un 17,3%. La soledad es un factor muy importante y determinante para tomar la decisión de suicidarse, las ocupaciones del diario vivir hacen que los padres no le dediquen tiempo a sus hijos y los descuiden por completo.
- Otro factor de riesgo que se pudo observar en la encuesta, es que los jóvenes tienen una carga académica tan alta, además de problemas educativos, que los ha llevado a intentar y cometer este acto, debido a su inmadurez emocional, la falta de manejo del estrés frente a las exigencias académicas que se presentan en algunas instituciones educativas.
- Un poco más de la mitad de los encuestados en la gráfica piensan que los medios de comunicación son un factor de riesgo, ya que los jóvenes no saben usar estos medios, o encuentran allí respuestas que sus padres no le han querido decir, pueden encontrar respuestas erróneas de una fuente equivocada que los involucran en temas que son delicados y caen en esta incitación para atentar contra su vida.
- En la gráfica se puede ver que más de la mitad respondieron que los problemas sentimentales si son un factor de riesgo, para muchos jóvenes hoy en día las rupturas amorosas u otros desequilibrios emocionales los llevan a un punto de depresión, ansiedad y soledad que no saben cómo manejar, e inician una etapa donde la única salida que encuentran es el suicidio, es decir, toman este camino como un medio de enfrentar sus problemas.

- Más de la mitad de los encuestados respondieron que los problemas familiares los abruma a tal punto que encuentran el suicidio como una salida, estos jóvenes se sienten solos, poco amados, llevan esa carga familiar, dejándolos con baja autoestima e inseguridad, de igual manera el hecho que sus padres no tengan tiempo para ellos, los puede llegar a frustrar, encaminándolos por otras adicciones que finalmente los pueden incitar a quitarse la vida.

Realizando una revisión de los datos arrojados, se puede observar la necesidad que tienen los jóvenes y la población en general, de apoyo por parte de sus familiares, amigos o personal profesional en psicología para manejar una problemática como lo es el suicidio que se está presentando con frecuencia. Está claro que este acto se desencadena por varios factores que alteran el equilibrio mental de las personas; como principales causas se tienen, la depresión, ansiedad y drogadicción, por rupturas amorosas y problemas familiares, ya sea por falta de amor, por acoso sexual, maltrato físico o psicológico, entre otros. Estos son algunos de los factores que amenazan a la población del valle de aburra, principalmente en hombres, como consecuencia de esto, se observa como los jóvenes crecen con mayor inseguridad y miedos, como también se observa en el caso del Bullying que se presenta en instituciones educativas, e incluso fuera de estas en la vida diaria entre las personas; Esto haciéndolas más vulnerables y llevándolas a cometer el intento de suicidio.

Con respecto a los problemas familiares para algunos de los encuestados la falta de comunicación y el apoyo que reciben de sus padres es un factor determinante para suicidarse, esto ha provocado jóvenes inseguros de sí mismos, depresivos, inmaduros sin una percepción clara de la vida, con falta de capacidad de toma de decisiones con responsabilidad, igualmente para los padres que no se informan sobre este tema, que no le dan la importancia que debería ser a este fenómeno que día a día va en aumento y se teme que pueda descontrolarse.

Recomendaciones

Es importante para el tecnólogo en atención prehospitalaria mejorar el manejo inicial a los pacientes de intento de suicidio, ya que muchas personas en el área de la salud no saben o no tiene claro cuál es el abordaje que se debe dar a un paciente suicida.

- Es necesario y fundamental que se realice una sensibilización a la sociedad en general, frente al creciente tema del suicidio, en especial en la población juvenil, y universitarios, ya que son una población en aumento estadístico en el valle de aburra.
- Se deben planear propuestas de acción, donde la temática principal sea el suicidio, su abordaje y el manejo de este en las poblaciones vulnerables.
- Es importante que se cambie la concepción y los referentes con los que se ha venido observando el suicidio, y pasar de referirse al suicidio como un hecho, y no como un logro.
- Una recomendación pertinente, es la de presentar las diversas alternativas que puede tener esta temática para las poblaciones vulnerables, donde puedan reconocer, que esta no es la solución para sus problemas, y que por el contrario, existen múltiples alternativas y ayudas para enfrentar y manejar al suicidio.
- Se observa la gran necesidad de aportar información sobre factores de riesgo y señales de alarma, al personal involucrado en la temática del suicidio, ya sean primeros respondientes, familiares y en especial a estudiantes universitarios, dado que son una de las poblaciones en mayor riesgo.
- Trabajar estrechamente con las autoridades pertinentes en el área de salud mental.
- Promover y mejorar la capacidad de identificación de personas con riesgo suicidas, teniendo presente los problemas de salud ya sean físicos o psíquicos de estas personas con ideas suicidas para disminuir de la vulnerabilidad del valle de Aburrá.

BIBLIOGRAFÍA

1. NACIONAL E. FACULTAD NACIONAL DE COLOMBIA. [Online].; 2015 [cited 2015 02 30. Available from:
http://www.unodc.org/documents/frontpage/Investigacion_Trata_CO1.pdf.
2. CLINICA PSICOLOGICA V RS. PSICOLOGIA ONLINE. [Online].; 2012 [cited 2014 11 23. Available from: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/glosario.shtml>.
3. Española. DMdl. CRIMINALISTICA.MX. [Online].; 2012 [cited 2014 11 24. Available from: <http://www.criminalistica.com.mx/areas-forenses/criminologia/365-glosario-de-terminos-suicidolos>.
4. WORLD WIDES CIENCES. [Online].; 2013 [cited 2014 11 29. Available from: <http://worldwidescience.org/topicpages/p/potencial+perdidos+por.html>.
5. MARIN J. EL ESPECTADOR. [Online].; 2014 [cited 2014 11 29. Available from: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/suicidio-ronda-los-colegios-articulo-485547>.
6. DELGADO N. [Online].; 2013 [cited 2014 04 03. Available from: <https://medium.com/suicidio-en-gotas/el-suicidio-en-la-historia-dcb4ae57784c>.
7. P.PAEZ. UGR. [Online].; 2013 [cited 2014 04 23. Available from: www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html.

8. CORPAZ JM. GAZETA DE ANTROPOLOGIA. [Online].; 2011 [cited 2014 11 12]. Available from:
http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html.
9. ARANGO BLA. CREDENCIAL HISTORIA. [Online].; 2009 [cited 2014 04 28]. Available from:
<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/febrero2009/medellin.htm>.
- 10 G PE. EL ESPECTADOR. [Online].; 2012 [cited 2014 10 10]. Available from:
<http://www.elespectador.com/opinion/los-suicidios-nuestros-de-cada-dia-columna-369910>”<http://www.elespectador.com/opinion/los-suicidios-nuestros-de-cada-dia-columna-369910>.
- 11 SERRANO AP. EL TIEMPO. [Online].; 2014 [cited 2014 10 30]. Available from:
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13473359>.
- 12 MENEDEZ I. PSOCIPEDAGOGIA. [Online].; 2014 [cited 2014 10 30]. Available from:
<http://www.psicopedagogia.com/bullying>.
- 13 BULLYING. [Online].; 2014 [cited 2015 02 02]. Available from:
<http://stopbullyinglucia.weebly.com/tipos-de-bullying.html>.