

APROXIMACIÓN-TEORICO CONCEPTUAL DEL SUICIDIO.

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Facultad de Ciencias de la Salud
Tecnología en Atención Pre-hospitalaria

Asesor: Lina María Ortiz Vargas

Jhon Andrés Duque Cárdenas

Anderson Pérez Cárdenas

Medellín, Colombia

2014



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA


FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: "**aproximación teórico conceptual del suicidio**", elaborado por los estudiantes: ANDERSON PEREZ CARDENAS y JHON DUQUE CARDENAS 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, Octubre 29 de 2014


LIC. MILTON ANDRÉS JARA
Coordinador Investigación FCS


ESP. LINA ORTIZ
Asesor Metodológico y Temático


ANDERSON PÉREZ
Estudiante


JHON DUQUE
Estudiante

Tabla de Contenido

CAPÍTULO UNO - PANORAMA DEL PROYECTO	1
1. Introducción	1
1.1 Causas	2
1.2 Síntomas	3
1.3 Tratamiento	4
2. Justificación.....	5
3. Planteamiento del problema.....	6
4. Pregunta de investigación	7
5. Objetivos del trabajo	7
5.1 Objetivo general	7
5.2 Objetivos específicos	7
6. Viabilidad del proyecto	7
7. Limitaciones de la investigación.....	8
8. Impacto del proyecto.....	8
CAPÍTULO DOS - MARCO TEÓRICO.....	9
1. Marco conceptual.....	9
1.1 ¿Cuáles son los mitos o ideas erróneas sobre el suicidio?	10
2. Marco referencial	12
2.1 Tesis 1985-2006.....	12
2.2 Resumen.....	12
2.3 Tesis 2006	14
2.4 Resumen.....	14
3. Marco histórico	16
3.1 El suicidio en la historia.....	16
4. Marco geográfico	23

4.1 Historia de Medellín.....	23
4.2 Geografía y paisaje.....	23
4.3 Primeros pobladores.....	24
4.4 La fundación y la vida colonial.....	24
5. Marco legal.....	28
5.1 Ley 1616 del 21 de enero de 2013	28
5.2 Proyecto de ley estatutaria 05 de 2007 Senado	32
6. Marco teórico	39
6.1 El suicidio en Colombia (Noticia).....	41
6.2 Historia bullying y su relación con el suicidio.....	54
6.3 Sobre el estado actual de la problemática del suicidio de niños, niñas y adolescentes.....	64
CAPÍTULO TRES – DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS.....	126
CAPÍTULO CUATRO - DISEÑO METODOLOGICO	128
1. Alcance del proyecto.....	128
2. Metodología del proyecto	128
2.1 Enfoque de investigación	128
2.2 Tipo de investigación	128
2.3 Selección de muestra.....	128
CAPÍTULO CINCO – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	130
1. Conclusiones	130
2. Recomendaciones.....	130
BIBLIOGRAFÍA	131
ANEXOS	134

Lista de Tablas

Tabla 1. Impacto del proyecto.....	8
Tabla 2. Marco conceptual.....	9
Tabla 3.....	10
Tabla 4. Razones del Suicidio.....	118
Tabla 5. Ente hombres y mujeres.....	119
Tabla 6. Los cinco mecanismos más usados.....	119
Tabla 7. La hora de la muerte.....	119
Tabla 8. Los más vulnerables.....	119
Tabla 9. Lugares elegidos para el suicidio.....	120
Tabla 10. Departamentos con más casos.....	120
Tabla 11. Ciudades con más casos.....	120
Tabla 12.....	123
Tabla 13. Mecanismos utilizados según el género.....	124
Tabla 14. Distribución por género.....	124
Tabla 15. Plan de Trabajo.....	129
Tabla 16. Presupuesto.....	129

CAPÍTULO UNO - PANORAMA DEL PROYECTO

1. 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 que los parientes de los suicidas tienen un riesgo más elevado (hasta cinco veces más) 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. Puede que dicho proceso sea costoso en caso de minusvalía y tenga que depender de alguien más, que entraría entonces en una dinámica de cómplice de suicidio. Según Guillon y Le Bonniec (1982) “el cómplice es todo aquel que, sin llevar a cabo personalmente los elementos constitutivos de la infracción imputable del autor, solamente ha facilitado o provocado la acción principal por

medio de actuaciones de una importancia material secundaria: ayuda, suministro de medios o instigación” figura del derecho penal donde sería posible una sanción penal.

La Psicología y la Psiquiatría se revelan como las principales ciencias de la salud para prevenir el suicidio.

1.1 Causas

El suicidio y los comportamientos suicidas generalmente ocurren en personas con uno o más de los siguientes factores:

- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad
- Depresión
- Consumo de alcohol o drogas
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Esquizofrenia
- Cuestiones de vida estresantes, como problemas serios a nivel financiero o en las relaciones interpersonales

Las personas que intentan suicidarse con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

- Sentirse avergonzado, culpable o como una carga para los demás.
- Sentirse como víctima.
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad.

Los comportamientos suicidas pueden ocurrir por una situación o hecho que la persona ve como agobiante, tales como:

- El envejecimiento (los ancianos tienen la tasa más alta de suicidio).
- La muerte de un ser querido.
- El consumo de drogas o alcohol.
- Un trauma emocional.
- Enfermedad física grave.

- El desempleo o los problemas financieros.

Los factores de riesgo del suicidio en adolescentes abarcan:

- Acceso a armas de fuego.
- Miembro de la familia que cometió suicidio.
- Antecedentes de autoagresión deliberada.
- Antecedentes de abandono o maltrato.
- Vivir en comunidades en donde ha habido brotes recientes de suicidio en personas jóvenes.
- Ruptura sentimental.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte. Muchos de estos intentos se llevan a cabo en una forma en que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan un grito en busca de ayuda.

Algunas personas intentan suicidarse de una manera que sea menos probable de llevar a la fatalidad, como envenenamiento o sobredosis. Los hombres tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, como dispararse. Como resultado de esto, los intentos de suicidio en ellos tienen mayor probabilidad de terminar en muerte.

Los parientes de personas que intentan o cometen suicidio a menudo se culpan o se enojan mucho y pueden ver el intento de suicidio como egoísta. Sin embargo, las personas que intentan cometer suicidio con frecuencia creen erróneamente que les están haciendo un favor a sus amigos y parientes al irse de este mundo.

1.2 Síntomas

A menudo, pero no siempre, una persona puede mostrar ciertos síntomas o comportamientos antes de un intento de suicidio, entre ellos:

- Tener dificultad para concentrarse o pensar claramente.
- Regalar las pertenencias.
- Hablar acerca de marcharse o la necesidad de "dejar todos mis asuntos en orden".

- Cambio repentino en el comportamiento, sobre todo calma después de un período de ansiedad.
- Pérdida de interés en actividades que solía disfrutar.
- Tener comportamientos autodestructivos, como tomar alcohol en exceso, consumir drogas ilícitas o hacerse cortaduras en el cuerpo.
- Alejarse de los amigos o no querer salir.
- Tener dificultad repentina en el colegio o el trabajo.
- Hablar acerca de la muerte o el suicidio o incluso declarar el deseo de hacerse daño.
- Hablar acerca de sentirse desesperanzado o culpable.
- Cambiar los hábitos alimentarios o de sueño.
- Preparar maneras de quitarse su propia vida (como comprar un arma o muchas pastillas).

1.3 Tratamiento

Es posible que las personas que están en riesgo de comportamiento suicida no busquen tratamiento por muchas razones:

- Creen que nada va a ayudar.
- No desean contarle a nadie que tienen problemas.
- Piensan que buscar ayuda es un signo de debilidad.
- No saben adónde acudir por ayuda.

Una persona puede necesitar tratamiento de emergencia después de un intento de suicidio. Se pueden necesitar primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar o tratamientos más intensivos.

Las personas que intentan cometer suicidio pueden necesitar hospitalización para tratarlos y reducir el riesgo de futuros intentos. La terapia es una de las partes más importantes del tratamiento.

Se debe evaluar y tratar cualquier trastorno de salud mental que pueda haber llevado al intento de suicidio. Esto abarca:

- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad
- Dependencia del alcohol o las drogas
- Depresión mayor
- Esquizofrenia

2. Justificación

Cada persona en cualquier lugar del mundo tiene la necesidad de saber si lo que está haciendo en su día a día está correcto o incorrecto tal cual cómo lo es cuidar de sí mismo, de saber cómo prevalecer por sus propios medios un estado de salud ameno y cómodo para sí mismo, la problemática de hoy en día, es que no se sabe el daño que se está haciendo, al pensar que el suicidio o como mal dicho está “partir de este mundo”.

El suicidio en jóvenes es una realidad cada vez más latente en nuestro país y que al igual que en la mayoría de países alrededor del mundo, cada vez más va en aumento.

Durante la adolescencia, esta etapa fundamental de cambios y descubrimientos, se presentan en los jóvenes diversas situaciones que les producen ansiedad y depresión y que pueden culminar, en muchas ocasiones, en una tentativa de suicidio.

El suicidio entre los jóvenes 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.

Es de suma importancia el conocer y reflexionar en las causas que llevan a un joven a su autodestrucción, así como saber cuál es el significado de este acto y cómo puede prevenirse.

Por ello, muchos médicos del mundo, personas idóneas y capacitadas con respecto al tema, en salud mental y tratantes en si en los trastornos mentales, han pertenecido o pertenecen; hoy en día o en un futuro a grandes entidades que luchan y ponen en pie de lucha todo aquel conocimiento que poseen y que han adquirido para mejorar la vida de millones de personas, no solo en los países de orígenes de estos, sino también en el resto del mundo.

3. Planteamiento del problema

En la actual sociedad cambiante, donde convergen diversos estilos de pensamiento y actuación, se puede observar, como se están generando constantes disputas y enfrentamientos entre la población por una variedad de factores, uno de los cuales, y de los más significativos, es el cómo cuidar la salud; donde entran múltiples principios a mediar la temática en cuestión. Y se percibe un porcentaje muy bajo, interesado y/o preocupado por contar con un adecuado estilo de vida saludable.

Por otra parte, existe una pequeña población, que ha venido tomando conciencia y responsabilidad sobre la importancia de cuidar y proteger a aquellas personas que padecen un trastorno bipolar, esquizofrenia o cualquier tipo de trastorno, que lo pueda llevar al suicidio.

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, como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.

El estilo de vida que se adopta, tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica. La tendencia al suicidio, 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. Para poder caracterizar un delirio es preciso que esa locura se refiera únicamente a un solo objeto, pues si tuviera varios no habría razón para caracterizarla por uno de ellos más que

por los demás. En la terminología tradicional de la patología mental se llaman monomanías a estos delirios restringidos.

4. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los elementos teórico conceptuales sobre el suicidio?

5. Objetivos del trabajo

5.1 Objetivo general

Identificar los elementos teóricos conceptuales del suicidio.

5.2 Objetivos específicos

- Señalar los patrones socios culturales relacionados con el suicidio.
- Conocer las principales situaciones de riesgo y los signos de alerta que pueden hacer sospechar que un paciente presenta ideas o intenciones suicidas.
- Caracterizar el suicidio como un fenómeno social.

6. Viabilidad del proyecto

El proyecto se prepara y se llevara 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, tanto humanos como monetarios; los principales materiales con los cuales se contarán serán los mínimos, puesto que será un comienzo, pero la idea es dar un progreso y así ir creciendo con el día tras día para ir así poder logrando cada propósito puesto.

Dado así que Alcanzando los propósitos, las metas y los objetivos propuestos para la idea que se posee y se está llevando acabo, estarán dispuestos a dar todo de sí, para alcanzar el éxito o fracasar.

Se entiende, que de tal manera, se quiere llevar a cabo dicho proceso en el menor tiempo posible, pero con unas bases e ideas claras, dándose así a conocer cómo se quiere plantear o proponer una idea nueva de trabajo u/o otra posible entrada al medio que se está rodeando y que se quiere capacitar hoy en día. 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 así un proyecto de investigación y una idea acorde a lo que las personas necesitan para sí mismas.

Ayudando así a la comunidad a la cual se le quiere prestar el servicio, un acompañamiento en los diversos tipos de enfermedades mentales, pero nuestro mayor reto tratar con el paciente suicida, se pretende un proyecto de investigación clara y concisa.

7. 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.

8. Impacto del proyecto

Tabla 1. Impacto del proyecto.

IMPACTO ESPERADO	PLAZO	INDICADOR VERIFICABLE	SUPUESTOS
TAPH. Sensibilizar al estudiante	Corto plazo	Que los estudiantes presten una atención más adecuada a este tipo de pacientes.	Que los estudiantes no se muestren interesados por el tema.
UNAC. Dar a conocer el tema en la comunidad	Corto plazo	Ver el impacto de la comunidad unacense sobre el suicidio. Incluir más el tema	Que la comunidad rechace el tema.

unacense.		dentro del currículo.	
Sociedad. Caracterizar el suicidio como problema.	Mediano plazo	Que se reconozca la problemática que se está viviendo actualmente.	Que no tengan concientización de ello.
Universidades con fundamentación en psicología. Aportes teórico conceptuales	Mediano plazo	Trabajar más con las personas afectadas.	Que las personas afectadas con este fenómeno no quieran ser intervenidas psicológicamente.
Carreras del área de salud mental. Dar a conocer los riesgos y situaciones del suicidio	Mediano plazo	Capacitar el personal del área de salud mental.	Poca predisposición del personal del área de salud mental.
Salud pública. Crear conciencia sobre el tema.	Largo plazo	Prevención en el tema de suicidio.	Que aumenten o disminuyan los casos.

CAPÍTULO DOS - MARCO TEÓRICO

1. Marco conceptual

Tabla 2. Marco conceptual

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,	Con frecuencia las personas que llegan a

habría hecho algo más grave: se le hubiera tirado al metro o lanzado de un décimo piso”.	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 intentara 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 q 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.

1.1 ¿Cuáles son los mitos o ideas erróneas sobre el suicidio?

Tabla 3.

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 dejo entrever sus intenciones de acabar con su vida.
EL QUE LO DICE	Conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden

NO LO HACE.	considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones alardes, etc. el que se suicida pudo expresar lo que ocurría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
TODOS 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 SUICIDIO ES UN VALIENTE.	Pretenden equiparar el suicidio con una característica positiva de la personalidad, lo que entorpece su prevención al hacerlo sinónimo de una 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.
SOLO LOS VIEJOS SE SUICIDAN.	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.
SI SE RETA A UN SUICIDA ESTE NO LO INTENTA	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.
LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las

NO PUEDEN CONTRIBUIR A LA PREVENCION DEL SUICIDIO.	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 suicida, dispositivos de salud mental a los que puede acudir, divulgar grupos de riesgo y medidas sencillas que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar a un sujeto con riesgo de suicidio.
---	--

2. Marco referencial

2.1 Tesis 1985-2006

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.

2.2 Resumen

2.2.1 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 se ha generado la mayor proporción de pérdidas de vidas humanas por esta causa.

2.2.2 Objetivo

Determinan 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, Bogotá D.C Bolívar, Cundinamarca, Santander y Valle del Cauca, 1985-2006.

2.2.3 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.

2.2.4 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.

2.2.5 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.

2.2.6 Palabras clave

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

2.3 Tesis 2006

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.

2.3.1 Autores

Diana Carolina Toro Gaviria

2.3.2 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.

2.4 Resumen

2.4.1 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.

2.4.2 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”.

2.4.3 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.

2.4.4 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.

2.4.5 Palabras clave

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

3. Marco histórico

3.1 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, por ejemplo, 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 el caso de ahorcamiento, pues consideraban que el suicidio era

reflejo de la ira de los antepasados y era asociado con la brujería. En consecuencia el sepelio se llevaba a cabo sin los ritos reservados para quienes morían por otras razones.

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: 3 de guerreros para no entregarse al enemigo, 2 en defensa de la patria, 1 luego ser herido por una mujer, y 2 por decepción. 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. Fueron las escuelas filosóficas las que produjeron un cambio social y cultural proponiendo la visión del suicidio como un problema de libertad humana, esta idea fue formulada en un primer momento por los estoicos y estuvo muy considerada por los epicúreos y los cínicos. Además varios filósofos como Sócrates, que acabó suicidándose, o Sófocles comulgaban con la libertad de las personas respecto a poder acabar voluntariamente con sus vidas. Sin embargo, otros pensadores se posicionaban en contra del suicidio, como por ejemplo, Platón y Aristóteles. 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, como por ejemplo el trastorno mental, además el acto suicida

podía incluso llegar a ser un acto heroico, el mismo Séneca lo ensalzaba como el acto último de una persona libre. 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. Cicerón, por ejemplo, negaba todo acto suicida, exceptuando aquel que fuera cometido por un acto heroico o por la defensa del honor. La tradición cristiana, en un principio era participe del acto suicida entre sus feligreses, puesto que se consideraba un acto digno entre los primeros mártires que fueron perseguidos durante el cristianismo primigenio. 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. Tras el Concilio de Arlés en el año 452, la Iglesia condenó el suicidio oficialmente y en el Concilio de Toledo se decreta la excomunión para los suicidas y se les niega la aplicación de los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte.

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, concepción en la que se nota la enorme influencia ejercida en ello por las filosofías de los estoicos, pitagóricos, platónicos, aristotélicos y epicúreos al considerar el suicidio como liberación de un sufrimiento insoportable. 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.

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. San Agustín por su parte describió el suicidio como una detestable y abominable perversidad y afirmaba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, y por lo tanto los seres humanos tenían la obligación de soportarlos. 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. Durante esta época Santo Tomás de Aquino mantuvo las ideas de San Agustín, pensando que el suicidio es un acto pecaminoso. Santo Tomás de Aquino argumenta esta idea porque piensa que el hombre no puede disponer libremente de sí mismo, puesto que no pertenece a él, sino a Dios. 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 la condena social hacia el suicidio se reduce enormemente, ello es debido a las nuevas ideas de ciertos intelectuales que parten del impulso racionalista de la Ilustración francesa. 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. Los pensadores de la época mantenían un doble rasero respecto al acto suicida, por ejemplo Erasmo "considera al suicidio como una forma de manejar el cansancio de la vida, aunque considerándolo un acto enfermizo". En el siglo XVII el suicidio está vinculado a las historias de amor de la literatura europea, sobretodo inglesa, como se puede comprobar en la novela amorosa *Romeo y Julieta de Shakespeare*, en dónde Julieta acaba suicidándose o en el libro *Anatomía de melancolía*, donde parece la primera visión psiquiátrica del suicidio.

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; que manifestaban la idea de la libertad humana y del derecho del hombre para poder acabar con su vida con total libertad. Fue Kant, sin embargo, uno de los pensadores de la época que manifestó su animadversión hacia el acto suicida.

Ya en el siglo XIX se empezaron a realizar las primeras investigaciones psicosociales y médicas respecto al suicidio, como los estudios realizados por Durkheim (1897) y Morcelli (1879). 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. La historia del suicidio analizada hasta el momento refleja las épocas históricas europeas occidentales, pasemos ahora a analizar brevemente la visualización histórica del suicidio en Oriente. En Oriente el suicidio ha sido considerado durante mucho tiempo como una práctica elogiada que respetaba la tradición y que regulaba la vida social, puesto que ciertos actos suicidas eran considerados como una sanción auto infligida por haber quebrantado el orden social. En tiempos antiguos en el Japón feudal se respetaba el "harakiri", práctica en la que una persona avergonzada compensaba un fallo o el incumplimiento de un deber clavándose una daga. También en la India, hasta finales del siglo XIX, se llevaba a cabo el *suttee*, que consistía en que la viuda del fallecido debía inhumarse en la pira funeraria de su marido. Durante la II Guerra Mundial, los pilotos kamikazes japoneses consideraban como un gran acto de honor el llevar a cabo misiones suicidas de bombardeo estrellando sus aviones contra el objetivo enemigo.

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 Organización Mundial de la Salud. 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.

4. Marco geográfico

4.1 Historia de Medellín

Conocida como la “ciudad de la eterna primavera”, “capital de la montaña”, o también la “tacita de plata”, expresiones amables con las que sus habitantes han resaltado sus bondades, Medellín se consolidó como la segunda ciudad del país en las últimas décadas del siglo XX. Su notable desarrollo empresarial, urbanístico, social y cultural motiva hoy elogios de propios y extraños. Pero la historia de Medellín no ha sido fácil, su propio nacimiento estuvo colmado de dificultades. Después vivió momentos dramáticos que parecían sumirla en un abismo. En esta ocasión comentamos algunos de los aspectos más importantes de su devenir.

4.2 Geografía y paisaje

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.

4.3 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.

4.4 La fundación y la vida colonial

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 concurren 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 Aná, 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, Copabana 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, advertimos 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.

Medellín no consiguió el título de ciudad, en su condición de Villa debía precedencia hacia Santa Fe, la capital de la provincia de Antioquia. Sin embargo, esto no fue obstáculo para que en pocas décadas Medellín se convirtiera en el principal poblado de toda la región. Creció en habitantes, viviendas, barrios y parroquias, pero todavía más importante fue que en ella se establecieron los principales troncos familiares que controlaban la minería y el comercio en la región. Los negocios importantes se llevaban a cabo allí. La fiesta de Nuestra Señora de la Candelaria, celebrada cada 2 de febrero, era memorable por su solemnidad, pero también por la disposición que tenían los ricos para financiar la pólvora, toros y bebidas. Ciertamente los matrimonios más célebres, que unían a las familias más vistosas eran llevados a cabo con pompa en la iglesia de La Candelaria.

Pese a esto Medellín en los tiempos coloniales fue una ciudad discreta, su arquitectura no poseía la vistosidad de otras ciudades coloniales. La parroquia principal y las distintas capillas rememoraban la arquitectura popular castellana. Las viviendas se distinguían por su confort, por sus patios, pero no por la sofisticación de sus diseños o la utilización de materiales importados. La sociedad conformada, no fue distinta a las demás de la época colonial, valoraban sus linajes, su origen, la importancia del honor y la sumisión de sus mujeres. Esto hacía que el color de la piel y el apellido fueran muy importantes para cada

individuo, hombre o mujer. Pero es cierto que ya desde entonces también fue muy importante la honra, el cumplimiento de la palabra y los acuerdos en los negocios. Finalmente, los medellinenses de entonces encontraron en la fe católica uno de sus pilares espirituales. Profundamente devotos, tomaron afecto por distintas vírgenes y santos a quienes dirigían sus plegarias y sus limosnas. Y, con demasiada frecuencia, enviaban uno o varios de sus hijos e hijas a que tomaran los hábitos.

No obstante entender los firmes mecanismos de estratificación social de la época, la sociedad de Medellín colonial depara sorpresas. Tal vez por descansar en actividades como la minería y el comercio daba lugar a una cierta apertura social, como nos lo recuerda la historiadora norteamericana Ann Twinam. Por ejemplo, que algunas de sus personas más adineradas no fueran blancos puros o legítimos. Otro aspecto importante fue el aislamiento en que vivía la sociedad local con relación a la capital del virreinato o de Cartagena. Pero ese aparente aislamiento y encerramiento era roto por las gentes que se dedicaban al comercio. Fueron estos los que establecieron los principales nexos con las instituciones y las sociedades existentes más allá de sus montañas.

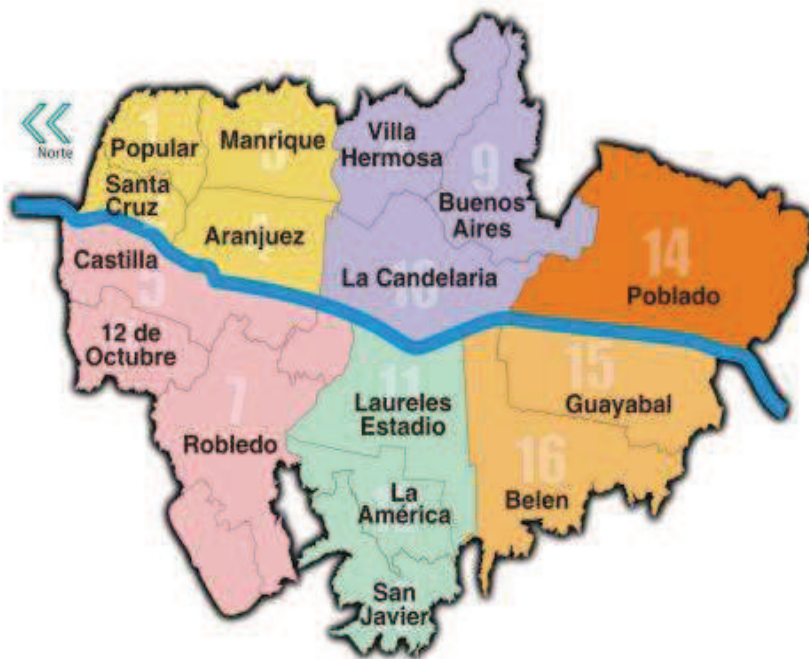


Figura 1. Mapa de la ciudad de Medellín.

5. Marco legal

5.1 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 1º. 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.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Artículo 2°. Ámbito de aplicación. La presente ley es aplicable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente 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 administradoras 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.

El Ministerio de Justicia y del Derecho, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y las entidades prestadoras del servicio de salud contratadas para atender a los reclusos, adoptarán programas de atención para los enfermos mentales privados de libertad y

garantizar los derechos a los que se refiere el artículo sexto de esta ley; así mismo podrán concentrar dicha población para su debida atención. Los enfermos mentales no podrán ser aislados en las celdas de castigo mientras dure su tratamiento.

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

5.1.1 Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano.

5.1.2 Prevención Primaria del trastorno mental

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.

5.1.3 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.

5.1.4 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, 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.

5.1.5 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.

5.1.6 Discapacidad mental

Se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo, puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante.

5.1.7 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.

5.1.8 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. La Rehabilitación Psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, deseabilidades y hándicap, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad.

5.2 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 1º.

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:**

5.2.1 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.

5.2.2 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.

5.2.3 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.

5.2.4 Médico de Referencia

Es el profesional de la medicina que ha sido consultado por el médico tratante, en segunda instancia, con el objeto de lograr una confirmación médica del diagnóstico, las opciones terapéuticas y el pronóstico respectivo del paciente que ha solicitado la terminación de su vida de una forma digna y humana, en virtud de su nivel especializado de conocimiento y experiencia en la materia.

5.2.5 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.

5.2.6 Consejería

Se refiere a una, o a las consultas que sean necesarias entre un siquiatra y/o un sicólogo, o un equipo de apoyo conformado por profesionales de ambas disciplinas, y el paciente que ha solicitado reiteradamente a su médico tratante la terminación de su vida de forma digna y humana; con el propósito de determinar la situación real del paciente, la madurez de su juicio y su voluntad inequívoca de morir; así como para confirmar que no sufre de ningún desorden psiquiátrico, psicológico o de una depresión momentánea que pueda estar perturbando su juicio.

5.2.7 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.

5.2.8 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.

5.2.9 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.

5.2.10 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:

1. 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.

2. 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, respecto de la terminación de su vida.
3. 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, respecto de la terminación de su vida.
4. Copia del informe completo emitido por la Consejería especializada al médico tratante.
5. 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:

1. 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.

2. 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 12º. 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.

5.2.11 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.

La eutanasia pasiva no es delito en Colombia. El Código de Ética Médica la permite y no constituye un delito. La eutanasia pasiva consiste en omitir una conducta de la cual se seguirá la muerte de la persona; en cambio la eutanasia activa consiste en dirigir la conducta a producir un resultado, por ejemplo dar una inyección o suministrar una droga letal.

6. Marco teórico

No puede considerarse el suicidio como un caso aislado, que solo les pasa a los demás, sino como un asunto social en el que todos estamos involucrados.

El año pasado se suicidaron 1.889 personas en Colombia. Son 25 casos más de los ocurridos en el 2010. Esta tendencia viene de tiempo atrás, con riesgo de poner cada año cifras más alarmantes, si nos atenemos a las continuas noticias que en estos días leemos en los periódicos. 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.

La mayoría de quienes en el 2011 se quitaron la vida eran adolescentes y adultos jóvenes cuyas edades estaban entre los 15 y los 34 años. Una tercera parte eran solteros y poseían un nivel educativo básico. Otro dato relevante que suministra la investigación dice que este 31,55 por ciento de suicidas jóvenes (596 colombianos) no tenía empleo. Lo primero que cabe anotar al respecto es que con esas vidas cortadas en plena edad de la producción y de la ilusión se frustraron muchas esperanzas. Y en segundo lugar, que el desequilibrio agudo o crónico en materia económica puede llevar a la desesperación, y con ella al suicidio.

En carta al presidente Santos publicada hace poco en su blog, dice lo siguiente Mónica Sánchez Beltrán, una colombiana residente en Canadá y que vive atenta a la suerte de Colombia: “le hablaré del caso que más me mortifica hace meses, cuando leí una pequeña nota de RCN, que dice que a los niños de las comunidades indígenas del Chocó el hambre

los lleva al suicidio y también que, 8 de cada 10 de ellos, presentan signos clínicos de desnutrición crónica”.

Una de las causas más comunes para llegar a la tremenda decisión de quitarse la vida es la depresión. De hecho, se ha determinado que las dos terceras partes de quienes se suicidan sufren de dicha enfermedad, tan característica de nuestros días. Vivimos en un mundo de angustias, de retos desproporcionados, de injusticia e inequidad, de falta de oportunidades básicas, de crisis familiares y disolución de los principios, que generan grandes choques emocionales.

Leo en una información: “Los padecimientos psíquicos se encuentran presentes en 9 de 10 casos de suicidio; entre ellos, aparte de la depresión se encuentran también los trastornos de ansiedad y las adicciones”. Este es un enfoque que se hace respecto al mundo entero, donde cada 40 segundos alguien se suicida.

En Europa el número de suicidios es alto frente a América Latina. Esto no disminuye la incidencia calamitosa que tal hecho produce en nuestra sociedad y en la vida de los hogares. Para apreciar mejor nuestra posición en el continente, debe saberse que la mayor tasa de suicidios ocurre en Cuba, luego en Brasil, y en tercer lugar en Colombia.

Se trata de un grave problema de salud pública que como tal debe ser tratado, y que los gobiernos han dejado avanzar con pasmosa indiferencia. Si conseguir en Colombia una cita médica o una medicina en el deshumanizado sistema de salud se ha convertido en un calvario para la inmensa mayoría de la población, qué no decir del tratamiento para un enfermo mental. Ese enfermo mental, agobiado por la depresión, la angustia, la ansiedad o las adicciones, puede ser uno de los 1.889 colombianos que se fugaron el año pasado del dolor y la indolencia.

En cuanto toca con los hogares, la alarma está en el caso del “suicidio silencioso”, ese que avanza, o se deja avanzar, en la soledad o el aislamiento, causado las más de las veces por

falta de diálogo, de comprensión y afecto, y agravado por la ausencia de los padres o por los conflictos ciegos en la vida conyugal que conducen a infinitas desgracias.

6.1 El suicidio en Colombia (Noticia)

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 acusa 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 delas 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.

6.1.1 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 Sabogal, jefa del área de salud mental de la Universidad de La Sabana, atribuye el fenómeno a factores culturales. “Colombia tiene tasas de suicidio menores que las de países como EE. UU. Eso se debe a la unión familiar y a la restricción en la tenencia de armamento. Vivir cerca de los seres queridos y poder expresar fácilmente las emociones nos protegen frente al suicidio, hace que tengamos más control”, concluyó.

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

6.1.2.1 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”.

Para afrontar este fenómeno mundial “es evidente que la prevención del suicidio requiere la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo los de 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 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.

6.1.3 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/Minsalud 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.

6.1.4 Cada 48 horas se suicida un menor en Colombia 12 de agosto de 2014

Los dos adolescentes que esta semana se quitaron la vida reflejan el drama del suicidio infantil.

La incidencia del suicidio infantil en Colombia no cede. Los dos adolescentes que se quitaron la vida esta semana en Bogotá volvieron a poner sobre la mesa un tema que, desde hace varios años, tiene en alerta a las instituciones públicas. Solo en el 2011, el Instituto de

Medicina Legal registró 193 suicidios de menores de edad en el país y, entre ellos, el rango con más casos es el comprendido entre los 15 y 17 años (137 casos).

Pero ¿qué lleva a un menor de edad a quitarse la vida? Según Medicina Legal, entre los motivos que conducen a los menores de edad a tomar esa determinación están los conflictos de pareja o el desamor, los problemas económicos o escolares, y la muerte o suicidio de un familiar o amigo.

El maltrato y la violencia intrafamiliar, el acoso escolar o matoneo (extendido en las redes sociales o cyberbullying) y el consumo de drogas y alcohol también se cuentan entre las causas, según los expertos.

Esta semana, se especuló que el suicidio del niño de 12 años que se lanzó de un piso 14 en el sector de Suba pudo haber tenido origen en problemas familiares. Y se dijo que el adolescente de 16 años que se disparó en el barrio Quiroga, en el sur de Bogotá, lo pudo haber hecho por causas relacionadas con la pérdida del año escolar.

"El suicidio de un niño nos debe llamar a una reflexión sobre el rol que estamos desempeñando como padres y cuidadores", expresó el director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Diego Molano. Según él, muchos niños y adolescentes no están preparados para manejar situaciones que los desestabilizan: "Detrás del suicidio hay una profunda soledad y la responsabilidad de padres y cuidadores que muchas veces no sabemos escucharlos y no atendemos todas sus necesidades".

El primer Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente Colombiano, llevado a cabo hace dos años, evidenció que 11 por ciento de los 1.586 jóvenes de 13 a 17 años que participaron en la encuesta habían pensado seriamente en suicidarse. La investigación, realizada en 1.070 municipios del país, también determinó que el 7,1 por ciento de los consultados presentaban trastornos del ánimo, como depresión, y registró casos de niños con ideación suicida desde los cuatro años.

6.1.5 Un problema de salud pública

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 20 por ciento de niños y adolescentes en el mundo tienen algún trastorno mental. La Red de Información Tecnológica Latinoamericana calcula que la incidencia de suicidios de jóvenes en la región es de 6,8 por cada 100.000 habitantes.

6.1.6 ¿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 de 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.

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 insoportables 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.

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 u 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.

Depresión: La depresión es una de las causas principales del suicidio que puede hacerse presente en los años de adolescencia. Este desorden mental puede generar sentimientos de desesperanza e inutilidad, de acuerdo a Kids Health. La depresión puede ser particularmente dañinas para los adolescentes quienes experimentan violencia en su hogar o en la escuela y se sienten aislados de sus pares o carecen de una red de amigos que los contengan. Aproximadamente el 75% de las personas que se suicidan sufren de esta condición de acuerdo a lo informado por el Centro de Psiquiatría del Condado Harris en la Universidad de Texas.

Abuso de sustancias: El abuso de drogas o alcohol puede llevar a tener un comportamiento impulsivo, especialmente si un adolescente es perseguido por otros problemas como desórdenes mentales o dificultades familiares. Como los adultos que caen en estas adicciones, los jóvenes pueden creer que estas sustancias pueden ayudarlos a aliviar las dificultades, pero únicamente empeora la situación. El abuso de sustancia y los desórdenes

mentales juegan un rol prominente en la mayoría de los suicidios, acorde a lo que informa Kids Health.

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

Otras tensiones emocionales de la vida pueden ser factores contribuyentes, otro sería el consumo del alcohol.

La desesperanza es un factor más poderoso, cuando el futuro se ve desolado y el pesimismo domina el estado de ánimo de una persona, es más probable que se intente el suicidio.

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.

6.1.7 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.

6.1.8 Control del suicidio

Pueden ser externos o internos.

6.1.8.1 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

Ej: la comprensión, el apoyo, interés y preocupación

6.1.8.2 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.

6.1.9 Cincos causas según el doctor Dathan paterno

En primer lugar, la gente no comete suicidio por una sola razón. A pesar de que con frecuencia, la respuesta más simple, es la correcta, esto no es cierto para los casos de suicidio. La mejor analogía para los casos de suicidio es "*una tormenta perfecta*". Casi siempre hay múltiples razones para que una persona termine con su vida, y raramente, una sola de esas razones es suficiente. Las 5 más frecuentes son:

6.1.10 Drogas, legales e ilegales

Las drogas ilícitas son frecuentemente una causa contribuyente. Las drogas que reducen las inhibiciones, pueden hacer que una persona deprimida o con una débil idea de suicidio, se transforme en una persona altamente impulsiva y que haga algo en contra de su voluntad.

Los esteroides también pueden influir en la autoagresión. En combinación con depresión y otros problemas psicológicos, pueden resultar mortales.

Mucha gente no está advertida acerca de que muchos medicamentos psiquiátricos, propician un alto índice de pensamientos y de conductas suicidas.

Las compañías farmacéuticas y los psiquiatras, ciertamente no advierten este hecho, excepto cuando la FDA los obliga. Pero la realidad es que se debería advertir mucho más frecuentemente que lo que se hace en la práctica. Muchos fármacos incluyendo antidepresivos, causan una condición neurológica llamada *acatisia*, la cual es como una agitación extremadamente incómoda, que es acompañada de pensamientos y de conducta suicidas.

Muchas otras drogas que se prescriben para la ansiedad, depresión, trastorno bipolar y otras condiciones psiquiátricas también pueden causar estos trastornos emocionales.

6.1.11 Desesperanza existencial

Algunas personas consideran las cuestiones existenciales mucho más intensamente que otras.

Cuestiones como ¿Para qué estoy aquí?, ¿Existe Dios? Hay quienes están perfectamente conscientes, de que estas preguntas existenciales, se pueden responder satisfactoriamente. Pero, las consecuencias de la falta de respuesta a estas preguntas tan profundas, pueden ser devastadoras para la mente, y pueden conducir literalmente a algunas personas a la locura o a la desesperación extrema.

A final de cuentas, la conclusión de tal desesperación, no es particularmente irracional, por ejemplo, si alguien no tiene un propósito en la vida y no hay vida después de la muerte, ¿Qué diferencia real hay si uno termina la vida tempranamente?

Trauma cerebral: Tal como el daño cerebral inducido por drogas, el trauma cerebral puede resultar en una desregulación en el estado de ánimo, en una pobre capacidad para tomar decisiones, alteraciones de la percepción e impulsividad.

Tristemente, muchos casos de trauma cerebral, pasan desapercibidos tanto antes como después de la muerte por lo que es muy difícil relacionarlos con la conducta suicida.

Pobre capacidad de decisión: El suicidio es, casi siempre, una solución *permanente* a un problema *temporal*. La persona que se balancea en el borde de un abismo, casi siempre es incapaz de pensar claramente en posibles alternativas, lo cual resulta en la toma de decisiones irracionales.

Cuando la persona común, no es "retada" emocionalmente, no se ve obligada a aprender habilidades para afrontar estos retos. Luego, cuando una severa crisis la golpea, son totalmente rebasados, y se van a los extremos.

Esto es particularmente cierto en el caso de la ira. En todo caso de suicidio hay, generalmente un componente de furia. La gente extremadamente triste, no se mata, la gente muy furiosa si lo hace. Para muchos, el suicidio es la última venganza, el incontestable "fu-you" a familiares, amigos y compañeros de trabajo que permitieron que alguien cayera tan bajo.

Vergüenza: Muchas veces, la persona con sufrimiento severo, percibe correcta o equivocadamente, que nadie la comprende o que podría comprenderla, ni que desee entender su situación. Nuestra cultura acostumbra a estigmatizar la depresión y otras formas de sufrimiento, etiquetándolas como enfermedades mentales, más que como la humana experiencia que realmente es. Muchos se ocultan y permanecen en las sombras, en vez de permitir que otras almas amorosas les ayude a sostener su carga.

6.2 Historia bullying y su relación con el suicidio

El psicólogo Dan Olweus es el primer estudioso del tema, y como 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.

6.2.1 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

1. Bloqueo social (29,3%)
2. Hostigamiento (20,9%)
3. Manipulación (19,9%)
4. Coacciones (17,4%)
5. Exclusión social (16,0%)
6. Intimidación (14,2%)
7. Agresiones (12,8%)
8. Amenazas (9,3%)

6.2.2 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.

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.

6.2.3 Causas

6.2.3.1 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.

A menudo la violencia encuentra una forma de canalizarse socialmente, materializándose en un mecanismo conocido de regulación de grupos en crisis: el mecanismo del *chivo expiatorio*. Destruir al que no es seguidor, al que se resiste, al diferente, al que sobresale académicamente, al imbuido de férreos principios morales, etc.

6.2.4 Consecuencias

El acoso escolar al igual que otras formas de maltrato psicológico produce secuelas biológicas (expresión de genes) y mentales. Algunos especialistas sugieren que las víctimas acosadas son más vulnerables a padecer problemas mentales como trastorno por estrés postraumático, depresión y trastornos del ánimo a medida que envejecen.

6.2.5 Acoso escolar homofóbico

El acoso escolar homofóbico o gay bashing se refiere a cualquier clase de daños hacia las personas, tanto, psicológico, físico y moral por tener o aparentar tener una orientación sexual diferente. Obstáculos y aislaciones definen la violencia escolar,- Ángela Gabàs Gasa afirma en “El fenómeno de la exclusión social” “los obstáculos que encuentran determinadas personas para participar plenamente en la vida social, viéndose privadas de alguna o varias de las opciones consideradas como fundamentales para su desarrollo humano”.

6.2.6 Prevención

Se estima que la intervención simultánea sobre factores individuales, familiares y socioculturales, es la única vía posible de prevención del acoso escolar. La prevención se puede realizar en distintos niveles.

Una prevención primaria sería responsabilidad de los padres (apuesta por una educación democrática y no autoritaria), de la sociedad en conjunto y de los medios de comunicación (en forma de autorregulación respecto de determinados contenidos).

Una prevención secundaria sería las medidas concretas sobre la población de riesgo, esto es, los adolescentes (fundamentalmente, promover un cambio de mentalidad respecto a la necesidad de denuncia de los casos de acoso escolar aunque no sean víctimas de ellos), y sobre la población directamente vinculada a esta, el profesorado (en forma de formación en habilidades adecuadas para la prevención y resolución de conflictos escolares).

Por último, una prevención terciaria serían las medidas de ayuda a los protagonistas de los casos de acoso escolar.

6.2.6.1 Consejos para evitarlo

La ayuda se puede agrupar en información para: padres, profesores y alumnos.

- **Padres con hijas/os víctimas de acoso escolar**

Observe al niño o la niña, escuche y dialogue, siempre mantenga la calma, En caso de ser víctima, dígame que no es culpable, refuerce su autoestima y comunique la situación al colegio, también dele la oportunidad de ampliar su círculo de amigas o amigos, mantenga una buena comunicación basada en la confianza, bloquear al remitente. Realizar actividades específicas de sensibilización en el tema de la violencia y la convivencia.

Recomendaciones a dar a su hija/o:

- No responder a las agresiones
- Guardar los mensajes en caso de ciber-acoso

6.2.7 Profesores con alumnos tanto víctimas como acosadores

Para la prevención de acoso escolar es necesaria la implicación y participación de toda la comunidad y el diálogo con los niñas/os, las familias, el profesorado y otros agentes sociales presentes en el barrio donde se inserta el colegio o escuela.

Conocer los mecanismos de protección de la infancia, y educar en derechos a los niñas/os previene la violencia entre iguales, propiciando la identificación y superación tanto de estereotipos como de prejuicios. Fomentar la empatía y cohesión entre compañeros y las relaciones basadas en la solidaridad y el respeto mutuo. No se debe ocultar lo que sucede, ante estas situaciones sea asertivo. Expresar emociones para liberarse del sufrimiento y encontrar así a personas que les ayuden, buscar y solicitar ayuda. Verificar que los patios deberán tener la vigilancia adecuada y juegos cooperativos. Defienda los derechos sin vulnerar los de los demás, no minimizar la gravedad de las agresiones, observe de manera

sistemática al niño o niña en todos los espacios, informando al equipo directivo del centro, mediante una hoja de observación, donde se recojan los hechos y los implicados con la mayor precisión posible, intentando actuar lo más inmediatamente posible, haciendo intervenciones individuales con las personas involucradas, las víctimas, los agresores y los observadores, no haga de mediador, debido a que siendo una situación en la que existe un desequilibrio de poder, criticar a uno a otro, puede acrecentar la intimidación y provocar resentimiento. Intervenga con todo el grupo para que las actitudes y conductas negativas sean rechazadas por todos. Respete el derecho del niño o la niña a elegir la persona a quien desee contarle el problema, es importante que haya una persona de referencia y que no se le pida que cuente varias veces lo que le sucede para evitar la revictimización.

6.2.8 Alumnos, tanto la víctima, acosador y observador

- ***Si observas un caso de acoso escolar:*** Puede que sientas miedo o rechazo ante esa situación, si ves que tú solo no puedes ponerle freno o detenerlo, pide ayuda a un adulto. Esto no es chivarse, es ser solidario con quien lo necesita. Se tiene que apoyar compañero o compañera que está siendo acosado, ya que nadie merece que le traten mal.
- ***Si agredes, pegas o incomodas a un compañero:*** Pregúntate: “¿Qué es lo que me pasa?, ¿por qué me hace gracia o me siento más fuerte cuando molesto a otras personas?”, y piensa cómo se debe sentir la persona a la que le estás haciendo daño. Tienes que hablar de este comportamiento con un adulto, alguien que te escuche y te ayude. Tienes que controlar tus emociones para que éstas no te controlen a ti. La violencia no es una buena manera de responder ante las situaciones que te disgustan o te provocan enfado. Cuando esto suceda, aléjate físicamente de la persona con la que te sientas violento, respira profundamente varias veces e imagina que la rabia se vuelve un papel y lo tiras a la papelera.
- ***Si un compañero o compañera te hace daño con frecuencia:*** Es posible que te sientas triste, temeroso, avergonzado y culpable, porque sufres una situación injusta.

No guardes el secreto y no te lo calles. Contarlo no es chivarse, es exigir el respeto que todos merecemos, cuéntale a tus padres o algún adulto de confianza pero también es importante que lo cuentes en el colegio. Mientras se soluciona procura no estar solo y evita situaciones o lugares que puedan ser arriesgados y no respondas de la misma manera, es decir agrediendo, en el momento en el que te hagan daño crea un escudo imaginario a tu alrededor que te proteja. todo lo que te están diciendo rebota en el escudo como una pelota. Respira y piensa que eres fuerte, recordando que todos tenemos derecho a ser protegidos contra cualquier forma de violencia y a ser tratados con respeto.

6.2.9 ¿Qué es el ciberbullying?

El *ciberbullying* es el uso de los medios telemáticos (Internet, telefonía móvil y videojuegos online principalmente) para ejercer el acoso psicológico entre iguales. No se trata aquí el acoso o abuso de índole estrictamente sexual ni los casos en los que personas adultas intervienen.

6.2.10 ¿Qué no es el ciberbullying?

Por tanto tiene que haber **menores en ambos extremos** del ataque para que se considere ciberbullying: si hay algún adulto, entonces estamos ante algún otro tipo de *ciber-acoso*.

Tampoco se trata de adultos que engatusan a menores para encontrarse con ellos fuera de la Red o explotar sus imágenes sexuales. Aunque hay veces en que un/a menor comienza una campaña de ciberbullying que puede acabar implicando a adultos con intenciones sexuales.

6.2.11 ¿Cuándo estamos ante un caso de ciberbullying?

Estamos ante un caso de *ciberbullying* cuando uno o una menor atormenta, amenaza, hostiga, humilla o molesta a otro/a mediante Internet, teléfonos móviles, consolas de juegos u otras tecnologías telemáticas.

Según el Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por los menores publicado por el INTECO en Marzo de 2009 el ciberbullying se define como acoso entre iguales en el entorno TIC, e incluye actuaciones de chantaje, vejaciones e insultos de niños a otros niños.

6.2.12 ¿Por qué es especialmente grave el ciberbullying?

El anonimato, la no percepción directa e inmediata del daño causado y la adopción de roles imaginarios en la Red convierten al ciberbullying en un grave problema.

6.2.13 ¿Cómo se manifiesta el ciberbullying?

Las formas que adopta son muy variadas y sólo se encuentran limitadas por la pericia tecnológica y la imaginación de los menores acosadores, lo cual es poco esperanzador. Algunos ejemplos concretos podrían ser los siguientes:

- Colgar en Internet una imagen comprometida (real o efectuada mediante fotomontajes) datos delicados, cosas que pueden perjudicar o avergonzar a la víctima y darlo a conocer en su entorno de relaciones.
- Dar de alta, con foto incluida, a la víctima en un web donde se trata de votar a la persona más fea, a la menos inteligente... y cargarle de *puntos* o *votos* para que aparezca en los primeros lugares.
- Crear un perfil o espacio falso en nombre de la víctima, en redes sociales o foros, donde se escriban a modo de confesiones en primera persona determinados acontecimientos personales, demandas explícitas de contactos sexuales...
- Dejar comentarios ofensivos en foros o participar agresivamente en chats haciéndose pasar por la víctima de manera que las reacciones vayan posteriormente dirigidas a quien ha sufrido la usurpación de personalidad.
- Dando de alta la dirección de correo electrónico en determinados sitios para que luego sea víctima de spam, de contactos con desconocidos...
- Usurpar su clave de correo electrónico para, además de cambiarla de forma que su legítimo propietario no lo pueda consultar, leer los mensajes que a su buzón le llegan violando su intimidad.

- Provocar a la víctima en servicios web que cuentan con una persona responsable de vigilar o moderar lo que allí pasa (chats, juegos online, comunidades virtuales...) para conseguir una reacción violenta que, una vez denunciada o evidenciada, le suponga la exclusión de quien realmente venía siendo la víctima.
- Hacer circular rumores en los cuales a la víctima se le suponga un comportamiento reprochable, ofensivo o desleal, de forma que sean otros quienes, sin poner en duda lo que leen, ejerzan sus propias formas de represalia o acoso.

6.3 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” (1).

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” (ibib).

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” (ibib).

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” (Ibib). 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. (Ibib, p. 9)

Veamos, a continuación, algunas cifras que pueden darnos una idea de la magnitud del problema. “La Organización Mundial de la Salud estima que a nivel mundial por cada suicidio acontecen 20 intentos” (Ibib). De acuerdo con la asociación internacional para la prevención del suicidio (2009), américa latina presenta una tasa de seis suicidios por cada cien mil habitantes. En los países del caribe se presenta una tasa mayor, calculada en 12.8 por 100 mil habitantes.

“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” (Ibib).

Según el estudio nacional de salud mental en Colombia del año 2003, se ha encontrado una tasa de ideaciones suicidas de un 12.3% (Equivalente a 4'920.000 personas), de planeación del suicidio de un 4.1% (Equivalente a 1'640.000 personas) y de intento de suicidio de un 4.9% (Equivalente a 1'960.000 personas).

De acuerdo con el presidente de la liga Colombia por la vida y para la prevención del suicidio “de las personas con un primer intento suicida, el 50% lo tratara de hacer nuevamente. De quienes lo han hecho dos veces el 70% lo intentara otra vez. Y de quienes lo han intentado tres veces en 90% reincidirá.

Para el instituto de medicina legal y ciencias forenses de Colombia, los adolescentes aparecen como el grupo etéreo con mayor riesgo de suicidio, Gómez Restrepo, 2002.294). en una investigación realizada en el año 2007 en Bogotá con 2 mil niños, niñas y adolescentes, estudiantes entre los 11 y 18 años, se halló que el 41% habían pensado en como suicidarse, y el 16% lo había intentado (DeZubiria, 2007:23). En Medellín, de acuerdo con la investigación realizada con mil estudiantes en diez instituciones educativas, se encontró que el 44% de los encuestados había tenido ideaciones suicidas, en el último año y el 22.4% había realizado al menos un intento (Carmona 2010).

Así, resulta evidente que se trata de un problema global que no debe ser abordado de manera silenciosa desde la culpa, la victimización o lastima, si no, por el contrario, de manera abierta, con un espíritu investigativo, crítico y, ante todo, preventivo” (Ibib).

6.3.1 Itinerarios de construcción del plan de acción suicida

Se tratara de examinar cinco momentos del itinerario de la construcción del plan de acción suicida: la emergencia de la idea o intención, la construcción del intento, la verbalización, las advertencias o amenazas y los acontecimientos desencadenantes. Después de recorrer este itinerario, se hará un breve examen sobre los métodos y lugares.

Para el análisis de estos momentos se tendrán presentes cuatro aspectos, en congruencia con el enfoque interaccionista: primero, estudiar la acción social desde el punto de vista del agente que la realiza.

6.3.1.1 La emergencia de la idea o intención

De acuerdo con los relatos de las niñas y niños, con tres los contextos con los que se asocia la emergencia de la intención de quitarse la vida. El más importante es el de las interacciones familiares; en segundo lugar, los vínculos con otros significados externos a la familia; y, finalmente, el vínculo consigo mismos.

- **El malestar en la familia**

Cualquier terapeuta que escuche cotidianamente las novelas familiares de los pacientes que llegan día a día a los consultorios, sabe que al familia es un universo que en su misma dinámica contempla a la vez amores y odios secretos, solidaridades y rivalidades, deseos prohibidos y transgresiones, celos y envidias, rencores lentamente sedimentados, pequeñas y grandes infamias, y secretos que pueden llegar a ser letales.

Uno de los temas que suelen encontrarse en menores de edad que intentan suicidarse o consuman el suicidio es la seducción, el abuso o la violación temprana por parte de un integrante de la familia.

Si al incesto se le agrega el secreto familiar, la culpa sobre la víctima se exagera, porque tiene que cargar con la que corresponde al miembro protegido de la familia, y su rol de excluido y degradado dentro del universo familiar se hace más dramático.

- **Ocasionar sufrimiento o remordimiento a otros significativos**

Las expresiones en infinitivo que se eligen para encabezar estos apartados, escapar, cumplir, denunciar, chantajear, ocasionar sufrimiento tienen el propósito de subrayar que en la construcción y puesta en marcha del intento de suicidio, estos menores se ven a sí mismos como agentes activos que le imprimen una dirección de su acto y que, ante contextos familiares semejantes, dos intentos de suicidio pueden, sin embargo inscribirse en construcciones de sentidos opuestos.

Es una estrategia en la que el significado de ocasionar sufrimiento sobresale en la construcción del intento, se acentúa el papel activo del agente.

- **El malestar entre los pares**

En los grupos de adolescentes, en los contextos escolares y comunitarios existen diversas formas de exclusión y agresión verbal y física, que pueden ir desde los juegos más sutiles a las agresiones más abiertas. Cuando esto se vuelve sistemático y sintomático, se denomina bullying o matoneo. Muchos estudiosos del fenómeno del suicidio en niños y adolescentes señalan el papel que tiene esta última forma de agresión en la construcción de los planes de acción suicidas. Algunos incluso emplean la expresión Bully-cidio para indicar esta relación.

- **El malestar consigo mismo**

Necesariamente, la imagen de sí que cada ser humano construye está asociada a la manera cómo percibe o supone que lo ven los demás, y esto último necesariamente está articulado con el rol que ha jugado históricamente en sus vínculos con los otros significados. Esta imagen de sí se condiciona tanto la valoración de los propios logros como la relación con el propio cuerpo. Ahora bien, esta imbricación no necesariamente es consciente para un chico o una chica que construye un intento de suicidio a partir de un conflicto consigo mismo, o con su propia imagen.

6.3.1.2 El papel de los otros en la construcción del intento de suicidio

Un aspecto importante en el itinerario de la construcción del intento de suicidio en niños y jóvenes hace referencia a la presencia o ausencia de otras personas como destinatarios, acompañantes o coautores del mismo. Esta particularidad determina no solo un criterio completamente vital para la comprensión del fenómeno, sino que también facilita la toma de decisiones frente a las intervenciones que deben realizarse para contenerlo, ampliando la esfera de las mismas más allá del sujeto e incorporando a las personas que lo acompañan en contexto, ya sea para fomentar una vinculación positiva, efectiva que brinde contención al momento de desear el intento, o para aclarar y evitar aquellas formas de relación que la fomentan y potencializan hasta llevarlo al acto.

- **Construcción y realización solitaria del intento de suicidio**

Algunos jóvenes y niños evitan hacer cualquier tipo de comentario frente a su deseo de quitarse la vida, e incluso, al momento mismo de perpetrarlo, buscan la manera de que los significados que les acompañan no se den cuenta de ello.

- **Construcción y realización con el apoyo de un par**

Algunos púberes y adolescentes pueden llegar a desarrollar vínculos de amistad en los que la complicidad y los códigos de silencio son tan fuertes, que uno de ellos puede involucrar a otro como cómplice y aun como espectador en la construcción de un intento de suicidio, obligándolo a guardar silencio.

- **Suicidio pactado y realizado entre dos**

Este fenómeno, cada día más visible, es facilitado por las redes virtuales en las cuales los muchachos pueden encontrar otros chicos con intenciones similares a las suyas. Puede ser el producto de un plan de acción lentamente construido, o de un arrebató en un momento en el que se presenta las condiciones propicias.

- **Los suicidios colectivos de púberes y adolescentes**

Aunque en nuestro medio todavía no es un hecho difundido, resulta conocido que en lugares como Japón, cada cierto tiempo grupos de púberes y adolescentes se convocan por medios virtuales para realizar un suicidio colectivo. También existen pactos en los que un grupo de muchachos acuerdan suicidarse, no de manera simultánea, si no en especie de cadena. En la investigación no se conoció ningún caso de estos, pero en la historia reciente del departamento de Antioquia existen algunos antecedentes de este último tipo de caos.

- **La verbalización en el proceso de construcción de la acción**

Una vez se han creado las condiciones para que emerja la ideación del intento de suicidio en cualquiera de las coordenadas vinculares antes señaladas, puede encontrarse que, en muchos casos, los muchachos verbalizan de una u otra manera la intención de acometer el acto. En ocasiones lo hacen como amenaza, en otras como reto, algunas veces como llamado de atención frente a algo que no ha sido discutido o en lo que no han sido escuchados, también como forma de protestar o manifestar su desacuerdo, pero, en todas ellas, es posible detectar que la idea está en marcha.

6.3.2 Los métodos y lugares utilizados

Existe una diversidad de métodos en la realización de los intentos. Los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la entrevista estructurada muestran un porcentaje mayor para la realización de incisiones con objetos corto punzantes en diversas partes del cuerpo (en las venas, en el corazón, en el cuello, en los brazos), que se presentan en un 45.2% de los casos; la ingesta de pastillas y líquidos tóxicos sigue en segundo lugar, con un 26.9%; la

asfixia o ahogamiento por presión de las manos o ahorcamiento tiene un 11.1%; la defenestración o saltos desde alturas, un 2.4%; y un 11.1% ha utilizado múltiples métodos. La elección de estos métodos se hace casi siempre simplemente porque el objeto se encuentra al alcance en el momento de la decisión, o por evitar el dolor.

En cuanto a los lugares, los resultados encontrados a partir de la entrevista estructurada muestran que el 85.3% de los intentos fue realizado en la propia casa; entre ellos, el 31.8% lo hizo en la propia habitación. La casa de un amigo ocupa el segundo lugar, con un 3.1%. El colegio y la calle tienen el mismo porcentaje anterior.

Las significaciones más importantes relacionadas con el lugar dan cuenta de que el espacio fue escogido porque representaba, en algunos casos, un lugar privado, íntimo y, en otros, sencillamente era el resultado de una contingencia. Si se tiene en cuenta, además, el carácter contingente de una cantidad significativa de los intentos, y que los eventos desencadenantes generalmente están relacionados con discusiones familiares, no es raro comprobar que la propia casa sea el lugar preferido para la realización del acto.

6.3.2.1 El empuje psicosocial al suicidio

El interaccionismo simbólico propone que para el estudio del comportamiento social de los seres humanos es fundamental la referencia a los contextos vinculares en los que emergen las acciones. Más aun, el comportamiento humano, e incluso el “sí mismo” y la personalidad de los actores sociales, son concebidos como emergentes de la interacción social.

Por ello, una investigación psicosocial sobre el suicidio en niños y adolescentes debe interrogar el papel de los grupos de pertenencia, particularmente la familia, las instituciones educativas y los demás grupos de filiación de los menores, como factores de riesgo de protección. El papel de los otros con los que interactúa el menor que atenta contra su vida y de las dinámicas grupales en las que emerge el comportamiento con variadas. Hablaremos

primero de las interacciones colectivas y luego orientaremos la mirada a las dinámicas vinculares duales.

- **La familia que deposita en unos de sus integrantes el rol mortífero**

En las familias esto tiene distintas manifestaciones. La polarización y estereotipia de los roles en algunas familias dividen el éxito y el fracaso, la virtud y el vicio, el reconocimiento y el anonimato, de formas drásticas, a veces asociadas a la variable de sexo, a veces a la edad, en otros casos a las semejanzas físicas de una hija con un pariente de uno de los progenitores, e incluso a las connotaciones y evocaciones de los nombres elegidos para los hijos. Así, en algunas familias las mujeres se caracterizan por ser virtuosas y los hombres viciosos, o los mayores éxitos y los menores fracasados, o el reconocimiento de algunos contrasta con el anonimato radical de otros.

A menudo, las asignaciones de estos roles no se dan por grupos sino que recaen sobre un individuo, con lo cual pueden volverse más sintomáticas. El argot popular abunda en denominaciones para estas depositaciones familiares cuando son negativas: el “pollo pelón” (Gutiérrez de pineda, 2000), la “oveja negra”, el “atravesado”, el “hijo calavera”. Debe advertirse que en el juego de adjudicación y asunción de roles en las familias, también los padres están expuestos a divisiones de roles de esta clase y a sus afectos de exclusión de este último o en condenarlo al ostracismo. Estos fenómenos son más notorios en las familias numerosas, pero también se pueden presentar en familias monoparentales de dos integrantes, y constituyen un factor de vulnerabilidad para aquellos integrantes que se hacen cargo de la parte maldita de la familia, o que están condenados a una posición de exclusión dentro del universo simbólico familiar.

- **El Bully-cidio, o matoneo entre los pares en el escenario escolar**

En los ámbitos escolares también existen dinámicas vinculares que pueden contribuir con el fenómenos de la exclusión. La más notoria que siempre ha existido, pero que ha sido tipificada solo recientemente es el llamado matoneo, que consiste en la conformación de

pequeños grupos que eligen víctimas sobre las cuales ejercen diferentes tipos de violencia física y simbólica, que pueden ir desde heridas leves hasta, en casos en que la situación “se sale de control”, la muerte misma. Los criterios de elección de los “matones” o las “matonas” pueden ser muy diversos. La pertenencia de la víctima a una minoría étnica, religiosa, sexual o estética puede ser causa de su elección, pero también pueden influir características físicas o de personalidad, así como distintos factores relacionados con las rivalidades, tensiones y roces propios de la vida escolar.

El matoneo, con la gravedad y la influencia que puede llegar a poseer en ciertos casos de intento de suicidio o suicidio consumado en adolescentes, tiene, sin embargo, un aspecto que facilita en algunos casos tomar medidas: su carácter más o menos visible, que puede permitir a un muchacho, a sus docentes o a su familia tomar medidas radicales a tiempo, tales como una reubicación de la víctima en otra institución educativa.

Algo muy distinto ocurre cuando el fenómeno de agresión y victimización no tiene esta dimensión tan expresa, sino que es agenciada por el grupo de compañeros y es fomentado o tolerado por los docentes, sin manifestaciones detectables ni sancionables, simplemente como algo que acontece bajo la forma de pequeñas agresiones simbólicas cotidianas, como la burla, el apodo denigrante, el gesto humillante, la injusticia cínica, etc. Por la dificultad para evidenciarlo, este tipo de fenómenos puede ser un factor de riesgo más serio que el matoneo mismo. Digámoslo de esta manera, el matoneo en el ámbito escolar es la expresión desnuda y cínica de un fenómeno que está presente de muchas otras maneras sutiles pero letales en las instituciones educativas, y que deben aprender a observarse y conceptualizarse para contribuir a la prevención del intento de suicidio en menores de edad. Admitir que es un fenómeno que está presente en toda institución educativa, no equivale a decir que en todas se presenta con el mismo nivel de violencia física y simbólica, o que en todos dan las mismas expresiones y sintomáticas.

- **Segregación, estigmatización y chivos emisario en las aulas de clase**

Los docentes, de manera consciente o inconsciente, pueden promover o neutralizar dentro de los grupos escolares las lógicas de estigmatización y segregación que tienen efectos en la dinámica vincular de los grupos. En algunos casos esto se puede volver muy notorio para los estudiantes, que denuncian que existen los “preferidos” y que el docente carece de imparcialidad en el trato con los estudiantes. Pero los fenómenos más problemáticos no son la creación de elites de elegidos por vía positiva ya sea por su rendimiento académico, su talento, sus cualidades estéticas o económicas, sino la creación de grupos de elegidos por vía negativa, que suelen ser catalogados por algunos docentes como “líderes negativos”, “manzanas de la discordia” o “disociadores”, entre otras denominaciones. Este fenómeno se agrava cuando ya no se trata de un grupo, sino de un individuo que opera bajo la lógica que Enrique Pichón Riviere denomina “el chivo emisario” (1977/2001:69), el cual opera como depositario de la dimensión sintomática de la clase o del grupo.

6.3.2.2 Los roles explícitos y los roles implícitos

En el campo familiar, los padres funcionan como otros significativos para los hijos, pero no siempre ocurre así. En el complejo cultural antioqueño, por ejemplo, la manipulación de los significados que organizan las dinámicas dentro del universo familiar a menudo se desplaza al lugar de una hija mayor, que empieza a ser una especie de libretista. También puede ser una tía, o abuela.

No siempre los otros significativos tienen esta dimensión empírica. Una fotografía o incluso un relato pueden ser la materialidad de otro significativo. Más aun, un padre en su dimensión empírica, que está presente cotidianamente en la vida de su hijo, puede ser menos significativo, y por tanto menos influyente para este, que un familiar fallecido (incluso uno que se haya suicidado) o un amigo de la familia idealizado por aquel o aquellos otros significativos, que por su rol tienen un amplio margen de manipulación de los significados en la constelación familiar.

Esta advertencia es útil para no perder de vista un aspecto fundamental de los universos simbólicos: a saber, que un mismo símbolo, según el contexto, puede ser usado con significaciones diferentes, incluso opuestas. Esto permite que existan dos niveles de significación en muchos vínculos: un nivel de la apariencia, en el que un padre y un hijo es un hijo; y otro nivel en el que un padre puede operar como un siervo degradado, mientras que otro agente social, como un vecino, un familiar o un amor platónico de la madre bien sea real o imaginario puede funcionar como autoridad y referente identificatorio. En este punto, resulta fundamental el ya aludido ejemplo del suicida idealizado de la familia y el riesgo que puede presentar para un adolescente de esa urdimbre vincular.

- **¿Roles potencialmente suicidógenos?**

La distribución de roles en los vínculos duales puede tomar otro matiz que también se articula, en algunos casos, con el fenómeno del suicidio en menores y adultos: se trata de aquellos dúos en los que el éxito y el fracaso se reparten proporcionalmente entre los dos integrantes. Hay que recordar que un fenómeno similar se puede presentar en ámbitos colectivos, pero ahora interesa observarlo en vínculos duales. Estos vínculos suelen encontrarse en aquellos que permanecen unidos por largos años en una sociedad que no pueden disolver, en matrimonios disfuncionales o altamente funcionales, o en los que tras un periodo de rivalidad juvenil, ya en la vida adulta, logran un equilibrio que tiene como precio esa división de roles. Para el suicidio asociado a las distintas formas de fracaso puede hallarse en esta modalidad vincularse un factor facilitador, cuando no un verdadero factor empuje.

En las interacciones entre adolescentes suelen encontrarse vínculos de esta clase, que debido a la intensidad con la que se experimenta la amistad y el amor en este periodo de la vida, pueden presentar un riesgo importante respecto al fenómeno estudiado. Ciertamente, este factor de riesgo es más frecuente en los adultos, ya que es resultante de un proceso de larga duración.

- **De las rivalidades de los juegos peligrosos**

La rivalidad puede jugar otro papel en los vínculos duales que es mucho más frecuente en los intentos de suicidio y los suicidios consumados en púberes y adolescentes. Se trata, por decirlo así, de una versión abreviada de la dinámica descrita anteriormente, cuando la competitividad entre dos muchachos entra en la esfera de “juegos peligrosos”, en los que la puesta en riesgo de la propia integridad física es el campo en el que se dirime la puja por producir una diferencia de lugares (ganador y perdedor), así solo dure hasta el siguiente fin de semana.

Los juegos pueden incluir desde la ingestión de medicamentos caseros hasta la ruleta rusa. Nuevamente, en estos casos, en las versiones más abiertas el actor social y las personas cercanas están en una posición más propicia para detener la acción si quieren hacerlo. Pero estas rivalidades mortíferas entre amigos adolescentes no siempre tiene una dimensión tan expresa; a menudo el juego es más sutil y el suicidio puede acontecer bajo la forma de un accidente confuso, en medio de la embriagues durante una noche de excesos.

Un factor que puede ayudar las altas tasas de suicidio en el complejo cultural antioqueño en las últimas décadas, en comparación con otras regiones del país, se relaciona con lo que se podría llamar, una banalización de la muerte, la cual se puede constatar en diferentes manifestaciones culturales en estas mismas décadas, tales como la práctica de sicariato, el incremento desmedido en las tasas de homicidio, la proliferación de actividades ilegales en las que de manera permanente se arriesga la vida. Estas prácticas sociales están acompañadas y se veía reflejada en el cine, las producciones periodistas, la música popular, los dichos, e incluso se institucionalizaron (en el sentido que le dan Berguer y Luman a este término), en ciertos roles sociales como el “mafioso”, el “sicario” y el “traqueto”, gracias a que las madres y parejas contribuyeron de muchas maneras a la configuración y mantenimiento de estas identidades particulares.

Otro factor particular, muy vinculado a esta banalización de la muerte y quizá más estructural que este último, es la situación de anomia social que ha fomentado en la

sociedad antioqueña, las distintas formas de criminalidad, que se han dado en la forma reciente, entre las que no solamente se cuenta la guerrilla, el paramilitarismo y el narcotráfico que ha tenido expresiones más acentuadas allí que en otras regiones similares y otras formas de delincuencia organizada, si no las diferentes formas abiertas y encubiertas de criminalidad de los agentes del estado, que van desde el fomento hasta la complicidad con los escuadrones de la muerte que asesinan no solo a integrantes de la guerrilla y simpatizantes de la misma, si no a sindicalistas, dirigentes estudiantiles y cívicos, e incluso a ciudadanos comunes que luego presenta “falsos positivos” para reclamar recompensa, licencias y asensos en el mundo militar. También las prácticas de corrupción en las que participan los altos dirigentes del sector oficial y privado, unos pecando por la paga y otros pagando por pecar, conforman auténticos fenómenos sociales. Todos estos fenómenos contribuyen a fomentar el estado de anomia, atendido desde Durkheim, como debilitamiento del factor cohesivo, que produce la norma sobre el tejido social cuando esa se interiosa y se asume por la mayoría de los integrantes de la sociedad.

Los estudiantes de entre 11 y 18 años de las instituciones educativas de los barrios populares de Medellín en los que se realizó esta investigación se criaron en un ambiente en el que el discurso puritano de los pulpitos y la moral conservadora de sus familias campesinas de origen se debatían con el bombardeo de mensajes hedonistas por los medio masivos de comunicación y con la ideología del consumo de inmediatez de la época, en medio de prácticas culturales que, por una parte, exaltan el trabajo honrado y el tesón del antioqueño para hacer empresa, y, por otra, permiten la proliferación de actividades cuestionables por parte de los dirigentes de las instituciones legales, oficiales y privadas, la propagación de toda suerte de formas legales de generación de riquezas.

La influencia del otro generalizado del complejo cultural en los intentos de suicidio de hace manifiesta de diversas maneras. Una de ellas tiene que ver con las distintas lógicas de segregación y exclusión dentro de los universos simbólicos, o de estigmatización y depositaciones de lo que se ha llamado la parte maldita del colectivo. Pero, también, puede

funcionar por la vía de la tiranía de los ideales culturales y los efectos que tienen sobre el significado que los actores sociales poseen de sí mismo.

6.3.3 Conclusiones

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 desresponsabiliza 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 relacionan 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. Entre los extremos del determinismo y el indeterminismo radicales, postula la salida cualitativamente distinta de una autodeterminación relativa.

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.

Esta particular perspectiva psicosociológica también permite situar los distintos tipos de construcciones de sentido en las que se articulan los intento suicidas, para contribuir más eficazmente a su prevención con estrategias diferenciadas, que sean compatibles con las distintas tramas de significaciones en las que se teje el acto. Ciertamente, la estrategia para prevenir un suicidio articulado en una trama en la que el elemento central es una decepción amorosa, no es la misma que para otro cuyo tema central sea una idea mesiánica o un sentimiento de hastío y pérdida del sentido de la existencia.

Otro contexto de emergencia de la intención suicida se denomina aquí “el malestar entre los pares”, que puede ser complementario al malestar en la familia, pero que también puede tener su propia especificidad. Sobresalen en este campo fenómenos como el Bullying, matoneo, y las dinámicas de exclusión que se presentan en los grupos de pares y que a veces son de difícil detención o intervención para los docentes en las instituciones educativas.

Este fenómeno del chivo emisario de manifiesta bajo diversas formas de depositación del grupo familiar sobre uno de sus integrantes, que tienen el efecto simbólico de marcarle un “afuera” del grupo, por más que en todos los demás sentidos este plenamente integrado y

sea incluso objeto de privilegios. Algunas de las expresiones más evidentes de este fenómeno son los jóvenes más fracasados de las familias esitixtas, los viciosos de las familias virtuosas, los transgresores de las familias prestantes y prestigiosas. Todos ellos, roles que no pocas veces están asociados a los del suicidio.

En los contextos educativos y comunitarios, sobresalen como elementos que favorecen los comportamiento suicidas, fenómenos como el matoneo y el Bullying 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.

6.3.4 El suicidio a la luz de la teoría del rol

¿Existen juegos de roles que favorecen o incluso empujan al comportamiento suicida?
¿Será que “el ser suicida” puede tener un rol en sí mismo, dentro de ciertos contextos?

Con estas dos preguntas queremos iniciar un breve recorrido por la teoría del rol, que nos servirá para entender de qué manera las dinámicas de ciertos vínculos pueden empujar a un ser humano a acabar con su vida y, también, como el juego de adjudicación y asunción de roles puede ser una herramienta para contribuir al desarrollo de competencias para la afirmación de vida y la prevención de suicidio.

Aunque no se conozca la teoría del rol, todos los que vivimos cotidianamente en el mundo educativo tenemos testimonios de aplicaciones eficaces que realizan algunos docentes, a las cuales han llegado por intuición, o por la vida del ensayo-error. Se trata de aquel recurso elemental y eficaz de pedirle a un alumno que está particularmente inquieto que le ayude a controlar la disciplina del grupo. Este cambio de rol, de ser el que hace indisciplina a ser el que ayuda a controlarla, suele mostrar efectos asombrosos, especialmente en los alumnos de edades más tempranas.

La palabra “rol” proviene del lenguaje dramático y se refiere al papel que desempeña un actor en una obra. El primer autor en utilizarlo como un concepto de la psicología social fue George Mead (1932/1999), en la universidad de Chicago. Mead dice que los comportamientos de los seres humanos surgen de las interacciones en los distintos escenarios sociales, es decir, son emergentes de juegos de roles.

Aplicando esta idea al problema que nos interesa, para entender cualquier comportamiento incluyendo un intento de suicidio o la afirmación de la vida en un estudiante hay que interrogarse por el rol, o mejor los roles, que este desempeña en las redes vinculares en las que interactúa cotidianamente, por la influencia de esos contextos de relaciones familiares, escolares y comunitarios, en la emergencia de uno u otro comportamiento.

Antes de que un ser humano llegue al mundo, ya lo está esperando algunos roles por medio de los cuales ingresa a la vida social: el rol de hombre, mujer, hija, hermana, primo, nieto. Hay otros roles por los que la mayoría de los seres humanos transitamos luego, a lo largo de nuestra vida: estudiante, amigo, novia, trabajador, esposa, padre, ciudadana. Ahora bien, estos roles no son neutros, cada uno tiene la carga de la historia en la que se inscribe. En el caso del rol de hijo, ciertamente no es lo mismo ser la cuarta hija de una pareja que solo quiere tener un varón, que el ser primogénito de la familia adinerada del vecindario, el hijo del preso o de la mujer de “dudosa conducta”, el hijo del recto de un colegio o de la empleada de oficios varios. En el caso del padre, no es lo mismo ser padre idealizado que un padre humillado.

Luego, en la medida que vamos madurando, podemos elegir entre algunos roles: ser integrante del grupo de teatro del colegio, del equipo de básquet o del club de matemáticas. Cada rol que nos adjudican y que asumimos tiene efectos sobre nuestro comportamiento. Define unos límites y unas posibilidades.

Los roles de hijo y alumno imponen ciertos límites y deberes a quien los desempeña, igualmente los de padre y maestro. Cualquier persona en una familia o en una institución educativa sabe más o menos lo que se espera y lo que no se espera de cada uno de sus integrantes, según el rol que les corresponda. Pero cada rol también define un campo de posibilidades; hay diversas formas de ser padre, maestro, hijo o alumno. Así, todo rol tiene un aspecto social, en la medida en que depende de las definiciones del mismo que comparten los integrantes del grupo, y otro componente que se relaciona con la particularidad que le imprime el actor social que lo desempeña.

La psicología social de George Mead estudia el comportamiento individual y colectivo de los seres humanos como el producto de un juego incesante de atribución y asunción de roles; de depositaciones de los grupos hacen sobre las personas depositarias de aquello que cada grupo les adjudica. En el momento en que una persona le hace una declaración de amor a otra, le está proponiendo un nuevo rol en el vínculo que sostienen. Un gesto como este puede cambiar la historia y la personalidad de un ser humano y abrirle horizontes inéditos a su vida; todos hemos sido testigos de las transformaciones que el enamoramiento opera en un ser humano. También en el momento en que una persona le manifiesta a otra su decisión de dar por terminada una relación de pareja, le está comunicando un cambio del rol de ambos. Las consecuencias psicológicas y en el comportamiento pueden ir desde lo inofensivo hasta lo trágico.

Pero más allá de estos roles más o menos explícitos como padre, madre, hijo, maestro, amigo, novio, ex pareja, existen en los grupos familiares, escolares otros roles menos evidentes pero decisivos para entender algunos comportamientos autodestructivos o, por el contrario, de afirmación de la vida en todas sus manifestaciones.

A continuación, pueden verse algunos roles en que nuestra propia investigación y en el trabajo de otros investigadores, encontramos asociados con comportamientos autodestructivos.

6.3.4.1 Rol del chivo emisario

Para entender el funcionamiento de este rol, puede ser interesante recordar un ritual del pueblo hebreo en el antiguo testamento. Para expiar sus culpas, periódicamente se reunían, elegían un animalito inocente “un chivo”, en el cual depositaban sus pecados, lo sacrificaban y, mediante ese sacrificio ritual, quedaban libres de culpas. Desde la teoría del rol, podemos decir que donde hay dos o más seres humanos están dadas las condiciones para que aparezca un chivo emisario.

En el campo social más amplio, los chivos emisarios suelen ser las minorías a las que todas las sociedades les atribuyen la causa de sus males. Pueden ser minorías étnicas, religiosas, ideológicas, políticas, sexuales, estéticas. En las instituciones educativas los chivos emisarios pueden tomar la forma de grupos enteros, los denominamos “grupos problema”, pequeños subgrupos dentro de un grupo, “Las manzanas de la discordia”, o incluso individuos que son catalogados como “líderes negativos”, “disociadores”.

En el escenario familiar la función del chivo emisario puede tomar diferentes formas; gracias a la división estereotipada de los roles de los padres y los géneros, las madres pueden ser santificadas y los padres satanizados, los varones exitosos y las mujeres fallecidas, o las mujeres virtuosas y los hombres viciosos. Pero también puede tomar la forma más clásica de endosarle a uno de los integrantes de la familia la tarea de hacerse cargo de la locura familiar, de su dimensión destructiva o de su dimensión transgresora. En el caso de familias prestigiosas, con personas altamente equilibradas y cuyos integrantes es psicótico; también sucede con las familias virtuosas que se lamentan del comportamiento de uno de sus integrantes, que es vicioso; o con familias prestigiosas y prestantes de las que uno de los hijos exhibe conductas delincuenciales. Algunas expresiones populares que se usan para designar este rol de chivo emisario del lado oscuro de la familia son: “la oveja negra”, “el pollo pelón”, “el atravesado”, “el hijo calavera”.

La noción “chivo emisario” se la debemos a Enrique Pichón Rivieré, que aplica la teoría de Mead al estudio del papel de los grupos familiares en el origen de la psicosis de uno de sus

integrantes. Pichón se pregunta: “el que enferma en un grupo familiar ¿es el miembro más fuerte o más débil? (1965/2001:69). Luego agrega: “en la familia, el enfermo es fundamental el portavoz de las ansiedades del grupo. Como integrante desempeña un rol específico: es el depositario de las tensiones y conflictos grupales. Se hace cargo de los aspectos patológicos de la situación” (1965/2001:69). Más tarde, el mismo autor extenderá esta noción de chivo emisario a los grupos diferentes a la familia y la asociara particularmente con aquellos roles que, desde el punto de vista de la tarea oficial del grupo, representan el sabotaje o boicot de la misma. Veamos lo que dice:

Un miembro del grupo, siguiendo el proceso natural de adjudicación y asunción de roles, se hace depositario de los aspectos negativos o atemorizantes del mismo o de la tarea, en un acuerdo tácito en el que se comprometen tanto el como los otros miembros. Aparecen entonces los mecanismos de segregación configurándose otra de las situaciones significativas: la del chivo emisario (Pichón-Riviére, 1965/2001:158).

En la investigación realizada en Medellín (Carmona 2010), se encontró que algunos estudiantes que realizaron intentos de suicidio desempeñaban el rol del chivo emisario en la familia, en la institución educativa, o en ambas.

6.3.4.2 Rol del excluido

Los niños que juegan este rol en los grupos suelen ser bastante silenciosos, a diferencia de los chivos emisarios que son muy notorios. La exclusión puede producirse de forma que casi ni se advierta, incluso sin que haya agresiones verbales o físicas hacia el excluido y sin que la exclusión tenga como base alguna característica particular de la persona que se excluye. En estos casos, incluso el suicidio mismo del estudiante excluido, si ocurre en el periodo entre un curso anual y otro, puede pasar casi inadvertido para el grupo. Pero puede ocurrir también que la exclusión sea una manifestación de una práctica abierta o encubierta de segregación dentro del grupo o dentro de la institución. En algunos casos, dentro de las familias mismas también se presentan distintas prácticas de exclusión.

6.3.4.3 Rol de víctima de matoneo

Este tercer rol es más propio del mundo educativo que del mundo familiar. El matoneo, también conocido por su nombre en inglés de bullying, es un fenómeno que ha venido en aumento en el mundo educativo y que puede pasar desapercibido para los docentes, al menos durante algún tiempo. Consiste en la agresión sistemática, mediante gestos, palabras e incluso acciones, de un estudiante o de un grupo de estudiantes hacia uno o algunos de sus compañeros. El rol de víctima del matoneo puede coincidir, en ocasiones, con el del chivo emisario o con el del excluido, pero en otros puede recaer sobre estudiantes que se destacan de alguna manera frente al promedio de sus compañeros, bien sea por su rendimiento académico, su atractivo físico o incluso su condición socioeconómica. Algunos investigadores del fenómeno han acuñado al neologismo bullicidio, para subrayar el vínculo estrecho que con frecuencia se observa entre los dos fenómenos: matoneo y suicidio.

Una de las primeras herramientas para prevenir el suicidio en el escenario escolar, además de aprender a detectar los indicadores de riesgo que veremos más adelante, consiste en desarrollar la competencia para estar evaluando, de forma permanente, las dinámicas vinculares de los grupos y detectar de manera temprana cuando dentro del grupo se estén generando esta clase de roles del chivo emisario, el excluido o la víctima del matoneo, así como identificar cuáles con los factores que los están propiciando y los estudiantes que están agenciando y fomentando estas prácticas, con el fin de poder intervenir estos fenómenos mediante ejercicios sencillos como reflexiones escritas y mesas redondas, en las que los mismos estudiantes realicen reflexiones sobre los fenómenos que pueden estar perturbando la buena convivencia en el grupo, dinámicas en las que los alumnos puedan poner en escena situaciones, y también la creación de roles, mediante la asignación de funciones que tengan un efecto incluyente y que permitan a los estudiantes que están en una de estas tres posiciones de riesgo, reposicionarse dentro del grupo mediante un cambio de rol.

Teniendo en cuenta el exceso de trabajo y de estudiantes que suelen tener nuestros docentes, se puede crear el rol de líder afectivo dentro del grupo y asignárselo a un estudiante que muestre elevadas competencias sociales y de apoyo emocional a sus compañeros. A este estudiante se le puede enseñar a identificar a los tres roles mencionados, asignarle la tarea de apoyar a los estudiantes vulnerables y proponerle al docente posibles iniciativas para intervenir sobre estos fenómenos.

6.3.5 Teoría biológica del suicidio

La psicobiología del suicidio, la impulsividad, el homicidio y otros fenómenos relacionados, ha sido objeto de intenso estudio en las últimas décadas. Se asocian estas conductas en las que el denominador común es un trastorno del impulso con la neurotransmisión serotoninérgica y las funciones endocrinas, particularmente la secreción de cortisol y tirotrófina. Se considera que los suicidas tienen bajas concentraciones de serotonina en ciertas partes del cerebro y que en sangre muestran bajas concentraciones de colesterol y grupo sanguíneo tipo O de preferencia. Estos hallazgos no han sido concluyentes.

En los que han intentado el suicidio se ha encontrado en el Líquido Cefalorraquídeo (LCR), bajos niveles del ácido 5 hidroxindolacético (5-HIAA), metabolito de la serotonina. También se han encontrado bajas concentraciones de ácido homovanílico (HVA) metabolito de la dopamina, en el LCR de los que han intentado el suicidio y se considera para algunos investigadores un predictor más eficaz que el 5-HIAA. Baja actividad de la enzima mono amino-oxidasa plaquetaria, ha sido encontrada en personas con intentos de autoeliminación y se ha involucrado la conducta suicida con el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, por encontrarse un incremento de la excreción de cortisol anormalmente elevado antes del intento de suicidio y un test de supresión de dexametasona anormal en el 60% de los deprimidos suicidas, en comparación con los deprimidos no suicidas. El eje hipotálamo-hipófisis-tiroides también ha sido involucrado en el comportamiento autodestructivo, así como otras hormonas, reportándose un marcado descenso de la testosterona en pacientes que cometieron suicidio por métodos violentos.

6.3.5.1 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 et allos cuales encontraron que en enfermos depresivos que se habían suicidado, las concentraciones de 5-HT en el área romboencefálica 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 Meltzer, 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 postsináptica con un aumento del número de receptores 5-HT₂ a ese nivel.

- **Serotonina y ácido 5-hidroxiindolacético en leR**

La implicación de la serotonina y su meta bolito, el ácido. 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), en la realización de actos suicidas data de 1976, cuando Asberg et al. Observaron en 68 pacientes depresivos una distribución bimodal del meta bolito de la serotonina, e15-HIÁA, de modo que el 40% de los que tenían tasas bajas de 5-HIAA en R y el 15% de los que tenían tasas normales habían realizado al meno: una tentativa autolítica durante El período agudo de la enfermedad.

Por otra parte, todos los que habían realizado tentativas de tipo violento se englobaban dentro del grupo con tasas bajas de 5-HIAA. Desde ese momento, han sido numerosos los autores que han evidenciado la presencia de una disfunción serotoninérgica tanto en Pacientes deprimidos, como en conductas suicidas, conductas impulsivas violentas. Un dato interesante de reseñar es el hecho de que los estudios realizados en conductas suicidas incluyen tanto pacientes afectos de trastorno depresivo como pacientes esquizofrénicos, trastornos de personalidad y dependencia al alcohol, entre otras categorías diagnósticas. Por otra parte, hay autores que consideran que las bajas Concentraciones de 5-HIAA en LCR, detectadas en personas con tentativa de suicidio, se relacionan con un 20% de mortalidad debida a suicidio en el periodo de un año, lo cual parece sugerir que éste pudiera constituir uno de los predictores más "potentes" identificados hasta la fecha. Estos datos han sido recientemente confirmados por nuevos trabajos.

Otro detalle importante a tener en cuenta es el hecho de que los 2 estudios de seguimiento realizados hasta la fecha, establecen que los bajos niveles de 5-HIAA en LCR son un potente predictor de recurrencia del comportamiento suicida.

Otro dato digno de mencionar, es el hecho de que existen varios grupos de trabajo que han encontrado que los mayores descensos en las concentraciones de 5-HIAA se asocian a las tentativas más violentas (ahorcamiento, disparo, precipitación) *V/S.* Las no violentas (sobredosis, venoclisis). Existiendo otros estudios, incapaces de encontrar tales diferencias.

▪ Estudios a nivel plaquetario

Las plaquetas de sangre periférica comparten múltiples características comunes con las neuronas serotoninérgica del SNC motivo por el que constituyen un modelo válido y ampliamente utilizado en el estudio de alteraciones psicopatológicas que implican al sistema serotoninérgica.

Así, las plaquetas de sangre periférica:

1. Tienen mecanismos activos de captación para los transmisores
2. Pueden almacenar serotonina en gránulos especiales

3. Sus mitocondrias contienen MAO, capaces de metabolizar transmisores
4. Poseen receptores para drogas que son capaces de bloquear la captación de serotonina (por ej., imipramina, paroxetina).
5. En humanos, el transportador plaquetario de S-HT es idéntico a la Neurona. Básicamente son 5 los tipos de estudios plaquetarios más frecuentemente realizados para tratar de determinar los cambios acaecidos en la actividad serotoninérgica: la concentración de serotonina en plaquetas, los mecanismos de captación plaquetarios de serotonina, la densidad de receptores serotoninérgicos, la actividad monoamino-oxidasa y el número de lugares de unión [3H]Imipramina y [3H]Paroxetina (como índice del funcionamiento serotoninérgico).

▪ **Tests neuroendocrinos de tipo serotoninérgico**

La importancia de los tests de estímulo neuroendocrinos 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 tests 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.

6.3.5.2 Colesterol y suicidio

El interés por la posible relación entre niveles lipídicos en suero y psicopatología data de la década de los años 30, momento en que comienzan a surgir los primeros trabajos que tratan de relacionar los niveles séricos de colesterol y de otros lípidos con el diagnóstico y pronóstico de diferentes trastornos mentales.

Los resultados obtenidos a partir de estudios epidemiológicos de tipo observacional no permiten el establecimiento de conclusiones definitivas. Quizás una de las mayores críticas que reciben estos estudios es la falta de control de posibles variables confusas como son el uso/abuso de alcohol y la depresión mayor. No obstante hay que señalar que los 2 estudios que recogen un mayor número de unos que de otros que utilizan muestras más pequeñas, han encontrado la existencia de relación inversa entre niveles séricos de colesterol y mortalidad "nonatural" (suicidio, accidentes y violencia).

Son varios los autores que refieren la existencia de niveles disminuidos de colesterol en varones homicidas, sobre todo en aquellos que muestran conductas violentas entre homicidas con historia de conducta suicida y conducta violenta relacionada con el consumo de alcohol. Por otra parte, otros autores refieren esa misma asociación en sujetos diagnosticados de trastorno de personalidad que manifiestan conductas autoagresión vas. Estos datos obtenidos en humanos, en cierto modo se ven apoyados por observaciones realizadas en primates no-humanos, que muestran como monos sometidos a dietas pobres en grasas y colesterol son más agresivos y muestran menos actividad serotoninérgica central que sus respectivos grupos control.

En el otro extremo estarían los datos globales del Seven Countries Study, los resultados extraídos de dos informes previos de dicho estudio, así como los resultados de otros que son incapaces de encontrar dicha asociación.

La falta de concordancia de estos resultados es desconcertante, quizá una de las posibles explicaciones pueda residir esa que subgrupos de población tanto con bajos niveles de colesterol como con alto riesgo de mortalidad por causas "no-naturales" estén representados de modo diferente en las distintas cohortes, dato que parece estar en la línea de los hallazgos referidos por Law et al, que constatan que en varones empleados, a los que se atribuye mejor nivel de salud que los de muestras comunitarias, no parece existir esta relación de riesgo asociada a bajos niveles de colesterol.

En relación con los ensayos clínicos de tipo preventivo (primario y secundario) cuyo fin es la reducción de la mortalidad de naturaleza cardiovascular por medio de la disminución (bien con dieta, bien con fármacos hipolipemiantes o cirugía) de los niveles de colesterol, recordar que han sido designados para tener un poder estadístico adecuado en la detección de diferencias relativas a morbilidad y mortalidad propia de enfermedad coronaria, pero no de mortalidad total, que el número de muertes acaecidas durante el período de seguimiento no es suficientemente elevado como para emitir conclusiones definitivas de como dichos tratamientos afectan a la mortalidad "no-natural" y por último, está el hecho de que los niveles de colesterol en dichos ensayos se reducen, por término medio, un 10% pero no pueden ser clasificados como bajos. Basados en gran medida en los resultados obtenidos por este tipo de ensayos en los que se aprecia que no existe disminución de la mortalidad total en los grupos de intervención, algunos autores han llegado a sugerir "una moratoria en la utilización de fármacos hipolipemiantes".

El uso de técnicas meta-analíticas permite un uso estadístico más adecuado de los datos mencionados. Así, la gran mayoría de meta-análisis llevados a cabo, ponen de manifiesto la existencia de un exceso de mortalidad "no-natural" en los grupos a tratamiento. Davey Smith y Pekkanen, refieren que son las drogas hipolipemiantes y no las medidas dietéticas las que llevan a un exceso de mortalidad no-cardiovascular, y Muldoon et al (1993), en un meta-análisis realizado sobre 8 ensayos de tipo primario y secundario y que concierne específicamente a mortalidad "no-natural", observan una asociación significativa, sin embargo cuando los datos de los dos ensayos de tipo secundario eran analizados por separado, no se observaba en ellos un aumento de mortalidad "nonatural".

6.3.5.3 Cortisol y suicidio

En el estudio de las conductas suicidas, se han utilizado básicamente (amén de estudios funcionales), 3 tipos de acercamientos útiles para evaluar el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal: (1) medida directa de 17-hidrocorticosteroides y cortisol libre en orina (2) niveles basales de cortisol en sangre y (3) medida directa de cortisol en LCR.

La mayoría de autores que refieren no encontrar hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal en las conductas suicidas han empleado metodologías retrospectivas, es decir tales estudios han sido realizados con posterioridad a la realización del acto suicida, lo que lleva a otros autores a concluir que puede existir un problema metodológico básico consistente en que "el incremento de actividad de dicho eje detectado en los momentos críticos de la realización del acto suicida revierta tras la realización de dichas conductas", no siendo de este modo detectado en tales estudios.

▪ **Medida directa de corticosteroides en la orina**

Bunney y Fawcett, fueron los primeros en aportar la evidencia de la existencia de posibles indicadores biológicos de riesgo suicida. Así, en 1965, describen como 3 de los integrantes de un grupo compuesto por 36 pacientes depresivos que presentaban niveles inusualmente elevados de 17-hidroxycorticosteroides en orina de 24 horas, cometían actos suicidas a los 4 días, 5 semanas y 6 meses respectivamente, de su descarga hospitalaria.

Tras añadir a la serie inicial un mayor número de sujetos, algunos autores vuelven a confirmar idénticos hallazgos, por lo que hipotetizan que unos niveles incrementados de cortisol podrían ser reflejo de un elevado grado de distrés psíquico en personas que posteriormente cometen suicidio, especialmente en aquellas personas que no verbalizan su distrés. Tales hallazgos estaban en consonancia con los reportados posteriormente.

▪ **Medida de cortisol plasmático**

Ya en 1971, Platman et al. Observaron como en una paciente depresiva, los niveles de cortisol plasmático ascendían en los días previos a la realización de la tentativa, para volver a normalizarse a la semana de su realización.

Posteriormente, en 1974, un estudio prospectivo llevado a cabo por Krieger, pone de manifiesto que los pacientes que posteriormente cometen actos suicidas tenían niveles matutinos más elevados de cortisol plasmático.

Más recientemente, otros estudios, y los trabajos grupo del Área de Psiquiatría de la Universidad de Oviedo, vuelven a asociar presencia de niveles más elevados de cortisol

a.m. sérico y manifestaciones de tipo autolítica. Varios estudios, la mayoría de ellos de tipo retrospectivo, son incapaces, sin embargo, de demostrar tales asociaciones, tal y como se desprende de los hallazgos reportados por varios autores.

- **Medida de cortisol en LCR**

Los estudios llevados a cabo en LCR, tampoco han demostrado ser muy esclarecedores, en lo referente a su utilidad para detectar individuos con alto riesgo de realización de conducta suicida. Y, además hay que tener en cuenta que si bien los niveles de cortisol en LCR son reflejo adecuado de los niveles plasmáticos de cortisol, existen una serie de inconvenientes como son el hecho de que los niveles de cortisol existentes tras la realización del acto suicida pueden no reflejar los niveles existentes en los momentos previos a su realización, amén que la dificultad de obtención de muestras que hacen que su determinación sea de poca utilidad discriminativa.

En este sentido la mayoría de los autores parecen coincidir en que la estimación de los niveles de cortisol en LCR es un parámetro de poca ayuda en la discriminación de riesgo de conducta suicida.

6.3.6 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, flight, fright, freight. (Lucha, vuelo, carga, susto).

6.3.6.1 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.

6.3.7 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.

6.3.7.1 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.

- **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 interepisodicos, 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 deshinbidor 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 por firiás.

6.3.7.2 El suicidio en la clasificación de Karl Leonard

En la clasificación de Karl Leonard es en las siguientes patologías Psicóticas endógenas donde hay mayor riesgo de suicidio.

1: Melancolía pura.

2: Depresión.

- **Características generales**

- **Melancolía pura**

- depresión
- inhibición psicomotriz
- inhibición del pensamiento
- dificultad para tomar decisión
- sentimiento de insuficiencia
- ideas depresivas cambiantes
- síntomas corporales semejantes a los de la melancolía de la (PMD: psicosis maniaca depresiva).

- **Depresión**

- **Clasificación**
 - a. Depresión acuciante
 - b. Depresión hipocondriaca
 - c. Depresión auto torturante

- d. Depresión paranoide
- e. Depresión fría

a. **Depresión acuciante (Agitada): Estado atormentado depresivo con tonalidad de angustia.**

- Inquietud permanente.
- Ideas de pecado.
- Temores hipocondriacos.
- Queja de manera estereotipada.
- No se dejan distraer de sus quejas.
- Gimen, suplican, se quejan, repiten de manera monótona.
- Imposibilidad de ser influenciados.
- Tendencia de curso prolongado.
- La inquietud angustiosa produce adelgazamiento.
- El desgano no tiene objeto.
- Frecuente tendencia al suicidio.

b. **Depresión hipocondriaca: Sensaciones corporales anormales y erróneas.**

- Están afectadas los estados afectivos más primitivos (corporales y vitales).
- Sensación de opresión en el corazón y otros lados.
- Angustia (hablan quejosos y llorosantes, pero nunca con gran inquietud)
- Lamentos cambiantes.
- Sospecha de que las dolencias son porque tienen una enfermedad grave (SEA, TBC).
- Siempre son valorados como fenómenos patológicos, jamás como influencia externa.
- Puede haber algo de despersonalización (fenómeno de extrañamiento)
- El efecto no es tan profundo como en la “melancolía” y “depresión acuciante y auto torturante”.

- Puede haber ideas de inferioridad o de referencia (nunca importantes).
- Puede ir a la cronicidad.
- El desgano está ligado a la sensación corporal.
- El suicidio es menos frecuente.

c. **Depresión auto torturante: Las ideas de auto desvalorización predominan sobre las de angustia.**

- Ideas de pecado, inferioridad, angustia, auto reproches, temor por él y su familia.
- El efecto patológico se desarrolla primero que la idea.
- Disminuye el interés por el entorno. Se ocupa de sus ideas.
- Puede haber ideas de referencia, alucinaciones fugaces.
- Es rara la cronicidad.
- Carecen de inhibición, de estar apáticos/tranquilos pueden pasar a la excitación cuando se discute sus ideas.
- Malhumorados.
- El desgano está ligado a ideas anímicas superiores.
- El suicidio es menos frecuente que la “melancolía y depresión acuciante”.

d. **Depresión paranoide: “Ideas de referencia con bases depresivas no con hostilidad”.**

- Sufre y no disputa.
- Sentimientos de culpa.
- Puede haber percepciones acústicas y lusorias.
- Frecuente que pase a la cronicidad.
- DD. Psicosis de angustia y esquizofrenia.
- Relativamente frecuente el suicidio.

e. **Depresión fría: Abatimiento del humor.**

- Empobrecimiento afectivo y del humor.
- Los sentimientos anímicos superiores pierden su profundidad (dolor-alegrías).
- Pierde la capacidad de compartir los sentimientos con otras personas.
- Empobrecimiento de la iniciativa.
- La profundidad de la depresión es menor que las puras.
- El suicidio es poco frecuente.

6.3.7.3 Prevención del suicidio

El tratamiento del suicidio es la prevención. La OMS, “salud para todos en el año 2000”, incorporo dentro de su diseño doce medidas para reducir en forma sostenida y continuada la tendencia de los suicidios y los intentos de suicidio, cuya consigna era reducir un 33% las tasas de suicidios en pacientes con patologías psiquiátricas, y un 15% las tasas globales.

No son muchas las naciones que tengan proyectos específicos de prevención del suicidio y que funcionen en la actualidad, se basa en particular en mejorar el estado de salud y el desempeño social de pacientes que padecen patologías mentales. Todos los programas se basan primero en realizar un estudio epidemiológico y los factores de riesgo.

La OMS recomienda la intervención de entidades gubernamentales, para el diseño y la puesta en marcha de los programas.

Entre las estrategias que se destacan podemos nombrar:

- La participación de la educación pública informado a través de los medios masivos de comunicación para reducir el estigma que representa.
- La detención y el tratamiento eficaz de la depresión y otras enfermedades mentales, como el alcoholismo, el abuso de sustancias, y mejorar los Acceso a los servicios de salud mental.

- Actuar sobre los factores socio-económicos que incrementan el riesgo de suicidio (sobre todo en los jóvenes).
- En casos particulares, podemos citar Holanda que presenta el DUTCH PREVENTION CLEARINGHOUSE (centro de prevención y educación sobre el suicidio), o Francia y otros países en los que hay servicios telefónicos sin costos, que asesoran y captan pacientes que pueden ser susceptibles al suicidio

6.3.7.4 Conducta frente al riesgo de suicidio

- **Evaluación y conducta ante el paciente suicida**

Es importante la evaluación frente al riesgo de suicidio y la presencia de conducta autolítica o intentos previos de suicidio, así como antecedentes familiares de suicidio que incrementan en gran medida el riesgo real.

Todos los pacientes que expresen deseos de morir deben tomarse con cautela, tratando de no subestimar tan alarmantes confesiones. En ese caso los pacientes deben controlarse y permanecer en una unidad cerrada, en cercanías a enfermerías.

Debe evaluarse historia clínica completa, se debe practicar un examen psicopatológico detallado y un interrogatorio completo sobre sintomatología depresiva e ideación suicida. Los criterios de internación dependen del diagnóstico, la gravedad de la depresión, la magnitud de la ideación suicida, la capacidad del paciente y su entorno para afrontar la situación, la disponibilidad del apoyo social y la presencia de factores de riesgo y antecedentes.

Debe tomarse en cuenta la presencia de patologías psiquiátricas, trastornos de estado de ánimo, como episodios depresivos o trastorno bipolar, trastorno de pánico, esquizofrenia, y alteraciones de la personalidad u otra.

Otro elemento del mal pronóstico es un paciente con ideación suicida es la presencia del abuso del alcohol u otras sustancias.

La presencia de patología medica como infección VIH, neoplasias, epilepsias.

Una herramienta de utilidad puede ser el uso de escalas específicas como la escala de (BECK) para evaluación de riesgo de suicidio, que permite realizar una cuantificación del riesgo. Esa escala presenta 15 observaciones clínicas como actos de anticipación de muerte, comunicación de intención, letalidad del método, grado de premeditación y soledad.

El paciente con riesgo de suicidio, sobre todo si protagonizo intentos previos, debe recibir hospitalización y tratamiento Psicofarmacológico, en busca de reducir la ideación suicida y la intencionalidad.

En determinadas circunstancias el uso de antidepresivos conlleva a un incremento del riesgo, con periodos en los que son más frecuentes los suicidios en sujetos en los que comenzaron a remitir los síntomas depresivos, predisponiendo a un nuevo impulso suicida que muchas veces termina en la muerte del paciente.

En determinadas situación está indicado el uso de Psicofármacos antipsicóticos antagonistas ceretonindoparminergicos, si fracasa. Está indicada la terapia electro convulsiva.

6.3.7.5 Después del suicidio

Una vez que se produjo el suicidio, el entorno del paciente requiere ayuda para enfrentar los sentimientos de perdida, culpa o ira, por lo que requieren una explicación completa acerca de la naturaleza y los motivos que pueden haber mediado, como los actos médicos que puedan haber influido.

También es frecuente la necesidad de apoyo para el equipo médico que asistió al paciente. Para concluir la naturaleza suicida aún se desconoce en gran medida, el perfeccionamiento de los recursos de sus prevención; recordamos las palabras de Aron Beck, quien nos decía

que la falta “de esperanzas es uno de los indicadores más exactos del suicidio a largo plazo”.

6.3.8 Teoría sociológica del suicidio

Entre ellas tenemos la de Durkheim, quien Hipotetiza que el suicidio es la resultante de la perturbación existente entre la sociedad y el sujeto según se vea comprometida su integración social o según sean las regulaciones impuestas por la sociedad al individuo, clasificándolos en altruistas o egoístas según grado de integración social; y dependiendo del nivel de regulación en anómicos o fatalistas. La teoría de subcultura considera que los modos de vida urbano y rural determinan las diferencias existentes entre las tasas de suicidio de ambos medios. La teoría de cambio de estatus coincide en que un cambio repentino en la posición social tiene cierta posibilidad de conducir al suicidio sobre todo si era una movilidad descendente. Por último la teoría de la integración de estatus plantea que más estables y duraderas sean las relaciones sociales, mayores expectativas y menos individuos ocupando estatus incompatibles, menor serán los suicidios.

6.3.8.1 La teoría del suicidio. Durkheim, Emile (1897)

Durkheim es considerado el padre de la Sociología francesa, así como pionero de la Sociología como Ciencia, pese al precedente de Comte, pues en éste la nueva disciplina permaneció siempre muy subordinada a la Filosofía.

La preocupación básica de Durkheim radica en la influencia de las grandes estructuras de la sociedad y de la sociedad misma sobre el pensamiento y las acciones de los individuos. El concepto central de su Sociología es el hecho social. Afirmaba que, a diferencia de la Filosofía, la Sociología tenía que demostrar los hechos sociales; es decir, debe basarse en demostraciones empíricas, más allá de la mera elaboración teórica.

Además, decía, que los hechos sociales hay que considerarlos como “cosas”. De ahí que su teoría sea también denominada “objetivista”.

Los hechos sociales, además, son para Durkheim “externos” y “coercitivos”, que se imponen al individuo desde fuera. De ahí que prime en su teoría la colectividad sobre el individuo (algunos le llaman, por eso, “colectivista”).

De su obra hay que distinguir cuatro fundamentales:

- La división del trabajo social, en donde expone la importancia de la división del trabajo en el desarrollo social.
- Las reglas del método sociológico, donde expone los principios metodológicos para la investigación sociológica.
- El suicidio, que trata de poner de manifiesto las reglas del método sociológico aplicadas al estudio de este tema concreto.
- Las formas elementales de la vida religiosa, que trata de explicar el hecho religioso, por qué surge, qué significan las religiones, partiendo del primitivo fenómeno del “totemismo”.

Nos centraremos en la obra *El Suicidio* como ejemplo de estudio en Sociología. Con ella, Durkheim trató de demostrar que los hechos sociales y, en particular, las tendencias o corrientes sociales, se imponen al individuo coercitivamente.

Elige este tema siguiendo el procedimiento de “estudiar el caso más desfavorable”, como hará Michels con los partidos políticos. Es decir, cree que si, partiendo de un fenómeno en apariencia de exclusiva índole particular o psicológica, se podía demostrar que también estaba sujeto a factores o tendencias sociales, más aún se demostraría la utilidad de la Sociología y su método para comprender fenómenos de una índole sociológica más visible, y de paso afianzar la consideración de la Sociología como una ciencia.

No le interesa, pues, el suicidio desde el punto de vista psicológico, sino como fenómeno social no individual. Es decir, trata de descubrir la influencia que tiene el entorno social

sobre las acciones individuales y grupales (como crisis económicas, congregaciones religiosas, unidades familiares, etc.).

Durkheim basó su estudio en las estadísticas, concretamente en las tasas de suicidio que se conocían a fines del siglo XIX en Francia y algún que otro país europeo.

Trató de demostrar que las explicaciones que se basan sólo en factores psicológicos, como la locura, no son suficientes. Para ello, observó cómo en los hospitales psiquiátricos existía una mayoría clara de mujeres, y sin embargo, la tasa de suicidios entre la población masculina general era visiblemente mayor. De paso, rechaza también otros factores, como la raza, el clima, etc., para llegar a demostrar la influencia del medio social sobre ese fenómeno.

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.

Establece a su vez dos dimensiones: el grado de integración social (que se relaciona con el continuo egoísmo-altruismo) y el de regulación normativa (que se relaciona con el continuo anomia-fatalismo) de la sociedad sobre los individuos (leyes, costumbres, valores, tradiciones, normas en general, que rigen en una sociedad o grupo).

Respecto al suicidio egoísta, éste se asocia a un bajo grado de integración social, mientras que el suicidio altruista lo hace con un alto grado de integración.

Así, pues el protestantismo permite el libre examen de los textos sagrados, que el individuo se “relacione” directamente con Dios. El catolicismo, en cambio, mantiene un mayor sentido de comunidad, un criterio más dogmático y autoritario. El judaísmo, finalmente, con su reglamentación de casi todos los momentos de la vida, es el que menos libertad individual propicia y, consecuentemente, un mayor grado de integración social.

De ahí que se den mayores tasas de suicidios egoístas entre los protestantes, medias entre los católicos y las más bajas entre los judíos.

Con relación al suicidio altruista, éste se da cuando la integración social es demasiado fuerte. Es el característico de las sociedades primitivas, en las que las costumbres y tradiciones tienen un gran peso. Y también es el propio de los que se producen en el ámbito de las sectas religiosas, y en cierta medida explica el “heroísmo” suicida de muchos soldados en las guerras.

Respecto al suicidio anómico se produce cuando existe en el individuo una desorientación en cuanto a saber qué es lo apropiado y qué no lo es. En suma, cuando la regulación normativa es muy baja. P. e., en un momento de gran desarrollo económico, que propicia grandes expectativas de progreso y bienestar (sin tener realmente claro hasta dónde se puede llegar), se puede desembocar en el fracaso y la frustración cuando no se alcanzan tales expectativas, y de ahí llevar al suicidio.

En cuanto al suicidio fatalista, se produce cuando la regulación normativa es excesiva. Es decir, la persona llega al suicidio al percibir que su futuro se halla demasiado coaccionado por una disciplina opresiva. Un ejemplo extremo sería la situación del esclavo.

El suicidio anómico se produce pues cuando existe una baja regulación normativa, mientras que el suicidio fatalista se produce cuando ese grado de regulación es excesivamente elevado.

De ahí se deduce que una sociedad en la que impera la individualidad y la libertad como valores supremos, provoca un grado de desprotección en el individuo tal que puede inducirle al suicidio.

En cierto modo, el individuo carece del escudo que la sociedad podría prestar a sus crisis personales.

Por el contrario, en una sociedad que potencia una alta integración social, hasta alcanzar niveles coercitivos, la personalidad del individuo queda ahogada, e igualmente puede llevarle al suicidio.

La Conclusión de Durkheim tras su estudio no desprecia los factores psicológicos a la hora de explicar el suicidio, u otros fenómenos; simplemente, trata de descubrir que las causas sociales tienen un gran peso e influencia sobre los actos individuales.

6.3.9 10 de septiembre: día mundial para la prevención del suicidio

6.3.9.1 ¿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.

6.3.9.2 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 numerosas de muerte prematura.

6.3.9.3 ¿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. El apoyo social y familiar también constituye un pilar fundamental para el afectado.

Es muy importante la detección de un trastorno mental para poder ser tratado y que no llegue a convertirse en un ataque personal.

Los profesionales que atienden a este tipo de personas suelen realizar una gran labor humanitaria evitando el suicidio. Las técnicas que utilizan ayudan a los afectados a entender que no están en la opción correcta ya que existen otras alternativas menos agresivas para la solución de sus problemas. El tiempo necesario para la recuperación varía en cada persona, pero siempre y cuando el problema se haya identificado lo más pronto

posible, la solución al mismo será más eficaz y con ello la seguridad de recuperación será mayor en estos casos que en aquellos que por falta de identificación se encuentren en un estado avanzado de este problema de salud pública.

"El Suicidio es un problema importante para la salud pública. Cada año, más de 800.000 personas casi muere por suicidio, aproximadamente una muerte cada 40 segundos. El número de vidas perdidas cada año por suicidio supera el número de muertes por homicidio y conflictos bélicos.

El Suicidio es la quinta causa de muerte entre las personas de 30 a 49 años en 2012 a nivel mundial, y es la segunda causa de muerte de 15 a 29 años de edad, en ese mismo año. En general, se estima que durante el año 2012 para cada adulto fallecido por suicidio hubo más de 20 intentos de suicidio. En 2012, el suicidio representó el 1,4% de todas las muertes en todo el mundo.

Los trastornos mentales (particularmente la depresión y el alcohol) son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte. Sin embargo, en los países asiáticos, y, según Cardona, Tobón, Jaramillo & Areiza (2) citando a Téllez (2006), la impulsividad parece ser un factor relacionado con el riesgo suicida.

El suicidio es por tanto un fenómeno complejo en el que inciden factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales.

Los esfuerzos para prevenir el suicidio se han recordado en el Día Mundial de la Prevención del Suicidio 10 de septiembre que se viene celebrando cada año desde 2003. En el año 2014, el tema del día mundial de prevención de suicidio es prevención del suicidio: un mundo interconectado. El tema refleja el hecho de que las actuaciones coordinadas son importantes en varios niveles, para desarrollar iniciativas eficaces.

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.

Los proveedores de cuidados especializados de salud mental no siempre están disponibles, así que las opciones de tratamiento pueden ser limitadas. Incluso cuando los servicios están disponibles, no siempre están lo suficientemente bien coordinadas para proporcionar una atención óptima. Por ello, las Personas con enfermedades mentales a menudo 'caen en el olvido', especialmente (pero no exclusivamente), en los países en desarrollo.

La colaboración entre los servicios de atención también es muy importante en la prevención del suicidio. El tratamiento individualizado debe estar disponible en el momento adecuado para alguien con problemas de salud mental y debe ser capaz de ofrecer de manera efectiva las distintas opciones de tratamiento.

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.

El informe mundial sobre el suicidio de la OMS, resume la epidemiología del suicidio, y presenta los datos más recientes en países en todo el mundo. Se analizan los principales factores de riesgo y protección para el suicidio, prestando especial atención a aquellos que son modificables. Presenta la evidencia de las intervenciones claves que muestran resultados prometedores para reducir los actos suicidas. Describe las estrategias de prevención de suicidio desarrolladas en distintos países, resaltando sus características comunes.

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."

6.3.10 Los colombianos se suicidan por amor

Los suicidas prefieren los domingos y los lunes. Así como los meses de enero y julio. Los solteros se suicidan tres veces más que los casados y los hombres utilizan métodos más letales para quitarse la vida que las mujeres. Las cartas póstumas son un patrón universal que busca despertar culpa, dar instrucciones o generar reflexiones filosóficas.

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal se presentaron 1.810 casos de suicidios en el país durante el año 2013. La mayoría de los colombianos se mataron por amor. Los celos, la desconfianza e infidelidad son las razones que predominan en el país.

Diego Castrillón, presidente de la Asociación Psicólogos con Dignidad, asegura que una relación amorosa mal manejada conduce a un duelo complicado y a la depresión que, a su vez, puede terminar en la muerte.

“Los colombianos queremos que la realidad sea como nosotros queremos y eso, por ejemplo, en las relaciones de pareja es absurdo. Somos muy intolerantes a una ruptura emocional. No la aceptamos y como no lo hacemos entonces actuamos en consecuencia. Las rupturas emocionales mal manejadas hacen que las personas vivan situaciones extremas y tomen decisiones extremas”, dice el especialista.

Otro argumento es que las relaciones sentimentales despiertan los impulsos. Cuando se combina la depresión con las dificultades de pareja es posible caer en la agresión hacia el otro o a sí mismo. Nacen las ideas de morir para desquitarse de la pareja y que ésta quede con sentimiento de culpa por el resto de su vida.

La depresión es el camino seguro al suicidio. Éste estado de ánimo puede surgir por la muerte de personas cercanas, de crisis económicas, pérdida de un trabajo, una ruptura amorosa o simplemente resultado de la química cerebral. Cifras de Medicina Legal indican que para el año 2013, la tasa de suicidio en Colombia fue de 3,8 casos por cada 100.000 habitantes. Es la cuarta forma de violencia más común en nuestro país y por cada mujer se suicidan cuatro hombres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada 40 segundos una persona se quita la vida.

Según explica el psicólogo Castrillón en la actualidad hay una especie de detonantes para que la gente busque con más frecuencia quitarse la vida. En los últimos años se ha incrementado la depresión y la ansiedad por causas como el exceso de trabajo y la soledad. Además, las personas dedican mucho tiempo a estar fuera de la casa y no lejos de la familia, pasan mucho tiempo en transporte público y los trabajadores son cada vez más exigentes.

Las maneras para evitar una tragedia de este tipo son la ayuda profesional y que la familia de quien está deprimido preste atención a sus mensajes. “Una persona muy deprimida y que sin intervención del psicólogo o psiquiatra se encuentra mejor de manera espontánea quiere decir que esa persona tiene un alto riesgo de suicidio. Indica que ya tomó la decisión de matarse y liberarse del yugo que le genera la depresión. Encontró una salida a la depresión y eso le genera bienestar”, dice el especialista.

A través de la cultura y la historia, el suicidio ha sido un acto para elogiar o reprochar. En China se distinguían dos tipos de suicidas, aquellos que buscaban la perfección y quienes huían del enemigo.

En la era posterior al nacimiento de Cristo, en Grecia, matarse era permitido si había sido autorizado por magistrados públicos, pero era castigado si se hacía sin consentimiento y por evadir una condena. Se les privaba de ser enterrados en un cementerio o se les amputaba la mano derecha.

En Roma, el suicidio fue un privilegio que no podía permitirse a los esclavos o a los soldados. Para el cristianismo, solo hasta San Agustín en el siglo IV, se adoptó la postura de que el cristiano debe aceptar la vida y la muerte como una decisión que no le corresponde al hombre sino a Dios. En algunas regiones de Oriente es considerado como un acto para admirar o la manera más rápida de llegar al reino de los cielos.

Tabla 4. Razones del Suicidio

Celos, desconfianza, infidelidad	Hombres: 195	Mujeres: 58
Enfermedad física o mental	Hombres: 144	Mujeres: 57
Económicas	Hombres: 94	Mujeres: 14
Desamor	Hombres: 78	Mujeres: 13
Muerte de un familiar o un amigo	Hombres: 18	Mujeres: 6
Escolares - educativos	Hombres: 8	Mujeres: 4

Tabla 5. Ente hombres y mujeres

• Por cada mujer se quitan la vida 4 hombres
• 48.08% de las víctimas eran solteros
• Mujeres 349 casos que equivalen a un 19.3%.
• Hombres 1461 casos que equivalen al 80.7%
• 26.68% eran personas en UNION LIBRE
• 17.19% eran personas CASADAS
• 3.85% de las víctimas eran SEPARADOS
• El mecanismo más utilizado fue el AHORCAMIENTO para ambos sexos

En Colombia durante 2013

Tabla 6. Los cinco mecanismos más usados

Generadores de asfixia (Ahorcamiento)	Hombres: 834	Mujeres: 156
Toxico	Hombres: 242	Mujeres: 136
Proyectil de arma de fuego	Hombres: 271	Mujeres: 17
Objetos contundentes	Hombres: 79	Mujeres: 27
Objetos corto punzantes	Hombres: 16	Mujeres: 3

En Colombia durante 2013

Tabla 7. La hora de la muerte

Entre las 9 am y las 18h (44.5%)
La menor cantidad de suicidios se presentan entre las 12 y 3 am
Entre las 15 y 18h (15.9%)

Tabla 8. Los más vulnerables

Niños, niñas y adolescentes	182	10.08%
Jóvenes de los 25 y 29 años	215	11.88%
Adultos mayores de (>60 años)	241	13.31%
Jóvenes de los 20 a 24 años	276	15.25%

En Colombia durante el 2013

Tabla 9. Lugares elegidos para el suicidio

Vivienda de la víctima	860	233
Vía pública (Andén, puente peatonal, paradero, zonas verdes).	85	14
Finca, granja, hacienda	70	12
Espacios al aire libre	50	3
Centro de atención médica	28	11
Hospedaje	31	4

En Colombia durante 2013

Tabla 10. Departamentos con más casos

Antioquia	329
Bogotá	236
Valle del Cauca	116
Cundinamarca	116
Santander	86

Tabla 11. Ciudades con más casos

Bogotá	236
Medellín	124
Cali	64
Barranquilla	56
Ibagué	42

En Colombia durante 2013

6.3.11 Epidemiología

El suicidio es responsable del 0,4 al 0,9% del total de las muertes en el mundo, y se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte en la mayoría de los países estudiados, para todas las edades y con una tasa global del 36,9% por cien mil habitantes; así mismo, es la tercera causa de muerte en adolescentes, seguida por accidentes de tránsito y homicidio. Su tasa se incrementó en grado notable y muestra un patrón uniforme en la población mundial; es la más habitual en varones pero en mujeres presenta cada vez más a menudo métodos más violentos para su realización.

Sin embargo, la OMS realizó una clasificación de tasas de suicidio para compararlas y definió que son bajas las que presentan cifras inferiores a 5 suicidios por 100 mil habitantes, medias las que presentan entre 5 y 15 por 100 mil habitantes, altas las tasas entre 15 y 30 por 100 mil habitantes, y muy altas las tasas superiores a 30 suicidios por 100 mil habitantes.

Nuestro país se enmarca dentro de las tasas medias con 7,1 suicidios por 100 mil habitantes. Países como Colombia, Irlanda y Egipto con tasas de 8, el Reino Unido con 9 y Estados Unidos con 12 por 100 mil habitantes; así mismo países como Grecia presentan tasas bajas, con 3,8. En Europa las cifras son dispares.

En la conducta suicida, entre los pacientes que se realizan maniobras para quitarse la vida, debemos diferenciar a los que consiguen con éxito, a los que llamamos suicidios consumados, de los que sobreviven, y se debe determinar el intento de suicidio, para suicidio o gesto autolítico, cuyas características son diferentes aunque algunas se superponen.

Se considera que por cada suicidio consumado se producen entre 10 y 25 tentativas y del 10 al 15% de las personas que lo intentaron consiguen su objetivo.

Los suicidios consumados son más frecuentes en el hombre, en una proporción de 3.1 mientras que la tentativa es más habitual en mujeres en idéntica proporción, debido a que los métodos escogidos por ellas son de menor letalidad o presentan efectos tardíos, lo que permite el rescate de la víctima.

Por último debemos mencionar como componentes de esta conducta, la ideación suicida, entidad clínica de difícil determinación que también se encuentra en mayor proporción en mujeres.

Entre la población mayor de 30 años es más frecuente, la presencia de patologías simultaneas, mientras que en los menores de destacan otros factores como separación, rechazo, desempleo, problema legal y, dentro de las patologías, los trastornos de personalidad y el consumo de drogas.

En general podemos mencionar que los factores predisponentes, en busca de un perfil, son sexo masculino, edad mayor que 45 años, soledad (divorcio, separación, viudez, celibato), historia familiar de trastorno del humor, ser inmigrante o culturalmente diferente, desempleo, ausencia de actividad profesional, jubilación, ausencia de vida social y de actividades lúdicas o pasatiempos.

En determinadas situaciones se realiza una práctica denominada “autopsia psicológica” mediante la que se recaba información del entorno de la víctima de suicidio (familiares, amigos, médicos, testigos) con el fin de determinar factores que podían haber tenido revelación en su desarrollo. En estudios que se utilizaron este método se determinó que solo alrededor del 20% se encontraba bajo tratamiento psicofarmacológico.

Estudios realizados en filadelfia por un equipo multidisciplinario informo un 5,9% de suicidios cometidos por conductores de rodados, el grupo más perjudicado era el de los varones entre 15 y 24 años. En choque frontal con camiones o trenes y por lo general sin compañía. En el 35% de las víctimas se encontró una alcoholemia elevada.

Desde hace 20 años en casi todos los países y las culturas del mundo las tendencias de suicidio, infanto-juvenil cobro dimensiones insospechadas que en pocos años la llevaron a ser, en algunos casos, la población más expuesta.

El incremento global de las tasas de suicidio en las poblaciones menores de 21 años modifico las perspectivas que posee la salud pública sobre el fenómeno, en primer término por la falta de estrategias y conductas particulares y por tratarse de unos fenómenos relativamente inesperados.

Gould y Cold realizaron un estudio mediante autopsias psicológicas realizadas a 120 víctimas de suicidio menores a 20 años en un periodo de 2 años en estados unidos. Entre los que intentaron determinar patrones como variable demográfica, relaciones padre-hijo, presencia del castigo físico, antecedentes psicopatológicos, familiares y acontecimientos vitales tensionantes.

La relación hombre-mujer se incrementó con la edad de 2,1 a 4 entre los menores y mayores de 15 años. Las víctimas de suicidio tenían una comunicación menos habitual y menos satisfactorias con sus padres, crisis disciplinarias frecuentes, suspensión de la escuela, roturas con novios y separación frecuente de los padres, no asistir a la escuela, no trabajar o abandono de la universidad. También se describieron como relevantes los antecedentes de psicopatologías y suicidio.

En América latina las tasas de suicidio, infanto-juvenil mostraron un aumento importante en los últimos años. En Brasil las tasas en adolescentes son de 4,5 por 100 mil habitantes para varones y de 2.1 por cien mil habitantes para mujeres. En Colombia las tasas rondan los 8 casos por 100 mil habitantes. En nuestro país, en la provincia de Tucumán, las tasas incrementaron sobre todo entre 10 y 24 años en mujeres, y 15 a 30 años en varones, los métodos elegidos con los más violentos.

En Estados Unidos el incremento en las tasas en adolescentes se produjo tanto en mujeres como en varones.

Tabla 12.

AÑOS	TOTAL DE AUTOPSIAS	TOTAL DE SUICIDIOS	TASA SUICIDIO	CHI 2	P
1997	2900	359	12.4%	11.4	0.000742
1998	2903	343	11.8%	5.9	0.015033
1999	2856	311	10.9%	0.8	0.381832
2000	2947	332	11.3%	2.3	0.127759
2001	2914	357	12.3%	10.0	0.001540
2002	2947	306	10.4%	0.0	0.971935

2003	3479	299	8.6%	10.5	0.001196
2004	3429	295	8.6%	10.2	0.001371
2005	2433	176	7.2%	23.0	0.000002

Los resultados muestran que existen diferencias significativas en las tasa de suicidio a lo largo del tiempo.

Tabla 13. Mecanismos utilizados según el género

97 AL 01	MUJERES	VARONES
P.A.F ¹	103	451
POLITRAUMATISMO	306	289
AHORCADURA	62	280
PATOLOGIA	57	64
QUEMADURAS	14	13
ARMA BLANCA	9	22
POR CAUSAS VARIAS	14	18
TOTAL	565	1137

Tabla 14. Distribución por género

MASCULINO	FEMENINO
P.A.F	POLITRAUMATISMO
AHORCADURA	AHORCADURA
POLITRAUMATISMO	P.A.F

Es importante diferenciar dos momentos del suicidio:

- a. Tentativa de suicidio
- b. Suicidio consumado

La tentativa de suicidio, podríamos definirla como “la puesta en marcha de mecanismo psicofísicos voluntarios, para lograr su propia muerte”, la que puede o no consumarse según numerosas circunstancias inherentes al sujeto, al entorno y al mecanismo lesivo seleccionado.

¹ P.A.F: Projectiles de armas de fuego

Mientras que el suicidio, es “la efectivización de los mecanismo psicofísicos que logran voluntariamente su muerte”.

Según los datos arrojados en un trabajo sobre tentativas de suicidio en el servicio de psiquiatría del hospital posadas de la Pcia de Bs. As (congreso AAP, Bs.As.2008) fueron los siguientes: sobre un total de 18.356 pacientes 3.557 tuvieron “tentativa de suicidio”.

Hombres: 31%

Mujeres: 34%

Los métodos aplicados fueron los siguientes:

- Ingesta de psicofármacos: 48% (psicofármacos, fármacos y organofosforados), 73% femenino.
- Arrojar sobre vehículos en movimiento o al vacío: 12%
- Lesiones cortantes: 8%, 66% masculino.
- Ahorcadura: 5%, 67% masculino.
- Ahogamiento: 3%, 70% femenino.
- Arma de fuego 1%, 70% femenino.

Será frecuente encontrar en el cuerpo de estos pacientes (ambulatorios, internados o carcelarios), con intentos de suicidio, cicatrice producto de antiguas autoagresiones, las que reúnen las siguientes particularidades:

- Ubicadas frecuentemente en la cara anterior de los antebrazos
- Múltiples
- Paralelas entre si
- Superficiales

Aunque los individuos presos por otros delitos el auto inferirse estas lesiones, son más bien para escapar aunque sea por unas horas de la “locura de encierro”, horas estas que serán atendidos por el servicio de urgencias de la institución.

CAPÍTULO TRES – DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS

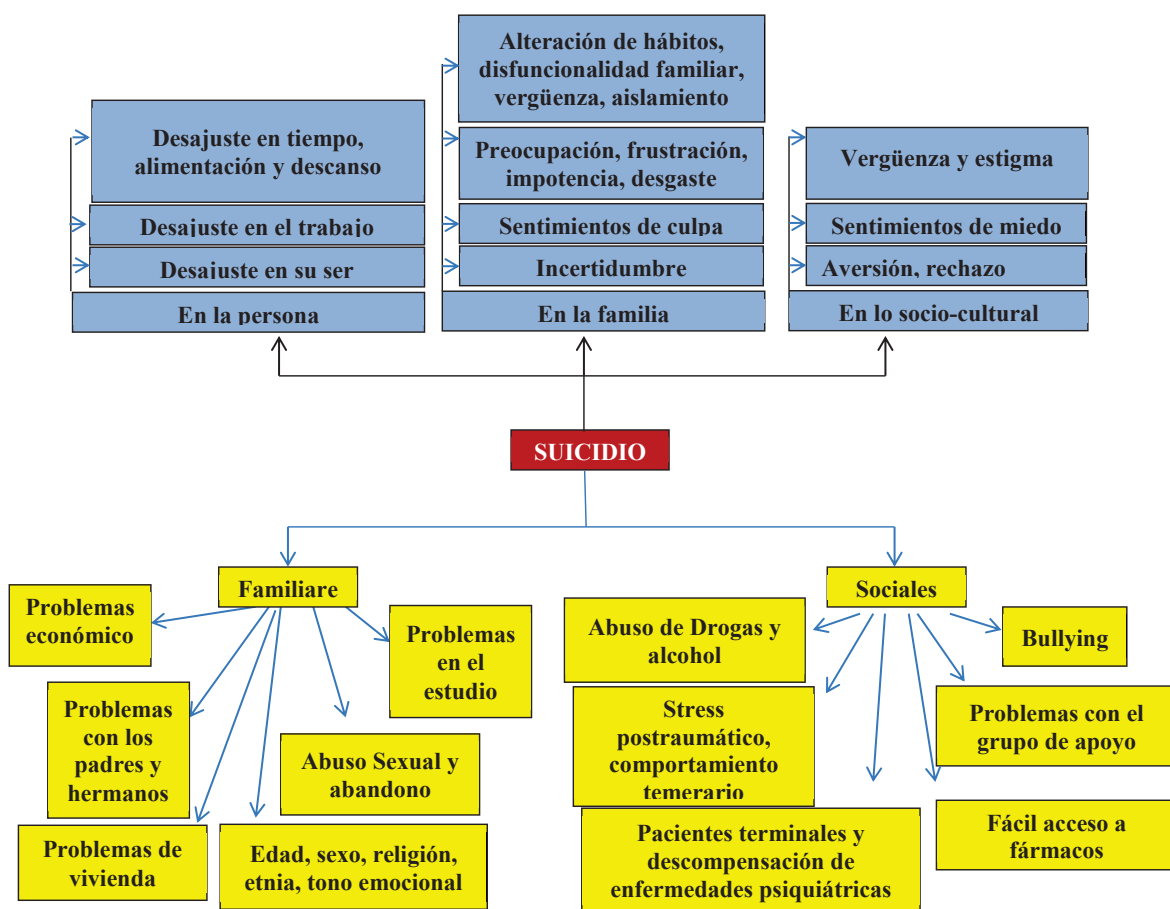


Figura 2. Árbol de problemas: Causas - Efectos

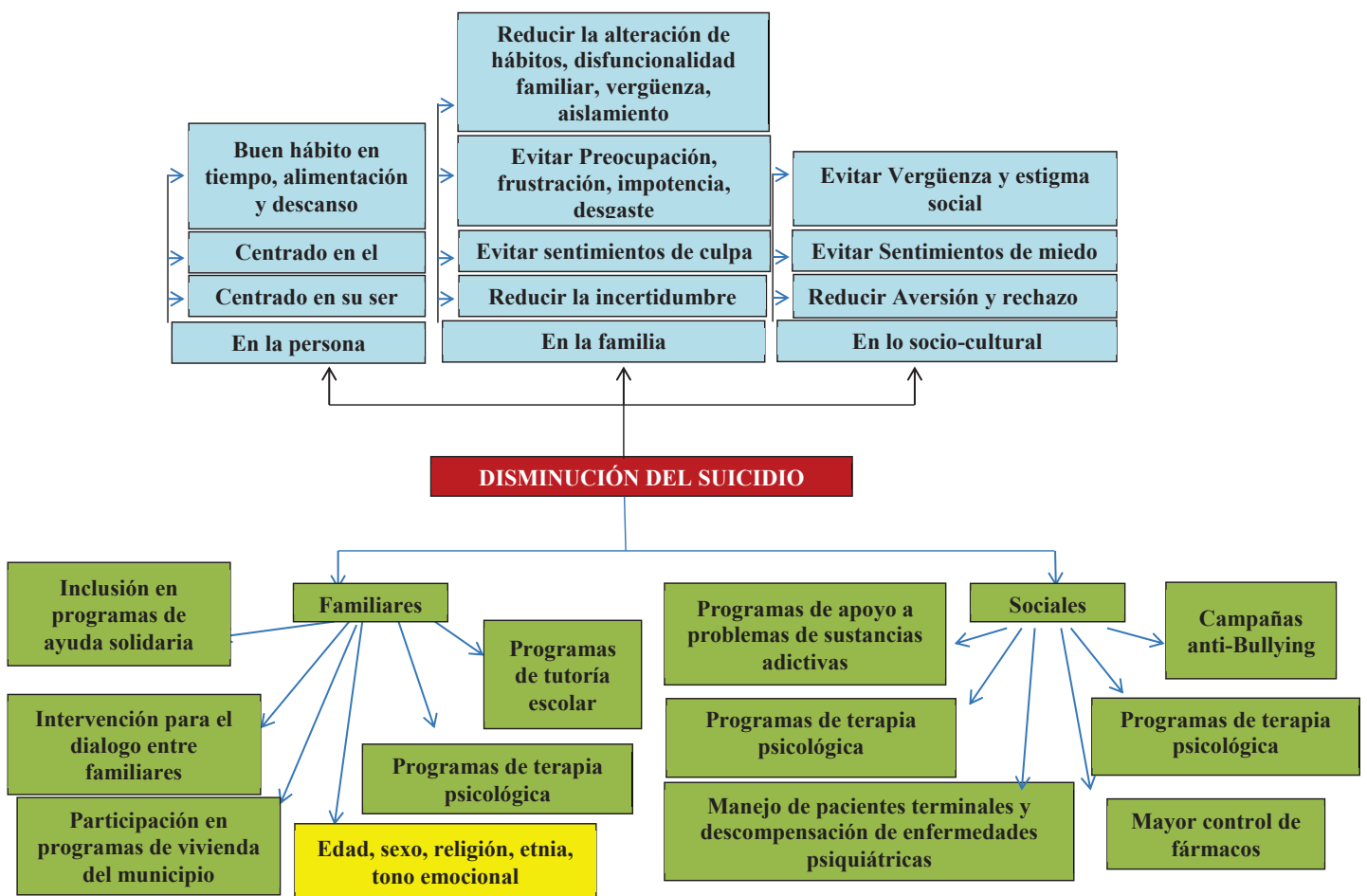


Figura 3. Árbol de problemas: Medios - Fines

CAPÍTULO CUATRO - DISEÑO METODOLOGICO

1. Alcance del proyecto

Es un proyecto de investigación que busca hacer la construcción y argumentación teórico conceptual del suicidio, permitiéndose ser insumo para la caracterización e identificación de este fenómeno social que atañe el presente en la población, fenómenos que no hace discriminación de sexo, edad ni referente económica. Esta argumentación explora diversos escenarios con el propósito de conocer la realidad y de esta manera sentar bases para la intervención oportuna, eficaz y actual de dicha realidad.

2. Metodología del proyecto

2.1 Enfoque de investigación

Es un enfoque bibliográfico que busca identificar los elementos teórico-conceptuales del suicidio.

2.2 Tipo de investigación

Documental.

2.3 Selección de muestra

Material bibliográfico, libros, bases de datos.

2.3.1 Instrumento para la recolección de la información

- Revisión bibliográfica
- Fichas bibliográficas: Con el fin de desarrollar temas teórico conceptuales.
- Asesorías

2.3.2 Análisis de confiabilidad del instrumento: N/A

Tabla 15. Plan de Trabajo

Actividades	Objetivo específico o meta.	Fecha de inicio de la actividad.	Fecha de culminación de la actividad.	Persona responsable.
Visita a la biblioteca de la U de A.	Análisis literario	Julio 25 de 2014	Julio 30 de 2014	Anderson Pérez, Jhon Duque
Visita a la Biblioteca de la USB.	Reconocimiento del material bibliográfico	Agosto 1 de 2014	Agosto 6 de 2014	Anderson Pérez, Jhon Duque
Visita a la biblioteca pública piloto.	Revisión de la base de datos	Agosto 10 de 2014	Agosto 18 de 2014	Anderson Pérez, Jhon Duque
Visita a la biblioteca de salud pública de la U de A.	Revisión y reconocimiento de la base de datos	Agosto 26 de 2014	Septiembre 1 de 2014	Anderson Pérez, Jhon Duque
Visita al asesor legal	Reconocimiento de las pautas legales	Septiembre 5 de 2014	Septiembre 8 de 2014	Anderson Pérez, Jhon Duque
Visita al asesor metodológico	Lograr un buen asesoramiento metodológico	Septiembre 13 de 2014	Septiembre 16 de 2014	Anderson Pérez, Jhon Duque
Visita al asesor temático	Lograr un asesoramiento temático conciso	Septiembre 20 de 2014	Septiembre 25 de 2014	Anderson Pérez, Jhon Duque

Tabla 16. Presupuesto

ELEMENTOS	VALOR UNITARIO	TOTALES
MATERIALES		
Papelería (libreta)	1500	1500
Lápiz	800x5	4000
lapicero	1000x4	4000
Fotocopias	200x50	10000

Pasajes (Bus x 2 personas)	3400x2	6800
Pc (portátil)	750.000	750.000

CAPÍTULO CINCO – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

- La conducta suicida es considerada como un acto multifactorial, es decir puede ser el resultado de distintos 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.
- Queda claro que existen muchos motivos por los cuales el suicidio se lleva a cabo, ya sean personales, afectivos o familiares.
- Los mecanismos utilizados entre países son diferentes e incluso diferentes en las regiones de un mismo país.
- El Bullying es una de las principales causas del suicidio en el mundo.
- El desamor es una causa inminente de suicidio que afecta más a los hombres que a las mujeres.

2. Recomendaciones

- Sensibilizar a la sociedad sobre el tema de suicidio en nuestro país y en el mundo.
- Ofrecer una propuesta de trabajo donde el tema principal sea el suicidio y el manejo de él.
- Referirse al suicidio como un hecho, no como un logro.
- Resaltar las alternativas al suicidio.
- Aportar información sobre factores de riesgo y señales de alarma.
- Trabajar estrechamente con las autoridades pertinentes en el área de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Carmona J, Tobón J, Jaramillo J, Areiza Y. Manual de prevención del suicidio para . instituciones educativas Medellín: Fondo Editorial; 2010.
- 2 Cardona J, Tobón F, Jaramillo J, Areiza Y. El suicidio en la pubertad y en la . adolescencia Medellín: Fondo Editorial; 2010.
- Rojas A. Organización Mi Salud. [Online].; 2014 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "https://organizacionmisalud.com.co/crecen-tasas-de-suicidio-en-colombia/" <https://organizacionmisalud.com.co/crecen-tasas-de-suicidio-en-colombia/> .
- Páez Escobar G. El espectador. [Online].; 2012 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "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> .
- Parra García SP. Periódico el Pulso. [Online].; 2011 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "http://www.periodicoelpulso.com/html/1104abr/debate/debate-07.htm" <http://www.periodicoelpulso.com/html/1104abr/debate/debate-07.htm> .
- De Majo B. El Colombiano. [Online].; 2013 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la_cultura_del_suicidio/la_cultura_del_suicidio.asp" http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/L/la_cultura_del_suicidio/la_cultura_del_suicidio.asp .
- Pineda ÉN. Scribd. [Online].; 2009 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "http://es.scribd.com/doc/21070644/El-Suicidio-en-Colombia" <http://es.scribd.com/doc/21070644/El-Suicidio-en-Colombia> .
- Gobernación de Antioquia. Intervención clínica cognitiva y conductual. [Online].; 2010 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "http://intervencionclinicacognitivaudea.blogspot.com/2013/09/resultados-del-tamizaje-

en-salud-mental.html"

<http://intervencionclinicacognitivaudea.blogspot.com/2013/09/resultados-del-tamizaje-en-salud-mental.html> .

Pérez Barrero A. Psicología Online. [Online].; s.f. [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/glosario.shtml" <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/glosario.shtml> .

Congreso de Colombia. Ministerio de Salud. [Online].; 2013 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK

"http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf"

<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf> .

Ministerio de salud y protección social. MinSalud. [Online].; 2013 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "http://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-trabaja-reducir-incidencia-conducta-suicida-entre-j%C3%B3venes.aspx"

<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-trabaja-reducir-incidencia-conducta-suicida-entre-j%C3%B3venes.aspx> .

Redacción vida de hoy. El tiempo. [Online].; 2012 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12399412"

<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12399412> .

Delgado Mujica N. Medium. [Online].; 2013 [cited 2014 Octubre 10. Available from:

HYPERLINK "https://medium.com/suicidio-en-gotas/el-suicidio-en-la-historia-dcb4ae57784c" <https://medium.com/suicidio-en-gotas/el-suicidio-en-la-historia-dcb4ae57784c> .

Maresca SJ. CondUCES. [Online].; s.f. [cited 2014 Octubre 10. Available from:

HYPERLINK

"http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/612/EI%20suicidio.pdf?sequence=1"

<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/612/El%20suicidio.pdf?sequence=1> .

Maldonado Abascal G. Ono. [Online].; s.f. [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "http://webs.ono.com/aniorte_nic/archivos/trabaj_suicidio.pdf"

Corpas Nogales M. Gazeta de Antropología. [Online].; 2011 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK

"http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.html"

Ciberbullying. Ciberbullying. [Online].; s.f. [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "<http://www.ciberbullying.com/cyberbullying/que-es-el-ciberbullying/>"

Guzmán D. Kienyke. [Online].; 2014 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "<http://www.kienyke.com/historias/suicidio-en-colombia/>"

Rodríguez Jiménez P. Biblioteca Luis Ángel Arango. [Online].; 2009 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK

"<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/febrero2009/medellin.htm>"

Marroquín M, Marín K. Slideshare. [Online].; 2008 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "<http://es.slideshare.net/kem.marin/suicidio-ppt-presentation-608053>"

Serrano Guzmán A. El tiempo. [Online].; 2014 [cited 2014 Octubre 10. Available from: HYPERLINK "<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13473359>"

ANEXOS

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.

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.

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

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.

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.

Efecto Werther: Término propuesto por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. Johan Wolfgang von Goethe en 1774 publicó su novela *Las penas del joven Werther* en la que se cuenta la historia de un hombre joven, talentoso, quien se sume en especulaciones, ensoñaciones, hasta que desesperanzado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta tuvo que ser prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios en jóvenes mediante el mismo método.

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, destoxicación 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

Estresores agudos: Son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos pero que, en determinados individuos, puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etc. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes.

Estresores crónicos: Son factores que predisponen a unos individuos y no a otros a la realización de un acto suicida, entre los que se incluyen la pérdida temprana de los

progenitores por muerte, separación o divorcio, dificultades en la comunicación familiar, abuso de sustancias, promiscuidad sexual, dificultades escolares, desajuste conyugal, divorcios, inadaptación laboral, desocupación, enfermedad física dolorosa y discapacitante, etc.

Factor de riesgo: Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

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.

Grupos de Auto-ayuda.- Conjunto de pacientes que tienen un problema de salud común y que deciden trabajar juntos por el bienestar de todos, por ejemplo: grupos de personas con intentos de suicidio y sobrevivientes.

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.

Grupos vulnerables.- Son aquellos grupos de individuos que por su condición tienen más posibilidades de realizar un acto suicida que la población en general. Se incluyen los ancianos, las personas que viven solas, los inmigrantes no integrados al país receptor, los nativos minoritarios como son los aborígenes australianos, norteamericanos, canadienses, y taiwaneses, los prisioneros, etc. Los grupos vulnerables son grupos de riesgo.

Hara-kiri. 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).

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 de.

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.

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.

Parasuicidio: 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.

Postvención. Término acuñado por E. Shneidman en 1971, para referirse al apoyo que necesita quien intenta el suicidio y los familiares de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños.

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.

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.

Repetidor. Individuo que ha realizado un intento suicida anterior o quien previamente ha realizado una tentativa de suicidio.

Representación suicida. Son las fantasías suicidas o imágenes mentales en las que el sujeto se percibe llevando a cabo 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.

Samaritanos.- Organización de prevención del suicidio conformada por voluntarios entrenados en el arte de escuchar y que realizan sus intervenciones cara a cara o por teléfono.

Seppuku. Forma tradicional de suicidio en el Japón antiguo junto al harakiri.

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 presuicida 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 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 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 aparente. Muerte cuya causa probablemente sea el suicidio

Suicidio asistido. El termino 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 sí, 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 policirugía, 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.

Superviviente.- Se denomina así a los familiares de un suicida. También se les conoce como sobrevivientes o sea los que viven después de la muerte del otro, y para algunos autores no se refiere solamente a los parientes sino también a los amigos y médicos tratantes, quienes pueden manifestar síntomas similares de duelo ante la pérdida que los familiares del occiso.

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

Tipologías suicidas.- Clasificación de los suicidas según las características que le son comunes. Para E. Durkheim son cuatro los tipos de suicidas según la mayor o menor integración social o regulaciones sociales: egoísta, altruista, anómico y fatalista. Menninger distingue tres tipos según el motivo predominante del acto: deseos de matar, deseos de morir y deseos de ser muerto. Baechler describe cuatro categorías basadas en la lógica del individuo suicida: escapista, agresivo, oblativo y lúdico. Mintz los clasifica según diferentes motivaciones existentes en los suicidas: hostilidad contra el objeto previamente introyectado, agresión dirigida contra sí mismo, gratificación narcisista o masoquista, reducción de la culpabilidad, destrucción de sentimientos intolerables, como acto de renacimiento, como reunión, para escapar del dolor, respuesta contrafóbica al miedo a la muerte, etc. E. Shneidman los califica según la necesidad psicológica

insatisfecha que predomine, tomando las necesidades enunciadas por Henry A. Murray en su libro 'Exploración de la Personalidad' y enuncia un total de cien: agredir, defenderse, dominar, exhibirse, jugar, evitar una humillación, ser independiente, etc. Pérez Barrero los califica según la capacidad que tengan de responsabilizarse con su propia vida y los divide en totalmente responsables, parcialmente responsables y no responsables, con los que hay que establecer una relación terapéutica específica durante la crisis suicida (participación mutua, cooperación guiada y activo pasiva respectivamente). Otras tipologías son las de Wold, Henderson y Williams, Leonard, Berman, etc.

Unidad de suicidología. Servicio destinado a la hospitalización de los individuos que hayan realizado una tentativa de suicidio, presenten ideas suicidas o planes suicidas con riesgo elevado de realizarlo. Puede encontrarse ubicada en un Hospital General, adjunta a la sala de Psiquiatría o como parte de una Unidad de Intervención en Crisis.