

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Programa de Psicología



**Factores psicológicos asociados al intento de suicidio en jóvenes de
Santa Rosa del Sur, Bolívar**

Preparado por:

Laura Marcela Romero Ferreira

Yoleida Vanegas Gamboa

Pamplona, Colombia

2017

Universidad de Pamplona

Facultad de Salud

Programa de Psicología



**Factores psicológicos asociados al intento de suicidio en jóvenes de
Santa Rosa del Sur, Bolívar**

Preparado por:

Laura Marcela Romero Ferreira

Yoleida Vanegas Gamboa

Asesorado por:

Ps. Esp. Dawrin Teresa Escalante Mantilla.

Pamplona, Colombia

2017

Tabla de Contenido

Dedicatoria y Agradecimiento	10
Resumen	11
Abstract	12
Introducción	13
Objetivos	16
General	16
Específicos	16
Justificación	17
Problema de Investigación	19
Formulación del problema	19
Descripción y planteamiento del problema	19
Estado del Arte	21
Estudios Internacionales	21
Factores de riesgo del suicidio en Chile: un análisis a nivel comunal.	21
Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. Cuba)	22
Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional.	22
Estudios Nacionales	23
Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010.	23
Factores asociados a ideación suicida en universitarios. (Boyacá)	24
Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia).	25
Estudios Locales	25
Factores psicosociales que se asocian con la ideación e intento de suicidio en los adolescentes de 14 a 18 años del colegio fe y alegría de los patios e instituto nacional de educación media (INEM) José Eusebio Caro del área metropolitana de la ciudad de Cúcuta.	25
Factores de riesgo relacionados con el proceso suicida en los adolescentes.	26
Procesos resilientes en familias que han vivenciado pérdidas por muerte violenta y suicidio en la ciudad de Cúcuta.	26

Marco Teórico	28
Capítulo I. Suicidio	28
Ideación suicida	28
Intento de suicidio	30
Suicidio consumado	32
Comportamiento del suicidio en Colombia	34
Mecanismos Causales del suicidio en Colombia	36
Ahorcamiento	36
Ahorcaduras completa e incompleta: Altura a la que queda el cuerpo.	36
Ahorcaduras simétrica o asimétrica: Según la localización del nudo	37
Causas o motivos de ahorcamiento	37
Ahorcamiento por accidente	37
Ahorcamiento por homicidio	37
Ahorcamiento por suicidio	38
Reacciones involuntarias del ahorcado	38
Envenenamiento	38
Signos y síntomas de una intoxicación	39
Efectos a largo plazo de una intoxicación	39
Proyectil de arma de fuego	40
Capitulo II. Factores de riesgo individuales en el suicidio	41
Individual	42
Factores de riesgo en la comunidad y las relaciones	44
Traumas psicológicos o abuso sexual	45
Detección de los comportamientos suicidas	46
Capítulo III. Adolescencia	49
Teoría cognitiva de Piaget	51
Factores frecuentes en los adolescentes ante el riesgo suicida	52
Adolescencia y suicidio	54
Algunas medidas de prevención ante el riesgo suicida	55
Atención primaria - Primeros Auxilios Psicológicos.	56
Marco Contextual	58
Marco Legal	62

Metodología	66
Tipo de investigación	66
Alcance de la investigación	66
Correlacional	66
Diseño	67
Transversal	67
Población	67
Muestra	67
Instrumentos (Variables)	68
Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	68
Fiabilidad y Validez del BDI-II	69
Fiabilidad test-retest	69
Validez	69
Validez de contenido	69
Validez de constructo	69
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.	70
Fiabilidad y validez – Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	70
Fiabilidad	70
Validez	70
Procedimiento	71
Primera fase: Planteamiento del problema	71
Segunda fase: Organización de la investigación	71
Tercera fase: Implementación de la investigación	71
Cuarta fase: Ejecución de la investigación	71
Quinta Fase: Construcción teórica	71
Presentación Resultados Cuantitativos	72
Datos Sociodemográficos	72
Resultados Escala de Riesgo Suicida de Plutchik	80
Resultados Inventario de Depresión de Beck	82
Resultados Correlación Nivel de Depresión – Riesgo Suicida	85
Discusión	88
Conclusiones	91

Recomendaciones	93
Lista de Referencias	94
Anexos	102

Lista de Tablas

Tabla 1. Formas de presentación de la ideación suicida	29
Tabla 2. Muertes violentas según sexo. Colombia, comparativo 2016 y 2017 (enero-junio)	34
Tabla 3. Suicidios según mecanismo causal y sexo de la víctima. Colombia, 2016.	36
Tabla 4. Signos y síntomas de una intoxicación	39
Tabla 5. Efectos a largo plazo de una intoxicación	39
Tabla 6. Factores de riesgo en el suicidio	41
Tabla 7. Componentes básicos de los primeros auxilios psicológicos	56
Tabla 8. Equipamiento Santa Rosa del Sur, Bolívar.	59
Tabla 9. Etiquetas de ítems – Inventario de Depresión de Beck	68
Tabla 10. Sexo	72
Tabla 11. Edad	73
Tabla 12. Estudios	74
Tabla 13. Diagnostico Depresión	75
Tabla 14. Zona de residencia	76
Tabla 15. Estado civil	77
Tabla 16. Método causal del I.S	78
Tabla 19. Puntajes transformados por participante.	80
Tabla 20. Riesgo suicida	80
Tabla 17. Nivel de Depresión	83
Tabla 18 Factores y etiquetas de evaluación BDI-II	84
Tabla 21. Estadísticos descriptivos	85
Tabla 22. Correlaciones	85
Tabla 23. Relación niveles de depresión - riesgo suicida; Error! Marcador no definido.	

Tabla 24. Variables predictorias; (constante), nivel de depresión 86

Tabla de Figuras

Figura 1. Suicidios, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia 2007-2016	35
Figura 2. Esquema del modelo estresor - diátesis del comportamiento suicida propuesta por Oquendo et al (citado por Téllez, 2008).	47
Figura 3. Intentos de suicidio y suicidio en Santa Rosa del Sur, Bolívar. 2012-2016	61
Figura 4. Sexo	72
Figura 5. Edad	73
Figura 6. Estudios	74
Figura 7. Diagnostico Depresión	75
Figura 8. Estado civil	77
Figura 9. Método causal del I.S	78
Figura 12. Riesgo suicida	81
Figura 10. Niveles de Depresión (Individual)	82
Figura 11. Nivel de Depresión	83
Figura 13. Relación niveles de depresión - riesgo suicida	86

Dedicatoria y Agradecimiento

*La verdad se esconde
en los sentimientos de las personas
que se sienten oprimidas y no son capaces de expresarse.*
W. Reich.

En honor a los seres queridos que trascendieron a otra vida y descansaron en la paz del señor.

Este proyecto de investigación está dedicado a nuestros padres José Luciano Vanegas Fontecha, Marina Gamboa Vargas, José Benito Romero Díaz y Marisol Ferreira Rincón, por haber confiado siempre en nuestras habilidades, por las palabras de aliento en el momento preciso, por la compañía y el apoyo durante todo el proceso formativo y aún más en el proceso investigativo, a nuestros hermanos y hermanas que nos inspiran a ser mejores personas cada día, a nuestros amigos y demás familiares que han aportado de manera significativa en la construcción del estudio.

Agradecemos en primer lugar a Dios porque ha estado en cada paso que damos colmándonos de innumerables bendiciones; a nuestra directora de tesis Ps. Esp. Dawrin Teresa Escalante por el acompañamiento durante el desarrollo de la investigación; a la Docente Ph.D Olga Mariela Mogollón por creer en nuestra investigación y orientarnos en el inicio de esta; a la Docente Ps. Mg. Leidy Andrea Núñez, por ofrecernos sus conocimientos y estar dispuesta a colaborarnos en la culminación de la investigación; al hospital Manuel Elkin Patarroyo; la Alcaldía Municipal de Santa Rosa Del sur; a todos los profesionales del municipio por darle la importancia meritoria a nuestra investigación; y a los jóvenes Santarroseños por la participación activa en el estudio, sin ellos no hubiese sido posible esta investigación.

Resumen

Esta investigación tiene por objetivo describir los factores psicológicos asociados a los intentos de suicidio en jóvenes con tentativa previa del municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar. La investigación es de tipo cuantitativo, de carácter transversal o transaccional de alcance investigativo correlacional; los instrumentos que se utilizan son el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Riesgo Suicida diseñada. La muestra es de tipo no probabilístico por conveniencia conformada por ocho (8) jóvenes del municipio. Los resultados evidencian que los datos sociodemográficos como género, edad, nivel educativo, diagnóstico de depresión y estado civil, son aspectos predisponentes ante conductas auto lesivas; también, que el 87,5 de la muestra estudiada se encuentra en riesgo de tentativa de suicidio, según la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik; en cuanto a la evaluación sintomatológica depresiva de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck, el 12,5% de la muestra se ubica en un nivel de altibajos normal; el 12,5% señala una leve perturbación en el estado de ánimo, el 37,5% presenta estados de depresión intermitentes y el 37% evidencia sintomatología de depresión moderada; por consiguiente, se obtuvo una correlación positiva media, de 0,63 entre el nivel de depresión y el nivel de riesgo suicida, lo cual indica que a mayor depresión, mayor riesgo de intento suicida.

Palabras clave: factores psicológicos, intento de suicidio, factores de riesgo individuales, depresión.

Abstract

This research aims to describe the psychological factors associated with suicide attempts in young people with previous attempt of the municipality of Santa Rosa del Sur, Bolívar. The research is of a quantitative type, of a cross-sectional or transactional nature of correlational research scope; the instruments used are the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Suicide Risk Scale designed. The sample is of a non-probabilistic type for convenience made up of eight (8) young people from the municipality. The results show that sociodemographic data such as gender, age, educational level, diagnosis of depression and marital status are predisposing aspects to self-injurious behaviors; also, that 87.5 of the studied sample is at risk of attempted suicide, according to the Plutchik Suicide Risk Scale; As for the depressive symptomatological evaluation according to the Beck Depression Inventory, 12.5% of the sample is located at a normal level of ups and downs; 12.5% indicate a slight disturbance in mood, 37.5% present intermittent depression states and 37% evidence symptomatology of moderate depression; therefore, an average positive correlation of 0.63 was obtained between the level of depression and the level of suicide risk, which indicates that the greater the depression, the greater the risk of suicide attempt.

Key words: psychological factors, suicide attempt, individual risk factors, depression.

Introducción

El intento de suicidio Garcia (2006) lo define como la intención autodestructiva, también denominado tentativa de suicidio o parasuicidio como un comportamiento que significa una intención deliberada de provocarse la muerte, sin embargo, está relacionado con los instrumentos utilizados, los cuales no son tan efectivos para llevar a cabo el propósito que la persona tenía en mente.

De manera, que el intento de suicidio es un fenómeno que, aunque ha sido objeto de estudio de muchas investigaciones, en ocasiones no se le ha dado la importancia que dicho fenómeno merece, considerándolo como una forma de llamar la atención por parte de quien intenta suicidarse; más aún cuando se trata de jóvenes que deberían tener expectativas con respecto al mundo y a su futuro. Cortina, Peña y Gómez (2009, p.2)

En consecuencia, el suicidio se constituye como un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, la Organización Mundial de la Salud (2004) proyectó para el año 2020, un aumento del 50% en el suicidio, fenómeno que va a alcanzar los 1,55 millones de muertes. Urge, entonces, la necesidad de implementar acciones interinstitucionales en el abordaje de esta problemática, orientadas a la prevención e intervención oportuna y eficaz de los factores precipitantes del suicidio.

Así mismo, la OMS refiere que cerca de 3.000 personas se suicidan cada día en todo el mundo (lo que equivale a una persona cada 29 segundos), y otras 60.000 intentan hacerlo, pero no lo logran. Las tasas de suicidio están en incremento y han sido particularmente agudas en países en desarrollo, especialmente entre personas jóvenes: es la tercera causa de muerte a nivel mundial. La OMS considera que la depresión (una de las principales causas del suicidio) también representará la mayor causa de pérdida de años de vida saludables después del VIH/SIDA para el año 2030, así lo refiere el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014).

En efecto, el suicidio en Colombia ha generado gran preocupación, durante el año 2016 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016) reportaron 2.310 Suicidios, 242 casos (10,4 %) más que en el año inmediatamente anterior. El

decenio 2007-2016 acumulo 19.177 casos, con una media de 1.918 eventos por año, lo que indica 193 suicidios al mes, y seis suicidios por día.

Por lo tanto, la investigación de esta problemática de salud pública se realiza con el interés de describir los factores psicológicos en los intentos de suicidio en jóvenes con tentativa previa del municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar, a propósito de obtener el conocimiento de los factores que asuman mayor prevalencia en relación a las expectativas de vida.

De tal forma, que esta investigación implementa la metodología cuantitativa que según Hernández, Fernández y Baptista (2014) es la representación de un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio; es de carácter transversal o transaccional en un alcance de la investigación correlacional, por tal motivo, los instrumentos que se utilizan son el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) adaptado a una versión española por Sanz, Vázquez, Vallar, Guia y Hernández y la Escala de Riesgo Suicida diseñada por Plutchik, Van Praga, Conte y Pikard (1989) y validada en población española por Rubio et al.

Entonces, la muestra seleccionada es no probabilística por conveniencia, por consiguiente, se tiene en cuenta el criterio subjetivo de la investigación, a partir de la elección de los individuos más “representativos” o “adecuados” para los fines de la investigación, en criterios como edad de dieciocho (18) a veinticuatro (24) años lo que significa el 32% de la población total, equivalente a dieciséis (16) personas; criterio de residencia en la zona urbana del municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar de las dieciséis jóvenes mencionados anteriormente, equivale al 60%, es decir nueve (9) jóvenes; criterio de diagnóstico depresivo equivalente al 2% de la población total, correspondiente a una (1) joven; criterio de voluntad de participación en la investigación equivalente al 90% de los jóvenes que residen en la zona urbana, es decir ocho (8) jóvenes, en resumen, la muestra para esta investigación corresponde a ocho participantes.

En este orden de ideas, para la fundamentación teórica de esta investigación, se establecen tres (3) capítulos, el primero se denomina suicidio, este especifica las ideaciones suicidas y sus presentaciones, intento de suicidio y suicidio consumado, así mismo, el comportamiento del suicidio en Colombia y los mecanismos causales más comunes del suicidio, como generadores de asfixia (ahorcamiento), tóxicos

(envenenamiento) y proyectil arma de fuego; como segundo capítulo se nomina factores de riesgo individuales en el suicidio, el cual, se compone de aspectos como la depresión, la desesperanza, la impulsividad y el ciber-suicidio, a su vez, se hace referencia a la influencia de factores como la comunidad y sociedad en los intentos de suicidios y por último, el tercer capítulo hace alusión a la adolescencia y transición a la adultez emergente, especificando el desarrollo fisiológico, cognoscitivo y psicosocial; también, la asociación del suicidio y adolescente, concluyendo con algunas medidas preventivas ante el riesgo suicida profundizando en los primeros auxilios psicológicos como medida de atención

Por último, a partir de la recolección de datos por medio de los instrumentos que se utilizan, esta investigación realiza un análisis cuantitativo de las variables evaluadas en la muestra derivada de la población, de modo, que se genera la discusión, y a partir de ello, se emiten las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Objetivos

General

Describir los factores psicológicos asociados al intento de suicidio en jóvenes con tentativa previa del municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar, mediante la aplicación de instrumentos cuantitativos para el conocimiento de factores que obtengan mayor prevalencia en relación a las expectativas de vida.

Específicos

Evaluar la presencia de riesgos suicidas en jóvenes con tentativa previa de Santa Rosa del Sur, Bolívar mediante la aplicación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik que permita el reconocimiento de probabilidad de repetición post intento.

Determinar la presencia de síntomas de depresión a través de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) identificando los niveles de depresión manifiestos en jóvenes con tentativa previa en Santa Rosa del Sur Bolívar.

Identificar la relación entre los niveles de depresión y riesgos suicidas en jóvenes con tentativa previa de Santa Rosa del Sur, Bolívar mediante el uso del paquete estadístico SPSS 20 y Excel.

Diseñar un poster informativo asociado a los primeros auxilios psicológicos como estrategia de promoción de la salud mental y prevención del intento de suicidio en Santa Rosa del Sur, Bolívar

Justificación

En los últimos años se ha evidenciado el acrecentamiento de casos por intentos de suicidio y suicidio en el municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar, que se registran en la base de datos del centro de atención en salud Hospital Manuel Elkin Patarollo, lo que el municipio ha reportado como una problemática de salud pública, por tal razón, la presente investigación tiene como principal propósito la descripción de los factores psicológicos asociados al intento de suicidio en jóvenes santarroseños obteniendo el conocimiento de factores que asuman mayor prevalencia en relación a las expectativas de vida.

Es así como Sánchez, Villareal & Musitu (2013) citado en Mengual & Izeddin (2012) definió como la epidemia del siglo XXI el suicidio, que se ha instaurado como la primera causa de muerte violenta en el mundo, pese a esto, las explicaciones a este tipo de violencia auto infringida siguen careciendo de teorías solidas en la investigación científica; es decir, que resulta necesario desarrollar investigaciones que precisen la problemática teniendo en cuenta los diversos factores que le rodean, obteniendo mayor claridad de este comportamiento asociado con las características de cada población.

De manera, que esta investigación surge en reacción a un fenómeno preocupante al que no se le ha dado la importancia que requiere; pues las entidades públicas competentes en atender este tipo de problemáticas aun no evidencian efectividad en la ejecución de planes de acción, Saxena y Krug (2013) refiere “Los suicidios son prevenibles. Aun así, cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo y muchos más intentan suicidarse. Se cometen suicidios en todas las regiones del mundo y a diversas edades”

Por lo tanto, existe una demanda de intervención oportuna en las zonas donde se presenta esta problemática de salud pública; los resultados de este estudio representan el primer aporte investigativo a la región que contribuye a la cohesión de información valida y confiable para el seguimiento de esta problemática y construcción de estrategias efectivas para la mitigación de casos en intentos de suicidio y suicidio.

Asimismo, permite la aproximación asociativa ante esta problemática, a partir de la relación de los factores de riesgo suicidas y los niveles de depresión en jóvenes con tentativa previa; la claridad de dicha información en estos aspectos significa la

oportunidad para las entidades públicas y gubernamentales de diseñar acciones efectivas que beneficien la comunidad en la preservación de la vida y el bienestar mental.

Con base en lo anterior, es útil indicar que es oportuno el momento en el que se encuentra el desarrollo de esta investigación, puesto que los registros por el Hospital Manuel Elkin Patarollo de intentos de suicidio en Santa Rosa del Sur se encuentran en aumento, el periodo 2015-2017 acumulan 47 intentos de suicidio, el 2016 se presentaron 22 casos (60%) más que en el año inmediatamente anterior; en conclusión, el alcance de este estudio es el fundamento investigativo básico para entender y actuar a partir de los factores psicológicos individuales esta problemática.

Es de mencionar, que este estudio admite enaltecer el rol del psicólogo desde la formación ética, profesional, capacidad investigativa e interactiva con diversas poblaciones, en Santa Rosa del Sur por las condiciones sociales y los servicios de atención en salud limitan al profesional intervenir de manera activa y constante, de manera que a la población le es difícil acceder a una consulta psicológica y por ende se desconoce de los alcances de la psicología en su competencia, sin embargo, es de resaltar trabajos investigativos como este que buscan desencadenar propuestas de prevención e intervención efectivas ante esta problemática

Por otra parte, aludir a la importancia de los primeros auxilios y sus alcances como una atención primaria, Slaikou (1996) citado por Universidad Industrial de Santander (2014) refiere que el objetivo de los primeros auxilios psicológicos consiste en ofrecer ayuda para reestablecer la estabilidad emocional y desarrollar estrategias de afrontamiento sanas y asertivas que posibiliten la búsqueda de soluciones a los problemas que se experimentan.

Por esta razón, la presente investigación, además de estudiar una problemática de salud pública, realiza el diseño de un poster informativo asociado a los primeros auxilios psicológicos como estrategia de promoción de la salud mental y prevención del intento de suicidio en Santa Rosa del Sur, Bolívar.

Problema de Investigación

Formulación del problema

¿Cuáles son los factores psicológicos asociados al intento de suicidio en los jóvenes con tentativa previa de Santa Rosa del Sur, Bolívar?

Descripción y planteamiento del problema

La vida para muchos representa lo más importante y apreciable que se pueda tener, pero, para otros el vivir representa una profunda carga con la que desean terminar, llevándolos al intento de suicidio o suicidio. De acuerdo a Medicina Legal durante el primer semestre del 2017, el suicidio sigue siendo la cuarta causa de muerte violenta en el país: 2.100 personas han decidido quitarse la vida, aumentando la estadística 10% más que el año anterior, reafirmando este fenómeno como un problema latente.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el desarrollo de esta investigación se describen los factores psicológicos asociados al intento de suicidio, de modo que se evalúa la presencia de los riesgos individuales; dentro de estos se encuentra; el intento de suicidio, los sentimientos de depresión, la desesperanza y la impulsividad. Para el cumplimiento de los propósitos de esta investigación se realiza la aplicación de la escala de riesgo suicida de Plutchik y el inventario de depresión de Beck (BDI-II).

Ahora bien, en Santa Rosa del Sur según la Secretaria de Desarrollo Social (2017), para el año 2015 se reportaron 7 intentos y 2 suicidios consumados, para el 2016 22 intentos y 2 suicidios consumados, hasta el mes de junio del año 2017 se reportaron 18 intentos de suicidio contemplándose esto como un problema de salud pública del Municipio que a medida del tiempo ha incrementado debido a la falta de intervención oportuna. Partiendo de la problemática de salud pública mencionada anteriormente surgen los siguientes interrogantes ¿Qué niveles de depresión prevalecen en los jóvenes con intentos de suicidio?, ¿Qué factores de riesgo individual se presentan en las personas con intentos de suicidio?

Según Carmona citado por Castaño et al., (2014) el riesgo suicida se incrementa más aún si coexisten otros factores asociados como ser mujer, tener antecedentes personales o familiares de intento suicida, vivir solo, estar desempleado, tener un evento adverso, la muerte reciente de un ser querido, presentar otros trastornos

psiquiátricos como ansiedad, trastorno depresivo mayor o esquizofrenia, o consumir sustancias psicoactivas.

Asimismo, los factores de riesgo suicida son todos aquellos determinantes que están en el ambiente, según lo indica en un estudio Valverde (citado por Castaño et al., 2014), donde mencionan que los factores de riesgo son aquellas conductas que pueden comprometer la salud, el bienestar o la adaptación social, y que si están presentes, se asocian a un incremento de la probabilidad de que sucedan hechos negativos o indeseables.

También es cierta que la desinformación que flagela a la comunidad y los recursos que se destinan para desarrollar estrategias que beneficien la Salud Mental en los Santarroseños son reducidos, es decir, que profesionales de la salud en especial psicólogos no tienen una participación activa en contextos educativos, sociales e individuales, pues acceder a las atenciones psicológicas prestadas por el POS (Plan Obligatorio de Salud) en el único hospital del municipio resulta difícil, debido al nivel de atención en salud en Colombia, de acuerdo con resolución No. 5261 de 1994 este centro de atención en salud corresponde al nivel I.

Por consiguiente, el equipo de investigación no pretende generar molestias en los participantes del estudio, ni realizar cuestionamientos que los puedan incomodar, por el contrario intentan describir los factores psicológicos en relación a los intentos de suicidio y de esta manera resaltar las movilizaciones que se pueden lograr con este estudio, de proteger y beneficiar la salud mental y contribuir a la preservación e importancia de la vida.

Estado del Arte

En este apartado se encuentra información de nueve (9) investigaciones que se han realizado sobre las ideaciones suicidas, intentos de suicidio y suicidio en diferentes contextos; a nivel internacional se encuentran aportes por países como Chile y Cuba; a nivel nacional investigaciones en el departamento de Risaralda, Boyacá y Antioquia y a nivel local trabajos investigativos por estudiantes de Psicología de la Universidad de Pamplona en el municipio de Pamplona, Norte de Santander, Colombia.

Estudios Internacionales

Factores de riesgo del suicidio en Chile: un análisis a nivel comunal.

Esta investigación realizada por Lobos (2016) busco evaluar críticamente la incidencia que tienen diversos factores demográficos, sociales, económicos y territoriales en la variación de las tasas de suicidio a nivel comunal en Chile durante el periodo 2001-2013. Para ello se estiman modelos de regresión censurados. Asimismo, a través de un modelo probit, se estima la probabilidad de que las personas fallecidas por suicidio entre 2001 y 2013 lo hagan utilizando métodos violentos.

En este modelo se incluyeron una serie de variables de caracterización de las personas suicidadas y su entorno. Se encuentra que la densidad poblacional tiene un efecto negativo sobre las tasas de suicidio comunal, lo que va en línea con la importancia que tienen los vínculos sociales en la prevención del suicidio. Asimismo, se suma nueva evidencia sobre el efecto positivo que tiene la latitud en las tasas de suicidio (excepto en la población femenina).

Por otro lado, se obtiene que ciertas experiencias traumáticas, especialmente las violaciones, afectan positivamente las tasas de suicidio comunales. En el caso particular de los adolescentes, la deserción escolar y la maternidad aparecen como factores de riesgo cuando se analiza el suicidio a nivel comunal.

Finalmente, con respecto a la probabilidad de cometer suicidio violento, se confirma que los hombres y quienes viven en comunas de mayor latitud son más propensos a utilizar este tipo de métodos que son más letales. También se constata que existe cierta estacionalidad en los suicidios violentos, habiendo un riesgo significativamente menor de ellos en el mes de julio que en enero, lo que estaría

relacionado con la correlación entre la duración de la luz del sol y los suicidios violentos que ha sido descubierta en otras investigaciones

Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. Cuba)

Este estudio fue realizado por Pérez, Pérez, Azcuy y Mirabal (2014) cuyo objetivo fue caracterizar el comportamiento del intento suicida en el municipio Bahía Honda, provincia Artemisa, Cuba. En la metodología se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo; el universo de estudio estuvo conformado por 75 adolescentes entre 15 y 18 años de edad, clasificados por intento de suicidio en el período de febrero de 2011 a febrero de 2012, en el Policlínico Docente "Manuel González Díaz". Para la recolección de la información se utilizaron instrumentos, tales como: cuestionarios y encuestas que fueron validados por expertos a través del método de Defhi (método empírico), además se emplearon como métodos estadísticos, estadística descriptiva con los estadígrafos de frecuencia absoluta, distribución porcentual media, mediana y el paquete estadístico Epidat 3.4.

En los resultados de este estudio, arrojó una mayor incidencia de intentos suicidas en adolescentes de 15 años; se comprobó que intentaron suicidarse más las mujeres que los hombres, así como una procedencia mayor de pacientes de áreas urbanas respecto a los de áreas rurales. Predominaron los intentos suicidas clasificados como serios, así como los de gravedad moderada. La mayoría de los adolescentes intentaron suicidarse mediante la ingestión de fármacos. No se comprobaron antecedentes previos de suicidio en la mayoría de los pacientes estudiados.

Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional.

Este estudio fue realizado por Silva, Vicente, Saldivia y Kohn (2013) con el objetivo de conocer la prevalencia de las conductas suicidas y su ideación en la población general. En cuanto a la metodología, este estudio fue basado en una muestra aleatoria estratificada en 3 etapas que consideró comunas, viviendas y posteriormente personas de 15 años o más. El estudio fue diseñado para representar a la población adulta del país. Cuatro provincias fueron elegidas: Santiago, Concepción, Iquique y Cautín, cada una perteneciente a una región diferente del país y que se estimaron representativa de la población nacional.

Los diagnósticos psiquiátricos fueron basados en la DSM-III-R. La entrevista diagnóstica usada para generar estos diagnósticos fue la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (22), versión 1.0 y 1.1. Los 64 entrevistadores que participaron en las distintas etapas del estudio fueron estudiantes universitarios en los últimos años de carreras del área de las ciencias sociales. Los resultados de la investigación muestran una prevalencia elevada de la conducta suicida en la población chilena, por sobre Nueva Zelanda y una proporción de intento de suicidio muy superior a Japón, país donde este fenómeno es reconocidamente relevante. Los hallazgos son aún más llamativos si se considera que son datos recogidos durante la década pasada, y que, como ya se mencionó, el Ministerio de Salud ha reportado tasas de suicidio consumado en aumento desde 1992, las que prácticamente se triplicaron entre ese año y el 2009

Estudios Nacionales

Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010.

Este estudio fue realizado por Rodríguez, Medina y Cardona (2013) cuyo objetivo fue caracterizar el suicidio en el departamento de Risaralda entre 2005 – 2010. Se realizó una investigación de tipo cuantitativo y descriptiva, con información proveniente del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Seccional Pereira. Las tasas se calcularon con las proyecciones de crecimiento poblacional del DANE. La población y muestra corresponde a los 363 suicidios que dictaminó el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, (INMLCF) Seccional Pereira, entre los años 2005 – 2010.

El rango etario de estos suicidios estuvo comprendido entre los 10 y los 86 años. Al analizar las edades, se encontró gran dispersión en las mismas, razón por la cual hay tanta disparidad en sus principales medidas.

Así, la media de edad de los mismos se ubicó en 37,1 años, mientras que la mediana se ubicó en 32,7, y la desviación estándar fue alta: 17,8. Al discriminar las mismas por sexo, se encontró también una alta dispersión, pero sobresalieron dos hechos: el rango de edad de las mujeres fue menor: de 13 a 76, frente los 10–86 de los hombres. El otro

hallazgo fue el que las mujeres se suicidan a edades más tempranas que los hombres, y así, se observa que la mediana se ubicó en 26,5, frente a los 35,3 de los hombres

Las cifras reportadas por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses Seccional Pereira, periodo 2005-2010, permitieron evidenciar un consolidado de 363 suicidios en la jurisdicción de los 14 municipios que conforman el departamento de Risaralda, siendo los hombres el de mayor afectación con 300 casos, que representan un aporte del 83% del total de suicidios registrados y los 63 casos restantes, corresponden a mujeres, con un aporte del 17%.

Factores asociados a ideación suicida en universitarios. (Boyacá)

Este estudio fue realizado por Siabato y Salamanca (2015) el cual realizó un estudio no experimental de tipo transicional descriptivo, cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a ideación suicida en una muestra de 258 universitarios con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años, pertenecientes a una universidad ubicada en el departamento de Boyacá; a partir del inventario de ideación suicida positiva y negativa (PANSI), la Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS), la Escala de impulsividad de Barratt (BIS), el Cuestionario de dependencia emocional (CDE), la Escala de eventos vitales estresantes (EEVA) y una ficha sociodemográfica. El análisis de resultados indican que el 31 % de la población participante presentó ideación suicida, hallándose a partir de las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis, que el estado civil unión libre, los eventos vitales estresantes, la dependencia emocional, la impulsividad y la depresión son factores asociados a ideación en universitarios.

La prevalencia de ideación suicida en la población objeto de estudio fue del 31 %, lo cual soporta los hallazgos de Eguiluz (2003), quien ya había referido que más de la cuarta parte de los universitarios tienden a presentar pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto-infringida; el 30,2 % presentó ideación suicida negativa (ISN), es decir, ideas suicidas propiamente dichas con las posibles razones que lo justificarían, tales como fracaso, desesperanza, baja autoeficacia, frustración o tristeza. Mientras que, el 25,6 % se ubicó en un nivel alto de ideación suicida positiva (ISP) que atañe a una baja presencia de pensamientos de protección tales como sentido de control, autoconfianza, expectativas positivas, alegría y satisfacción con la vida. Villalobos y Galvis, (2009).

Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia).

Este estudio fue realizado por Pérez (2013) cuyo objetivo es explicar los componentes sociales que contribuyen a la configuración de conductas suicidas recurrentes en ciertas poblaciones rurales a través de un estudio de caso del municipio de La Unión (Antioquia), cuyas tasas de suicidio han sido bastante elevadas durante ese período, encima de 20 sobre cien mil habitantes, mientras las tasas nacionales oscilan entre 4 y 5. En cuanto a la metodología se utilizaron estrategias metodológicas cualitativas y cuantitativas a fin de realizar lecturas integrales de la problemática (datos estadísticos del suicidio en los años 1990-2000, encuestas, entrevistas y etnografía).

Se privilegia el análisis sociológico, de entender el suicidio como fenómeno colectivo que depende de ciertas condiciones sociales y apropiaciones subjetivas. En los resultados se obtuvieron las siguientes dimensiones sociales que caracterizan el fenómeno estudiado: (a) intensificación del modelo neoliberal que devastó la economía campesina local; (b) agudización del conflicto armado que desestructuró la vida social; (c) vulnerabilidad de los jóvenes campesinos, mayores receptores de las carencias del campo; (d) subjetividades de género que inciden en la conducta suicida de manera inversa: más hombres que se suicidan por más mujeres que lo intentan.

Estudios Locales

Factores psicosociales que se asocian con la ideación e intento de suicidio en los adolescentes de 14 a 18 años del colegio fe y alegría de los patios e instituto nacional de educación media (INEM) José Eusebio Caro del área metropolitana de la ciudad de Cúcuta.

Este estudio fue realizado por Gonzales y Cañas (2013) cuyo objetivo es identificar los factores psicosociales que se asocian con la ideación e intento de suicidio en los adolescentes de 14 a 18 años del colegio fe y alegría de los patios e instituto nacional de educación media (INEM) José Eusebio Caro del área metropolitana de la ciudad de Cúcuta. El estudio fue descriptivo y trasversal, los participantes fueron evaluados con los siguientes instrumentos: inventario de depresión de Beck con el cual se seleccionó la muestra y posteriormente a esta muestra se le aplicó una entrevista semiestructurada. Los factores psicosociales asociados de mayor influencia en la ideación suicida fueron

las áreas personal y familiar. Este proyecto de investigación concluye en que los factores que influyen en la ideación e intentos suicidas en adolescentes de 14 a 18 años son las interacciones y dificultades en la dinámica de pareja así como niveles muy bajos de cohesión familiar, estados depresivos, desesperanza aprendida y creencias distorsionadas.

Factores de riesgo relacionados con el proceso suicida en los adolescentes.

Este estudio fue realizado por Muñoz (2015) con el objetivo de describir los factores de riesgo relacionados al proceso suicida en los adolescentes, para tal fin, se utilizó una metodología de análisis de contenido, determinada esta como una técnica interpretativa a partir de la información obtenida de diferentes fuentes, artículos, revista e investigaciones en la que se aborde un tema específico es decir que los factores de riesgo identificados a nivel individual, afectivo, emocional, social y familiar, fueron determinados según la prevalencia de los mismos.

En cada una de las fuentes de información obtenidas, lo que permitió realizar una categorización y un análisis de los factores más representativos relacionados a la presencia de conductas suicidas en los adolescentes. Se puede concluir de esta investigación que en la etapa de la adolescencia se encuentran en una etapa de vulnerabilidad emocional, durante el ciclo vital, al experimentar y enfrentar situaciones generadoras de fuertes sentimientos de estrés y confusión relacionados a los cambios concebidos en esta etapa.

Procesos resilientes en familias que han vivenciado pérdidas por muerte violenta y suicidio en la ciudad de Cúcuta.

Este estudio fue realizado por Álvarez y Mora (2012) la cual, tuvo como objetivo describir los procesos resilientes en familias que han vivenciado pérdidas por muerte violenta y suicidio en Cúcuta (Norte de Santander), por medio de instrumentos de recolección de datos, que permitieron la comprensión del afrontamiento frente a la pérdida tales como la observación directa y por último se utilizó el familiograma, Es un estudio cualitativo, con un diseño narrativo de tópicos; los participantes fueron dos familias correspondientes a muerte violenta y suicidio, donde la primera posee tres miembros y la segunda dos, compuestas por madres e hijas.

En el análisis familiar sobresalieron las estrategias de afrontamiento, las creencias relacionadas a la pérdida y dinámica que cada familia maneja al momento de lograr adaptabilidad, homeostasis y funcionalidad con respecto a la pérdida vivenciada.

Marco Teórico

En este apartado se encuentra información pertinente al proceso suicida es decir, ideación suicida, intento de suicidio y suicidio consumado, asimismo, el comportamiento del suicidio en Colombia; también se abordan los factores de riesgo individuales en los suicidios y la relación de la adolescencia con esta conducta.

Capítulo I. Suicidio

El suicidio es un fenómeno que en los últimos años comenzó a preocupar a la sociedad y que parece no decrecer, este fenómeno influenciado por componentes biológicos, psicológicos, filosóficos, sociológicos y culturales, se ha posesionado en una de las principales causas de muerte en el mundo.

Anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. OMS (2017).

De manera, que la Organización Mundial de la Salud reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública. El primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, “Prevención del suicidio: un imperativo global” (2014) procura aumentar la sensibilización respecto de la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública, y otorgar a la prevención del suicidio alta prioridad en la agenda mundial de salud pública. También procura alentar y apoyar a los países para que desarrollen o fortalezcan estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

A continuación se abordan conceptos, que aportan a la comprensión de las diferencias entre la ideación suicida, intento suicida y suicidio consumado, de manera que tienen características similares, lo que resulta significativo establecer claridad en estos conceptos, para precisar con certeza el comportamiento que se presente, según la situación.

Ideación suicida

La ideación suicida son aquellas ideas que los individuos tienen y que frecuentemente presentan pensamiento reiterativo sobre el tema de la muerte, y/o permanentemente ocupa un lugar central en la vida del sujeto, que tiene planes y

deseos de cometer suicidio pero no ha hecho evidente el intento. Beck (1979) citado por Córdova, et al (2007).

Según Pérez (2004) citado por Córdova, et al (2007) generalmente las personas con ideaciones suicidas, no llevan a cabo intentos de suicidio, lo que quiere decir que solo experimentan esta fase, no obstante se considera un factor de riesgo, la ideación suicida puede considerarse como el comienzo del ciclo, para llegar al suicidio, estos pensamientos pueden ser recurrentes, o pueden aparecer esporádicamente influenciados por situaciones estresantes o de presión, según la concepción de la persona.

Para la ideación suicida comprende un campo de pensamiento que puede adquirir ciertas formas de presentación; Pérez (1999) citado por Córdova, et al (2007) realiza dicha la clasificación en seis (6) formas, que se visualizan a continuación en la tabla uno (1).

Tabla 1. Formas de presentación de la ideación suicida

El deseo de morir	Es el primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir, y es puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión “La vida no merece la pena vivirla”, “Yo lo que debería es morirme”, “Para vivir así es preferible estar muerto”, etc.
La representación suicida	Consistente en fantasías pasivas de suicidio (por ejemplo imaginarse ahorcado, etc.)
La idea suicida sin un método determinado	Es la idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción. En este caso el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde no saberlo.
La idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún	Es cuando el sujeto desea suicidarse y, al preguntarle cómo ha de quitarse la vida, responde que de cualquier forma; incluso manifiesta diversas posibilidades sin mostrar preferencia por alguna en particular.
La idea suicida con un método determinado sin planificación.	El sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación

La idea suicida planificada	El individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por qué y para qué ha de realizar el acto suicida, y toma por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto. Se le conoce también como plan suicida, es sumamente grave por la posibilidad inminente de consumar el suicidio con éxito.
-----------------------------	--

Con base en lo anterior, al realizar la apreciación característica de cada forma de presentación de la ideación suicida, se entiende, como la primera puerta al camino del suicidio, sin embargo, no todas las personas que han tenido pensamientos suicidas, han tenido precisamente un intento suicida, o experimentado conductas suicidas. Una persona que logre suicidarse, cabe la posibilidad que haya experimentado las 3 fases, en un inicio la ideación suicida, por lo menos un intento suicida y finalmente obtener el suicidio consumado, o por el contrario solo experimentado dos de las tres fases, la ideación y el suicidio.

Intento de suicidio

También denominado para-suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte, en el cual un individuo se hace daño a sí mismo; también llamado suicidio fallido; Cordova, et al (2007) muchas personas en el momento de suicidarse, no premeditan la posibilidad de fallar, sin embargo, cabe la posibilidad, de realizar otros intentos, hasta lograr su cometido, o por el contrario personas que solo han tenido un intento de suicidio a lo largo de la vida, y luego de esto, toman una visión de oportunidad con la vida, por lo que no persisten con este comportamiento.

En esta perspectiva de intento suicida, también se incluye aquellas personas que se auto-agreden, pero tienen control sobre la situación, es decir, una amplia manipulación con fines de obtener propósitos personales; salvo aquellas personas diagnosticadas con un trastorno mental, que en un manejo inadecuado del mismo, puede presentar tanto ideaciones suicidas como intentos suicidas, comportamientos que no están ligadas simplemente a intereses personales sino a factores biológicos.

Asimismo, el intento o acto fallido de suicidio, es definido como la acción del individuo ejecutada, que no llega a consumarse por impericia o falla del método, así

lo define Larrota, Luzardo, Rangel & Vargas (2014) la superación de un intento suicida, puede significar la oportunidad de iniciar un proceso de búsqueda de estrategias, para el afrontamiento de situaciones precipitantes a conductas suicidas, o por el contrario, la búsqueda de métodos contundentes, es decir, más eficaces al que se utilizó anteriormente, para lograr el suicido, y no obtener un intento suicida, una vez más.

Por lo tanto, las personas que intentan suicidarse, con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que les parece imposible de manejar, como sentimientos o pensamientos negativos, sentimientos de vergüenza o culpa, sentirse como una carga para sus seres queridos, concebirse como víctimas y poseer sentimientos de rechazo, pérdida o soledad. Nizama 2011 (como se cita en Larrota, et al 2014).

Teniendo en cuenta las estadísticas los jóvenes son altamente vulnerables a presentar comportamientos suicidas, puesto que la adaptación al medio en que se encuentran y la etapa de desarrollo se torna con un poco de dificultad, por lo tanto optan por utilizar estrategias de afrontamiento negativas, ante las situaciones por las que estén transitando; asimismo, el manejo impropio de la moda, la tecnología, el círculo social y familiar, son factores precipitantes para la presencia de comportamientos suicidas.

Bien es cierto, el intento de suicidio es multi-causado, por lo que algunos autores han expuesto su opinión a lo correspondiente al intento suicida: El modelo de riesgo suicida en adolescentes de Spirito, Overholser & Vinnick (1995) citado por Palacios, et al (2010) en este los autores señalan que existen factores predisponentes, los cuales, al asociarse con algunos estresores (dificultades sociales, escolares y familiares) y con estados emocionales negativos (disforia, desesperación, enojo) influyen en conductas de afrontamiento desadaptativas y en su conjunto inciden en la conducta suicida.

Es decir, que en cuanto a los factores predisponentes ante esta conducta, las personas con falencias en estrategias para afrontar situaciones negativas de su entorno, lo que hace un poco complejo el desenvolvimiento adecuado en el mismo y la inclinación por decisiones como el suicidio.

Como se ha mencionado anteriormente, el intento suicida es la acción que realiza una persona, a través de algún método con el objetivo de atentar contra su propia vida,

sin obtener resultados de logro. No siempre el intento o propósito suicida tiene como finalidad el hecho de quitarse la vida; una persona puede infringirse una lesión no necesariamente para morir, sino con la finalidad de obtener ganancias secundarias, como llamar la atención o manipular.

De esta forma, el individuo se pone en riesgo, pues puede morir sin habérselo propuesto o bien puede suceder lo contrario: no muere aun deseando hacerlo, González, Mariño, Rojas, Mondragón & Medina (1998) citado por Palacios, Sánchez y Andrade (2010) las intenciones de presentar conductas suicidas, así se crea tener bajo control, aumentan los riesgos suicidas, puesto de puede trascender de una fase a otra, llegando al suicidio sin preámbulo alguno, la persona cree tener total control de la situación, sin embargo esta postura no representa ninguna garantía de salvaguardar su vida.

Suicidio consumado

La organización mundial de la salud (OMS) define el suicidio como el resultado de un acto suicida, por su parte el acto suicida es considerado un hecho por medio del cual un sujeto se causa así mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

Es de mencionar, que el suicidio consumado suele producirse más a menudo en los últimos años de la adolescencia. En muchos países industrializados, el suicidio es la segunda causa de muerte en población de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, siendo la primera los accidentes de circulación. Moya (2007). Es decir que los cambios presentes en esta etapa, tiene una fuerte relación con la toma de decisiones por la que pueda optar el adolescente.

Por tal razón, las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con tentativa suicida generalmente están dirigidas a la emoción. La mayor proporción de las personas utilizan como primera opción la de tipo auto-culpabilizante. Esta estrategia las conduce a aumentar el grado de trastorno emocional, para sentirse verdaderamente mal y después iniciar su proceso de recuperación Quintanilla, Valadez, Valencia & Gonzales (2005) las personas más vulnerables ante las conductas suicidas, precisamente son aquellas que no necesariamente padecen un trastorno mental, sino

carecen de estrategias para enfrentar cada situación que se les presenta en el ámbito social, familiar etc.

Por otra parte, el suicidio no aparece en el glosario de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association) y no es considerado como un trastorno mental ni para la CIE-10 ni para el DSM-IV, pero es un grave problema social que pone en evidencia la quiebra tanto en personas (de índole biopsicosocioespiritual) como en las comunidades (exclusión social, debilidad de las tradiciones, pobreza económica, falta de apoyos sociales, etc.). García, Gallego y Pérez (2007) citado por Mansilla (2010).

Sin embargo, en algunos trastornos mentales, que se encuentran en el CIE-10; DSM-IV y DSM-V, identifican la aparición de ideaciones suicidas; personas con trastornos, como los siguientes, pueden aparecer los pensamientos suicidas: trastorno bipolar, la depresión mayor, la esquizofrenia y el trastorno de personalidad límite; es decir, pacientes que diagnosticados con este trastorno, no se realice un tratamiento adecuado, por psicología y psiquiatría, la ideación suicida puede dar paso al suicidio.

A partir de la anterior revisión, se verifica que el concepto del suicidio ha dependido netamente de la religión, política, filosofía; es decir la misma población se ha encargado de esquematizar dicho comportamiento, sin embargo, en este siglo tales agentes, han pasado a catalogarse como factores, que influyen en este accionar; y el suicidio como un problema de salud pública que generalmente toma fuerza, en cada reporte estadístico por las entidades encargadas.

Esta decisión, como una forma voluntaria de morir, ha generado críticas, prejuicios, y cuestiones de rechazo por la ética, la religión y parte de la comunidad, no obstante, la preocupación y la necesidad de encontrar las estrategias para mitigar esta situación, es la una de las partes más importantes, en este problema de salud pública.

En resumen, el suicidio es un problema de salud pública, pues así lo ha declarado la Organización mundial de la salud, por ello la importancia de adopción de propuestas para la mitigación de este fenómeno que está afectando a familias y sociedades enteras, sin discriminar nivel socioeconómico, o estatus social, si son países desarrollados o en vía de desarrollo, simplemente los comportamientos suicidas radican en cada persona influenciado por los factores externos e internos que se presentan.

Comportamiento del suicidio en Colombia

En Colombia, el suicidio es considerado como un problema de salud pública, ocupa la undécima casilla entre las grandes causas de mortalidad, especialmente en aquellas poblaciones en condición de vulnerabilidad con factores de riesgo asociados al bajo nivel educativo, baja resiliencia, baja tolerancia al fracaso, depresión mayor, pérdidas significativas, entre otros aspectos. Ministerio de Salud (2016).

Sin embargo, en el último boletín estadístico mensual de lesiones fatales (2017) por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, informa de las cuatro maneras de muerte violenta, ocupando el suicidio la cuarta causa, tabla dos (2) especificando el número de casos en hombres y mujeres y realizando la comparativa con el año 2016 en lo que comprende el mismo periodo enero-junio.

Tabla 2. Muertes violentas según sexo. Colombia, comparativo 2016 y 2017 (enero-junio)

Manera de muerte	2016			2017		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Homicidio	4.622	432	5.054	4.553	441	4.994
Accidente de transporte	2.604	613	3.217	2.452	551	3.003
Accidental	1.013	233	1.246	1.243	438	1.681
Suicidio	784	164	948	881	219	1.100
Total	9.023	1.442	10.465	9.129	1.649	10.778

De modo, que en Colombia están en aumento las estadísticas que presentan cada año Medicina Legal y Ciencias Forenses, puesto que el número de casos y su porcentaje son significativamente más amplias que año anterior.

De la misma forma, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en su sistema de información SIRDEC, reportó para el año 2016 un total de 2.310 casos por suicidio en Colombia. En la última década (2007-2016) el sistema médico legal colombiano documentó 19.177 registros por suicidio, lo que corresponde a 1.918 casos promedio por año. En la línea de tiempo, analizados los mayores registros, se presentaron durante los años 2012, 2011, 2015 con 1901, 1889, 2.068 casos respectivamente.

A continuación, se visualiza en la figura uno (1) la línea del tiempo en el periodo 2007-2016 por el número de casos de suicidio en Colombia.

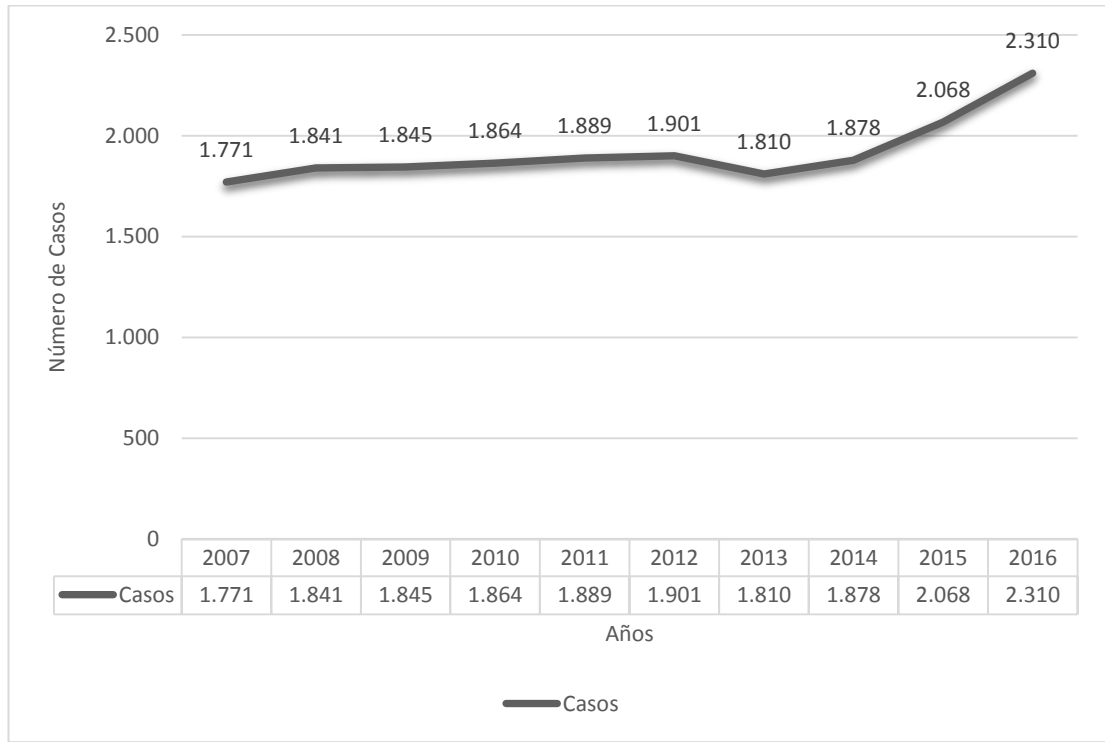


Figura 1. Suicidios, casos y tasas por 100.000 habitantes. Colombia 2007-2016

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/Sistema de información Red de Desaparecidos y Cadáveres. Tasas calculadas con base en la proyección de poblaciones DANE, 1985-2020

Según la figura uno (1) la tasa por 100.000 habitantes para el fenómeno del suicidio en Colombia registra en la última década una constante entre los años 2007-2014; (con un promedio de 4,56 casos por cada 100.000 habitantes)

Por otra parte, según la OMS (2017) el ahorcamiento, la ingestión de plaguicidas y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo y en Colombia según Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016) son los tres (3) principales mecanismos causales de suicidio.

En la tabla tres (3) se visualizan las especificaciones en número de casos y porcentaje del mecanismo causal de suicidio en hombres y mujeres.

Tabla 3. Suicidios según mecanismo causal y sexo de la víctima. Colombia, 2016.

Mecanismo causal	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Generadores de asfixia (Ahorcamiento)	1.200	63,56	221	52,37	1.421	61,52
Tóxico (Envenenamiento)	305	16,15	142	33,65	447	19,35
Proyectil de arma de fuego	252	13,35	14	3,32	266	11,5

A partir de la información contenida en la tabla tres (3) en los siguientes apartados se amplía información característica de los tres (3) mecanismos causales del suicidio en Colombia.

Mecanismos Causales del suicidio en Colombia

Ahorcamiento

A partir de una visión médico forense por Marimar (2017) en los siguientes apartados se abordan los tipos de ahorcamiento, causas o motivos del ahorcamiento y la depresión como potencial factor del suicidio.

El ahorcamiento o colgamiento, Marimar (2017) lo define como la muerte a consecuencia de la constricción del cuello, constricción que ejerce un lazo sujeto a un punto fijo, sobre el que se ejerce una tracción como consecuencia del peso del propio cuerpo. Existen tipos de ahorcamiento:

Ahorcaduras completa e incompleta: Altura a la que queda el cuerpo.

En el ahorque completo, el cuerpo quedará totalmente suspendido en el aire, ninguna parte del cuerpo rozará el suelo. En el ahorcamiento incompleto, el cuerpo llega a tocar el suelo, con lo que el peso no ejerce toda la tracción sobre el lazo.

Ahorcaduras simétrica o asimétrica: Según la localización del nudo

El ahorque será simétrico, si el nudo se encuentra situado en el centro, por lo que la ahorcadura será simétrica tanto en su parte delantera como trasera. Éstas pueden ser a su vez: Típicas. Un ahorcamiento típico es aquel en el que el nudo se sitúa en la parte media posterior del cuello. Atípicas. En el ahorcamiento atípico, se engloban todas las demás situaciones que no sean ahorcaduras típicas.

Se habla de un ahorcamiento asimétrico, cuando el nudo se localice en un lateral.

Causas o motivos de ahorcamiento

Ahorcamiento por accidente

El ahorcamiento por accidente no es una causa muy frecuente de fallecimiento, aunque puede haber algunas causas que puedan provocarlo.

Accidente. Niños jugando, sobre un plano elevado, se cae se enreda la cabeza con unas curdas, cae y se ahorca.

Experimentación. Como casos de experimentación en proyectos científicos, algunos estudiosos han llevado a cabo situaciones límite con el fin de describir las sintomatología, una práctica con una serie de medidas de seguridad que algunos prefirieron obviar.

Como prácticas sexuales, se colocaron de moda durante un tiempo la experiencia erótica del ahogamiento, llegando, en algunos casos, a un resultado fatal.

Motivos laborales, como por ejemplo, especialistas de cine, acróbatas, etc. Ejercicios en los que se enredan en las cuerdas para dejarse caer bruscamente, han provocado más de un disgusto.

Ahorcamiento por homicidio

Quizás no sea la forma más utilizada para un homicidio, ya que requiere tener mucha fuerza como para colgar a otra persona que si además está en pleno conocimiento, será difícil. Sólo es posible si la víctima es de menor tamaño. Se suele utilizar para simular un suicidio.

Ahorcamiento por suicidio

Es la forma habitual para acabar con la vida, se utiliza en todos los países del mundo. Es el método más utilizado en ciudades y entre los hombres más que entre el sexo femenino. La mayoría de los ahorcados suicidas, utilizan las ahorcaduras incompletas, a pesar de parecer menos frecuente. Los lugares elegidos suelen ser lugares apartados, por ejemplo en el campo, los árboles son los lugares preferidos. En las ciudades los jardines, descampados y en la casa.

Reacciones involuntarias del ahorcado

La posición de la cabeza siempre aparecerá inclinada hacia el lado opuesto al nudo. El rostro puede aparecer de color blanco o azul, dependiendo de la situación del nudo, si ambos lados del cuello son oprimidos por el lazo con la misma fuerza, el color de la piel será blanco. Si por el contrario, es asimétrico, el lateral donde se encuentre el nudo será el que reciba menos presión, provocando una congestión cefálica y convirtiendo el color de la piel en azulada.

También, pueden aparecer pequeños hematomas faciales en frente, párpados, labios y conjuntivos; la lengua se sale de la boca; los ojos se proyectan hacia adelante; livideces en las partes inferiores del cuerpo; esperma o líquido prostático, se trata de un fenómeno cadavérico y convulsiones agónicas producidas por la asfixia, que se traducirá en lesiones traumáticas.

Envenenamiento

La intoxicación o envenenamiento es el efecto perjudicial que se produce cuando una sustancia tóxica se ingiere, inhala o entra en contacto con la piel, los ojos o las membranas mucosas, como las de la boca o la nariz. Gerald (s.f), también indico algunas características en el envenenamiento:

- Entre las posibles sustancias tóxicas se incluyen medicamentos con y sin receta médica, drogas ilegales, gases, productos químicos, vitaminas, alimentos, setas, plantas y venenos de animales.
- Algunos tóxicos no causan daño, mientras que otros pueden originar lesiones graves o la muerte.

- El diagnóstico se basa en los síntomas, en la información obtenida de la persona intoxicada y los testigos, y a veces en los análisis de sangre y de orina.
- El tratamiento consiste en tranquilizar a la persona, evitar la absorción adicional del tóxico, y a veces tomar medidas para incrementar la eliminación del tóxico.

Signos y síntomas de una intoxicación

Las señales de alarma que indican que una persona está intoxicada dependen en gran medida del tipo de tóxico y la vía de entrada al organismo, así como de la sensibilidad de la víctima. Díaz (2016) en la tabla cuatro (4) refiere que entre los síntomas de intoxicación o envenenamientos más generales se suelen encontrar:

Tabla 4. Signos y síntomas de una intoxicación

Síntomas neurológicos	Dolor de cabeza, pérdida de conciencia, estupor, somnolencia, confusión, convulsiones, mareos.
Síntomas respiratorios	Falta de aliento, tos, sensación de ahogo, dolor al inhalar.
Síntomas digestivos	Vómitos, diarrea, falta de apetito, náuseas, mal aliento (olor extraño o inusual, quemaduras en labios y boca.
Síntomas cutáneos	Erupciones en la piel, quemaduras, sensación de hormigueo en manos.
Síntomas generales	Visión doble, fiebre, palpitaciones, labios azulados, irritabilidad, descontrol de los esfínteres, dolores generalizados.

Efectos a largo plazo de una intoxicación

Según Díaz (2016) algunos de los agentes tóxicos que existen son especialmente dañinos tabla cinco (5), y o bien no llegan a eliminarse totalmente del cuerpo, o pueden alterar el organismo de tal manera que provoque daños irreversibles.

Tabla 5. Efectos a largo plazo de una intoxicación

Efectos carcinógenos	Se refiere a ciertas sustancias que al pasar por las células las altera, haciendo que se reproduzcan descontroladamente, dando lugar a tumores malignos y, dependiendo de la zona del cuerpo donde actúe, ciertos tipos de cáncer.
----------------------	--

Efectos genotóxicos	Son aquellos agentes que van a provocar un cambio en la estructura genética de la persona, alterando el ADN y pudiendo provocar grandes daños, incluso la muerte.
Efectos teratogénicos	Son tipos de tóxicos que pueden atravesar la placenta de una mujer embarazada, provocando malformaciones en el feto y abortos tardíos.

Proyectil de arma de fuego

Las armas de fuego, una vez conseguido el acceso a ellas son una vía fácil y común para los suicidas. Sin embargo determinar si las heridas por arma de fuego en una víctima han sido autoinflingidas o se trata de un crimen. Moraga (s.f) menciona ciertas características que se deben tener en cuenta para que se identifique como un suicidio, información que se encuentra en los siguientes apartados.

La víctima, el suicida, no debe presentar heridas defensivas, el arma debe estar en la mano o muy cerca si ha usado un arma corta, si ha sido larga habrá dispuesto alguna forma de accionar el disparador tal vez con los dedos del pie o con alguna palanca, debe haber residuos del disparo en su mano “fuerte” o zona correspondiente, la herida debe presentar la correspondiente quemadura y marcas, puede hallarse algún documento que justifique y testimonie su acto y, en general, se debe esperar que este actúe en absoluta soledad.

De modo, que el estudio del cadáver debe asegurar que los orificios de entrada y salida son coherentes con la presunción de suicidio: en la cabeza, en zonas donde se asegure y una muerte lo más rápida e indolora posible (nadie se disparará en la femoral esperando después desangrarse).

Ahora, si el sujeto es zurdo, la herida debe poder ser estimada como hecha con la mano izquierda. Las marcas dejadas en las heridas deberán corresponder con lo esperado en disparos a cañón tocante o a quemarropa.

Por último, los tres mecanismos causales del suicidio abordados anteriormente, permiten entender cada signo, síntoma y característica que experimenta una persona cuando intenta suicidarse o en el peor de los casos suicidarse.

Capítulo II. Factores de riesgo individuales en el suicidio

La muerte ha sido concebida como ^{una} etapa inevitable de la vida que se puede presentar en el momento menos esperado y para el cual no se está preparado, el hecho de atentar contra la propia vida implica una variedad de factores de riesgo; individual, relaciones humanas, comunidad, sociedad y sistema de salud que provocan sin duda alguna un sin sabor en las personas víctimas de este fenómeno. En la tabla seis (6) se relacionan los factores de riesgo en el suicidio. OMS, (2014).

Tabla 6. Factores de riesgo en el suicidio

Individual	Intento de suicidio previo Trastornos mentales Uso abusivo de alcohol u otras sustancias Perdida financiera o de trabajo Desesperanza Dolor crónico y enfermedad Historia familiar de suicidio Factores genéticos y biológicos
Relaciones humanas	Sentimiento de soledad y falta de apoyo social Relaciones conflictivas, rupturas o perdida
Comunidad	Desastres, guerra y conflictos Aculturación y cambio Discriminación Trauma de abuso
Sociedad	Acceso a armas Inapropiadas comunicación de los medios Estigma asociada con buscar ayuda
Sistema de salud	Barreras para acceder a atención de salud

La OMS clasifica los factores de riesgo del suicidio en las siguientes dimensiones: individual, relaciones humanas, comunidad, sociedad y sistema de salud (Ver Cuadro N°1). A continuación se hace un breve repaso sobre los factores de riesgo enunciados por la OMS (2014), el cual se complementa con una revisión de la literatura existente sobre suicidio. Asimismo, se agrega una perspectiva de los factores de riesgo individual desde la teoría ecológica.

Individual

Se habla de lo individual desde la teoría ecológica enmarcando al microsistema que se refiere a las características personales del sujeto como: sexo, estado civil, presencia o ausencia hijos, nivel educativo, decepciones amorosas o conflictos entre parejas, presencia de trastornos mentales, historia médica, presencia de enfermedad física-biológica, intentos previos de suicidio, depresión, duelo no elaborado, consumo de sustancias psicoactivas, antecedentes de problemas psicológicos, manejo inadecuado del tiempo libre, baja autoestima, dificultad para establecer relaciones sociales, dificultades para resolver conflictos, déficit en las habilidades sociales. (Martínez & Robles, 2016).

También la OMS (2014) define Como factores de riesgo individual los siguientes: intento de suicidio previo, trastornos psiquiátricos, uso abusivo de alcohol u otras sustancias, pérdida financiera o de trabajo, desesperanza, dolor crónico y enfermedad, antecedentes familiares de suicidio y factores genéticos y biológicos. En la mayoría de los estudios sobre factores de riesgo del suicidio, el hacerse daño a sí mismo o intentar suicidarse previamente son considerados el factor más fuerte a la hora de predecir el suicidio Cavanagh et al, (2003) citado por Hawton y Van Heeringen (2009).

Con respecto a la salud mental de las personas, más del 90% de los casos de suicidio o intento de suicidio se asocian con trastornos psiquiátricos tales como depresión severa, trastorno bipolar y esquizofrenia Nock et al (2008), siendo los diagnósticos más indicativos de suicidio Tanney (2000) citado por Maris (2009). La comorbilidad de algunos de estos desórdenes aumenta considerablemente el riesgo de suicidio Cavanagh et al (2003) citado por Hawton y Van Heeringen (2009).

De acuerdo a lo anterior uno de los factores de riesgo individuales asociados a este fenómeno del suicidio es la depresión que según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002). Se puede diferenciar:

a. Trastorno depresivo mayor, el cual se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, “al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión” (p.387).

b. Trastorno distímico, el que se caracteriza por la presencia de estados de ánimo depresivos durante al menos dos años la mayoría de los días. Se observan estados de ánimo triste o desanimado. En el caso de los niños y adolescentes se puede presentar estados de ánimo irritable más que depresivo, y la duración mínima de los síntomas deberá ser de un año. También se puede observar en dicho trastorno, pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía, cansancio, baja autoestima, dificultades para concentrarse y desesperanza. Se genera una marcada falta de interés, provocando esto una visión del mundo y de sí mismos poco interesante o inútiles.

c. Trastorno depresivo no especificado, éste presenta características depresivas pero no cumple con los criterios establecidos para considerarlo: “un episodio depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria)”. (p. 387).

Un tema que hace referencia a lo mencionado anteriormente y que está en un auge es la depresión al Cibersuicidio en adolescentes que además están expuestos a la mal utilización de la tecnología. Se muestra la importancia de los trastornos depresivos y sus posibles consecuencias, así como el papel que han alcanzado las diversas tecnologías de la información y la comunicación en los adolescentes. Estas últimas, pueden generar en los jóvenes síntomas y trastornos depresivos así como facilitar el pasaje al acto suicida. Trujano, Dorantes & Quesada (2009) plantean que en la actualidad, el internet ha obtenido un papel fundamental en las sociedades, por lo cual se ha modificado el término suicidio por el de cibersuicidio.

El cibersuicidio refiere a la influencia de la información que circula en Internet sobre el suicidio, así como también la incitación que hay en dichos medios para ejercerlo. Hoy por hoy nos enfrentamos a un nuevo fenómeno denominado “Cibersuicidio”. Según Pérez (citado por Paredes, 2014), el término alude “al acto de

acabar con la propia vida, influido por la información que circula en Internet” (p.4). Es posible acceder mediante el Internet a diversos sitios webs pro-suicidio que fomentan este acto de forma gráfica, incluso con fotos o videos, habilitándose a través del anonimato la exposición de notas suicidas, formas de suicidio, métodos eficaces y dónde comprar los elementos, donde se manejan altos niveles de violencia y bullying entre los miembros.

Moreno (citado por paredes, 2014) plantea la existencia del pacto suicida, que consta en que dos personas se contacten en un blog a través de Internet, coordinando de forma conjunta un día, hora y lugar en que cometerán suicidio, de forma de incentivarse mutuamente. Así como se da dicho pacto, también plantea que en varios casos, este acto es documentado para ser luego publicado en diferentes redes sociales a modo de dejar constatado el coraje que esta persona tuvo, como algo positivo. Parece extraño pensar que estas situaciones suceden en nuestro país, lo cierto es que pese a sus dimensiones y su reducida población, también existen blogs prosuicidio. Internet permite que desaparezcan las barreras comunicacionales y la información a la que se puede acceder es la misma en todas partes del mundo.

Factores de riesgo en la comunidad y las relaciones

Las comunidades en que viven las personas tienen una asociación importante con los factores de riesgo de suicidio. En todo el mundo, diferentes factores culturales, religiosos, legales e históricos han configurado la situación y la comprensión del suicidio, y se ha identificado en la comunidad una amplia gama de factores que influyen en el riesgo individual del suicidio. Las relaciones inmediatas de una persona con su familia, amigos íntimos y otras personas significativas también pueden repercutir sobre los comportamientos suicidas. Algunos de los factores fundamentales relacionados con estas áreas se describen a continuación.

Desastres, guerras y conflictos Las experiencias en casos de desastres naturales, guerras y conflictos civiles pueden aumentar el riesgo de suicidio debido a las repercusiones destructivas que tienen en el bienestar social, la salud, la vivienda, el trabajo y la seguridad financiera. Paradójicamente, las tasas de suicidio pueden descender durante un desastre o conflicto e inmediatamente después, pero esto varía en diferentes grupos de personas. La disminución inmediata puede deberse a las necesidades emergentes de mayor cohesión social. En términos generales, no parece

haber una tendencia clara de la mortalidad por suicidio después de desastres naturales, ya que en diferentes estudios se muestran diferentes características.

Traumas psicológicos o abuso sexual

Los traumas psicológicos y el abuso aumentan el estrés emocional y pueden desencadenar depresión y comportamientos suicidas en las personas vulnerables. Los factores psicosociales estresantes asociados con el suicidio pueden provenir de diferentes tipos de traumas tales como la crisis disciplinarias o legales, problemas financieros, problemas académicos o laborales e intimidación. Además según la OMS (2014), los jóvenes que han experimentado adversidad familiar y en la niñez (violencia física, abuso sexual o maltrato emocional, descuido, maltrato, violencia familiar, separación o divorcio de los padres, asistencia social o institucional) corren un riesgo individual de suicidio mucho mayor que otros.

Los efectos de los factores adversos presentes en la niñez tienden a estar interrelacionados y correlacionados y a actuar acumulativamente aumentando los riesgos de trastornos mentales y suicidio. Sentido de aislamiento y falta de apoyo social El aislamiento se presenta cuando una persona se siente desconectada de su círculo social más próximo: asociados, familiares, compañeros, amigos y otras personas significativas. El aislamiento a menudo se acompaña de depresión y sentimientos de soledad y desesperación. Una persona puede sentir aislamiento cuando atraviesa un evento vital negativo u otro estrés psicológico y no logra compartirlo con alguien cercano. OMS (2014).

El comportamiento suicida a menudo ocurre en respuesta al estrés psicológico personal en un contexto social en el que faltan las fuentes de apoyo y que puede reflejar una ausencia aun mayor de bienestar y cohesión a diferentes actividades que generen un bienestar mental. Quienes comparten relaciones estrechas, duraderas y personales, valores, normalmente tienen un propósito y un sentimiento de seguridad y una conexión en conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas Los conflictos en las relaciones (por ejemplo, separaciones), las disputas (por ejemplo, controversias sobre la custodia de los hijos) o las pérdidas (por ejemplo, la muerte de una pareja) pueden causar aflicción y estrés psicológico coyuntural y se asocian con un mayor riesgo individual de suicidio.

Así mismo la persona pierde las motivaciones y la esperanza de alcanzar metas; genera pensamientos negativos acerca de su existencia, pierde sus sueños y, en pocas palabras, el sentido de la vida. En su estudio sobre el tema, González y Hernández (2012) citan a Frank (2001): cuando no se alcanza el logro existencial, se origina una frustración que se asocia a la desesperanza, caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida y por un vacío existencial que se manifiesta en un estado de tedio, en la percepción de falta de control sobre la propia vida y en la ausencia de metas vitales, de este modo se hace necesario mencionar la detección de los comportamientos suicidas.

Detección de los comportamientos suicidas

La gravedad de los comportamientos suicidas conlleva la necesidad ineludible del diagnóstico precoz. Además, como ha sido señalado en diversos estudios, Moya (2007) del 7 al 15% de los suicidados suele haber consultado en el mes que precedió al suicidio, y entre un 20 y un 25% lo había hecho en el año anterior. Sin embargo, la experiencia clínica del día a día indica que, a menudo, en las consultas previas no se suelen detectar los indicios de comportamientos suicidas.

Además, tener en cuenta que las características mencionadas a continuación anteceden a la detección temprana de los comportamientos suicidas; la ideación, los intentos o planes suicidas, el acceso a medios para suicidarse, la existencia de delirios de negación, de ruina o de indignidad, la existencia de elementos alucinatorios de carácter imperativo, el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas, la historia de intentos de suicidio anteriores, la historia familiar de suicidios o de intentos de suicidio. Todo ello se debe completar con una evaluación de las circunstancias particulares del sujeto así como de sus posibilidades y de su motivación para pedir ayuda.

Otro de los factores importantes a mencionar es la impulsividad Oquendo (citado por Téllez, 2008) proponen el modelo estresor – diátesis para explicar la conducta suicida. En este modelo los estresores (eventos vitales, dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva) son los precipitantes observables del acto suicida. La diátesis o vulnerabilidad se caracteriza por la tendencia al pesimismo y la desesperanza y la presencia de agresividad o impulsividad. (Figura 1).

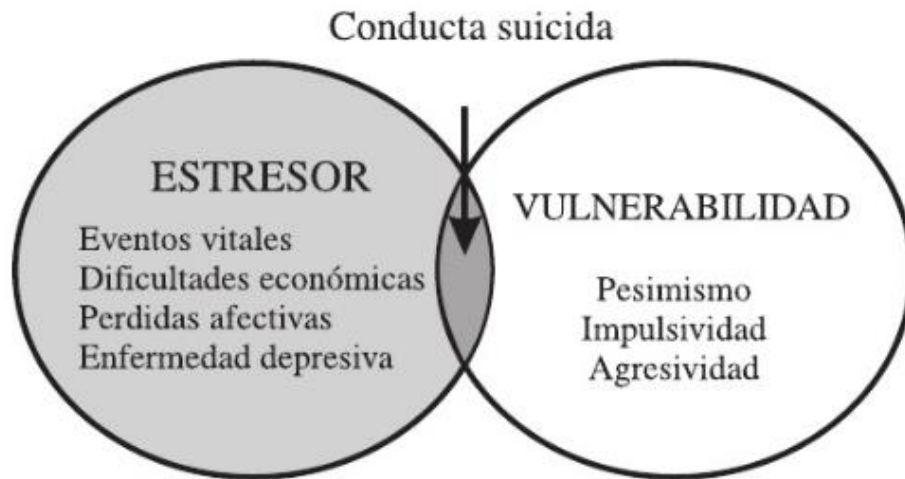


Figura 2. Esquema del modelo estresor - diátesis del comportamiento suicida propuesta por Oquendo et al (citado por Téllez, 2008).

El componente impulsividad/ agresividad se manifiesta como antecedentes de conductas agresivas e impulsivas y como rasgo de personalidad: trastorno antisocial, límite, histriónico y narcisista. La historia de intentos de suicidio previos y la historia familiar de actos suicidas son indicadores claves de la presencia de la diátesis o vulnerabilidad y sugieren la posibilidad de la existencia de un factor hereditario tanto para el comportamiento suicida como para los trastornos afectivos. Téllez, (2008).

Los estudios muestran que los factores genéticos relacionados con la impulsividad y la conducta suicida son distintos a los factores genéticos relacionados en el sistema serotoninérgico al haberse identificado como genes candidatos al gen que codifica la producción de la enzima triptófano hidroxilasa (TPH), enzima que regula la cantidad de serotonina producida y al gen que codifica la proteína transportadora de serotonina. Téllez, (2008).

Finalmente es importante mencionar un factor individual asociado a la tentativa de suicidio que es la esperanza o desesperanza es un estado dinámico de actitud y percepción que la persona tiene sobre los acontecimientos venideros, de tal manera que condicionan u orientan la conducta del individuo sobre el qué hacer. Plantearlo como un estado dinámico, es reconocer que el estar en desesperanza es el resultado de un proceso, valorado en un momento y circunstancias determinadas, y sujeto a situaciones de cambio positivo o negativo, el no poseer un sentido de vida que

mantenga una esperanza en los seres humanos se convierte en un riesgo individual que no puede dejar de importar.

Capítulo III. Adolescencia

A través de la historia se ha visto como la juventud va cobrando un valor importante en la sociedad, En la época de las guerras no importaba si los pequeños eran arrancados del seno de su madre con tal de que menguaran las cantidades de soldados muertos en combate, no se respetaba si se tenía tan solo 8 o 10 años, bastaba simplemente con que tuviera la fuerza suficiente para levantar un fusil, a raíz de la revolución francesa y la de Austria en 1848, se le dio a la juventud la importancia que se merecía basados en las condiciones que representa la edad.

Galland 1991 (como se cita en Souto 2007) considera que la juventud contemporánea es menos libre que la del Antiguo Régimen, pero con el advenimiento del pluralismo de pensamientos y valores, como dice Mitterauer 1981 (como se cita en Souto 2007) la adolescencia ha pasado a ser un momento de toma de importantes decisiones personales en todos los aspectos, frente a las predeterminaciones por sexo y estatus social existentes en las sociedades tradicionales. Para Freud 1905 (como se cita en Gorostiaga 1972) la búsqueda de autonomía e independencia que aparece a partir de la etapa psicosexual de la latencia en la adolescencia se convierte en una etapa vital problemática, caracterizada por el conflicto. Esta visión de la adolescencia marcada por los problemas y el conflicto intenso, la adolescencia como tormenta y estrés sigue influenciando en la actualidad la visión de esta etapa.

Así, entonces, podemos afirmar que muchos factores como la economía, la sociedad, la demografía y la región o país en el que se habita, son factores importantes e incidentes en el cambio o transición del periodo de niño a adolescente, situaciones sociales y mundiales como la industrialización, la implementación de leyes constitucionales, derechos de los niños etc.

Según lo anterior, complementaron la instauración de la adolescencia como un periodo importante en la vida de todo individuo aunque las mujeres en las épocas antiguas tenían menos valor también fueron tomadas en cuenta en una etapa adolescente, una etapa que procuró muchos cambios tanto físicos como emocionales; este periodo llevó a la transformación de la sociedad, de una sociedad machista y clasista a una sociedad democrática e igualitaria, en la que la que la juventud juega un papel fundamental, sin embargo problemáticas como la poca experiencia y la tendencia

a hacer siempre lo que más satisface al joven hacen que se realicen intervenciones de la llamada sociedad en un intento de corregir o guiar al adolescente.

A partir de esto surgen los estudios de clásicos como John Locke o Jean Jacques Rousseau quienes iniciaron la definición moderna de la adolescencia y la juventud, e incluso algunos autores consideran la obra *Émile* de este último, publicada en 1762, como la “responsable” de la definición clásica del carácter especial e independiente de la adolescencia y un primer inventario de sus características “modernas”, el concepto de adolescencia surgió en el ámbito académico con el libro de G. Stanley Hall, *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (1904).

Según lo anterior, éste partía de las características físicas y psicológicas de la pubertad para desarrollar una noción biológica de juventud que asociaba la adolescencia comprendida entre los 14 y los 24 años aproximadamente, con un periodo de tensión y desorden emocional, de confusión interna e incertidumbre (el *sturm und drang* de los románticos), que en la mayoría de los casos llevaba a desequilibrios emocionales que podían provocar desórdenes, desviaciones y neurosis y que comúnmente se expresaban en conductas egoístas, crueles o criminales. Las obras de Sigmund Freud y sus seguidores reforzaron este modelo e impulsaron la definición del periodo como innatamente difícil y problemático, además de universal, es decir, presente en todas las sociedades humanas.

Ni las teorías marxistas ni las weberianas analizaron el papel de los jóvenes: ocupados con las estructuras macro sociales de clase y estatus, tendieron, en la práctica, a contribuir a una visión homogénea, estática o parcial de la juventud. Sí es cierto que Lenin (como se cita en Souto 2007) fue muy consciente del potencial que tenía la juventud como fuerza social y que la organización de la juventud y la elaboración de un programa específicamente juvenil fue una característica importante de las organizaciones juveniles comunistas en los años veinte y treinta. Antonio Gramsci dio gran importancia a la juventud porque consideraba que su educación era fundamental en la reproducción de la hegemonía social, política y cultural. Planteó la posibilidad de que se produjeran conflictos generacionales favorecidos no por cuestiones psicológicas sino por el contexto histórico y social, pero estos conflictos

sólo tendrían importancia social e histórica cuando se relacionaran con cuestiones de clase o nacionalidad, Souto (2007).

Siendo entonces, ésta etapa de la vida de todo individuo, es claro que la transición de los cambios no sólo físicos sino emocionales marcan una importante cadena de hechos que tendrán lugar en la vida del adolescente, los primeros cambios físicos de las niñas se pueden generar a los 8 años, éstos son el aumento del tamaño de los senos, el vello púbico y en las axilas, la primera menstruación y en los hombres estos cambios se presentan dos años después que en la niñas, sin embargo solo cuando se ha madurado físicamente aparecerán los cambios secundarios que son la presencia de hormona, el desarrollo de los testículos y las eyaculaciones, con esto viene el deseo y la curiosidad por el cuerpo del otro sexo y del mismo sexo, lo que también produce cambios emocionales, el comparar el cuerpo propio con el de un amigo o amiga y darse cuenta que no son iguales podría no solo afectar emocionalmente al adolescente sino que también psicológicamente, la baja de autoestima se presenta a partir de estos factores, la mayoría de los adolescente que atraviesan estos cambios sin la guía adecuada no superan con facilidad y tampoco por completo la fragilidad emocional y personal que se desarrolla gracias a lo anteriormente mencionado.

El hecho de sentirse menos bonito o más gordito que los demás baja en gran parte la autoestima, el no poseer amigos y la negativa o ausente relación afectiva familiar hace que el desarrollo cognitivo del adolescente se vea afectado, aunque la velocidad de procesamiento de información continúa en aumento, no de manera tan espectacular como en la tercera infancia pero es posible que su pensamiento siga siendo inmaduro en algunos sentidos, muchos adolescente tienen la capacidad de razonamiento abstracto y sofisticados juicios morales; así mismo pueden plantear de manera más realista el futuro.

Teoría cognitiva de Piaget

Piaget considera que el desarrollo de la capacidad del pensamiento abstracto, el cual ocurre aproximadamente a los 11 años de edad, es el más alto nivel de desarrollo cognitivo, ya que se proporciona una manera nueva y más flexible de manipular la información. Sin embargo, otros expertos en el tema consideran que Piaget se equivocó ya que los adolescentes si tienden a pensar de manera más abstracta que los

niños menores, existen debate acerca de la edad precisa en que ocurre éste avance. Jacquelynne, Ecclest, Wigfield & Byrnes (2003).

Muchas personas en la adolescencia tardía y en la adultez, quizá de un tercio a la mitad parece que no tiene la capacidad de pensamientos abstracto como Piaget lo definió. Gardiner, Kosmitzki, Kohlberg & Gilligan 1971 y Papalia, 1972 (como se cita en Barra 1987). También, Piaget prestó poca atención a las diferencias individuales, a las variaciones en el desempeño del mismo niño, en diferentes tipos de tareas o a las influencias sociales y culturales. (Brown, Metz y Campione 1996).

El concepto de Piaget acerca de las operaciones formales como cúspide del pensamiento maduro quizás sea demasiado estrecho. Case & Okamoto (1996). No obstante, El pensamiento adolescente parece extrañamente inmaduro. A menudo son groseros con los adultos, tiene problemas para tomar decisiones sobre que vestirán cada día y actúan como si todo el mundo girara en torno al suyo. De allí que cada cambio genere una ansiedad y una depresión que en ocasiones puede terminar con el equilibrio emocional, si un adolescente no se siente a gusto con su cuerpo o con su estilo de vida y mantiene una depresión puede llegar a suicidarse, hemos visto como la sociedad, la familia y el aspecto fisiológico juegan un papel importante en el desarrollo del adolescente de igual forma juegan un papel muy importante en las decisiones que éste pueda llegar a tomar.

Factores frecuentes en los adolescentes ante el riesgo suicida

Entre los factores que más inciden sobre los adolescentes se cuenta el factor de adaptación, el desarrollo social, la preocupación por los cambios físicos, la incapacidad para adaptarse genera en el adolescente una serie de sentimientos de frustración y ansiedad que aceleran los pensamientos fatales, la capacidad de razonamiento abstracto, el adolescente empieza a preguntarse por los valores y las opiniones que han marcado su conducta. Según Rogers (1969) la adolescencia es una etapa privilegiada en la búsqueda de la propia personalidad si la disposición del adolescente es abrirse a la experiencia, es decir, estar dispuesto a experimentar nuevas ideas y percepciones diferentes de la vida. Esta apertura comporta revisar las ideas religiosas, los valores morales, las amistades, el concepto de autoridad de los padres, el futuro como estudiante o en el mundo laboral, el tipo de relaciones con los amigos, etc. Rogers

destaca también la importancia de que el adolescente adquiera confianza en sus capacidades y una aceptación madura de los fracasos y los éxitos.

En este contexto cabe situar la evolución emocional del adolescente, desde un estado infantil de sorpresa y rechazo al fracaso a un estado de madurez y de comprensión de las propias capacidades y emociones, Este proceso es largo e irregular con avances y retrocesos. En función de la capacidad de autoconocimiento y regulación de las emociones este proceso estará marcado por el avance o el retroceso. De aquí la importancia de la educación de las emociones en las etapas previas a la adolescencia. De todos modos al lado de la guía y el acompañamiento de un adulto en la evolución emocional del adolescente, la propia experiencia le permite resolver las situaciones nuevas, comprender a los otros y a sí mismos y aceptar el resultado de sus acciones.

En la creación de la nueva personalidad, el adolescente se enfrenta a una de sus mayores enemigos: la baja autoestima que conlleva un grave conflicto emocional que afecta a toda su vida emotiva y afectiva. La baja autoestima es consecuencia de su no aceptación del propio yo, es decir de la propia manera de ser. Erikson (como se cita en Robles 2008) explica este conflicto de personalidad en el hecho que el adolescente tiene que abandonar la infancia y buscar una nueva identidad entre el mundo de los adultos. Entre los elementos que le daban seguridad en la infancia estaban su experiencia sobre las emociones, que significaban y cómo usarlas.

En el nuevo estado debe dar un nuevo sentido a las emociones y debe aprender a utilizar de nuevo su rico mundo emocional. La valoración que se da al adolescente a sí mismo acostumbra a estar distorsionada y ser negativa e injustificada. La baja autoestima es una causa importante de sufrimiento personal que puede llegar a transformarse en conductas depresivas. De ahí la importancia de la consolidación y refuerzo de la autoestima en especial durante la etapa evolutiva de la adolescencia.

Es sabido que el suicidio en adolescentes es la tercera causa de muerte en la mayoría de los países, y presenta una marcada tendencia al aumento. El suicidio no es un acto impulsivo, sino el fruto de un proceso ocasionado por una vida infeliz. El comportamiento suicida puede tener origen en la niñez, pero esto no basta para que se concrete en un acto suicida, sino que estará favorecido por factores de riesgo.

Adolescencia y suicidio

El suicidio en la adolescencia, es la tercera causa de mortalidad en la mayoría de los países, y con una tendencia al aumento, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2017). Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término 'shock cultural' para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por los esfuerzos constantes para lograr adaptarse a la nueva cultura. Se presentan sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás también se experimentan sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura y por ello, la confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal. Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

Sin embargo, se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, Clayton (2016) lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades: Depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastornos incipientes de la personalidad, trastorno Esquizofrénico.

Algunas medidas de prevención ante el riesgo suicida

En la adolescencia la vía más socorrida para abusar del alcohol es la sociedad y la cultura, la cual es el producto de las costumbres, tradiciones, y convenciones de las diferentes culturas, y se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos grandes o pequeños. Se ejemplifica con el adolescente que se inicia en el consumo de cualquier sustancia adictiva para demostrar hombría, audacia ante sus iguales que lo subvalora sino sigue las reglas del grupo.

Por lo antes referido, será de suma importancia que el adolescente sepa que en la medida en que se ponga en contacto con cualquier sustancia adictiva, con una mayor frecuencia y por un período de tiempo más prolongado, tendrá mayores posibilidades de desarrollar una toxicomanía o dependencia de sustancias por eso una vez que un adolescente esté vulnerable ante una situación psicotraumática inicia una crisis suicida, es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva, ya que la característica principal de este tipo de crisis es que existe la posibilidad que el individuo intente afrontar la situación problemática mediante la autoagresión. Al existir esta posibilidad tangible el enfrentamiento a la crisis suicida tendrá como objetivo primordial mantener a la persona con vida mientras dure dicha crisis.

Una manera de prevenir es mediante la observación de las conductas desde la niñez; la información que aborde el comportamiento suicida, puede permitir al adolescente ayudarse a sí mismo y a sus iguales, ante una situación de crisis suicida. También contribuye a que padres, familiares y maestros, puedan reconocer los indicios de la presencia de esta conducta en forma prematura, y contribuir a evitar la concreción del hecho ya que el conocimiento de los factores de riesgo que contribuyen a la concreción de las ideas suicidas, es una estrategia de prevención.

Ante una crisis suicida en un adolescente, hay ciertos procedimientos convenientes, que pueden ayudar a evitar la concreción del acto. Tratarlo con respeto, tomarlo en serio, creer en sus manifestaciones, escucharlo con interés verdadero, ayudarlo a expresar sus sentimientos, averiguar sobre sus intenciones suicidas, trabajar en conjunto para encontrar soluciones alternativas, solicitar autorización para involucrar a las personas más allegadas al adolescente, No juzgarlo, y respetar el secreto de sus confesiones. A continuación se profundizará la atención primaria – primeros auxilios psicológicos para las situaciones de crisis.

Atención primaria - Primeros Auxilios Psicológicos.

Este tipo de intervención Coggiola (2010) refiere que se establece desde los pocos minutos en que ha ocurrido la aparición de la crisis hasta las primeras horas, las personas que la pueden ofrecer por lo general son las que están cerca de la persona en crisis y que a la vez sirven de apoyo y control, es decir, son los familiares cercanos, la policía, los abogados, los médicos, y alguno que otro vecino; el objetivo es el establecer un apoyo, para que la persona en crisis pueda enfrentar su situación, así como reducir los riesgos de mortalidad y poder vincular recursos de ayuda.

Se establecen los siguientes pasos, como estrategias de intervención Coggiola (2010):

Tabla 7. Componentes básicos de los primeros auxilios psicológicos

Contacto psicológico	Invitar a la persona en crisis a hablar los hechos y sentimientos por los que ha pasado, establecer empatía y comunicar interés por su situación, de tal forma que se pueda establecer algún control o calma en una situación intensa, haciendo que la persona en crisis se sienta escuchada y comprendida, aceptada y apoyada. La intención es reducir la angustia o disfuncionalidad que presentan.
Examinar la dimensión del problema	Cuestionar el pasado inmediato, el suceso precipitante de la crisis y poder establecer tanto los recursos personales, como sociales con los que se cuenta en ese momento. Y poder llegar a tomar alguna decisión inminente en un tiempo determinado.

Examinar soluciones posibles	Es poder aclarar lo que la persona en crisis ha intentado, lo que puede hacer en ese momento y proponer alternativas, tratando de redefinir el problema
Ayudar a tomar una acción concreta	Implementar soluciones inmediatas y posteriores a través de una actitud facilitadora o directiva según sea el caso hasta poder controlar la situación de crisis
Seguimiento	Identificar la información que proporciona la persona en crisis, es lo más segura posible, establecer posibles procedimientos de seguimiento a través de un contrato de corto plazo. Reducir la mortalidad y poder enlazar recursos y establecer soluciones posteriores a las necesidades presentadas en la dimensión del problema.

Con base a lo anterior se puede inferir la importancia de realizar un proceso de atención en crisis para la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio.

Marco Contextual

Santa Rosa del Sur está ubicado en el Sur del departamento de Bolívar; insertado en las estribaciones de la Cordillera Central, en el corazón de la Serranía de San Lucas, entre los paralelos 7° 57' 56" de latitud Norte, 74°3' 13" de latitud Oeste. Se encuentra aproximadamente a 650 km de Cartagena, con una extensión territorial geográfica de 2.800 km², y una urbana de 8,2 km², con una altitud en la cabecera municipal de 650 m.s.n.m. Santa Rosa del Sur limita al Sur con el municipio de San Pablo y el departamento de Antioquia, al Norte con los municipios de Achí y Morales, al Oriente con el municipio de Simití y al Occidente con el municipio de Achí Bolívar. Alcaldía de Santa Rosa del Sur (2012)

Es importante indicar que buena parte del municipio se encuentra bajo la ley 2^a de 1959, que lo declara como reserva forestal cerca de 95,4% de su territorio. Es decir, de sus 236.143 hectáreas, solo 10.811 ha no se encuentran dentro de la Zona de Reserva Forestal (ZRF) del Río Magdalena (IDEAM, S.F.)

Santa Rosa cuenta en su cabecera municipal con 19 barrios aproximadamente, adicionalmente tiene 12 corregimientos y 146 veredas. De acuerdo a los cálculos realizados por el PNUD, Santa Rosa del Sur alcanzó un índice de ruralidad de 56,1; con ello superó significativamente el resultado nacional y se ubicó entre los 10 municipios con mayor dinámica rural del Magdalena Medio (PNUD, 2011).

La infraestructura social para la prestación de los servicios de salud, educación, saneamiento básico, recreación y deporte con los que cuentan los habitantes del municipio no son suficientes en condiciones de calidad y cantidad, particularmente en el sector rural. Adicionalmente, la baja o nula disponibilidad de personal calificado en centros rurales, materiales, equipamiento e insumos, han sido limitantes para el buen funcionamiento en la prestación de los servicios básicos. Ministerio de Trabajo (2014)

A continuación se relaciona información correspondiente al equipamiento en salud, educación, cultura, distritos de riego, mataderos, centros de acopio(plazas de mercado), terminales de transporte, puertos, aeropuertos, sitios de vertimiento de residuos sólidos, aguas servidas del municipio; obtenida de Alcaldía de Santa Rosa del Sur (2008-2011) y (2012-2015) citado por el Min Trabajo (2014).

Tabla 8. Equipamiento Santa Rosa del Sur, Bolívar.

Equipamiento	Instalaciones	Localización	Condiciones en las que se encuentran las instalaciones
Salud	Hospital en la cabecera municipal y centros de salud en el sector rural en las cabeceras corregimentales.	El Hospital Manuel Elkin Patarroyo (cabecera municipal) un centro de salud en cada corregimiento(12 centros de salud)	Las limitaciones son aún mayores en la zona rural debido a que existen sectores poblados veredales donde no existen centros de salud, y en donde las insuficiencias y deficiencias tanto en infraestructura como en dotación para la prestación de un servicio de salud con calidad y cobertura son más pronunciadas.
Educación	Instituciones educativas. Centros educativos.	3 Instituciones educativas urbanas 3 Instituciones educativas rurales. 7 Centros educativos urbanos. 117 centros educativos rurales	Las instalaciones del sector rural padecen deficiencias en la infraestructura en los centros e instituciones educativas pues se presenta deterioro y/o mal estado en sus instalaciones (pisos, paredes, techos, baterías sanitarias, placas recreativas, cerramientos, etc.).
Cultura	Espacios recreativos, fútbol, microfútbol y baloncesto.	8 Parques en el área urbana. 12 Parques en el área rural. 14 Canchas en el área urbana. 10 Canchas en el área rural.	Solo el 42,7% están en buenas condiciones.
Distritos de Riego	No		No
Mataderos	Existe un matadero ubicado a las afueras de la cabecera municipal.	Se encuentra ubicado a unos 200 metros de la cabecera municipal	Está en condiciones sanitarias aceptables, no obstante se requieren materiales y equipos que mejoren las condiciones de uso del sitio. En la actualidad se sacrifican diario entre 14 y 16 animales bovinos.

Centros de acopio(plazas de mercado)	No existe aún	No	No existe una plaza de mercado. Se está acondicionando una muy cerca del parque central en la calle 9ª ente carreras 13 y 14, para la venta de los productos de la canasta familiar.
Terminales de transporte	No existe aún	Existen 4 oficinas en la Cabecera municipal de empresas transportadoras de pasajeros y de carga. Cootransbol Ltda, Sotramagdalena, Cotrasnsimití y Cotransmagdalen a	Estas empresas son privadas y prestan el servicio de transporte a quienes viajan hacia los municipios de Simití y San Pablo, al corregimiento del Cerro de Vera Cruz “Puerto” y a la ciudad de Bucaramanga Santander. Sus oficinas no cuentan con una infraestructura sofisticada para la ubicación de los vehículos sino únicamente oficinas para la venta de tiquetes y traslado de carga de paqueteo.
Puertos	No	El puerto más cercano es el que está en el corregimiento Cerro de Vera Cruz, Simití Bolívar.	Es un puerto fluvial con salida permanente de rutas aguas abajo y arriba del río Magdalena; comunica los municipios de Simití y Santa Rosa con el resto de municipios vecinos, las condiciones de infraestructuras no son las adecuadas pues en la actualidad existe una boya flotante con capacidad para sostener tres botes.
Aeropuertos	Vuelos chárter	1 en cerca de la cabecera municipal	El municipio cuenta con el aeródromo Gabriel Antonio Caro que permite el acceso aéreo a pequeñas aviones
Sitios de vertimiento de	No	Cabecera municipal y rural	Los residuos sólidos se disponen a cielo abierto

residuos sólidos	tanto en la cabecera municipal (donde existe un botadero) como en los corregimientos y en las veredas, generando focos de contaminación.
Aguas servidas No	Las aguas residuales vierten en fuentes hídricas, sin tratamiento alguno, con lo cual se contaminan, En el caso de la cabecera municipal las aguas residuales se mezclan con las aguas pluviales y convergen en tres puntos de vertimiento: Las Mercedes, Las Acacias y Las Vegas

Con base en lo anterior, Santa Rosa es un municipio equipado significativamente, la cual, contribuye al bienestar y calidad de vida de los ciudadanos, sin embargo, en las condiciones en las que se encuentra las instalaciones se puede evidenciar que existen aspectos en que mejorar.

Por otra, en cuanto a la salud pública el centro de atención en salud Hospital Manuel Elkin Patarroyo ha venido asistiendo en aumento casos por intentos de suicidio, lo que comprende el periodo 2012-2016 han acumulado 52 intentos de suicidio y 6 intentos de suicidio.

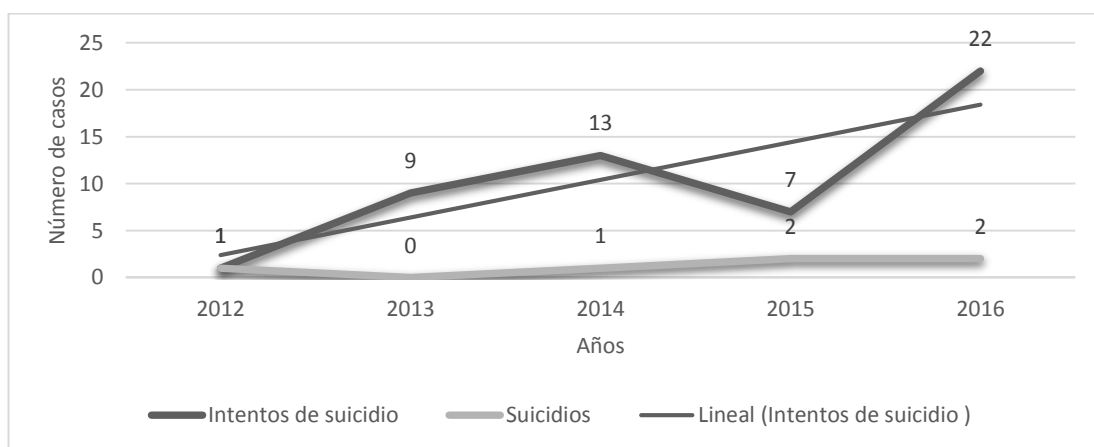


Figura 3. Intentos de suicidio y suicidio en Santa Rosa del Sur, Bolívar. 2012-2016
Fuente: Secretaria de salud y desarrollo de Santa Rosa del Sur, Bolívar.

Marco Legal

En la realización de una investigación se hace pertinente establecer el marco legal que responde a la normatividad que tiene el investigador con los participantes, también los derechos que tienen las personas en beneficio de la salud mental. Según el código penal colombiano de la (ley 599 de 2000) con el Artículo 107 que habla sobre la Inducción o ayuda al suicidio. (Penas aumentadas por el artículo 14 de la ley 890 de 2004). El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses. 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 dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses.

Por otra parte el congreso de Colombia (2013) expide la ley 1616 que tiene como objeto el objeto de la presente ley es 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.

Así mismo el 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. Es decir que todas las personas que en su defecto requieran atención desde la parte de salud mental tienen la garantía de la atención para la promoción de la salud mental.

También en su artículo N° 35 ordena implementar al Ministerio de Salud y Protección Social entre otros el sistema de vigilancia de la conducta suicida, el plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 estableció como unos de sus componentes el dirigido a la promoción de la convivencia social y salud mental. Uno de los objetivos

de este componente es fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.

El congreso de Colombia (2006) expide la ley 1090 que reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones.

Artículo 2°. De los principios generales. Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales:

1. Responsabilidad. Al ofrecer sus servicios los psicólogos mantendrán los más altos estándares de su profesión. Aceptarán la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y pondrán todo el empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta.

2. Competencia. El mantenimiento de altos estándares de competencia será una responsabilidad compartida por todos los psicólogos interesados en el bienestar social y en la profesión como un todo.

3. Estándares morales y legales. Los estándares de conducta moral y ética de los psicólogos son similares a los de los demás ciudadanos, a excepción de aquello que puede comprometer el desempeño de sus responsabilidades profesionales o reducir la confianza pública en la Psicología y en los psicólogos. Con relación a su propia conducta, los psicólogos estarán atentos para regirse por los estándares de la comunidad y en el posible impacto que la conformidad o desviación de esos estándares puede tener sobre la calidad de su desempeño como psicólogos.

4. Anuncios públicos. Los anuncios públicos, los avisos de servicios, las propagandas y las actividades de promoción de los psicólogos servirán para facilitar un juicio y una elección bien informados. Los psicólogos publicarán cuidadosa y objetivamente sus competencias profesionales, sus afiliaciones y funciones, lo mismo que las instituciones u organizaciones con las cuales ellos o los anuncios pueden estar asociados.

5. Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en

aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

6. Bienestar del usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan.

7. Relaciones profesionales. Los psicólogos actuarán con la debida consideración respecto de las necesidades, competencias especiales y obligaciones de sus colegas en la Psicología y en otras profesiones.

8. Evaluación de técnicas. En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzarán por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Harán lo posible para garantizar por parte de otros el uso debido de las técnicas de evaluación.

9. Investigación con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano.

Artículo 5°. Dentro de los límites de su competencia, el psicólogo ejercerá sus funciones de forma autónoma, pero respetando siempre los principios y las normas de la ética profesional y con sólido fundamento en criterios de validez científica y utilidad social.

Artículo 14. El profesional en Psicología tiene el deber de informar, a los organismos competentes que corresponda, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles, inhumanas o degradantes de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión

Artículo 15. El profesional en psicología respetará los criterios morales y religiosos de sus usuarios, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la intervención.

Artículo 16. En la prestación de sus servicios, el profesional no hará ninguna discriminación de personas por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología,

nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, fundamentado en el respeto a la vida y dignidad de los seres humanos.

Artículo 30. Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

Metodología

A continuación se hace referencia a la metodología implementada para la descripción de los factores psicológicos de riesgo en los intentos de suicidio en personas del municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar; la cual, referencia el tipo de investigación, alcance, diseño, población, muestra e instrumentos (variables).

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo cuantitativo la cual, según Hernández, Fernández y Baptista (2014) definen como la representación de un conjunto de procesos, es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no se pueden eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, se pueden redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones.

Es decir que el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, por tal razón, este estudio realiza la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) que pretende determinar la presencia de síntomas de depresión especificando el nivel de depresión de las personas con intentos de suicidio y la aplicación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik evaluando los riesgos suicidas individuales obteniendo el reconocimiento de probabilidad de repetición post intento.

Alcance de la investigación

Correlacional

Los estudios correlacionales pretenden responder a preguntas de investigación, este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con

frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables. En este caso la investigación pretende asociar las variables de la depresión con las variables de los factores de riesgo suicidas.

Diseño

Se utiliza un diseño no experimental, es decir que son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos Hernández, Fernández y Baptista (2014).

Transversal

Por consiguiente es una investigación transversal o transeccional, recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único Liu (2008) y Tucker (2004) citado por Hernández, Fernández y Baptista (2014). Su propósito es describir variables, como en este caso representar los factores psicológicos asociados al intento de suicidio y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Población

La población seleccionada para desarrollar esta investigación son las personas con intentos de suicidio registradas en las estadísticas del periodo 2015-2017 en la base de datos del Hospital Manuel Elkin Patarrollo del municipio de Santa Rosa del sur Bolívar, la cual, en los últimos tres (3) años aproximadamente acumulan cuarenta y siete (47) casos, es decir, el año 2015 registra siete (7) intentos de suicidio, 2016 registra veinte dos (22) intentos de suicidio y 2017 los meses enero-junio registran dieciocho (18) intentos de suicidio.

Muestra

La muestra es de tipo no probabilística por conveniencia, por consiguiente, se tiene en cuenta el criterio subjetivo de la investigación, a partir de la elección de los individuos más “representativos” o “adecuados” para los fines de la investigación, en criterios como:

Edad de dieciocho (18) a veinticuatro (24) años lo que significa el 32% de la población total, equivalente a dieciséis (16) personas; criterio de residencia en la zona urbana del municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar de las dieciséis jóvenes

mencionados anteriormente, equivale al 60%, es decir nueve (9) jóvenes; criterio de diagnóstico depresivo equivalente al 2% de la población total, correspondiente a una (1) joven; criterio de voluntad de participación en la investigación equivalente al 90% de los jóvenes que residen en la zona urbana, es decir ocho (8) jóvenes; en conclusión la muestra para esta investigación corresponde al 18% de la población total, es decir ocho (8) jóvenes para la aplicación de los dos instrumentos: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

Instrumentos (Variables)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) adaptado a una versión española por Sanz, Vázquez, Vallar, Guía & Hernández (2011); es un instrumento de auto-informe de 21 ítems para medir la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más; en la presente investigación la aplicación se realiza con jóvenes en un rango de 18 a 24 años. El BDI-II requiere de 5 a 10 minutos para ser completado.

A continuación se visualizan las 21 etiquetas del BDI-II que se distribuyen en 21 ítems que miden la gravedad de los síntomas de depresión.

Tabla 9. Etiquetas de ítems – Inventario de Depresión de Beck

1	Tristeza
2	Pesimismo
3	Sentimientos de fracaso
4	Perdida de placer
5	Sentimientos de culpa
6	Sentimientos de castigo
7	Insatisfacción con uno mismo
8	Autocríticas
9	Pensamientos de suicidio
10	Llanto
011	Agitación
12	Perdida de interés
13	Indecisión
14	Inutilidad
15	Perdida de energía
16	Cambios en el patrón del sueño
17	Irritabilidad

18	Cambios en el apetito
19	Dificultad de concentración
20	Cansancio o fatiga
21	Perdida de interés por el sueño

Fiabilidad y Validez del BDI-II

Fiabilidad test-retest

Se hizo una estimación de la estabilidad temporal del BDI-II basada en las respuestas de una submuestra de 26 pacientes externos de Filadelfia a quienes se les aplicó el BDI-II en su primera y segunda sesión de terapia, aproximadamente con una semana de diferencia entre ambas sesiones. La correlación test-retest de .93 fue significativa ($p < .001$). La media de la puntuación total del BDI-II en la primera sesión de 20.27 (DT = 10.46) y la media de la puntuación total del BDI-II en la segunda sesión de 19.42 (DT = 10.38) fueron comparables [t para muestras relacionadas (25) = 1.08, no significativa].

Validez

Validez de contenido

Como se ha indicado previamente, el BDI-II se desarrolló especialmente para evaluar los síntomas depresivos incluidos como criterios para los trastornos depresivos incluidos como criterios para los trastornos depresivos en el DSM-IV. A fin de evaluar de manera más completa los criterios del DSM-IV para la depresión se reinscribieron ítems y se añadieron nuevos ítems.

Validez de constructo

Se realizaron diferentes tipos de análisis para estimar la validez convergente del BDI-II. Primero a 191 de los pacientes externos de Kentucky y Nueva Jersey se les aplicó el BDI-IA y el BDI-II durante sus evaluaciones iniciales; el orden de presentación de los instrumentos se contrabalanceó, y al menos otro instrumento fue aplicado entre las aplicaciones de las dos versiones del BDI. La correlación entre el BDI-IA y el BDI-II fue de .93 ($p < .001$). Las medias de las puntuaciones del BDI-IA y el BDI-II fueron de 18.92 (DT = 11.32) y 21.88 (DT = 12.69), respectivamente. La

puntuación media del BDI-II fue de 2.96 puntos mayor que la del BDI-IA [t para muestras relacionadas (190) = 8.96, $p < .001$]

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik, Van Praga, Conte y Picard (1989) y validada en población española por Rubio et al, con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio.

Se trata de un cuestionario auto administrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Los autores de la escala original proponen un punto de corte de 8 puntos (cuando utilizan la versión de 26 ítems), con una sensibilidad y especificidad del 68%.

En los factores de riesgo que contempla esta escala son los antecedentes previos de intentos de suicidio, sentimientos de depresión, desesperanza e impulsividad.

Fiabilidad y validez – Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Fiabilidad

La consistencia interna de la escala original era de 0,84 (alfa de Cronbach). En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-retest tras 72 horas era de 0,89.

Validez

En la escala original para un punto de corte de 8 (26 ítems) la sensibilidad y especificidad era del 68%. En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido.

Procedimiento

El proceso metodológico de la presente investigación se desarrolla por medios de pasos estructurados, que se llevan a cabo de la siguiente forma.

Primera fase: Planteamiento del problema

Esta fase constituye la elaboración de la idea de investigación, planteando el problema de estudio, donde se establecen los objetivos de investigación, se desarrollan preguntas, se justifica la investigación y se analiza su viabilidad; de modo que se realiza una revisión de la literatura y se desarrolla el marco teórico.

Segunda fase: Organización de la investigación

Se realiza la construcción de la metodología con el propósito de definir el tipo de investigación, alcance de la investigación, diseño, población, muestra e instrumentos a implementar.

Tercera fase: Implementación de la investigación

Presentación del proyecto al comité de trabajo de grado, quien asigna los respectivos jurados para la evaluación de la investigación y elaboración de observaciones, que se tienen en consideración para la modificación y ajuste de la investigación.

Cuarta fase: Ejecución de la investigación

Para esta fase se aplican instrumentos como: Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik a la muestra de personas con intentos de suicidio seleccionada para la investigación; es de mencionar, que en esta fase también se realiza el procedimiento para el análisis y presentación de resultados.

Quinta Fase: Construcción teórica

En esta última fase, se construye la discusión, conclusiones, el diseño del poster informativo asociado en los primeros auxilios psicológicos, y las recomendaciones pertinentes para la sustentación del trabajo de grado.

Presentación Resultados Cuantitativos

En esta investigación se aplicaron dos instrumentos de corte cuantitativo que permiten describir los factores psicológicos asociados a los intentos de suicidio en los jóvenes de Santa Rosa del Sur, Bolívar. A continuación se presentan los datos arrojados por cada uno de los instrumentos aplicados en una muestra de 8 participantes del estudio. En primera instancia, se presenta el perfil sociodemográfico de los sujetos objeto de estudio y seguidamente los resultados de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Datos Sociodemográficos

Tabla 10. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	Hombre	5	62,5	62,5
	Mujer	3	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0

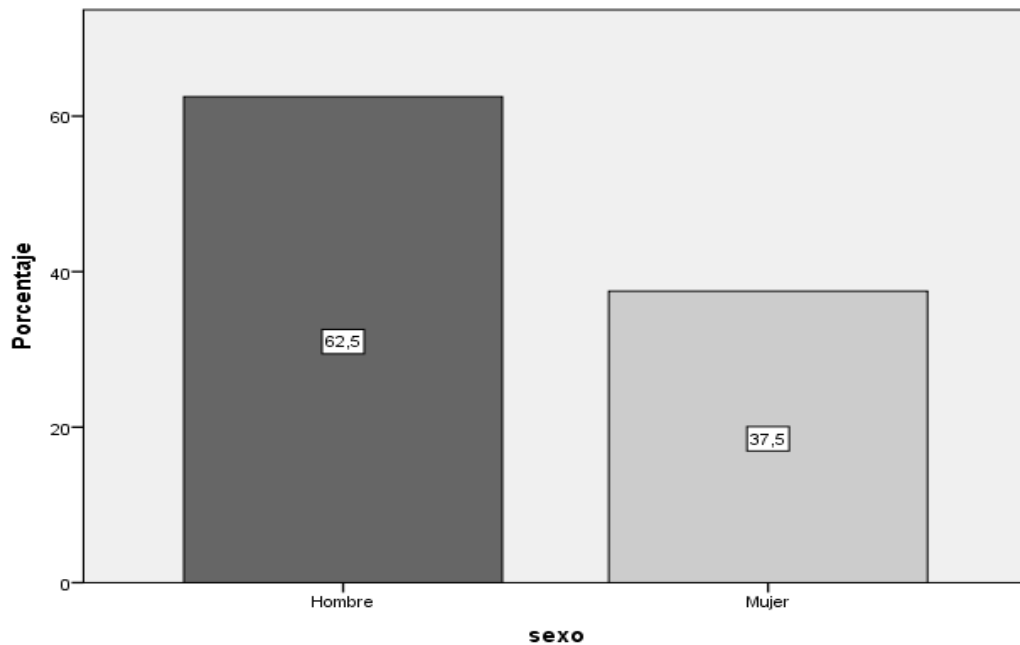


Figura 4. Sexo

Entre los 8 participantes del estudio, el 62,5% corresponde a género masculino y el 37,5% restante a género femenino, lo que indica que mayor número de hombres han intentado suicidarse a diferencia de las mujeres, con base a la muestra del estudio.

Tabla 11. Edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
	18	1	12,5	12,5
	19	2	25,0	37,5
	20	3	37,5	75,0
	21	1	12,5	87,5
	23	1	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

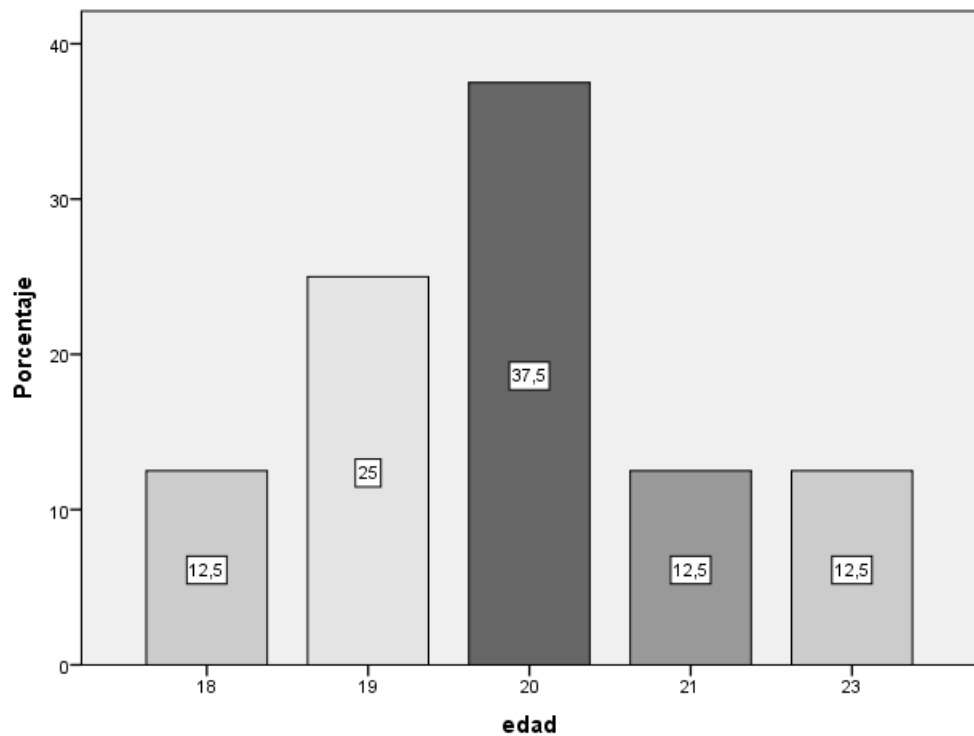


Figura 5. Edad

La grafica anterior, muestra la edad de los participantes, donde el 12,5% (1) es el porcentaje que corresponde a participantes de 18, 21 y 23 años; el 25% (2) tiene 19 años de edad y el 37,5% (3) restante, fueron los participantes de 20 años de edad, es decir, que se encuentran en un rango de 18 a 23 los jóvenes con tentativa de suicidio, sin embargo se evidencia un porcentaje mayor en la edad de 20 años.

Tabla 12. Estudios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria Incompleta	3	37,5	37,5	37,5
Bachiller Incompleto	2	25,0	25,0	62,5
Válidos Bachiller	2	25,0	25,0	87,5
Técnico	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

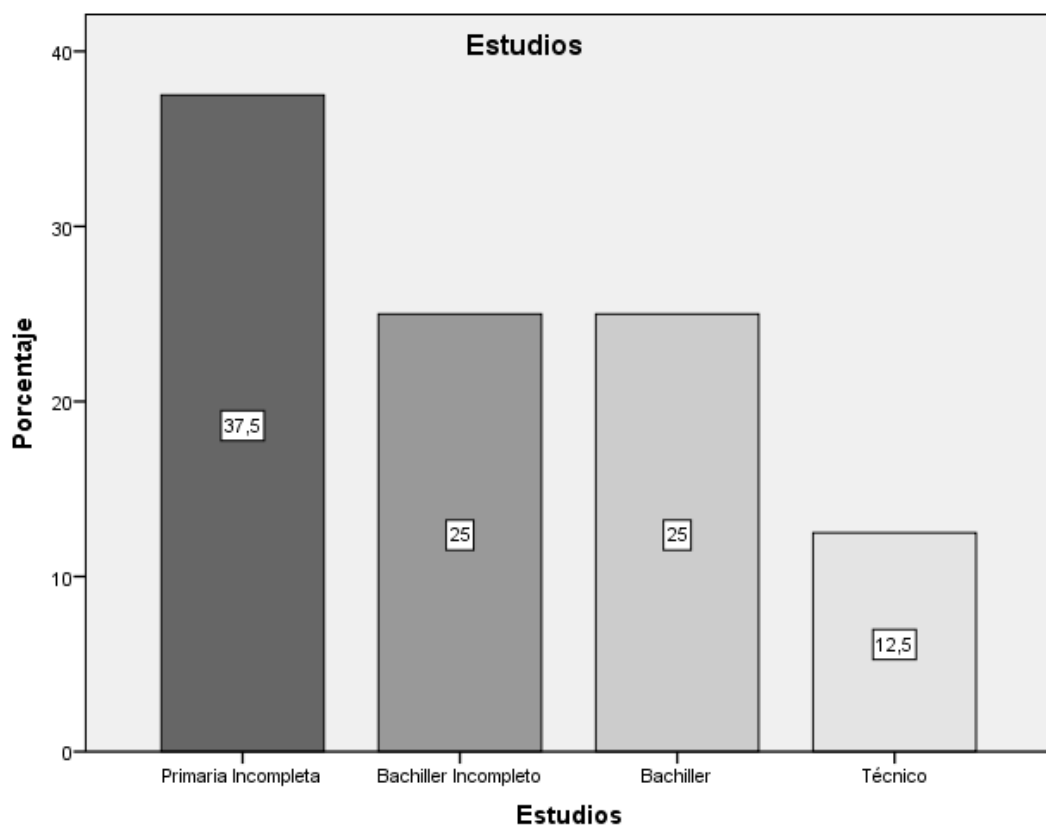


Figura 6. Estudios

De acuerdo a las respuestas de los participantes, el 37,5% contaba con estudios de primaria incompletos al momento de la investigación; un 25% tenía de igual manera incompleto el bachillerato. Por su parte, otro 25% era bachiller y el 12,5% restante, contaba con estudios técnicos. En lo que se puede concluir que a menor nivel educativo se presenta un mayor porcentaje de intentos de suicidio y a mayor nivel educativo en un porcentaje menor.

Tabla 13. Diagnostico Depresión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Si	1	12,5	12,5	12,5
No	7	87,5	87,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

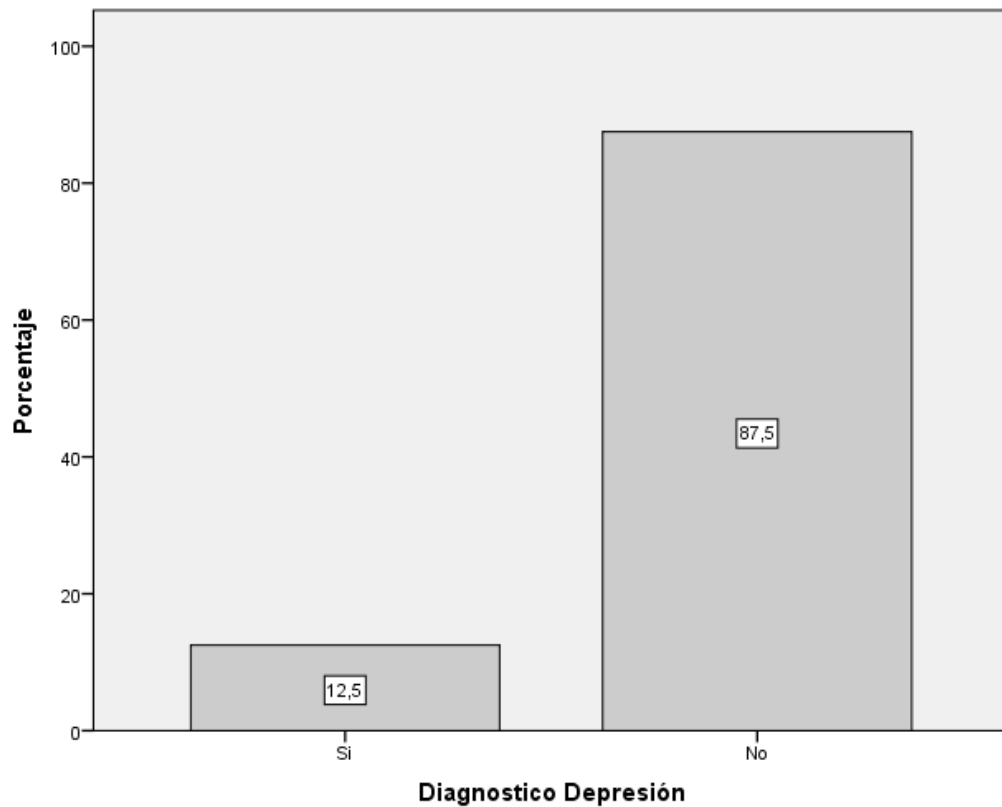
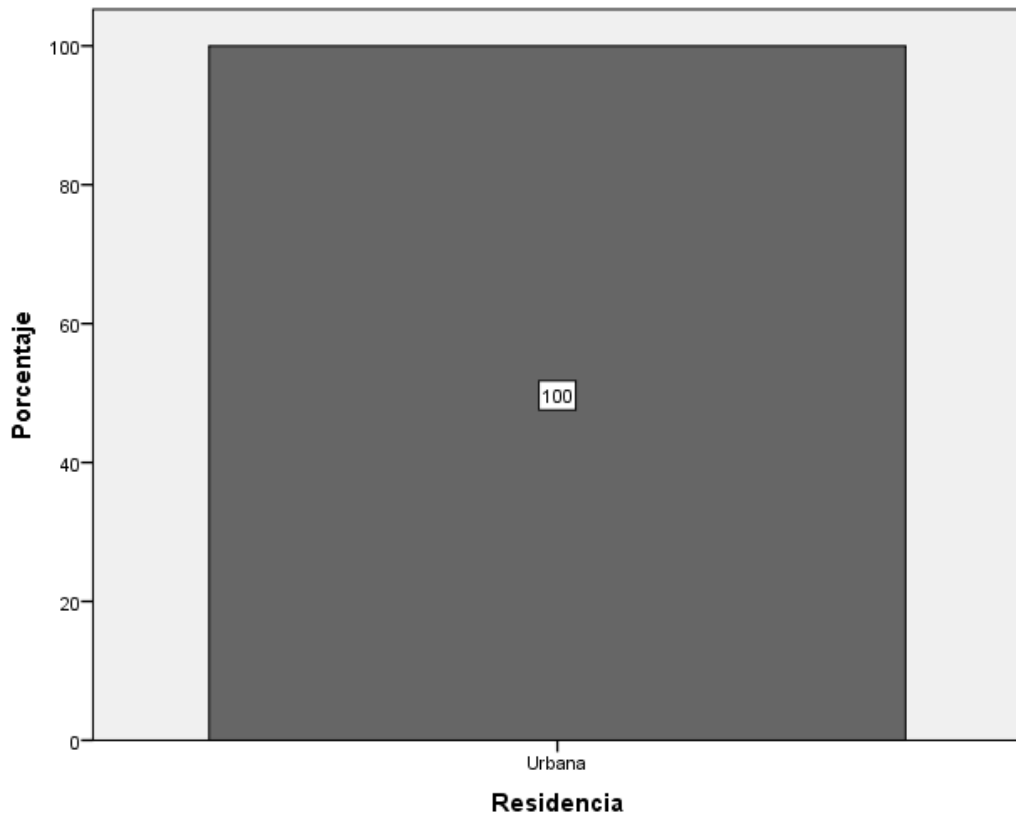


Figura 7. Diagnostico Depresión

Como se observa en la figura, el 87,5% de los participantes no cuenta con un diagnóstico previo de depresión, solo una de ellos equivalente al 12,5%, refiere tener este diagnóstico. Es decir que esta joven se encuentra en mayor riesgo de suicidio, puesto que tiene un diagnóstico previo, la cual está directamente relacionado con los comportamientos suicidas.

Tabla 14. Zona de residencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbana	8	100,0	100,0	100,0



De un total de 8 participantes, el 100% residían en zona urbana al momento de la aplicación del instrumento.

Tabla 15. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Soltero	7	87,5	87,5	87,5
Unión libre	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

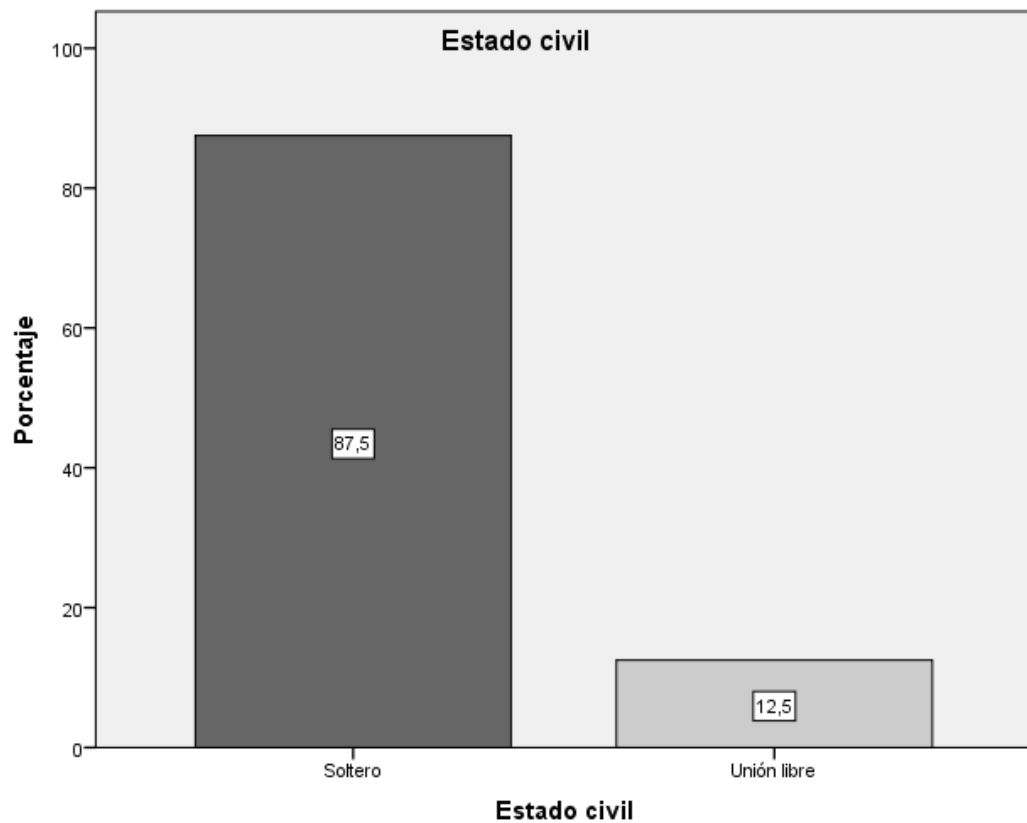


Figura 8. Estado civil

El 87,5% (7) de los participantes se encontraban solteros al momento de la investigación y el 12,5% (1) restante, en unión libre, es decir que cuando los jóvenes se encuentran en un estado de soltería se encuentran con mayor vulnerabilidad a la tentativa de suicidio, a diferencia si se encuentran en unión libre.

Tabla 16. Método causal del I.S

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cortante	1	12,5	12,5	12,5
Envenenamiento	5	62,5	62,5	75,0
Válidos Ahorcamiento	1	12,5	12,5	87,5
Varios métodos	1	12,5	12,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

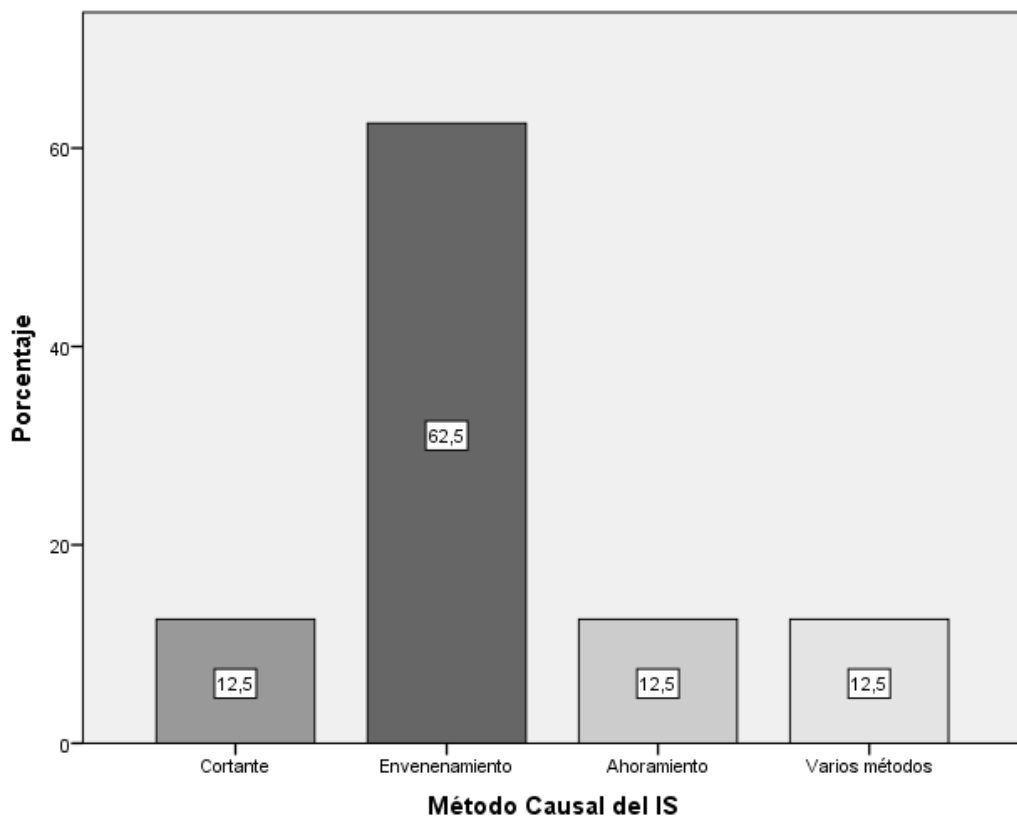


Figura 9. Método causal del I.S

El 62,5% (5) de los participantes, empleó como método de intento de suicidio, el envenenamiento; cada 12,5% (1) corresponde al porcentaje de participantes que realizó su intento con método cortante, ahorcamiento o la combinación de estos tres métodos, correspondientemente, es conclusión los jóvenes optan más por métodos causales tóxicos que provocan envenenamiento, bien lo refiere el Instituto de Medicina Legal y ciencias forenses (2016) en Colombia dentro de los métodos causales del suicidio más comunes son por tóxicos y asfixia.

Por tanto, del total de 8 participantes, solo tres corresponden al género femenino, adultos emergentes entre los 18 y 23 años de edad, con un nivel educativo que oscila entre básica primaria y técnico, solo uno de ellos refirió mantener una unión de hecho y los demás se encuentran solteros. Habitan en zona urbana y solo uno de ellos presenta un diagnóstico previo de depresión.

Es importante anotar que las variables sociodemográficas con frecuencia tienen incidencia en el intento suicida, algunas veces estos, pese a mostrarse favorables no se muestran suficientes ante la carencia de sentido de vida u otras situaciones que actúan como detonantes de la ideación y la conducta suicida. Ahora bien, es posible que algunos factores sociodemográficos como el sexo, la edad, los antecedentes personales, la situación económica, entre otros, coexistan e incrementen el riesgo de suicidio, tal como lo expresan Castaño et al (2015).

Estas características son particularmente importantes si se atiende a que las investigaciones dan cuenta de una prevalencia del riesgo de suicidio en personas jóvenes, situando a los participantes del estudio dentro de un grupo etario de alto riesgo, en la medida en que, de acuerdo a (Álvarez et al, 2013), el suicidio llega a representar la tercera causa de muerte en jóvenes en Estados Unidos y en Australia llega a presentarse una mayor incidencia en personas de género masculino, evidenciando además en Colombia una mayor recurrencia en zonas urbanas.

También, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses observó en el año 2016 un comportamiento alto en el grupo de edad entre los 20-24 años y entre los 25-29 años, asimismo, el mecanismo de asfixia es el más común adoptado por hombres y mujeres, y en cuanto a la razón del suicidio se reporta que las enfermedades físicas y mentales son las primeras causas para asumir esta determinación.

Resultados Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

De acuerdo a las puntuaciones obtenidas, se presenta la siguiente tabla en la cual se visualiza el riesgo suicida atendiendo al punto de corte señalado para la versión aplicada de 15 ítems.

Tabla 17. Puntajes transformados por participante.

Participante	Puntaje	Interpretación
S1	3	Sin Riesgo
S2	10	Con Riesgo
S3	8	Con Riesgo
S4	7	Con Riesgo
S5	7	Con Riesgo
S6	10	Con Riesgo
S7	7	Con Riesgo
S8	7	Con Riesgo

De acuerdo a los puntajes es posible evidenciar que sujetos evidenciaron un mayor riesgo de suicidio de acuerdo a sus respuestas afirmativas, exceptuando el participante 1, quien no manifestó, a partir de este instrumento, riesgo de suicidio, además, dicho participante referencia no haber estado en plena conciencia cuando ocurrió este episodio, debido a que por motivo de intoxicación por ingesta de alcohol en estado de adulteramiento, presento una alteración fisiológica y mental.

Según a estas respuestas el porcentaje de riesgo suicida en los participantes se muestra en la tabla (20)

Tabla 18. Riesgo suicida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Sin Riesgo	1	12,5	12,5	12,5
Válidos Con Riesgo	7	87,5	87,5	100,0
Total	8	100,0	100,0	

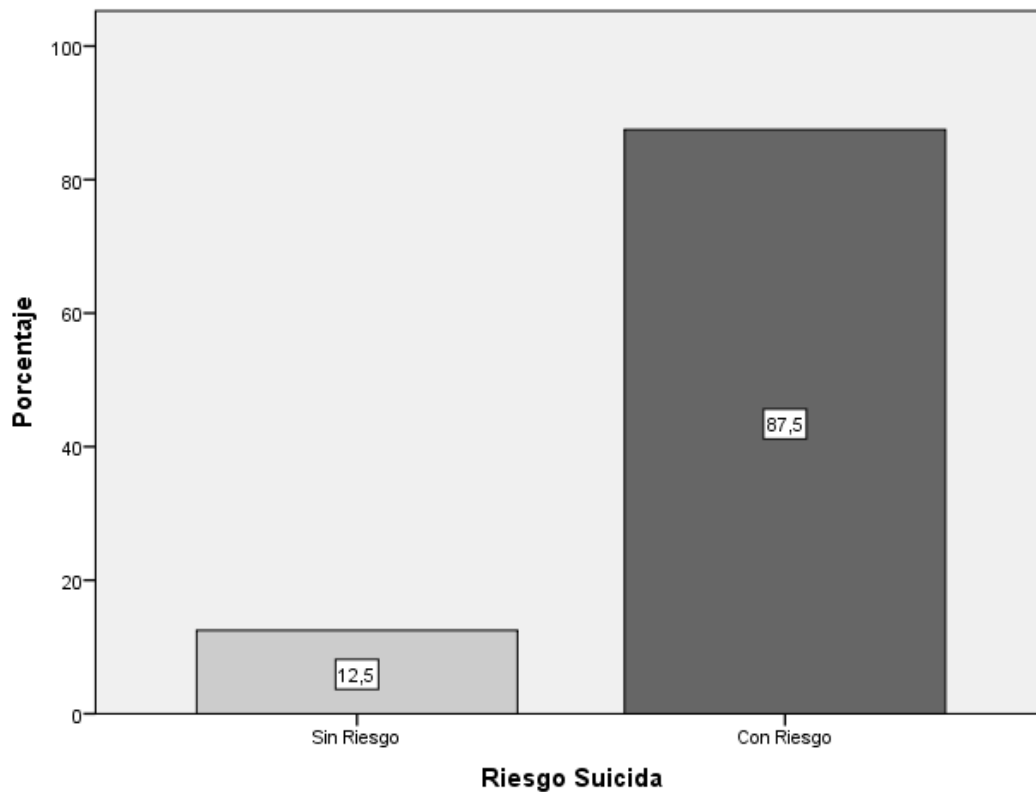


Figura 10. Riesgo suicida

De acuerdo a los resultados el 87,5% de los participantes presenta niveles de riesgo suicida, no obstante es importante atender a los valores en las respuestas dadas por cada uno de ellos ya fluctúan entre 7 y 10 puntos, lo que podría estar demarcando un menor o mayor riesgo para cada uno de ellos.

Teniendo en cuenta o anterior, la OMS (2014) define como factores de riesgo individual los siguientes: intento de suicidio previo, trastornos psiquiátricos, uso abusivo de alcohol u otras sustancias, pérdida financiera o de trabajo, desesperanza, dolor crónico y enfermedad, antecedentes familiares de suicidio y factores genéticos y biológicos. Es decir que los jóvenes están vulnerables a la incidencia de conductas cuando por lo menos tienes antecedentes tentativa suicida, síntomas de desesperanza y diagnóstico de depresión, la cual se evidencia en la muestra del estudio dicho riesgo, correspondiendo el 87.5%.

Así mismo, en la mayoría de los estudios sobre factores de riesgo del suicidio, el hacerse daño a sí mismo o intentar suicidarse previamente son considerados el factor

más fuerte a la hora de predecir el suicidio (Cavanagh et al, 2003; citado en Hawton y Van Heeringen, 2009).

Resultados Inventario de Depresión de Beck

A nivel individual, los niveles de depresión se presentaron para cada uno de los participantes de la siguiente forma:

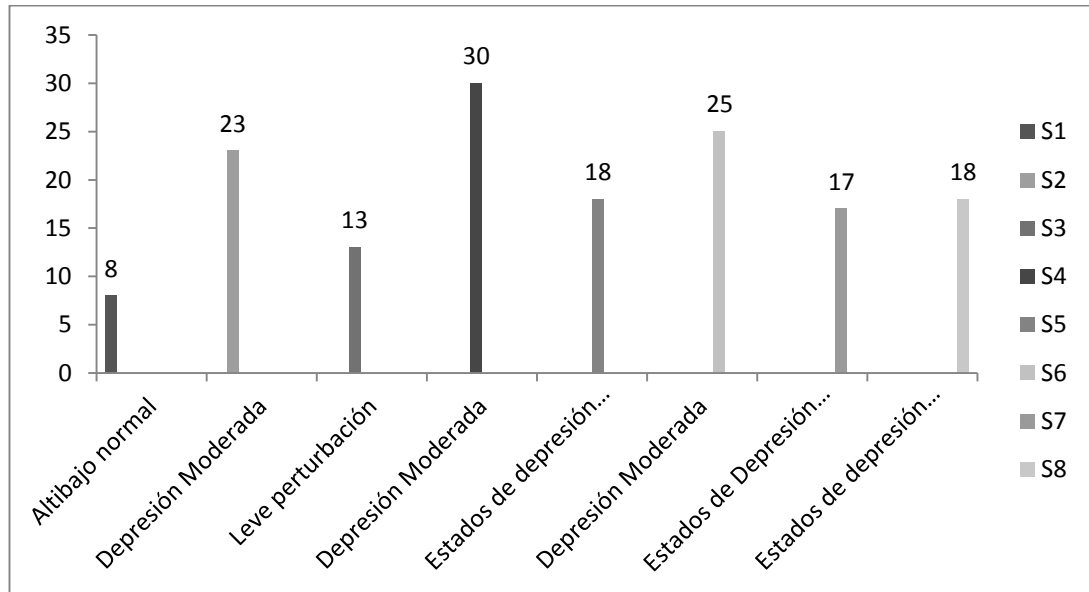


Figura 11. Niveles de Depresión (Individual)

De acuerdo a las puntuaciones establecidas para medir el nivel de depresión de cada uno de los participantes, se encontró que solo de uno de ellos se ubicaba en el nivel de altibajos considerados normales con 8 puntos en un rango de 1 a 10. 3 de los participantes presentan un nivel de depresión moderada, ubicados en el rango entre los 21 y 30 puntos. Un participante más, presenta un nivel leve de perturbación, calificando 13 puntos en un rango entre 11 y 16 en la escala. Finalmente, 3 participantes más se encontraron en el rango de 17 – 20 puntos, referido a estados de depresión intermitentes.

Cabe mencionar, que los tres individuos que puntúan niveles de depresión moderada, es decir, el más alto de la muestra, son participantes de menor edad, pero solo uno, a saber, el participante que puntúa 23 de género femenino, cuenta en la actualidad con un diagnóstico de depresión. Así mismo, 2 de los 3 participantes que presentaron estados de depresión intermitentes, fueron de género femenino.

Tabla 19. Nivel de Depresión

		Nivel de Depresión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Altibajo Normal	1	12,5	12,5	12,5
	Leve perturbación del estado de ánimo	1	12,5	12,5	25,0
	Estados de depresión intermitentes	3	37,5	37,5	62,5
	Depresión moderada	3	37,5	37,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

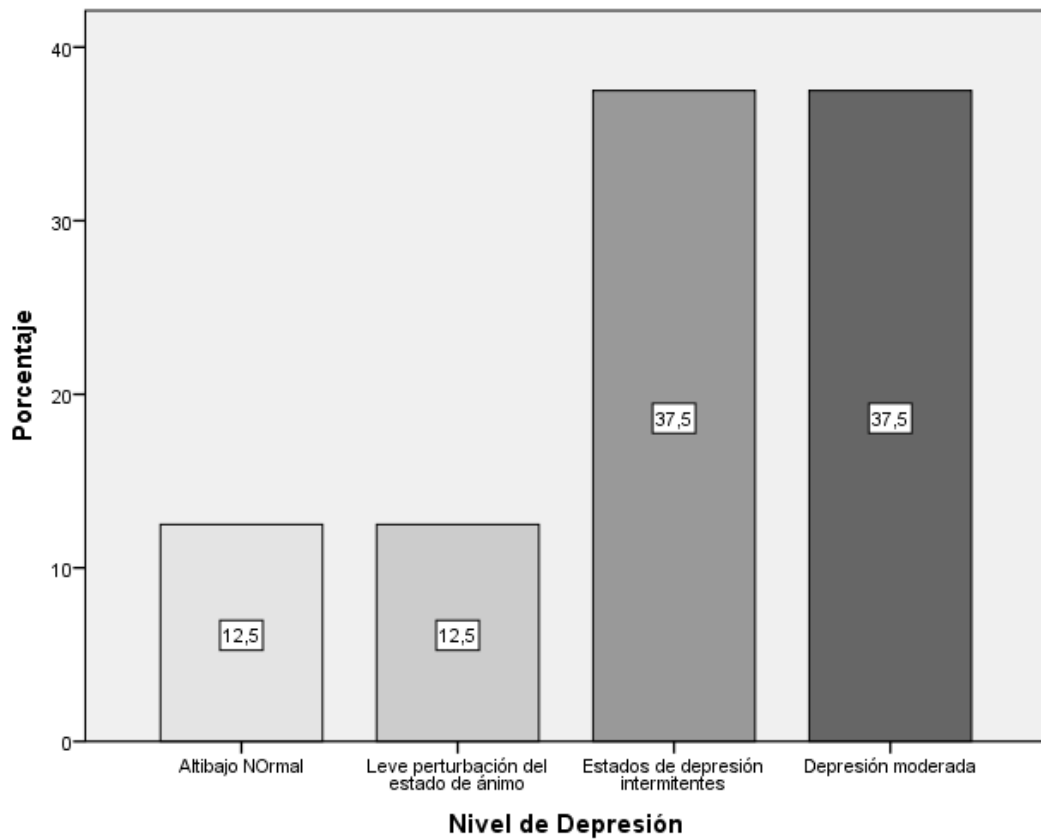


Figura 12. Nivel de Depresión

La evaluación sintomatológica depresiva de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck, mostró que el 12,5% de los participantes se ubica en un nivel de altibajos normales; una proporción similar de 12,5% señala una leve perturbación del estado de ánimo. Por su parte un 37,5% presento estados de depresión intermitentes y el

porcentaje restante, correspondiente a otro 37,5% evidencia sintomatología de depresión moderada.

De acuerdo a lo recomendado por Beck, las personas que puntúan por encima de 17 pueden requerir ayuda profesional, lo cual indica que 75% (6) de los 8 participantes necesitan dicho acompañamiento, es decir, que gran parte de la muestra de estudio necesitan de una atención profesional, siendo psiquiatría y psicología las ramas más competentes para dicha intervención.

Los valores asociados a cada una de las variables que componen el grupo de síntomas cognitivo afectivos y somáticos del inventario, se presentan en la tabla (18).

Tabla 20 Factores y etiquetas de evaluación BDI-II

	Etiqueta	Σ	M
Factores Cognitivo-Afectivo	Tristeza	10	1,25
	Pesimismo	5	0,625
	Sensación de fracaso	7	0,875
	Insatisfacción	9	1,125
	Culpa	10	1,25
	Expectativas de castigo	16	2
	Autodesprecio	6	0,75
	Autoacusación	7	0,875
	Ideas suicidas	5	0,625
	Episodios de llanto	7	0,875
	Irritabilidad	3	0,375
	Retirada social	10	1,25
	Indecisión	3	0,375
	Cambios en la imagen corporal	3	0,375
	Enlentecimiento	9	1,125
	Fatigabilidad	7	0,875
	Factor Somático	Insomnio	7
Pérdida de apetito		9	1,125
Pérdida de peso		9	1,125
Preocupaciones somáticas		6	0,75
Bajo nivel de energía		4	0,5

De acuerdo a la tabla, es posible evidenciar que los puntajes más altos se presentaron al interior de los factores cognitivo afectivos, principalmente los referidos a las expectativas de castigo ($M=2$), tristeza ($M= 1,25$), culpa ($M= 1,25$), retirada

social (M= 1,25) e Insatisfacción (M=1,125) en el mismo orden. En cuanto a la sintomatología somática más recurrente en los participantes, se halló que la Pérdida de apetito (M=1,125) y la Pérdida de peso (M=1,125) fueron los que presentaron mayor prevalencia en los sujetos objeto de estudio.

Es de mencionar, que según Regader (2014) las dos principales causas de la depresión son, por un lado, la ausencia de esperanza u optimismo ante el futuro, y, por otra parte, la pérdida de autonomía frente a la vida y sus sentimientos, puesto que la depresión hace que las esperanzas puestas en las posibilidades se debiliten, la realidad resulta alterada, sumada a la tendencia de las personas con depresión a centrarse más en los aspectos negativos de la vida, que no pueden concebir un futuro más allá de su propia muerte. Es decir, que a mayor nivel de depresión mayor vulnerabilidad a presentar episodios propios de la depresión, por ende, comportamientos de tentativa de suicidio.

Resultados Correlación Nivel de Depresión – Riesgo Suicida

Tabla 21. Estadísticos descriptivos

Estadísticos descriptivos			
	Media	Desviación típica	N
Nivel de Depresión	19,00	6,928	8
Nivel de Riesgo Suicida	7,38	2,200	8

Tabla 22. Correlaciones

Correlaciones			
		Nivel de Depresión	Nivel de Riesgo Suicida
Nivel de Depresión	Correlación de Pearson	1	,637
	Sig. (bilateral)		,089
	Suma de cuadrados y productos cruzados	336,000	68,000
	Covarianza	48,000	9,714
	N	8	8
Nivel de Riesgo Suicida	Correlación de Pearson	,637	1
	Sig. (bilateral)	,089	

1	,637 ^a	,406	,307	1,831	,406	4,105	1	6	,089
---	-------------------	------	------	-------	------	-------	---	---	------

a. Variables predictoras: (Constante), Nivel de Depresión

De ello se infiere que la depresión en esta muestra, puede incrementar en un 40% el riesgo de suicidio de los participantes.

Tomando en cuenta estos resultados, es importante señalar que si bien los niveles de depresión alcanzaron un nivel moderado y el nivel puntaje de los niveles de riesgos de suicidio no alcanzaron niveles máximos, los participantes denotaron la presencia de sintomatología vinculada a estos dos procesos, ya que solo uno no presentó síntomas asociados a la depresión ni riesgo de suicidio, por lo cual es fundamental tomar en cuenta la manera en que los niveles de depresión podrían estar influyendo en el riesgo de suicidio atendiendo a los diferentes ya que aun cuando se presente una relación significativa, siendo esta de 0,63, tampoco existe una ausencia de la misma.

Discusión

El intento de suicidio es una problemática actual de salud pública que no discrimina género, edad, estrato social; la población en general vivencia esta problemática y adquieren un grado alto de vulnerabilidad, puesto que se ven inmersos en situaciones de dificultad como separaciones, pérdidas emocionales, económicas, laborales y educativas. En estas situaciones se evidencian las estrategias de afrontamiento, la capacidad que poseen las personas para la resolución de conflictos y la toma de decisiones. Si bien es cierto que el intento de autolesión es una problemática que no decrece y por el contrario año tras año aumenta en una cifra considerable.

El presente estudio permite describir los factores psicológicos en los intentos de suicidio en jóvenes con tentativa previa en el municipio de Santa Rosa del sur Bolívar. En relación con las características sociodemográficas, al momento del intento de suicidio los hombres se encontraban viviendo solos más a menudo que las mujeres, y vivir en dicha situación se asocia de manera independiente al género. Si bien vivir en situación de aislamiento se reconoce como un factor de riesgo para el suicidio, estudios en otros países señalan que el riesgo que ejercen indicadores de falta de soporte social tales como la separación, el divorcio, la viudez y vivir en situación de aislamiento es mayor en la población masculina, de manera que el matrimonio y la unión parecerían conferir al hombre una vivencia de integración emocional y social que actuarían como un factor protector para el suicidio. González, et al, (2010)

Aunque en el estudio el estado civil no mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres, estar soltero es una variable asociada al género masculino con mayor significación estadística. En la población podrían estar involucrados factores relacionados con las prácticas de socialización ya postulados por otros autores, en las cuales los hombres tienen una red de apoyo social mucho más restringida, dependiente de forma casi exclusiva de la presencia de una compañera, mientras las mujeres cuentan con una red más amplia de familia y amigos para la obtención de soporte emocional y social. González, et al, (2010)

En el caso de las mujeres, la situación de aislamiento social podría considerarse como una dimensión de medición más compleja, donde la convivencia con una pareja emocionalmente distante podría llevar a mayor desesperación y vivenciarse como una mayor ausencia de soporte emocional y social que simplemente vivir solo. Por el contrario, en el estudio las diferencias más notables entre hombres y mujeres, las

cuales sí se asociaron de manera independiente al género, fueron las características del acto suicida, de tal manera que en las mujeres y hombres fue significativamente más habitual el método de envenenamiento, le sigue el cortante y ahorcamiento. Se evidencia que la mayor incidencia estadística en cuanto a aspectos educativos es alta, es decir la mayor parte de la población presentaba estudios primarios incompletos reafirmando lo que plantea Pérez (2014) que de acuerdo a un bajo nivel educativo hay un aumento en el riesgo de suicidio.

Los trastornos del estado de ánimo son reportados en diferentes estudios como un factor relevante asociado al acto suicida, frecuentemente ocupando el primer lugar como causa de este acto. En esta investigación en relación a los trastornos del estado del ánimo se encontró que está presente la depresión moderada, mostró porcentajes mayores. Ello puede explicarse por el hecho de que la depresión moderada, siendo un evento de mayor gravedad, es más factible que se asocie a intentos de suicidio de mayor letalidad.

Con respecto, reafirmando lo encontrado en muchas investigaciones que enfatiza que más del 90% de los casos de suicidio o intento de suicidio se asocian con trastornos psiquiátricos tales como depresión severa, trastorno bipolar y esquizofrenia (Nock et al, 2008), siendo los diagnósticos más indicativos de suicidio (Tanney, 2000; citado en Maris, 2009). La comorbilidad de algunos de estos desórdenes aumenta considerablemente el riesgo de suicidio Cavanagh et al, (2003) citado por Hawton y Van Heeringen (2009). En los participantes con intento también es evidente un alto nivel de riesgo teniendo en cuenta variables como la impulsividad que según estudios en las mujeres se ha visto menor planeación de la situación y mayor impulsividad a diferencia de los hombres que suelen ser más precisos en el acto suicida.

Con base en lo anterior la correlación del estudio es positiva, puesto que a mayores niveles de depresión mayor niveles de riesgo, esto significa que la depresión puede influir en un 40% como factor de riesgo, se deja claro que se hallaron más factores de riesgo relacionados a los datos sociodemográficos. Finalmente como limitaciones del presente estudio deben considerarse, en primer lugar, las limitaciones metodológicas, la población no evidenciaba una participación activa. Estas limitaciones incluyen la posibilidad de información incompleta y sesgada, ya que la información de los casos de intento de suicidio se recoge retrospectivamente. Sin embargo, debe señalarse que el enfoque de la investigación es cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer

patrones de comportamiento y probar teorías, por tal razón, este estudio realiza la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la aplicación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, la información recolectada se correlaciona en lo mencionado anteriormente.

Conclusiones

La investigación cumple con el objetivo de realizar la descripción de los factores psicológicos asociados al intento de suicidio en jóvenes con tentativa previa del municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar, para ello se implementaron dos (2) instrumentos cuantitativos que evalúan factores cognitivo-afectivo y factor somático de depresión y factores de riesgo suicida de tipo individual, permitiendo así, realizar una correlación positiva media de que a mayor niveles de depresión mayores niveles de riesgo suicida.

Teniendo en cuenta los datos sociodemográficos se evidencia que factores tales como género, edad, nivel educativo, diagnóstico previo de depresión y estado civil, se precisan como aspectos predisponentes ante conductas auto lesivas.

Se concluye que el 87,5% de la muestra se encuentran en riesgo de tentativa de suicidio, con base en el punto de corte evaluativo de la escala de riesgo suicida de Plutchik, por lo tanto se considera necesario la atención profesional, como medida de prevención en la probabilidad de incidencia de intento de suicidio.

Así mismo, se concluye que el 12,5% de la muestra no se encuentra en riesgo de tentativa de suicidio, sin embargo, se debe prestar atención a casos de intento asociados a factores como intoxicación por ingesta de alcohol en estado de adulteramiento.

En cuanto a la evaluación sintomatológica depresiva de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck, el 12,5% de la muestra se ubica en un nivel de altibajos normal; el 12,5% señala una leve perturbación en el estado de ánimo, el 37,5% presenta estados de depresión intermitentes y el 37% evidencia sintomatología de depresión moderada.

De acuerdo a los factores cognitivo-afectivo y factor somático del BDI, los puntajes más altos se encuentran al interior de los factores cognitivo-afectivos, principalmente los referidos a las expectativas de castigo ($M=2$), tristeza ($M= 1,25$), culpa ($M= 1,25$), retirada social ($M= 1,25$) e Insatisfacción ($M=1,125$) en el mismo orden. En cuanto a la sintomatología somática más recurrente en los participantes, se halló que la Pérdida de apetito ($M=1,125$) y la Pérdida de peso ($M=1,125$) fueron los que presentaron mayor prevalencia en los sujetos objeto de estudio.

Tomando en cuenta estos resultados, los niveles de depresión alcanzaron un nivel moderado y el nivel puntaje de los niveles de riesgos de suicidio no alcanzaron niveles máximos, los participantes denotaron la presencia de sintomatología vinculada a estos dos procesos, debido a que solo uno no presentó síntomas asociados a la depresión ni

riesgo de suicidio, por lo cual es fundamental tomar en cuenta la manera en que los niveles de depresión podrían estar influyendo en el riesgo de suicidio.

Por otra parte, se obtuvo una correlación positiva media, de 0,63 entre el nivel de depresión y el nivel de riesgo suicida, lo cual indica que a mayor depresión, mayor riesgo de intento suicida. Ello conlleva a pensar en el nivel de influencia que podría tener el nivel de depresión respecto al riesgo suicida

Por último, el diseño del poster informativo se considera una estrategia de promoción de la salud mental y prevención del intento de suicidio para la población de Santa Rosa del Sur, Bolívar.

Recomendaciones

Como se ha evidenciado e identificado a lo largo de la investigación resulta importante implementar estrategias de prevención para la mitigación de los casos de intento de suicidio, de tal forma que se abarquen temas como resolución de conflictos, toma de decisiones, proyecto de vida, para que así existan estrategias de afrontamiento en las personas del Municipio.

Se recomienda que este tipo de estudios investigativos se realicen con más frecuencia, teniendo en cuenta que motivan a futuros profesionales a la construcción de nuevos conocimientos y permiten aportes significativos en la comunidad atendida.

Finalmente se considera necesario que las entidades gubernamentales prioricen y centren su atención en esta problemática de salud pública, fundamentándose en el sentido de vida de las personas que así lo requieran y dando la posibilidad de acceso a la población al fortalecimiento de la salud mental.

Lista de Referencias

- Alcántar, M (2002). *Prevalencia Del Intento Suicida En Estudiantes Adolescentes Y Su Relación Con El Consumo De Drogas, La Autoestima, La Ideación Suicida Y El Ambiente Familiar*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma De México, México, D.F.
- Álvarez, J., Cañón, S., Castaño, J., Bernier, L., Cataño, Á., Galdino, P., Gil, L., Malaver, J., Robayo, M. y Sánchez, C. (2013). Factor de riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina (Col)*, 13 (2): 127-141. Universidad de Manizales Caldas, Colombia Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273829753003>
- Álvarez, D. y Mora, X. (2012). *Procesos Resilientes En Familias Que Han Vivenciado Perdidas Por Muerte Violenta Y Suicidio En La Ciudad De Cúcuta*. (Monografía de pregrado). Universidad de Pamplona, Norte de Santander, Colombia.
- Asociación Americana de Psicología, APA (2008). *Manual diagnóstico y estadístico de salud mental. DSM-IV- TR*. Recuperado en <https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=m6Wdcfn80DwC&oi=fnd&pg=PR9&dq=+dsm+iv+a%C3%B1o&ots=P8IbT0wVBo&sig=nbjvvIeTdzz11gKQzMF3YHjatEY#v=onepage&q=dsm%20iv%20a%C3%B1o&f=false>
- Barra, A. (1987). El desarrollo moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 19, núm. 1, pp. 7-18. Recuperado el 22 de mayo en <http://www.redalyc.org/pdf/805/80519101.pdf>
- Barriga, M. (2012). *El suicidio y la iglesia católica*. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia A.C, 31-35 recuperado en <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/129%20El%20suicidio.pdf>
- Brown, A. L., Metz, K. M. & Campione, J. C. (1996). La influencia de Piaget y Vygotsky. Recuperado en <http://tltjc.blogspot.com.co/2010/10/influence-of-piaget-and-vygotsky-brown.html>

- Case, R; Okamoto, Y; Griffin, S; McKeough, A; Bleiker, C; Henderson, B; Stephenson, K; Robert S & Daniel P. (S.F) El papel de las estructuras conceptuales centrales en el desarrollo del pensamiento de los niños. Monografías de la Sociedad para la Investigación en el Desarrollo del Niño Vol. 61, No. 1/2, pp. 1-Recuperado en 295http://www.jstor.org/stable/1166077?seq=1#page_scan_tab_contents
- Casullo, K, M (2004). Ideaciones Y Comportamientos Suicidas En Adolescentes: Una Urgencia Social. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / XII Anuario de Investigaciones. P.179-180. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a17.pdf>
- Cassidy, S; Bradley, P; Robinson, J; Allison, C; McHugh, M & Baron, S. (2016). *Ideación suicida e intentos o planes de suicidio en adultos con Síndrome de Asperger, asistiendo a una clínica especializada en el diagnóstico: estudio de una cohorte clínica.* Recuperado en: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_77_suicidio_sindrome_asperger.pdf
- Córdova, M; Rosales, M; Caballero, R & Rosales, J. (2007) *Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos.* Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933003.pdf>
- Congreso de Colombia. (06 de septiembre de 2006). Ley número 1090 de 2006. Recuperado 20 de noviembre de 2017, del Ministerio de la Protección Social en <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Congreso de Colombia. (21 de enero de 2013). Ley número 1616. Recuperado del Ministerio de la Protección Social en <http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY%201616%20DE%202013.pdf>
- Código Penal Colombiano. (24 de julio del 2000). Ley 599. Recuperado 20 de noviembre de 2017 en https://oig.cepal.org/sites/default/files/2000_codigopenal_colombia.pdf

- Clayton, P. (2016). Conducta Suicida. Manual MSD. Recuperado en <http://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida/conducta-suicida>
- Castaño, J., Cañón, S., Betancur, M., Castellanos, P., Guerrero, J., Gallego, A., Llanos, C. (2015). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11 (2): 193-205. Universidad Santo Tomás. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67944781002>
- Coggiola, Y. (2010). *Intervención en Crisis*. Recuperado en <http://www.itgestalt.com/cms/system/files/private/Intervencion%20en%20crisis.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). *proyecciones de población municipales por área*. Recuperado en https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/...20/Municipal_area_1985-12020.xls
- Díaz, A. (2016). Signos y síntomas de una intoxicación. Recuperado en <http://www.webconsultas.com/salud-al-dia/intoxicaciones/signos-y-sintomas-de-una-intoxicacion-10744>
- Dos adolescentes se habrían suicidado en Bogotá por juego de la ballena azul. (3 mayo 2017). El espectador, Recuperado en <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/dos-adolescentes-se-habrian-suicidado-en-bogota-por-juego-de-la-ballena-azul-articulo-692084>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016). Comportamiento del suicidio. Recuperado en <http://www.medicinalegal.gov.co/forensis>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017). Boletín estadístico preliminar enero-junio. Recuperado en <http://www.medicinalegal.gov.co/boletines-estadisticos-mensuales>
- Jacquelynne, S; Eccles, A; Wigfield, A & James, B; (2003). Desarrollo Cognitivo en la Adolescencia. Recuperado el 22 de mayo de 2017 en

<https://translate.google.com/?hl=es#en/es/Cognitive%20Development%20in%20Adolescence>

Lobos, F. (2016). *Factores de riesgo del suicidio en Chile: un análisis a nivel comunal* (Tesis de Maestría) Recuperado en <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142720/Lobos%20Mosqueira%20Francisca.pdf?sequence=1>

García, N. (2006) *Ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. (Tesis de pregrado, Universidad Nacional de México), Recuperado en http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nayeli.pdf

Gerald, F. (s.f) *Introducción a las intoxicaciones o envenenamientos*. Recuperado en <http://www.msmanuals.com/es-co/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/intoxicaciones-o-envenenamientos/introducci%C3%B3n-a-las-intoxicaciones-o-envenenamientos>

Gonzales, L. Hernández, (2012). *Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales*. Scielo. Recuperado el 20 de noviembre de 2017 en <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v11n2/v11n2a03.pdf>

Gonzales, F & Cañas, G. (2013). *Factores Psicosociales Que Se Asocian Con La Ideación E Intento De Suicidio En Los Adolescentes De 14 A 18 Años Del Colegio Fe Y Alegría De Los Patios E Instituto Nacional De Educación Media (INEM) José Eusebio Caro Del Área Metropolitana De La Ciudad De Cúcuta*. Universidad de Pamplona (Trabajo de grado, no publicado)

Gorostiaga, D. (1972). *Tres ensayos de teoría sexual FREUD S*. Recuperado en <https://psicologiageneralunlp.files.wordpress.com/2010/08/freud-tres-ensayos-de-teoria-sexual.pdf>

Hawton, K. heeringen, K. (2009). *Estrategias nacionales de prevención*. The Lancet. Recuperado en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60372-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60372-X/abstract)

- Hernández, S; Fernández, C & Baptista, P. (2013). *Metodología de la investigación 4^o edición*. Recuperado el 12 de abril de 2017 en: <https://es.scribd.com/doc/38757804/Metodologia-de-La-Investigacion-Hernandez-Fernandez-Batista-4ta-Edicion>
- Hernández, S; Fernández, C & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación 6^o edición*. Recuperado en <https://metodologiaecs.wordpress.com/2016/01/31/libro-metodologia-de-la-investigacion-6ta-edicion-sampieri-pdf/>
- Hall, G. (1904). *Adolescencia: su psicología y sus relaciones con la fisiología, la antropología, la sociología, el sexo, el crimen, la religión y la educación*. Recuperado en <https://archive.org/details/adolescenceitsps01hall>
- Informe de medicina legal, (2013). *Comportamiento del suicidio, Colombia*. Recuperado en <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- Larrotta, R; Luzardo, M; Vargas, S & Rangel, K. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56 (1): 83-95. Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>
- Muñoz, L. (2015). *Factores De Riesgo Relacionados Con El Proceso Suicida En Los Adolescentes*. Recuperado de la Universidad de Pamplona (Trabajo de Grado, no publicado)
- Marimar, E. (2017). Ahorcado - ¿Cómo muere un ahorcado? Recuperado en <https://demedicina.com/como-muere-un-ahorcado/>
- Mansilla, F. (2010) *Suicidio y prevención*. Recuperado en http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf
- Martínez Gómez, J., & Robles Suárez, A. (2016). *Percepción de Actores Sociales sobre la Conducta Suicida: Análisis de Contenido a través de Grupos*

Focales. Informes Psicológicos, 16(2), 53-68.
doi:<http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv16n2a04>

Ministerio del Trabajo (2014). Perfil productivo, municipio de Santa Rosa del Sur, Bolívar. Recuperado en <http://www.redormet.org/wp-content/uploads/2016/01/Perfil-productivo-Santa-Rosa-del-Sur.pdf>

Ministerio de Salud y Protección. (2016) *Prevención es palabra clave frente al suicidio*, Recuperado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace-MinSalud-82-Suicidio.pdf>

Moya, J (2007). *La Conducta Suicida En Adolescentes Sus Implicaciones En El Ámbito De La Justicia Juvenil*. Recuperado en <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>

Moraga, M. (s.f). Conceptos del suicidio por arma de fuego. Recuperado en <https://peritobalistico.files.wordpress.com/2015/07/conceptos-del-suicidio-por-arma-de-fuego.pdf>

Maris, R. (2009). El suicidio. The Lancet recuperado en [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)09556-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)09556-9/abstract)

Organización mundial de la salud OMS, (2014). Informe mundial sobre La violencia contra niños y niñas. Unicef. Recuperado el 20 de agosto de 2017 en [https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(1).pdf)

Organización Mundial de la salud, OMS. (2017). Informe Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Recuperado en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

Ortiz, M. (2016). *Los rostros más duros del suicidio en Colombia*. Recuperado en <http://www.eltiempo.com/justicia/cortes/suicidio-en-colombia-cifras-32520>

Paredes, S. (2014). El Cibersuicidio A Través De Las Tic: Un Nuevo Concepto. Derecho y cambio social. 6-11. Recuperado el 20 de noviembre de 2017 en http://www.derechoycambiosocial.com/revista038/EL_CIBERSUICIDIO_A_TRAVES_DE_LAS_TIC.pdf

- Palacio, T. (2016). *Quindío, entre los cinco con más suicidios en 2015*. Recuperado en http://www.cronicadelquindio.com/noticia-completa-titulo-quindo_entre_los_cinco_con_ms_suicidios_en_2015-seccion-la_regin-nota-101671.htm
- Pérez, J; Pérez, T; Azcuy, M & Mirabal, G. (2014). *Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad*. Recuperado el en http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol33_1_14/ibi08114.htm
- Pérez, A. (2014). *Muertes silenciadas: Problemática del suicidio en los campesinos de La Unión (Antioquia)*. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/120/12030433012.pdf>
- Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol 1998; 61(2): 143-52.
- Robles, B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. Medigraphic. Recuperado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp081g.pdf>
- Rogers, C. (1969). Capítulo 13 Carl Rogers y la perspectiva centrada en la persona. Recuperado en <http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2013/teo-per/13.pdf>
- Rodríguez, E; Medina, P & Cardona, D. (2013) *Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010*. Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n1/v61n1a03.pdf>
- Sánchez, J; Villarreal, M & Musitu, G. (2013). *Capítulo 12. Ideación suicida*. Recuperado en <https://www.uv.es/lisis/sosa/cap13/cap12-ideacion-suic-trillas-13.pdf>
- Secretaría de desarrollo y salud. (2017). *Estadística Intento y Suicidios 2012-2016*. Recuperado en la Alcaldía Municipal de Santa Rosa del Sur.
- Siabato, M & Salamanca, C. (2015) *Factores asociados a ideación suicida en universitarios*. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297233780005.pdf>

- Sanz, J; Vázquez, C; Vallar, F; Guía, E & Hernández, A. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), (adaptación española)*.
- Silva, D; Vicente, B; Saldivia, S & Kohn, R. (2013) *Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional*. Recuperado en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006
- Souto, S. (2007) *Juventud, teoría e historia: la formación de un sujeto social y de un objeto de análisis*. Dialnet, 1-22. Recuperado en [file:///C:/Users/PC%20ACER/Downloads/Dialnet-JuventudTeoriaEHistoria-2479343%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC%20ACER/Downloads/Dialnet-JuventudTeoriaEHistoria-2479343%20(1).pdf)
- Toro, V. (2017). Informe Suicidio en la adolescencia, Es la tercera causa de muerte entre chicos y chicas de esa edad. About español. Recuperado en <http://adolescentes.about.com/od/Psicologia/a/Suicidio-En-La-Adolescencia.htm>
- Tellez, J. (2008) suicidio, neurobiología, factores de riesgo y prevención. Impulsividad y suicidio. 63-75 recuperado en http://www.academia.edu/15446192/IMPULSIVIDAD_Y_SUICIDIO
- Universidad Industrial de Santander (UIS, 2014). *Guía de Atención Paciente en Crisis Emocional – Primeros Auxilios Psicológicos*. Bucaramanga. Recuperado de https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.80.pdf
- Vega, M; Blasco, H; Baca, E & Díaz, C. (2002) *El suicidio*. Recuperado en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j79.pdf>

Anexos

Anexo A. Ficha de recolección de datos sociodemográficos

Ficha de recolección de datos sociodemográficos (Factores psicológicos asociados al intento de suicidio en jóvenes de Santa Rosa del Sur, Bolívar.)	
Edad	
Genero	
Nivel educativo	
Estado civil	
Zona de residencia	
Método causal del suicidio	
Diagnostico Depresión	

Anexo B. Escala de riesgo suicida de Plutchik

Nombre completo:

N° HCL

Fecha de aplicación:

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
	Puntuación total	

Anexo C. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

BDI-II

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Estado civil: _____ Profesión: _____ Estudios: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, elija el número más alto. Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente en los elementos 16 (cambio en el patrón de sueño) y 18 (cambio en el apetito).

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.</p> <p>8. Autocríticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo de todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
---	--

Adaptación española: Jesús Sanz, Carmelo Vázquez

Beck Depression Inventory - Second Edition. Copyright © 1996 Aaron T. Beck. Copyright de la edición española © 2003 Aaron T. Beck. Todos los derechos reservados. Adaptado, reproducido y distribuido por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 28 1ª, Madrid 28042 con la autorización de NCS Pearson, Inc. (USA).

PEARSONPearson Clinical & Talent Assessment España
www.pearsonpsychcorp.es**PsychCorp**

8 435085 113932

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre.</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <hr/> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <hr/> <p>3b Me levanto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <hr/> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <hr/> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes.</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <hr/> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de interés por el sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
---	---

AVISO: Esta hoja está impresa en tintas azul y negra. Si su copia no es así es que ha sido fotocopiada violando las leyes del copyright.

Puntuación Total

PEARSON

Pearson Clinical & Talent Assessment España
www.pearsonpsychcorp.es

PsychCorp

Anexo D. Poster informativo

ANUALMENTE, CERCA DE 800.000 PERSONAS SE QUITAN LA VIDA Y MUCHAS MÁS INTENTAN HACERLO
CADA SUICIDIO ES UNA TRAGEDIA QUE AFECTA A FAMILIAS, COMUNIDADES Y PAÍSES Y TIENE EFECTOS DURADEROS PARA LOS ALLEGADOS DEL SUICIDA. OMS (2017).

CADA 40 SEGUNDOS UNA PERSONA DECIDE QUITARSE LA VIDA

EN COLOMBIA EL SUICIDIO ES LA 4^{TA} CAUSA DE MUERTE VIOLENTA

¿CÓMO PREVENIRLO?

- > NO SE DEBEN IGNORAR LAS AMENAZAS DE SUICIDIO
- > ESCUCHAR RESPETUOSAMENTE Y SIN JUZGAR.
- > ACERCARSE A LAS PERSONAS QUE LE NECESITAN Y ANIMARLAS A HABLAR A SU MANERA Y A SU RITMO.
- > DAR UNAS PALABRAS DE APOYO Y ESCUCHAR SIN NECESARIAMENTE HACER LA DIFERENCIA.
- > EXPRESAR SUS COMPARTE LOS PROBLEMAS MUY A SU COMODIDAD.
- > OFRECER CONTINUA FAMA QUE LA OTRA PERSONA PUEDA EXPRESAR SUS EMOCIONES.
- > RECORDAR QUE EL SUICIDIO SE PUEDE PREVENIR CON INTERVENCIONES OPCIONALES.

SIGNOS Y SÍNTOMAS



01 PRESENCIA DE PENSAMIENTOS O PLANES DE AUTOLESIÓN EN EL ÚLTIMO MES O ACTO DE AUTOLESIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO.

02 ALTERACIONES EMOCIONALES GRAVES.

03 DESESPERANZA.

04 ADOCIÓN O EXTREMA VIOLENCIA.

05 CONDUCTA POCO COMUNICATIVA.

06 AISLAMIENTO SOCIAL.

07 CAMBIOS EN LA RUTINA NORMAL, POR EJEMPLO, CAMBIO EN LA ALIMENTACIÓN Y EN LOS HORARIOS DE SUEÑO.

08 DESARROLLAR CAMBIOS DE PERSONALIDAD O ESTAR SOBRIAMENTE ANGUSTO O AGRIADO.

SI USTED PRESENTA ESTOS SÍNTOMAS NO DUDE EN BUSCAR AYUDA DE UN PROFESIONAL



MITOS

REALIDADES

MITO
"Las personas que hablan sobre suicidio raramente se suicidan"

➔

REALIDAD
Las personas que mueren por suicidio, usualmente han dado algún indicio o advertencia de antemano.

MITO
"El suicidio se hereda"

➔

REALIDAD
El suicidio no se hereda y no debe estigmatizarse por ello a los familiares de un suicida.

MITO
"Los niños no se suicidan"

➔

REALIDAD
Las personas que mueren por suicidio, usualmente han dado algún indicio o advertencia de antemano.

SU VIDA ESTA LLENA DE RAZONES PARA CONTINUAR

OFRECER SU AMISTAD Y APOYO A AQUELLOS QUE PARECEN ESTAR DESCONECTADOS DE OTRAS PERSONAS "PUEDE SER UN ACTO QUE LES SALVE LA VIDA"



APORTE INVESTIGATIVO (FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN JÓVENES DE SANTA ROSA DEL SUR BOLÍVAR)

Laura Marcela Romero Ferreira y Yoleida Vanegas Gamboa

2017