



ISBN (Versión digital): 978-958-8943-61-9

El suicidio

Una mirada integral e integradora

Autores

John Jairo García Peña
Gloria Cecilia Cardona Ríos
Jhoen Sneyder Rojas Díaz
Sandra Isabel Mejía Zapata
Marcos Fidel Vega Seña
Eliza Kratc Gil
Omar Augusto Amador Sánchez
Ángel Augusto Vizcaya Castillo
Diego León Carvajal Serna
María Victoria Restrepo Tobón
David Ignacio Molina Velásquez
Ana Lucía Ceballos Duque

Director del libro

John Jairo García Peña



EL SUICIDIO

Una mirada integral
e integradora

Autores

John Jairo García Peña
Gloria Cecilia Cardona Ríos
Jhoelen Sneyder Rojas Díaz
Sandra Isabel Mejía Zapata
Marcos Fidel Vega Seña
Eliza Kratc Gil
Omar Augusto Amador Sánchez
Ángel Augusto Vizcaya Castillo
Diego León Carvajal Serna
María Victoria Restrepo Tobón
David Ignacio Molina Velásquez
Ana Lucía Ceballos Duque

Director del libro

John Jairo García Peña



362.28 S948

El suicidio. Una mirada integral e integradora [Recurso electrónico] / John Jairo García Peña...[et al.]. -- Medellín: Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó, 2020
171 p.

Libro producto de la investigación institucional: "Hacia una comprensión integral e integradora del suicidio. La realidad no vista por unos y padecida por otros. La prevención del suicidio, una posibilidad de todos y todas".

ISBN: 978-958-8943-61-9

SUICIDIO – INVESTIGACIONES – COLOMBIA; SUICIDIO – ASPECTOS PSICOLÓGICOS; SUICIDIO – PREVENCIÓN - COLOMBIA; CONDUCTA SUICIDA - COLOMBIA; SUICIDIO - ASPECTOS SOCIALES; García Peña, John Jairo; Cardona Ríos, Gloria Cecilia; Rojas Díaz, Jhoeen Sneyder; Mejía Zapata, Sandra Isabel; Vega Seña, Marcos Fidel; Kratoch Gil, Eliza; Amador Sánchez, Omar Augusto; Vizcaya Castillo, Ángel Augusto; Carvajal Serna, Diego León; Restrepo Tobón, María Victoria; Molina Velásquez, David Ignacio; Ceballos Duque, Ana Lucía

© Universidad Católica Luis Amigó
Transversal 51A 67B 90. Medellín, Antioquia-Colombia
Tel: (574) 448 76 66
www.ucatolicaluissamigo.edu.co – fondo.editorial@amigo.edu.co

ISBN (Versión digital): 978-958-8943-61-9

Fecha de edición: 16 de diciembre de 2020

Autores:

John Jairo García Peña
Gloria Cecilia Cardona Ríos
Jhoeen Sneyder Rojas Díaz
Sandra Isabel Mejía Zapata
Marcos Fidel Vega Seña
Eliza Kratoch Gil
Omar Augusto Amador Sánchez
Ángel Augusto Vizcaya Castillo
Diego León Carvajal Serna
María Victoria Restrepo Tobón
David Ignacio Molina Velásquez
Ana Lucía Ceballos Duque

Director del libro: John Jairo García Peña

Corrección de estilo: Rodrigo Gómez Rojas

Diagramación y diseño: Arbey David Zuluaga Yarce

Edición: Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó

Jefe Fondo Editorial: Carolina Orrego Moscoso

Evaluación de contenido: esta obra ha sido editada bajo procedimientos que garantizan su normalización, aprobada por el Consejo Editorial de la Universidad y evaluada por pares.

Hecho en Colombia / Made in Colombia

Publicación financiada por la Universidad Católica Luis Amigó. Libro producto de la investigación *Hacia una comprensión integral e integradora del suicidio. La realidad no vista por unos y padecida por otros. La prevención del suicidio, una posibilidad de todos y todas.*

Los autores son moral y legalmente responsables de la información expresada en este libro, así como del respeto a los derechos de autor; por tanto, no comprometen en ningún sentido a la Universidad Católica Luis Amigó.

Declaración conflictos de interés:

Los autores de esta publicación declaran la inexistencia de conflictos de interés de cualquier índole con instituciones o asociaciones comerciales.

Esta publicación cumple con el depósito legal en los términos de la normativa colombiana (Ley 44 de 1993, Decreto reglamentario No. 460 de marzo 16 de 1995, y demás normas existentes).

Para citar este libro siguiendo las indicaciones de la cuarta edición en español de APA:

García Peña, J. J. (2020). El suicidio. Una mirada integral e integradora. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/648_El_suicidio_Una_mirada_integral_e_integradora.pdf



El libro *El suicidio. Una mirada integral e integradora*, publicado por la Universidad Católica Luis Amigó, se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivar 4.0 Internacional.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden encontrarse en <http://www.funlam.edu.co/modules/fondoeditorial/>

Índice general

PRESENTACIÓN

PUNTO DE PARTIDA

Preparación temática	13
La importancia de una educación humanizada	15
La obligatoria interdisciplinariedad	16
Construir sentido de vida	16
Antecedentes	18
Los factores psicosociales	18
Los aspectos espirituales	22
Los antecedentes psicopatológicos	23
La incidencia de los medios de comunicación	26
Y sobre las redes sociales	28
La intervención pública	29
Camino metodológico	33
Enfoque	34
Dinámica de trabajo	35
Acerca de los instrumentos	36
Análisis de la información	38

APUESTA INTERDISCIPLINAR, COMPRENSIÓN MULTIDIMENSIONAL

Vínculos psicosociales y suicidio	40
Suicidio y multidimensionalidad	41
Suicidio y vínculos contemporáneos	42
El bienestar psicológico: una opción para la vida	43
Lo emocional subjetivo	45
La familia como posibilitadora de sentido	46
Lo sociocultural en contexto	48

Ahora sí, lo que se observó en campo	49
<i>Suicidio consumado</i>	50
<i>Intento suicida</i>	55
Espirieducación. Lo espíritu-religioso, un factor protector contra el suicidio	56
Espirieducación, una propuesta integral e integradora	59
Cómo definir la espiritualidad y la religión	60
Hallazgos de la espirieducación	62
Un aporte a la teología pastoral para una comprensión integral del suicidio	69
<i>Sobre las Escrituras Bíblicas</i>	70
<i>Tres principios bíblicos sobre el suicidio</i>	71
Una mirada psicojurídica y socioeconómica del suicidio	77
Acercamiento psicojurídico del suicidio	78
Acercamiento socioeconómico del suicidio	83
<i>Análisis del gasto de un suicidio</i>	85
Comportamiento suicida y psicopatología	88
Qué se observó en campo	90
<i>Los trastornos del estado de ánimo</i>	91
<i>Consumo de sustancias</i>	93
<i>Los trastornos psicóticos</i>	95
Comportamiento suicida en el contexto escolar	96
Qué se observó en campo	98
Análisis cualitativo	98
<i>Promoción de la convivencia y del bienestar de la población educativa</i>	98
<i>Prevención de factores de riesgo asociados al comportamiento suicida</i>	100
<i>Atención del comportamiento suicida</i>	102
<i>Seguimiento del comportamiento suicida</i>	104
Análisis de datos cuantitativos	105
Los medios de información como factor protector en el suicidio	107
Lo que deben saber los comunicadores	108
Los medios y las mediaciones	110
Una agenda más ciudadana	110
Lo que se observó en campo	111
<i>Volver a la pirámide invertida</i>	116
<i>Los medios como factor protector</i>	119
<i>Educación y prevenir en el hecho</i>	121
<i>Perspectivas</i>	124

El sistema de salud y el suicidio desde una atención humanizada	125
Y porqué el suicidio desde la salud pública	127
La atención integral del comportamiento suicida	127
Atención humanizada (educación para la vida)	128
Psicoeducación	129
El suicidio, la problemática olvidada de la atención en Colombia	132
Y el contexto de la investigación	135
Sobre lo que se ha identificado en los municipios	135
Normatividad sobre el tema	136

A MODO DE CIERRE

Conclusiones	139
Recomendaciones	143

REFERENCIAS

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1. Suicidio/Edad	50
Tabla 2. Nota suicida	51
Tabla 3. Suicidio/Estado Civil	51
Tabla 4. Suicidio/Escolaridad	52
Tabla 5. Suicidio/Estrato socioeconómico	53
Tabla 6. Suicidio/Ocupación	53
Tabla 7. Suicidio/Consumo SPA	54
Tabla 8. IntSuic/Escolaridad	55
Tabla 9. IntSuic/Consumo SPA	56
Tabla 10. Correlación casos ideación e intento suicida atendidos en comunidad	63
Tabla 11. Correlación entre investigar comportamiento suicida y atender casos de comportamiento suicida	64
Tabla 12. Información prevención e intervención comportamiento suicida (rutas)	65
Tabla 13. Información prevención e intervención comportamiento suicida (PyP)	65
Tabla 14. Correlación variables bíblico-teológicas	66
Tabla 15. Definición de una teología pastoral para el suicidio	67
Tabla 16. Ruta del gasto de un suicidio	87
Tabla 17. Relación diagnóstico psicopatológico/suicidio	90
Tabla 18. Relación intento suicido/diagnóstico	91
Tabla 19. Suicidio/Intento suicidio/Consumo	94

Figuras

Figura 1. Dispersión casos ideación suicida/tamaño feligresía y tiempo de servicio eclesial	62
Figura 2. Dispersión casos intento suicida/tamaño feligresía y tiempo de servicio eclesial	63
Figura 3. Dispersión casos suicidios /tamaño feligresía y tiempo de servicio eclesial ..	64
Figura 4. Suicidio/Sexo/Edad	92
Figura 5. Comportamiento suicida/Población en edad escolar y no escolar	105
Figura 6. Intentos suicidio/Género	106
Figura 7. Descripciones minuciosas	112

Figura 8. Nota suicida	112
Figura 9. Publicación audiovisuales	112
Figura 10. Método explícito	113
Figura 11. Lugar del evento	113
Figura 12. Conocimiento del protocolo OMS (2017)	115
Figura 13. Informar suicidio	116
Figura 14. Uso del término suicidio	117
Figura 15. Uso de estadísticas	118
Figura 16. Adjetivar suicidio	119
Figura 17. Alternativas distintas	120
Figura 18. Líneas de ayuda y grupos de apoyo	120
Figura 19. Medios como factor de riesgo	123
Figura 20. Mitos sobre suicidio	123
Figura 21. Medios como factor precipitante	124

PRESENTACIÓN

El contenido de esta publicación resulta de una investigación acerca de la prevención del comportamiento suicida, liderada por la Universidad Católica Luis Amigó (sede Medellín, Colombia) e implementada en cinco localidades del departamento de Antioquia con el objetivo de acompañar desde la asesoría y asistencia técnica a los municipios participantes mediante el trabajo interactivo con la institucionalidad de cada localidad. La investigación y el texto mismo tienen la pretensión de visibilizar esta compleja problemática como un asunto de todos y todas, en aras de posicionarla como una cuestión de interés público. Es necesario sensibilizar sobre esta temática para superar los estigmas sociales y prejuicios que alrededor del suicidio coexisten; otro aspecto relevante de abordar, tiene que ver con la cualificación profesional de los servidores públicos que atienden personas y comunidades afectadas por este flagelo, en pro de mejorar los servicios de atención intersectoriales de cada localidad y fortalecer con la institucionalidad y las comunidades de base, la conformación de redes de apoyo social y rutas de atención.

El presente libro interpela, desde diferentes perspectivas, estos aspectos indispensables, al pensar la comprensión y el abordaje del comportamiento suicida. En esa medida, aspira a ser un aporte para los contextos social y académico; proporcionar elementos para la comprensión del suicidio como problemática psicosocial; y permitir reflexiones sobre situaciones de la vida contemporánea y su devenir.

En primera instancia, el lector encontrará, como *punto de partida*, la introducción temática, que da cuenta del objeto de estudio en cuestión; seguida de un acápite sobre antecedentes de investigación, que presenta estudios empíricos de relevancia concernientes a este tema; a posteriori, se describe el camino metodológico elegido para la construcción de lo que fue el proceso investigativo, el cual se basa en una metodología mixta, por la misma interdisciplinariedad que convocó la conformación del equipo investigativo.

Línea seguida se presentan los resultados de investigación, los cuales se exponen en siete capítulos que dan cuenta de la *apuesta interdisciplinar y comprensión* multidimensional del fenómeno del suicidio. Estos, además, condensan las temáticas de la formación impartida en los municipios durante la implementación de la investigación que fundamenta el libro.

El primero de ellos afronta los vínculos psicosociales como factores protectores y de riesgo del comportamiento suicida. El segundo aborda un concepto inédito que es la espirieducación, mediante el cual se permite comprender esa dimensión trascendente, espiritual humana, que se ve tan confrontada ante la problemática del suicidio. El tercer capítulo trata otro aspecto poco abordado en la literatura existente sobre el tema: la mirada psicojurídica y socioeconómica del suicidio, apartado que facilita entender esos aspectos externos e institucionales comprometidos con este evento en los contextos donde sucede.

El cuarto capítulo hace un acercamiento a un tema clásico del hecho que nos compete: los aspectos psicopatológicos; el quinto capítulo trabaja sobre qué se está haciendo en los contextos escolares con esta problemática creciente entre la población escolar en esta contemporaneidad. El capítulo seis hace referencia al impacto que generan los medios de comunicación al presentar el suicidio como evento noticioso y que actúen como factor protector y formativo ante el comportamiento suicida. Por último, el séptimo capítulo se acerca a la intervención desde la premisa de que el suicidio exige entenderse como una problemática de salud pública, por tanto, la institucionalidad tiene que disponerse de una manera efectiva para su atención integral.

En el *cierre* del libro se exponen dos párrafos, el de conclusiones y el de recomendaciones.

En síntesis, el epicentro de este compendio es el suicidio desde una mirada amplia, compleja e integral, con la convicción de que es necesario comprenderlo desde la interdisciplinariedad, puesto que es con el trabajo mancomunado de las diferentes áreas que se logran intervenciones pertinentes y eficaces en nuestros contextos, cada vez más afectados por esta problemática.

**PUNTO DE
PARTIDA**

Preparación temática

El suicidio es considerado en este texto como una problemática psicosocial porque se concibe como una situación humana que es necesario analizar en contexto; si bien es individual e íntima, es el resultado de una condición multidimensional y compleja.

Es decir, el suicidio no es el producto solamente de un momento de desesperación, ni es exclusivamente un acto de voluntad, ni es consecuencia únicamente de un estado mental y no se llega a este acto solo por problemas a los que no se les halla solución. El suicidio da cuenta de una relación con la vida que conlleva un proceso, que va más allá del acto de muerte por mano propia. Es una elección personal que se enmarca en una condición compleja que sustenta lo humano y sus decisiones. Pues en lo humano, lo simple es complejo, porque siempre es el resultado de muchas situaciones a la vez.

Se entiende por complejo, según Morin (1999), la naturaleza humana, su condición. Dice este autor que complejo es lo que responde a muchas aristas a la vez; es un vocablo que viene del latín *complexus*, que significa lo que está tejido junto.

Ciertamente, hay complejidad cuando son inseparables los diferentes componentes que constituyen un todo, donde existe un tejido interdependiente entre el sujeto y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas. Por esto, la complejidad es la unión entre la unidad y la multiplicidad. (Morin, 1999, p. 24)

Aspecto que conlleva a otra condición inherente al humano, la multidimensionalidad, porque en sí mismo, lo complejo es multidimensional; es decir, cada ser humano es multidimensional, puesto que responde en su subjetividad a las múltiples dimensiones de la vida, que en su complejidad lo abocan, como son la biológica, psicológica, trascendental/espiritual, histórica, familiar, social, cultural, política, económica, entre otras, que configuran la existencia humana. Es de anotar que son estas las dimensiones en contexto, a las que cada persona en la cotidianidad tiene que responder, otorgándoles un sentido.

Por tanto, la existencia humana es compleja y multidimensional, aspectos que son pertinentes, y hasta necesarios tener en cuenta, al momento de analizar y comprender cualquier problemática humana en contexto, como lo es el suicidio.

Teniendo estas claridades, vale abordar la contemporaneidad, que se presenta difusa en la forma de asumir la vida, generando síntomas actuales como el suicidio, entre otros, que dan cuenta del malestar cultural que confronta a los sujetos. Ya es un asunto público que el suicidio

está entre las principales causas de muerte en la actualidad, según lo expresan la Organización Mundial de la Salud–OMS y la Organización Panamericana de la Salud–OPS (2014), en su informe conjunto titulado “Prevención del suicidio: un imperativo global”.

Así, es importante no ver al suicidio como algo novedoso o lejano, cuando es una problemática que nos toca a todos y que aunque siempre ha existido en la historia de la humanidad, da cuenta de la relación que como personas, pero también como sociedad, establecemos con la vida en un momento histórico determinado. Para entender esta relación es fundamental, como contemporáneos, comenzar a incorporar la condición multidimensional de la existencia humana, porque permite análisis desde diversos factores que afectan al mismo tiempo una subjetividad; esto es, cuando alguien se ve afectado por una situación específica, como la económica, por ejemplo, puede impactar muchas otras dimensiones o todas las demás, como la psicológica, la biológica, la familiar, la social, la trascendental, la política.

De tal forma, no se puede seguir viendo el suicidio como un fenómeno causal, de factores únicos, que vuelven inmediatistas y miopes las lecturas de la situación; ¿cómo afirmar que un suicidio es por causa de una depresión endógena?, sin leer todo el contexto que antecede en la subjetividad de la persona deprimida que llega al acto suicida.

Es necesario, por tanto, analizar la problemática en el contexto; perspectiva que permite también reconocer cada situación implicada e inclusive relacionarlas entre sí; es decir, siguiendo el ejemplo, la dimensión o situación económica interactúa en la existencia humana todo el tiempo con otras dimensiones como la cultural, la social, la afectiva, etcétera, porque cada dimensión conlleva en sí necesidades, deseos, pasiones, que las bifurcan como un todo que compone la vida. Como afirma Morin (1999), “lo complejo conlleva un tejido interdependiente, interactivo e interretroactivo entre la persona y su contexto” (p. 17).

¿Cuál es entonces el requerimiento para asumir y comprender un hecho como el suicidio? La educación para la vida. Esta debe promover competencias para saber representar, de forma multidimensional, los contextos cotidianos; desde dichas competencias producto de una educación humanizada, se tienen herramientas para afrontar las vicisitudes que genera el día a día (González Rey, 2013).

Las personas viven su multidimensionalidad de forma implícita y no a consciencia, lo que hace que con un evento como el suicidio, cada vez cobre más relevancia la postura a veces cómoda, a veces ingenua, de que es la consecuencia de una época convulsionada. La sociedad en este momento histórico, lo asume como una opción que explica los problemas de la vida, con lo cual se corre el riesgo de que se naturalice el suicidio y no se le preste la atención que requiere.

Es pertinente reflexionar acerca de cómo los contemporáneos están asumiendo la vida, qué formas de coexistir no son posibilitadoras para la satisfacción personal, si hay agrado con los objetos materiales y la manera de estar en el mundo, si las relaciones humanas permiten un desarrollo, si se está tranquilo con las formas de aproximarse a la espiritualidad; aspectos estos necesarios de contemplar cuando se analiza un comportamiento suicida, tanto desde el acompañamiento a la ideación, al plan suicida del sobreviviente, hasta asistir a los afectados cercanos cuando el acto fue consumado.

En esta época líquida, como la define Zygmunt Bauman (2015), de poca reflexión, donde hay una constante búsqueda de la simplicidad y explicaciones superficiales, se tiende a ver el suicidio como algo abstracto, lejano, una estadística más, que conmueve en el momento de la noticia, pero se toma de forma ligera, como cobardía o como una salida explicable a los problemas actuales; hay que decir que, cuando ocurre entre cercanos siempre es ruidoso y deja consecuencias traumáticas en sus allegados, pero aun así, tampoco se analiza a fondo, porque suele darse un fenómeno, y es que cuando se personaliza en alguien cercano, pasa de ser algo abstracto a un tabú del que no se quiere hablar y se quiere ocultar.

La importancia de una educación humanizada

Por todo lo que se viene planteando, es urgente que se haga público el tema de la vida con sentido y de los factores protectores de la multidimensionalidad humana en relación con la prevención del suicidio, acto que deja cada vez más muertes de jóvenes, personas que truncan su existencia renunciando a sus proyectos.

Es oportuno este planteamiento en función de lo educativo, como una salida que permite tener un vínculo más sensible y sensato con la existencia. Se trata de posicionar, por fin, a la educación como una alternativa para reconciliarse con la vida, en tanto se pueda educar para esta desde el reconocimiento de lo humano.

Ovejero Bernal (1999), al respecto, propone que una evolución hacia la posmodernidad implica cambios fundamentales en los estilos de vida y en los comportamientos; así, la educación para la vida, juega un papel preponderante porque permite abordar un desafío de esta época, modificar el pensamiento, para aceptar el paradigma de la complejidad, que conlleva la rapidez, relatividad e incertidumbre de la existencia y lo imprevisible del mundo contemporáneo.

La obligatoria interdisciplinariedad

Para aceptar y trabajar por un cambio de paradigma, se requiere replantear la forma como los profesionales a cargo de las problemáticas humanas están concibiendo su abordaje y comprensión; esto exige un trabajo en equipo, en el que diferentes disciplinas complementarias aporten al entendimiento de las situaciones psicosociales complejas de los contextos humanos, haciendo lecturas realmente integrales y dejando a un lado discusiones sobre qué teoría o mirada predomina o es más significativa, querellas que solo disocian, sustraen y poco aportan a la comprensión y adecuada intervención.

Al respecto, como afirma Max Neef (2004), es necesario demoler los límites acostumbrados entre las disciplinas, para entender que es fundamental analizar los fenómenos de la vida como un todo, que solo se han dividido desde su formalización, pero que al ser atendidos in situ requieren una mirada integral, que solo la interdisciplinariedad permite.

La supremacía de un conocimiento fragmentado según las disciplinas impide a menudo operar el vínculo entre las partes y las totalidades y debe dar paso a un modo de conocimiento capaz de aprehender los objetos en sus contextos, sus complejidades, sus conjuntos. Es necesario desarrollar la aptitud natural de la inteligencia humana para ubicar todas sus informaciones en un contexto y en un conjunto. Es necesario enseñar los métodos que permiten aprehender las relaciones mutuas y las influencias recíprocas entre las partes y el todo en un mundo complejo. (Morin, 1999, p. 11)

Esta es una clave para la educación humanizada: promover lecturas integrales e integradoras, con análisis comprensivos en contexto que permitan concebir lo complejo y, así, subsanar tanto fallo ético que sigue presentándose, en gran medida como consecuencia nefasta de las visiones unidisciplinarias y tecnocráticas con respecto al mundo de las relaciones humanas.

Construir sentido de vida

Es imperativa una educación humanizada que permita construir sentido de vida, más que el de la muerte; una educación que no enfatice en lo efímero y la incertidumbre, sino que fomente un pensamiento reflexivo y crítico, que como se ha venido exponiendo, permita la comprensión de la existencia humana como multidimensional y compleja, para fortalecer una comunicación más satisfactoria.

Esto, asevera Morin (2010), está ausente en la educación académica que se imparte en el mundo actual. Por ello es necesario volver a insistir en la relevancia de la formación para la comprensión del mundo, en todos los niveles educativos y en todas las edades. Se necesita una reforma de las mentalidades, lo cual debería ser la tarea de la educación.

Si las personas se apropian de una ética desde la educación para la vida, se permitirían el reconocimiento de cada quien como ser individual, pero también como parte de un colectivo social; así como afirma Honneth (2010), la ética no se enseña, se transmite como la vida en una postura personal y social, como mentalidad subjetiva y colectiva. Se trata del reconocimiento, de entender la dimensión humana intersubjetiva, de aprender a ponerse en el lugar del otro de forma empática, porque no basta con tener teorías y explicaciones de los fenómenos de la vida, es necesario comprenderlos.

La explicación es suficiente para la comprensión intelectual u objetiva de las cosas anónimas o materiales. Es insuficiente para la comprensión humana. Esta comporta un conocimiento de sujeto a sujeto. Si veo un niño llorando, lo voy a comprender sin medir el grado de salinidad de sus lágrimas y, encontrando en mí mis angustias infantiles, lo identifico conmigo y me identifico con él. Las demás personas se perciben no sólo objetivamente, sino como otro sujeto con el cual uno se identifica y que uno identifica en sí mismo, un ego alter que se vuelve alter ego. Comprender incluye necesariamente un proceso de empatía, de identificación y de proyección. Siempre intersubjetiva, la comprensión necesita apertura, simpatía, generosidad. (Morin, 1999, p. 52)

En síntesis, el suicidio es una problemática compleja porque es contextual, cultural, pero también subjetiva, singular en cada caso, por eso no se puede hablar de suicidio, sino de suicidios (en plural) al momento de su comprensión; sin embargo, cada época marca unas estadísticas y cuotas de suicidio, así, situaciones determinadas de la sociedad contemporánea inciden en la cantidad dada de estos actos.

En correspondencia, la sociedad actual caracterizada por ser dispersa, cambiante, altamente competitiva, en donde la comunicación cada vez es más escasa y difusa, las personas poco están teniendo contacto entre sí, y son mediadas por la tecnología, no por el diálogo, asuntos que no son exclusivos de los entornos urbanos, también en las ruralidades se presentan, por lo que entonces, no es gratuito el aumento exacerbado de las tasas de suicidio reportadas en los últimos años por la OMS y la OPS (2014).

En este sentido, es urgente contextualizar cada evento de suicidio, para encontrar su sentido y entender su proceso de desencadenamiento, esto impide comprensiones abstractas y permite reconocer toda su complejidad. Así, la contextualización es una condición obligada para hacer intervenciones pertinentes y eficaces.

Es pues ineludible tratar el tema del suicidio, por azaroso y complicado que sea, porque el contexto actual lo exige, y debe hacerse desde lecturas antropológicas, psicológicas, sociológicas, religiosas, ecológicas, jurídicas, económicas, políticas, que permitan implementar acciones intersectoriales pertinentes y complejas.

Antecedentes

Son diversas las investigaciones efectuadas en relación con el comportamiento suicida; su rastreo faculta reconocer los avances en la temática respecto al enfoque que convoca esta publicación. Es elemental, entonces, hacer hincapié en que se retomaron para su análisis solo aquellos antecedentes que respondieran particularmente a los ejes de discusión que se amplían en apartados subsiguientes, estos son: los factores psicosociales, los aspectos espirituales, los psicopatológicos, la incidencia de los medios de comunicación, y la intervención pública.

Los factores psicosociales

Desde Ciudad de México, González-Forteza et al. (2012), buscaron profundizar en la importancia de una mirada integral de la problemática del suicidio y su incidencia en la salud de los adolescentes, para proponer estrategias de atención de los casos y la prevención del riesgo. Su estudio presenta perspectivas conceptuales que sustentan la conducta suicida como un proceso multifactorial y dinámico, a partir de un panorama epidemiológico en relación con el suicidio consumado y los intentos suicidas. Entre las recomendaciones asociadas a la prevención del comportamiento suicida, enuncian la educación emocional de los adolescentes como un factor primordial que fortalece su salud mental y, por ende, su salud integral y la de sus familias. Como conclusión, este estudio resalta que el suicidio no es solo producto de factores individuales, sino que también está relacionado con condiciones de tipo psicosocial, que influyen directamente en el individuo desde su interacción con lo social comunitario; lo cual exige, en términos de atención integral, el fortalecimiento de aspectos asociados a la desmitificación de creencias irracionales, la atención oportuna y eficaz de los casos de comportamiento suicida por parte de las instituciones, la intervención directa con las familias, el acceso oportuno a los servicios de salud, y el trabajo conjunto con las instituciones educativas y las redes de apoyo social.

En el artículo “Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida”, González Sábado et al. (2016), a propósito de su investigación, desarrollada en Cuba con un grupo de adolescentes que sobrevivieron al intento suicida, proponen una intervención dirigida a las familias y la mitigación de los diferentes daños psicológicos y físicos generados por la violencia intrafamiliar y la disfunción familiar. Argumentan que la familia interviene en la formación de comportamientos implicados en la salud, en el desencadenamiento y recuperación de la enfermedad, en las decisiones sobre la adherencia al tratamiento y constituye la red de apoyo más importante y eficaz para el acompañamiento a las personas afectadas por un intento suicida. Esta investigación discute que la evaluación, asesoría y acompañamiento a las familias por parte de los profesionales de la salud es fundamental para lograr el diagnóstico, la atención y planificación adecuada de un plan integral de intervención, ya que la funcionalidad del grupo familiar depende de diversos factores que influyen en las relaciones dadas entre sus integrantes. Evidentemente, estudiar al adolescente con riesgo suicida y su entorno familiar permite un conocimiento integral de la problemática y contribuye a generar acciones que mejoren las condiciones en la asistencia en salud.

Continuando con territorio cubano, Corona Miranda et al. (2016), realizaron un estudio llamado “Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores”. Su objetivo fue actualizar aspectos relacionados con la mortalidad por suicidio e identificar los factores de riesgos y protectores que intervienen en esta lesión auto infligida intencionalmente. Este trabajo argumenta que el suicidio es un problema universal y multicausal y que factores como la historia familiar, los trastornos emocionales, el maltrato infantil, el sexo, la cultura, el grupo étnico, las violencias y las condiciones socioeconómicas adversas, son determinantes y se deben tener en cuenta en el estudio del comportamiento suicida.

La investigación de Corona Miranda et al. (2016), se refirió a aspectos relacionados con la mortalidad por suicidio y cómo deben intervenir para su prevención y su atención oportuna. En relación con ello, citaron el informe de la Organización Mundial de la Salud – OMS publicado en el año 2014, en el que se reportó que las regiones de bajos y medianos ingresos presentaron 75,5% de la mortalidad por suicidio en el mundo, representando 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y 71% entre mujeres. En Cuba, este acto es la novena causa de muerte y la tercera en el grupo de 10-19 años, incrementándose las tasas a partir de los 60 años de edad. Existen factores de riesgo y protectores a nivel individual, familiar, comunitario e institucional que se relacionan directamente con esta problemática; las conclusiones muestran la importancia de su identificación precoz y el fortalecimiento de los factores protectores, los cuales tienen repercusiones positivas en las estrategias de prevención del suicidio, por lo que los autores proponen centrar esfuerzos en la detección temprana de los factores de riesgo y en la creación de estrategias de prevención.

También en Cuba, Rodríguez Abrahantes et al. (2017), realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de tener una base para una propuesta de intervención educativa que posibilitara a las familias, y a la comunidad en general, abordar la problemática del comportamiento suicida desde el conocimiento, claro e idóneo, de los factores de riesgo asociados a esta. El estudio sostiene que el término suicidio evoca una referencia directa a la violencia y a la agresividad, motivo por el que se debe intervenir desde una mirada integral, con el propósito de influir en los factores asociados. Como conclusión, sostienen que cualquier persona bien informada y educada acerca de la problemática podría contribuir, brindando ayuda para la detección y prevención oportuna de los casos y facilitar la generación de redes de apoyo más efectivas, especialmente con los adolescentes que son más vulnerables a la violencia y, por ende, ante el suicidio, por lo que requieren de mayor acompañamiento de su núcleo familiar y su grupo de amigos.

Por otra parte, en el año 2104, la Organización Panamericana de la Salud–OPS y la Organización Mundial de la Salud – OMS presentaron el informe regional denominado “Mortalidad por suicidio en las Américas”, documento en el que se describe, cualitativa y cuantitativamente, la realidad de la problemática del suicidio en América Latina y se argumenta la relación de la mortalidad por suicidio con diferentes factores de carácter cultural, biológicos, sociodemográficos e individuales, entre otros. Así mismo, se hace hincapié en la importancia de la notificación y el análisis de los datos y en que las comunidades apenas hace algunos años atrás vienen notificando los casos asociados al suicidio. Este informe muestra una visión general de los patrones de mortalidad por suicidio en la región de las Américas y en sus subregiones, analizando la distribución del suicidio según edad, sexo, métodos empleados y la tendencia de la problemática a lo largo de las últimas décadas. Se fundamenta en el número de defunciones notificadas a la OPS por sus Estados miembros desde el año de 1990, y calcula las tasas teniendo en cuenta las cifras de población de las Naciones Unidas (ONU) para cada país (revisión 2011); los resultados registran mortalidad del 7,3 por cien mil habitantes, lo cual constituye al suicidio en un problema de salud pública de extrema importancia. El suicidio en América Latina, según este informe, fue aproximadamente cuatro veces más frecuente en los hombres que en las mujeres. Respecto a la edad, los datos indican que se constituye en factor de riesgo, puesto que a mayor edad, se incrementa la posibilidad del suicidio; de hecho, las personas mayores de 70 años presentaban la tasa más elevada de toda la región de las Américas. Concluye que, evidentemente, el suicidio es un problema de salud pública y se deben incrementar esfuerzos para abordar esta problemática; en ese sentido, expresa que el plan estratégico de la OPS, 2014 – 2017, incluyó al suicidio como uno de los indicadores prioritarios, reflejando el compromiso de la Organización frente a la atención oportuna de los casos.

En cuanto a Colombia, se resalta el estudio “Exposición a la violencia y riesgo suicida en adolescentes colombianos”, realizado en Santa Marta, por Suárez et al. (2018), en el que afirman que los vínculos violentos en los diversos contextos cotidianos como la casa, la calle, el colegio y el acceso a medios como la televisión, incrementan la probabilidad del comportamiento suicida. Evaluaron una muestra de 210 adolescentes entre los 12 y los 19 años ($M= 14.6$ $DE= 1.38$), de la que 41,9% reportó exposición a la violencia en el colegio, 53,8% exposición a la violencia en la calle, 61% exposición a la violencia en la casa, y 50% exposición a la violencia en la televisión. En general, la exposición directa a la violencia en los adolescentes participantes representó el 45,2%, mientras la exposición indirecta arrojó 44,3%. Asimismo, las tipologías de la violencia rastreadas evidenciaron 44,3% de exposición a la violencia física, 45,2% de exposición a la violencia por amenazas, y 49,5% de violencia verbal. Se concluye que la violencia, tanto familiar como social, establecida en los vínculos, determina la vulnerabilidad en los adolescentes y la predisposición al comportamiento suicida; sin embargo, a la vez, ratifica como factor protector el apoyo de la familia y amigos.

La investigación “Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas”, propuesta por Carmona Parra et al. (2014), realizada en 17 universidades colombianas, con una muestra de 1055 estudiantes universitarias entre los 18 y 25 años, tuvo como pretensión hacer un contraste entre las estudiantes con comportamiento suicida y no suicida, teniendo en cuenta los vínculos afectivos que establecen. Como resultado se identifica que las relaciones interpersonales en estudiantes con conducta suicida puntuaron en la mayoría de los vínculos por debajo de 4.0; en cambio, las que no habían tenido comportamiento suicida, lo hicieron por encima de 4.0. Se concluye que los vínculos en general, pero especialmente con la madre, son garantes de sostén y desarrollo de la personalidad, lo cual se refleja en la ausencia del comportamiento suicida. Se puede afirmar que la calidad de los vínculos es un factor protector frente a los comportamientos autodestructivos. Se identificó, además, que las estudiantes con ideación suicida, intentos suicidas, omisiones en el autocuidado y conductas autodestructivas, poseen vínculos más débiles con la figura paterna, que con la figura materna. Se hace necesario plantear estrategias que transformen la relación vincular de toda la familia para fortalecer la salud. Al parecer, el vínculo con la madre fortalece la salud y contrarresta a su vez los efectos de la repetición de patrones multigeneracionales asociados al comportamiento suicida.

Un estudio titulado “Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín”, realizado por Blandón Cuesta et al. (2015), en Medellín, Colombia, con el objetivo de indagar por los factores de riesgo asociados a la ideación suicida en jóvenes universitarios, propone que la interacción entre características individuales y contextuales facilita el desarrollo de conductas de riesgo, fundamentales para comprender problemas de salud mental. Para este estudio descriptivo transversal, se diseñó y aplicó un cuestionario que indagaba por aspectos sociodemográficos, familiares, relaciones significativas, conducta suicida y actos que

ponen en riesgo la vida. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, aplicándoles el cuestionario a 100 estudiantes de distintos programas académicos de la ciudad. Los resultados apuntan que 16% ha presentado ideación suicida y 12% ha realizado al menos un intento de suicidio en su vida. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre tener ideación suicida en el último año y no tener trabajo, no tener buena relación con el padre, no contar con una buena relación consigo mismo, haber realizado un intento de suicidio alguna vez en la vida, realizar actos que pongan en riesgo la vida y omitir conductas que protejan la vida. En general, se encontraron niveles altos de ideación e intento, así como importantes factores de riesgo asociados a la ideación suicida, por lo cual, los investigadores recomendaron a las universidades efectuar programas de prevención.

Los aspectos espirituales

Lawrence et al. (2016), desarrollaron en Nueva York un estudio de revisión titulado “Religión y riesgo de suicidio: una revisión sistemática”, cuyo objetivo fue identificar qué aspectos de la religión están relacionados directamente con el comportamiento suicida. Entre los resultados muestran que aunque la religión protege contra el suicidio, la evidencia empírica es inconsistente. Al respecto, afirman que es complejo relacionar estos dos aspectos porque hay diferentes dimensiones en la religión como filiación, doctrina y participación, así como en el suicidio abarca la ideación, intento, consumación. Concluyen que la filiación religiosa no es necesariamente un protector frente a la ideación, pero sí al intento. Sin embargo, esta protección dependerá del contexto cultural, debido a que en escenarios en donde son una minoría religiosa, pueden existir altos niveles de tensión social que conllevan al comportamiento suicida. Allí, la participación en prácticas religiosas y, en especial, la construcción de vínculos religiosos entre feligreses, son un factor protector para el intento y la consumación. En síntesis, la religión es un fuerte protector frente al intento y la consumación, pero no para la ideación.

Por su parte Gearing y Alonzo (2018), en USA, actualizan su primera revisión bibliográfica hecha en 2009, esta vez denominada “Religión y suicidio: nuevos hallazgos”, con el objetivo de revisar 1243 artículos publicados en un periodo de 10 años, que se refirieran al vínculo entre ambos temas; de estos, seleccionan 81 que tratan directamente la relación entre las principales religiones del mundo (cristianismo, judaísmo, islamismo e hinduismo) y el suicidio. Encuentran que las tasas de suicidio y los factores de riesgo y de protección varían según las religiones. Concluyen que: 1) en la última década se ha ampliado la comprensión sobre la participación de la religión en el comportamiento suicida. Sin embargo, 2) la dependencia entre la religiosidad de un individuo y el suicidio a menudo se minimiza o se ignora en las evaluaciones clínicas. A pesar de esto, 3) todas las religiones aportan prácticas de prevención al comportamiento suicida.

Ana Salgado (2014), lleva a cabo en Lima, Perú, una investigación con el objetivo de revisar estudios empíricos sobre el impacto de la religión y la espiritualidad (R/E) como factores protectores en las diversas áreas de la vida del ser humano. Su trabajo concluye que la R/E aumenta la autoestima, ofrece fortaleza y esperanza, es determinante en percepciones de satisfacción vital y bienestar espiritual, fomenta el perdón y es apoyo socio-emocional en situaciones de crisis. En general, la R/E “contribuye a una mejor salud física y psicológica, ayuda a la prevención, acelera la recuperación y promueve la tolerancia frente al padecimiento de enfermedades crónicas. Disminuye la depresión, la ansiedad y el estrés” (p. 1). Sin embargo, la investigadora también concluye que dichos beneficios son cuantiosamente favorables siempre y cuando la religión y la espiritualidad sean vividas y experimentadas sin fanatismos, sin dogmatismos, ni imposiciones de ninguna índole.

Barranco (2016), en USA, realiza un tratado nombrado, “Suicidio, religión y latinos: un estudio a nivel macroeconómico de las tasas de suicidio en los latinos de EE. UU”. La investigación tuvo por objetivo revisar textos construidos con base en población latina de los Estados Unidos sobre la relación entre la religión y el suicidio. Su trabajo concluye que las variables del contexto religioso latino influyen significativamente en el comportamiento suicida. Sin embargo, existe una diferencia entre los inmigrantes latinos y los nacidos en Norteamérica. Los primeros perciben beneficios únicamente asociados a la fe católica, mientras que quienes nacieron en Estados Unidos amplían sus posibilidades de ser apoyados por comunidades religiosas diferentes a la de su país de origen.

Los antecedentes psicopatológicos

Eguiluz Romo y Ayala Mira (2014), en el texto titulado “Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes”, publican resultados de su investigación desarrollada en un instituto de secundaria del Distrito Federal, México, con la que buscaron establecer la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar. Fueron 292 adolescentes quienes participaron en la aplicación de los siguientes instrumentos: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman y Escala de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune. En los resultados, cabe enunciar que de la población estudiada se ubicaron con depresión leve 52 jóvenes (17,8%), 22 jóvenes (7,5%) mostraron depresión moderada, y con depresión severa 11 jóvenes (3,0%). Asimismo, se encontró que 21,21% de la población estudiada (62 jóvenes) presenta ideación suicida y 78,7% (230 jóvenes) no la presenta. Como parte de las conclusiones se menciona una correlación positiva entre ideación suicida y depresión, y entre depresión e involucramiento afectivo funcional. No hubo correlación entre patrones de comunicación disfuncionales con depresión e ideación suicida, respectivamente.

De igual manera, en México, González-Forteza, Hermosillo de la Torre, et al. (2015), llevan a cabo un estudio documental sobre la depresión en adolescentes, con el propósito de reconocerla como un problema de salud pública, necesario de intervenir oportunamente por ser desencadenante de suicidios. En los resultados afirman que este diagnóstico de depresión desencadena altos índices de intentos de suicidio en mujeres y de suicidio consumado en hombres. De lo concluido por los investigadores, se destaca la necesidad de incorporar cambios en algunas políticas de salud, para mejorar y facilitar el acceso a los hospitales, el seguimiento de casos, centros comunitarios, entre otros, para recibir tratamiento eficaz.

Por su parte, Echeburúa (2015) publica un artículo denominado “Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica”, en el cual describe los diferentes diagnósticos psicopatológicos recurrentes en pacientes que acuden a consulta con ideaciones y planes suicidas, entre los que destaca los trastornos depresivos, los trastornos adictivos, los trastornos psicóticos, el trastorno límite de la personalidad y la anorexia, entre otros. Este estudio resalta asuntos relacionados con signos de alarma, factores de riesgo y factores de protección; y además, subraya entre sus premisas, que la alianza terapéutica empática con el paciente y la colaboración con la familia son los elementos primordiales en la intervención de la población con ideación e intento de suicidio.

Más reciente es el estudio de tipo epidemiológico de López Steinmetz (2017), del que se deriva el artículo “Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio”. Con un diseño descriptivo transversal, los datos de la investigación estuvieron enfocados en los registros de asistencias psicológicas del servicio de urgencias en salud mental del hospital Pablo Soria en Argentina. Allí, se encontró que 28,07% de los pacientes que acudían por intento de suicidio tenían diagnóstico de trastorno mental. Se destaca que los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados por consumo de sustancias psicoactivas. Es importante enunciar que 56,30% recibía tratamiento a causa del diagnóstico, al momento del intento suicida, y 43,70% no lo recibía, ya sea porque había abandonado el tratamiento (14,07%), o bien porque nunca lo había iniciado (29,63%). Finalmente, la autora señala como dificultad el hecho de tener un alto número de diagnósticos agrupados en la categoría “desconocidos”.

Mazaheri et al. (2017), en su publicación “¿Está relacionada la historia de comportamiento suicida con el apoyo social y las habilidades de afrontamiento en pacientes con trastorno bipolar-I?”, al referirse a los factores predictivos de los intentos de suicidio, muestran que la tasa más alta de suicidios está en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo 1. Su estudio tuvo como objetivo examinar la previsibilidad del suicidio y comorbilidad con trastornos del eje I y cumplimiento con la medicación. Se seleccionaron 140 pacientes hospitalizados con trastorno bipolar I, mediante un muestreo conveniente. El análisis de regresión evidenció que los pacientes bipolares con comorbilidad en el eje I tienen 40 veces más probabilidades de intentar suicidarse, que aquellos sin comorbilidad en este eje.

Sellers et al. (2019), en Boston, USA, ejecutaron un estudio publicado bajo el título “Uso de sustancias e ideación suicida entre adolescentes involucrados en el bienestar infantil: un examen longitudinal”, que tuvo por objetivo investigar los factores predictores longitudinales del consumo de alcohol, el uso de la marihuana y la ideación suicida entre adolescentes maltratados. El método consistió en la evaluación a 1050 adolescentes, a quienes se les midió consumo de sustancias e ideación suicida a través de instrumentos especializados para ello. Se recopilaron datos sobre afiliación desviada entre compañeros, salud del cuidador, maltrato infantil, edad, raza y género. Los resultados apuntaron a que el consumo y uso de sustancias son factores asociados al comportamiento suicida; el uso de alcohol, la dificultad en las relaciones con los compañeros, la edad y el género, predijeron la ideación suicida. Se evidenció reciprocidad entre el consumo de sustancias psicoactivas y la ideación suicida en los adolescentes.

Siguiendo con la línea anterior, desde el departamento de Ciencias de la Salud de Navarra, Pamplona, España, Fernández-Montalvo et al. (2019), realizaron un estudio llamado: “Intentos de suicidio entre pacientes con trastornos por uso de sustancias que se presentan con ideación suicida”, en donde publican antecedentes que refieren que el abuso de sustancias es un factor de riesgo para la ideación e intento suicida. La exploración se hizo en 375 pacientes abusados física o sexualmente que recibían tratamiento por adicción a las drogas, en quienes se determinó la gravedad de la adicción, ideación e intentos de suicidio y síntomas psicopatológicos. Los resultados muestran que 72% de dichos pacientes presentaron ideación suicida en el último mes del estudio, y 30,5% intentos previos de suicidio. Los pacientes con ideación o intentos de suicidio mostraron un perfil de adicción más grave y mayor número de síntomas patológicos. Finalmente, se destaca la relación entre experiencias traumáticas previas y la conducta suicida.

En cuanto a Colombia, en Tunja, Siabato Macías et al. (2017), realizan un estudio titulado “Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos”, con el objetivo de “buscar la relación existente entre los síntomas depresivos y la ideación suicida”; para dicha investigación tuvieron un acercamiento a 289 adolescentes escolarizados y utilizaron como instrumentos el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). De los resultados, se destaca que los síntomas depresivos relacionados con el estado de ánimo y la autoestima negativa son factores de riesgo relevantes asociados con el componente cognitivo de la conducta suicida en mujeres adolescentes. Una de las propuestas de las autoras apunta a un manejo diferencial por sexos, puesto que los resultados de su estudio demostraron que la ideación suicida es más frecuente en mujeres que en hombres.

Por su parte, Álvarez et al. (2019), son autoras del texto titulado “Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional”, en el que presentan los resultados de su investigación, de corte no experimental y transversal, con una muestra poblacional de 200 adolescentes ubicados en Cali y

200 habitantes en Santiago de Chile, a quienes se les midió el riesgo de suicidio con la Escala de Suicidalidad de Okasha; y se identificaron las distorsiones cognitivas con el Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan. Como resultados, se determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio. Los investigadores esperan que, a partir de los resultados de su estudio, se puedan guiar intervenciones psicoterapéuticas en búsqueda de la disminución del riesgo de suicidio en esta población.

La incidencia de los medios de comunicación

Lara Carrasosa (2015), en España, refiere en su investigación, “El tratamiento sensacionalista y amarillista del suicidio por razones económicas en la prensa estatal y canaria a inicios de la crisis (agosto 2007- enero 2009)”, que la forma en que se presenta un suicidio es otra de las causas por la que los periódicos quebrantan la norma de no ofrecer información para evitar el efecto imitación. A más llamativo o público el hecho y, por tanto, más sensacionalista, mayor relevancia le otorgan. Las conclusiones más destacadas de su estudio postulan que las informaciones referentes a suicidios carecen de análisis de las causas. Asimismo, las piezas publicadas en los periódicos de ámbito estatal analizados poseen más rasgos sensacionalistas que las locales.

También en España, Herrera et al. (2015), enfocan su estudio sobre: “El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto Werther o efecto papageno?” Afirman que los medios de comunicación ejercen gran influencia sobre las actitudes, comportamientos y creencias de la población; entre ellos, la prensa es el de mayor influjo. Una considerable cantidad de literatura sugiere que los medios de comunicación podrían inducir a actos de imitación del suicidio, este fenómeno se conoce como efecto Werther. No obstante, el contenido de las noticias también puede constituir un efecto preventivo, denominado efecto papageno. Expresan los estudiosos que la OMS elaboró unas recomendaciones dirigidas a los medios de comunicación, como parte del Programa de Prevención del Suicidio, Supre. En cuanto a los resultados de esta investigación, evidencian que la mayoría de las noticias dan detalles sobre el método; no se tienen en cuenta los antecedentes en salud mental; no se informa sobre ayudas y recursos comunitarios; se informa acerca del suicidio como algo inexplicable o simplista. Esto genera mayor factor de riesgo. Por el contrario, el efecto papageno es un factor protector y es la tendencia en la que se deben centrar las sensibilizaciones y formaciones a medios de comunicación para contrarrestar la rapidez con la que se publica y circula información sobre suicidio en redes sociales.

Asimismo, en su tesis de periodismo, Sánchez Girón (2016), analiza “El tratamiento del suicidio en la prensa digital española según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, OMS”. Como resultados indica que la literatura científica evidencia la hipótesis de que un suicidio aparecido en los medios de comunicación puede estimular un efecto de imitación en

ciertos individuos en determinadas circunstancias. Este es el desafío ético al que los medios de comunicación deben apuntar, cuidar el estilo a favor de comunicar líneas de atención, mensajes esperanzadores o contacto con redes de apoyo.

Por su parte, Cambra y Mastandrea (2017), se refieren a la serie de Netflix “13 razones para morir” en su artículo “Por 13 razones: desafíos éticos frente al suicidio en una serie televisiva”. Las autoras afirman que el tratamiento de la problemática a través de una serie televisiva permite un nuevo rumbo, en tanto las series son el relevo contemporáneo del cine, diariamente llegan a millones de espectadores en el mundo como antes lo hacían las novelas o la radio. Dicen las articulistas que las historias que allí se presentan logran transmitir el pathos situacional y permiten un tratamiento inédito de los problemas; agregan que pueden utilizarse en un marco psicoterapéutico (como en la cineterapia analítica), o bien como puntos de partida para el análisis ético-clínico de las ficciones en pantalla. Como conclusión plantean que más allá de las controversias que ha despertado la serie –con sus admiradores y detractores–, el escenario de esta narrativa cinematográfica ofrece una nueva ocasión para repensar las coordenadas de la adolescencia, el bullying y la violencia escolar, el abuso sexual y el suicidio, y la responsabilidad profesional del psicólogo en estas situaciones, lo cual podría alejar al espectador del impacto inmediateista y de concepciones moralistas que cierran la vía de la problematización. Así, el análisis de piezas artísticas, literarias o escénicas en el marco del teatro, el cine o la televisión, puede tener lugar en la posibilidad de ser factor protector.

Olmo López y García Fernández (2015), publican “Suicidio y libertad de información: entre la relevancia pública y la responsabilidad”, artículo en el que indican que periodistas y directores de medios tienen una responsabilidad para con la sociedad. Tanto la acción como la omisión tienen consecuencias. Señalan que es lógica la resistencia de los profesionales a plegarse a códigos y normas impuestos desde fuera, pues puede entenderse como un ataque a la libertad de información; pero hay que tener presente que en muchos medios, la consigna es no informar sobre suicidios, sean como sean. Y esa también es una forma de autocensura que hurta a la ciudadanía datos útiles para tomar decisiones conscientes y que imposibilita el debate necesario en torno a problemas que pueden ocultarse tras los suicidios. Tienen que ser, por tanto, las propias organizaciones de periodistas las que generen, desde dentro, y con asesoramiento de profesionales de la salud, sus propios códigos de actuación. La solución neozelandesa es una censura impuesta desde instancias gubernamentales y parece un mal referente en una sociedad democrática en la que la libertad de información no debería encontrar más límites que los que le fija la propia arquitectura del sistema de derechos fundamentales interconectados en una relación de horizontalidad.

Los colombianos Rátiva et al. (2013), autores de “Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío, entre 2004 y 2011”, expresan que su investigación tuvo el propósito de identificar si las noticias de suicidio informadas por el periódico La Crónica, del Quindío, se ajustan a las recomendaciones entregadas por la OMS para divulgar este tipo de sucesos. Comunican que el período estudiado informó 283 suicidios, 84% cometidos por hombres, 46% de ellos entre los 10 y 29 años. En 42% de las noticias incluyeron la palabra suicidio, y en 89% se describió el método. Igualmente, se encontró que en 48% aparecía la imagen de la víctima y solo en el 2% informaban de una línea de ayuda. Concluyeron que, en general, el diario no sigue las recomendaciones de la OMS, cuya conducta constituye un posible factor de riesgo del acto suicida en la región. También se resalta el efecto imitativo como otro factor de riesgo ante la conducta suicida, por tanto se concluye que un suicidio puede estimular intentos en grupos con características similares, como un aprendizaje social.

Y sobre las redes sociales

Urrego et al. (2016), aportan el capítulo “Caracterización de adolescentes con conductas suicidas a través de redes sociales; Facebook, Foros y Open-blogs”, al libro intitulado “Avances de investigación en salud a lo largo del ciclo vital”. En el texto afirman que el perfil más común caracterizado es adolescente entre 14 a 16 años, con escolaridad de bachillerato, género femenino y que presenta ideación suicida (sin ningún intento previo); como principales factores de riesgo hallan: sentimientos de desesperanza, baja autoestima, discusiones familiares y acoso escolar; entre los factores protectores se mencionan las buenas relaciones con familiares. Si bien la violencia social es una preocupación, es importante mirar la violencia generada al interior de la familia y la escuela, como precursores de la conducta suicida y de una deficiente salud mental en los adolescentes y la sociedad en general. A esto se suma que el uso de redes sociales con información poco cuidadosa frente al tema de suicidio, puede generar que tantas dificultades previas que les toca enfrentar a niños adolescentes y adultos, se unan como factor de riesgo del incremento de la conducta imitativa.

En la misma vía, Valadez (2014), en México, en su artículo “Redes sociales, buzón de notas suicidas para jóvenes”, revela que los jóvenes hallaron en dichas redes un mecanismo para establecer vínculo social. Señala además que los adolescentes se conectan de 11 de la noche a 3 de la mañana, evitando ser vigilados, y que es común que los viernes y sábados colapsen las redes; la autora resalta que en esos días son frecuentes los mensajes suicidas, muchos con la intención de llamar la atención, por decepciones amorosas o de diversos tipos.

La intervención pública

Sarabia (2014), realiza un estudio en la ciudad de Lima, Perú, titulado “Suicidio: un problema de salud pública”, cuyo objetivo fue plantear la importancia de la atención experta y oportuna de los profesionales de la psiquiatría en relación con los casos asociados al comportamiento suicida, fundamentalmente la preponderancia del entrenamiento oportuno y constante, con el fin de que logren brindar una atención de calidad, que contribuya al bienestar no solo de la persona suicida, sino también de su familia. Algunos de los resultados muestran que la evaluación del riesgo suicida es una competencia que debe integrar diferentes aprendizajes que le permitan al profesional una mirada integral de la situación y, por ende, que logre brindar una atención con las competencias indispensables para el óptimo abordaje del evento. En este trabajo se indica que los profesionales en salud y, en especial del área de psiquiatría, están en el deber de adherirse a una red de atención integral, constituida por diferentes disciplinas, que favorezca un abordaje ampliado de los casos y rescatar al sujeto del acto suicida. A su vez, los autores enuncian la necesidad de fortalecer procesos de prevención del suicidio, la adaptación de políticas públicas al respecto, y lo indispensable de aumentar la calidad de los registros para evitar que las muertes por suicidio sean mal clasificadas. Sarabia propone mejorar el conocimiento del personal de salud acerca de los múltiples factores asociados al comportamiento suicida y fortalecer las políticas de restricción a los métodos, tanto como la investigación sobre los factores de riesgo asociados a la problemática. En esta vía, es necesario generar conciencia tanto sobre la importancia de una atención oportuna por parte de los profesionales de la salud, como de que se trata de una problemática de salud pública, que debe ser abordada desde diferentes sectores y estudiada a partir de investigación continua y evidencia científica.

Muñoz et al. (2014), realizaron un estudio titulado “Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: resultados del proyecto EUREGENAS”. El texto señala que, debido a la incidencia actual del comportamiento suicida, es prioritario diseñar procesos de intervención que garanticen el acceso de las familias a los servicios de salud y el acompañamiento constante por parte de los profesionales a las poblaciones vulnerables. El propósito fundamental de este estudio fue describir un modelo integrado de salud mental orientado a la prevención de suicidio, con el que se propone la puesta en marcha de actividades de sensibilización dirigidas a los profesionales y la comunidad en general, sobre la importancia de la creación de estrategias de intervención que aborden no solo al suicida, sino también a los supervivientes. La metodología utilizada fue un análisis de tipo cualitativo realizado por el equipo de investigación de la Universidad de Salamanca, a partir del que plantean la importancia de abordar de manera integral los factores que anteceden el acto suicida; igualmente, señalan que los planes de intervención en salud pública deben considerar como prioridad la prevención y atención de la problemática del suicidio, ya que la carencia de tiempo suficiente para las intervenciones, dificulta el adecuado acompañamiento de los casos y excluye el ejercicio de la

psicoeducación familiar e individual. Se concluye que es necesario el fortalecimiento de nuevos proyectos de investigación en el campo de la prevención y atención de los casos asociados al comportamiento suicida.

Valdés y Errázuriz (2012), realizaron un estudio en Chile, al que denominaron “Salud mental en Chile: el pariente pobre del sistema de salud”, en el que aseguran que la salud mental no es abordada de manera responsable en diferentes partes del mundo. A pesar de las altas tasas de enfermedad mental registradas en los países, no se generan políticas de Estado que aborden con seriedad, de manera oportuna y eficaz, las problemáticas relacionadas con la afectación mental. El financiamiento público es escaso y no logra estimar a la salud mental como una prioridad; lo cual afecta la intervención oportuna de los factores de riesgo relacionados con la afectación mental, que inciden directamente en las tasas de enfermedad. Como resultados puntuales resaltan que la inversión para la salud mental es muy inferior al 6% del presupuesto nacional de algunos países, y que esto no posibilita una intervención y prevención integral que incluya todo un territorio nacional, es así como algunas comunidades quedan desprotegidas ante estas problemáticas, porque no se está entendiendo la salud mental como un componente integral. Por tanto, no tratar de manera adecuada las problemáticas de salud mental conlleva altos costos directos e indirectos, que terminan afectando aún más la carga socioeconómica de los países, asunto que dificulta el acceso por parte de las poblaciones a tratamientos integrales y oportunos que garanticen el mejoramiento de la salud y la prevención de otros factores asociados.

En Colombia, Bedoya Cardona y Montaña Villalba (2016), desarrollaron un estudio cuyos resultados se publicaron bajo el título “Suicidio y trastorno mental”. La investigación buscó identificar la relación entre los trastornos mentales y el comportamiento suicida, desde una pregunta sobre la pertinencia de las políticas públicas de salud en Colombia y la necesidad de que estén articuladas con la realidad del país y con las verdaderas necesidades de la población en lo que respecta a la salud mental. Lo anterior dirigido a la comprensión del fenómeno, dado que en Colombia es la cuarta causa de muerte. El trabajo incluyó un rastreo a los planteamientos de la OMS, en relación con sus políticas de prevención y atención a esta problemática emergente: el comportamiento suicida. Además, le sigue la pista a la Ley 1616 de 2013 (Congreso de la República de Colombia), sobre salud mental en el país, la cual establece las diferentes competencias de las instituciones encargadas directamente de la prevención, atención y seguimiento de los casos asociados al comportamiento suicida. En los resultados, los investigadores hacen una crítica a la falta de calidad en la atención por parte de los profesionales de la salud y los administradores de los centros hospitalarios. Este estudio plantea que los datos epidemiológicos son un proceso fundamental para la generación de estrategias de atención en salud, que no solo cumplan con las verdaderas necesidades de la población colombiana, sino además que garanticen el acceso a los servicios en salud y a mejorar la calidad de los mismos. Enuncian que los trastornos mentales son de alta incidencia en la problemática del suicidio y, por ello, deben existir programas de

prevención efectivos que contribuyan a disminuir la incidencia y la carga social que esto significa para el sistema de salud. Consideran que es menos costoso diseñar procesos de prevención que de mitigación de los riesgos, ya que, debido a la falta de una adecuada atención, estos últimos no solo repercuten en el costo social y financiero, sino en las pérdidas humanas de población en edad productiva. Como conclusión, precisan los investigadores, es necesario fortalecer la infraestructura hospitalaria, la sostenibilidad económica, las estrategias preventivas con enfoque familiar, comunitario e intercultural, y los procesos de diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación.

Estos autores resaltan la necesidad de crear e implementar planes de atención temprana, en los cuales se promueva la identificación de habilidades para la resolución de conflictos y el reconocimiento oportuno de factores de riesgo con el fin de mitigar esta problemática. Se afirma que, si bien en Colombia se ha comenzado a legislar en salud mental desde hace algunas décadas, no es suficiente dejar las políticas escritas en el papel, sin adaptarlas y adoptarlas a las realidades del territorio colombiano; pues, mientras no se fortalezcan procesos de educación, formación, información y tratamientos oportunos y eficaces, no serán efectivas las leyes ni los decretos, que, por demás, han sido redactados de manera distante a las verdaderas necesidades de la población. Si no se abordan de forma integral y tangible las problemáticas, se continuará errando en la necesidad fundamental de enseñar y desarrollar estrategias de prevención, atención y seguimiento que posibiliten el acceso de las personas a los servicios de salud y que estos promuevan la importancia de la adherencia a los tratamientos y el seguimiento de los mismos. Además, este estudio señala como obligación de las diferentes instituciones, que la ciudadanía conozca sus derechos y deberes en salud, e indica que es parte de su hacer formar a los ciudadanos en estrategias que les posibiliten el ejercicio de sus derechos y el fácil acceso a los recursos.

En Bogotá, Colombia, Rocha Buevas (2015), llevó a cabo un estudio denominado: “El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública”. Su intención fue presentar, desde una perspectiva analítica, interpretativa y crítica, los avances y rezagos normativos, sociales, epidemiológicos y políticos de las conductas suicidas dadas entre las minorías sexuales, como problema de salud pública. Muestra como conclusión principal que el conocimiento sobre esta temática es considerablemente reducido, por lo que es necesario desde el discurso de la salud incluir en la agenda pública las políticas y servicios de salud óptimos para la población LGBT, con las particularidades y complejidades de su proceso salud-enfermedad y, en particular, lo referente al comportamiento suicida.

González, Arboleda, et al. (2017), efectuaron la investigación descrita en el artículo “Estructura y tendencia suicida en la mortalidad materna entre 2003 y 2013”. Los autores sustentan que el suicidio en mujeres gestantes es un tema ausente en los estudios de mortalidad materna, por tanto, su objetivo fue determinar la tendencia de las variables sociales, demográficas, epidemio-

lógicas y geográficas del suicidio en relación con la mortalidad materna. Para este estudio, la población de referencia incluyó 3.123 mujeres fallecidas en edad fértil, de las cuales 274 se habían suicidado durante la gestación; de esto se realizó un análisis descriptivo analítico para identificar las causas asociadas a dicha situación. Entre los resultados evidenciaron que el promedio de la razón de mortalidad por suicidio relacionado con el embarazo fue de 3,5 casos por cada cien mil habitantes nacidos vivos, con una media de 25 defunciones por año. Esto entonces, convierte al suicidio en la segunda causa de muerte violenta en el embarazo, sumado a que 78,1% de las mujeres gestantes suicidas eran jóvenes entre los 10 a 24 años, 56% no tenían relación conyugal y 90,5% tenían bajo nivel educativo. Este estudio concluye que el suicidio es una causa de muerte importante en el embarazo y que se deben buscar soluciones desde las políticas públicas y la atención integral, con el fin de lograr la implementación de estrategias que faciliten el abordaje de esta problemática y su incidencia en la población.

Por su parte, los resultados de la indagación de Cardona Arango et al. (2016), presentados en “Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010”, reiteran que el suicidio en el mundo es un grave problema de salud pública que afecta a todos los grupos poblacionales, sin distinción de edad, sexo o zona de residencia. El objetivo de su investigación fue “caracterizar el suicidio registrado en Colombia entre los años 2000 y 2010”, según las variables persona, tiempo y lugar; utilizaron para ello un método cuantitativo descriptivo, con información de fuente secundaria, a partir de los certificados de defunción de las personas fallecidas por suicidio registrados ante el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Mediante este método se estableció el comportamiento de las defunciones y de la mortalidad, utilizando en el denominador las proyecciones poblacionales de Colombia de las regiones Amazonía, Andina, Costa Atlántica, Llanos Orientales y Pacífico; con ello se calcularon medidas descriptivas y tasas de mortalidad. Entre los resultados se registraron 24.882 suicidios en un periodo de once años, con un promedio de 6,2 personas por día; en festivos se aumenta a 8,0. La edad promedio de los fallecidos fue 34,5 años (36,4 hombres y 27,7 mujeres); predominaron los fallecimientos de varones (78,1%) y en zonas urbanas (66%). El mayor riesgo de morir por suicidio, se presentó en los Llanos Orientales, para adultos jóvenes y adultos mayores, residentes en zonas rurales. Como conclusión relevante, los autores muestran que las tasas de suicidio en Colombia presentan una tendencia a la baja, con un promedio de 5,3/100.000 habitantes, hallando mayor riesgo en los varones, en un 3,7 más que las mujeres jóvenes (9/100.000); asimismo, se registraron más decesos entre los solteros, en los meses de enero a diciembre y los fines de semana.

Los mismos investigadores, Cardona Arango et al. (2015), muestran los resultados del estudio “Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010”, registrando 693 suicidios en los 11 años estudiados. De ellos, 63,2% fueron hombres; 83% tenían edades superiores a los catorce años; 80,1% eran solteros; 42,1% eligió el ahorcamiento. El promedio de edad se ubicó en 16.5 años (DE 2.16). La mayor proporción de suicidios ocurrió en los meses de

julio, con 10,7%; por años fue 2005 con 11,1%. La tasa del periodo se ubicó en 5.7 por cada cien mil adolescentes (7.1 en hombres y 4.3 en mujeres). El riesgo más alto estuvo en los municipios del nordeste antioqueño, que registraron una tasa de 8.8 por cada cien mil adolescentes. Entre las conclusiones se destacan que el suicidio en adolescentes es una problemática de salud pública en Antioquia, por lo que es imperativo ofrecer programas de prevención efectivos en el ámbito público.

Cortina et al. (2009), realizaron un estudio llamado “Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre los 16 y 25 años del Valle de Aburra”, Colombia. Los investigadores sustentan la importancia de abordar los múltiples factores de riesgo asociados a la conducta suicida, comenzando por factores emocionales como la desesperanza, los bajos niveles de autoeficacia, intentos suicidas previos, entre otros. Explican que el suicidio es un fenómeno al que no se le da aún la relevancia necesaria y esto hace que la población vulnerable a esta problemática, no sea intervenida a tiempo y de manera idónea, motivo por el cual, cada vez va en aumento, afectando especialmente a los jóvenes y adolescentes. Argumentan que el suicidio no está ligado a un solo factor y, por esta razón, deben generarse múltiples estrategias interdisciplinarias para abordar eficazmente la problemática. Como conclusión, es fundamental trabajar en el fortalecimiento de las habilidades para la vida de los niños y adolescentes, con el propósito de que generen herramientas internas de afrontamiento ante las situaciones diarias y que logren así una mejor e integral calidad de vida.

Camino metodológico

La apuesta interdisciplinar, en la comprensión multidimensional del comportamiento suicida, da lugar a la segunda parte de este libro, el camino metodológico, que se ordena como un proceso que permitió a cada uno de los investigadores, hoy autores de esta publicación, el entendimiento y aproximación a la realidad del comportamiento suicida, mediante una actuación sistematizada que se presenta en los siguientes apartes: el enfoque de la investigación, que conllevó a la dinámica de trabajo del equipo investigador, la construcción de los instrumentos de trabajo de campo y el consecuente análisis de la información generada.

Enfoque

La investigación que fundamentó lo aquí expuesto fue ejecutada como una propuesta institucional de la Universidad Católica Luis Amigó, desde su interés por la atención y la prevención del comportamiento suicida. Se ofertó a algunas comunidades de Antioquia que presentan alta prevalencia en este evento de salud pública; desde ahí, como criterio de selección, se eligieron para trabajar los siguientes municipios: Andes, Envigado, Rionegro, La Unión y la denominación religiosa “Verdad y Vida”, con sede en Bello, Antioquia.

El proceso de indagación, de corte empírico con un alto componente de intervención institucional y comunitaria, se planteó desde una metodología mixta, holística, comprensiva. Dadas las características específicas de trabajo e intervención propuestas con las localidades, dicha metodología es posible, según Hurtado (2010), porque el enfoque holístico permite ampliar la investigación tradicional, justificando una propuesta mixta, que a su vez consiente el acercamiento a la misma naturaleza de la investigación, que al fin de cuentas marca el rumbo de las decisiones de los investigadores.

En esa vía y en palabras de Tamayo y Tamayo (2003),

Es pues, el sujeto del investigador, quien determina la relación con el objeto, y por tanto establece esa actividad de conocer e incorporarse con el objeto de estudio de las diferentes maneras que se requieran, lo cual hace que la actividad de conocer fluctúe entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico. (p. 13)

Se trata, reiterando este enfoque holístico, de que coincidan desde las necesidades de las localidades, la investigación, como producción de conocimiento, y la intervención como aporte a la transformación social; ambas formas del discernimiento, generadas desde acciones situadas a la luz de la temática del suicidio.

Creswell (2013), plantea que en el devenir de la problematización y la conceptualización, la metodología de investigación comprensiva es el camino para acercarse a la realidad social que interesa. Así, la comprensión de una problemática psicosocial implica penetrar en la significación de las cosas que se dicen o se hacen, es un proceso de conocimiento que pasa por la interpretación de las prácticas, valoraciones y concepciones de las personas y de los colectivos o institucionalidades.

De tal forma, la investigación situada es la posibilidad de hacer una lectura de la diversidad de cada contexto y, además, entender que más allá de su singularidad, se pueden leer y correlacionar entre sí los territorios diversos que comparten una región.

Este camino exige una explicación del problema, una explicación completa del contexto de los procesos observados, una discusión de elementos importantes y, finalmente, “lecciones aprendidas, que permitan tener diferentes perspectivas sobre la problemática a estudiar haciendo comparaciones entre – sitio” (Creswell, 2013, p. 210).

En suma, un estudio holístico y situado permite como lectores de contextos, encontrar una lógica desde la experiencia vivencial de los sujetos participantes, representantes de su institucionalidad o de sus comunidades.

De otro lado, con la inspiración de Cerda (1998), este enfoque metodológico permite abordar temáticas que no basta con que sean tratadas únicamente desde informes estadísticos; por su complejidad exigen distintas perspectivas y concepciones de los actores sociales implicados, desde sus condiciones sociales, culturales, económicas y políticas, que ponen acentos en la presentación de fenómenos como conflictos relacionales, formas de las violencias, problemáticas de desarrollo y vulneración social, presentes en los contextos estudiados y que cotidianamente están atentando la sana convivencia y bienestar de las comunidades, como suele ilustrarse al abordar una problemática psicosocial como el suicidio.

Dinámica de trabajo

Una metodología mixta por tanto, requiere un enfoque amplio que vincule datos cualitativos y cuantitativos, con la finalidad de obtener la comprensión profunda de un fenómeno particular (Guelmes Valdés & Nieto Almeida, 2015); así, fueron utilizadas estrategias metodológicas mixtas para la recolección y análisis de la diversa información que se produce en el análisis del comportamiento suicida.

En ese sentido, para contribuir como proyecto institucional al abordaje integral de la problemática del suicidio a partir de la investigación e intervención, dirigidas a la prevención y atención del comportamiento suicida en diferentes contextos, se requirió en primera instancia, la conformación de un equipo interdisciplinario de docentes investigadores universitarios, integrado por profesionales en psicología, comunicación social, teología, derecho y contaduría.

Desde la experticia aportada por cada formación profesional en juego, desde dicha interdisciplinariedad, el equipo de trabajo definió unas categorías de análisis que guiaron esta propuesta, tanto en términos del programa de cualificación a los servidores públicos de las instituciones locales participantes, como de la información a recoger en dichos contextos.

Así, las categorías de análisis definidas fueron: factores psicosociales del suicidio, espirieducación, mirada psicojurídica y costo socioeconómico del suicidio, cómo informar suicidio, suicidio y contextos escolares y corresponsabilidad intersectorial. Concepciones básicas que permiten tener una mirada integral, compleja y multidimensional de este objeto de estudio.

Ahora bien, las categorías de análisis fueron la base, tanto para el programa de formación a la institucionalidad local y a la comunidad de cada municipio, como para el diseño de los instrumentos que permitieron la recolección de información, para el análisis y producción de nuevo conocimiento sobre este tema.

Es de anotar que este estudio, tanto en su aspecto de intervención como de investigación, se ajustó a los requerimientos éticos necesarios, por ello en cada localidad con el aval del convenio interinstitucional, se presentaron los respectivos consentimientos informados y se autorizó por parte de cada institucionalidad y comunidad participante, el manejo de los datos con fines académicos de generación de conocimiento.

Acerca de los instrumentos

La investigación acerca del suicidio como una problemática compleja y multidimensional, requirió un tratamiento integral, holístico, desde una combinación de instrumentos para la generación y análisis de la información. En consonancia se usaron instrumentos mixtos, los cuales se describen a continuación:

1. Una base de datos diseñada por el equipo de trabajo, la cual permitió el análisis cuantitativo de variables cualitativas de la temática, como: edad, sexo, género, condición mental, antecedentes frente al evento, situación socioeconómica, psicosocial, espiritual, diagnóstico psicopatológico previo, entre otras. Estas categorías permitieron el seguimiento a los eventos acaecidos en los municipios participantes. Este instrumento se nutrió desde los informes obtenidos en cada municipio: de las autopsias psicológicas de los eventos consumados y del Registro Único de Afiliados a la Protección Social–RUAF (suicidio consumado). También, en lo referente a los intentos de suicidio, los datos epidemiológicos reportados por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública–SIVIGILA (Instituto Nacional de Salud, 2019). Así, se recogió la información relevante que exigían las categorías de análisis para estudiar los factores asociados al intento suicida y suicidio consumado en cada municipio. Ese instrumento fue insumo para los siguientes capítulos: *Vínculos psicosociales y suicidio*; *Espirieducación*; *Comportamiento suicida y psicopatología*; y *Comportamiento suicida en el contexto escolar*.

En cuanto al reconocimiento de la situación in situ, se requirió además, de otros instrumentos como:

2. Grupos focales de discusión, que permitieron el acercamiento participativo con la institucionalidad local, conformada por la iglesia y comunidades religiosas y, por los sectores salud, educación, protección y justicia; que desde esta propuesta y para el óptimo manejo y atención integral del suicidio necesita de una constante y fuerte articulación. Este instrumento fue insumo para los siguientes capítulos: *Espirieducación*; y *El sistema de salud y el suicidio desde una atención humanizada*.
3. Entrevistas semiestructuradas que, como lo señalan Hamui-Sutton y Varela-Ruiz (2013), son “un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener información en contexto” (p. 56). Este instrumento fue insumo para el capítulo *Comportamiento suicida en el contexto escolar*.
4. Instrumento de monitoreo a comunidades religiosas, con opción de respuesta dicotómica, diseñado por el equipo de trabajo y utilizado para el capítulo *Espirieducación*, con el propósito de obtener información sobre protocolos, procesos o fundamentos teológicos que utilizan las comunidades religiosas participantes para la detección, prevención e intervención del comportamiento suicida en sus territorios.
5. Otro instrumento necesario de implementar fue una encuesta tipo escala Likert, aplicada a los profesionales encargados de la dirección de los medios de comunicación en cada municipio; con ello se pretendió conocer en estos profesionales el grado de conocimiento y sus actitudes acerca de los lineamientos para construir un protocolo sobre cómo informar suicidio en los medios locales, redes sociales y eventos noticiosos. Este instrumento, diseñado por el equipo de trabajo, sirvió de insumo para el capítulo *Los medios de información como factor protector en el suicidio*.

Asimismo, fue necesario involucrar a la comunidad en general mediante actividades participativas como encuentros de saberes, en los que pudieron exponer situaciones que el suicidio como temática les genera, para de esa forma, tener un panorama amplio con respecto a la detección y prevención del comportamiento suicida, lo que sin duda posibilita propuestas de intervención ajustadas a las necesidades y requerimientos de cada contexto.

Análisis de la información

La información cuantitativa de la base de datos se sistematizó mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), el cual permite su amplia gestión y el establecimiento de cruces entre variables propuestas, en función de los resultados. De tal forma, se analizaron los datos estadísticamente con fundamento en los criterios del Chi cuadrado de Pearson, para analizar la asociación entre las variables categóricas propuestas.

Para la lectura de la información generada por medio de la interacción con los participantes, se transcribieron las entrevistas, los talleres participativos y los grupos focales; luego se construyeron matrices de análisis que permitieron ubicar la información concerniente a cada categoría; se efectuó la revisión minuciosa de lo consignado en la matriz y se interpretó lo aportado por cada localidad, haciendo lecturas horizontales y transversales, desde cada categoría, con énfasis en algunos tópicos, según su emergencia y la intención temática de cada experto.

De todo ello resultó una lectura comparada de la problemática del suicidio en cada región estudiada, que hizo posible la construcción de los capítulos de la *Apuesta interdisciplinar, comprensión multidimensional*, a partir de las temáticas categoriales y la identificación de las tendencias emergentes.

**APUESTA
INTERDISCIPLINAR,
COMPRENSIÓN
MULTIDIMENSIONAL**

Vínculos psicosociales y suicidio

*El sentido no es nunca principio ni origen, sino producto.
No hay que descubrirlo, restaurarlo, ni reemplazarlo,
sino que hay que producirlo mediante una nueva maquinaria.
(Gilles Deleuze)*

Durante este apartado se expone el comportamiento suicida desde un enfoque psicosocial, considerando que tal problemática involucra múltiples situaciones y causales, propias del entorno en el que se vive. Esta perspectiva posibilita comprender estados humanos en contexto, es decir, lo psicosocial hace posible pensar cómo lo subjetivo llega a ser el producto de diferentes dimensiones de la vida compartidas por todos, pero que en cada quien configuran su particularidad; en sí, la vida es una amalgama multidimensional que cada persona transforma de manera permanente a lo largo de su existencia.

Desde este enfoque, cada persona con sus condiciones emergentes es considerada como el resultado de los numerosos entornos que habita y con los que interactúa. Cada subjetividad emerge en los diversos contextos que continuamente se están conformando en la realidad de la vida (González Rey, 2013). Justo por esto, lo psicosocial, primero, exige hacer análisis diferenciales de cada situación, y, segundo, se considera como un marco de referencia para la intervención de una problemática humana.

Permite comprender e intervenir la realidad, sin que esta sea reducida sólo a procesos psíquicos, ni sociales excluyentes entre sí, sino que se presenta una condición nueva que emerge en el intersticio de ellas, conteniendo ambos procesos sin que sean ellos en sí, ni separados ni conjuntos, sino que son la novedad emergente, lo psicosocial no es la interacción de una cosa con otra, sino lo que queda entre una cosa y la otra y que las disuelve y que no es ninguna de las dos. (Fernández Christlieb, 2004, p. 51)

Un acercamiento más práctico del término permitirá concebir lo psicosocial, según Castaño (2004), como una forma de entender las respuestas y los comportamientos de las personas en un contexto cultural, político, económico, religioso y social determinado. La clave está en cómo comprender estos procesos resultantes, donde la interacción, los vínculos humanos, son la condición de la realidad.

Por tanto, la intervención psicosocial pone en el centro de su hacer al ser humano desde lo subjetivo, hasta sus interacciones vinculares. En ese sentido, como acción social aporta al desarrollo humano en cada contexto donde se realice, de tal forma, el enfoque psicosocial reintroduce a cada persona como agente activo en sus contextos vitales (García Peña, 2015); por esto, es absolutamente pertinente abordar desde esta perspectiva una problemática como el suicidio.

Suicidio y multidimensionalidad

El suicidio, aunque evidentemente en su desenlace es una problemática subjetiva, personalmente íntima, es el resultado de una interacción particular con el contexto vital de una persona, por tanto, es necesario abordarlo desde las múltiples dimensiones que convocan la existencia humana.

Desde esta perspectiva, en consonancia con autores como González-Forteza et al. (2012) y Rodríguez Abrahantes et al. (2017), el suicidio exige poner en situación el saber psicológico al servicio de procesos que garanticen condiciones de vida digna en los planos material, relacional, cultural, político, económico, espiritual, de las personas y sus comunidades; solo de una forma integral se podría comenzar a afrontar esta problemática desde verdaderas campañas de prevención.

Para ello es necesario contextualizar la temática del suicidio desde las condiciones de la vida contemporánea, la cual expone un entramado global tendiente al consumo y a la cultura hedonista, sumada al culto a los objetos y a la abundancia de servicios e información, aspectos que pueden entenderse como el motor de la tendencia consumista generalizada, dando lugar a la configuración de nuevas subjetividades y problemáticas contemporáneas.

En este sentido, es de señalar que los sujetos contemporáneos cultivan valores como la libertad y el placer de una forma muy característica y particular; se asume la libertad como aquello que exalta la individualidad sin represiones, como un hecho sociocultural significativo de la contemporaneidad. Los contemporáneos se ufanan de estar liberados de los frenos sociales y morales que antaño eran impuestos.

Es por ello que esta época, como ninguna otra de la historia de la humanidad, se caracteriza por una lógica individualista que da paso a la constitución de un sujeto que busca incansablemente el placer, donde solo le importa su propia persona, y la figura del otro pasa a ser utilizada como objeto, llegando a niveles mínimos las formas contemporáneas de relacionamiento (Lipovetsky, 2000).

Se ha convertido en imperativo el hedonismo, el consumismo y el pragmatismo, adicional al flujo interminable de información; por tanto, la contemporaneidad es un tiempo de lo efímero donde predomina la instantaneidad de la imagen, el aquí y el ahora, no importa el pasado y poco preocupa el futuro, es una época de incertidumbre e inseguridad, lo que antes se daba por seguro, ahora no lo es, de manera que a menudo resulta difícil poder planear el futuro (Ovejero Bernal, 1999).

Esta dificultad se ve fomentada por la pérdida de referentes identificatorios que aboca a la desaparición de las fronteras generacionales, los adultos contemporáneos tienen temor de ejercer la función de autoridad, abandonando a la deriva a las generaciones nuevas, descomponiéndose los sistemas simbólicos que garantizan a la juventud el valor de la existencia, de tal forma, nada tiene sentido y todo es posible.

Se asiste a una cultura definida por la inmediatez, por la acción, esta aparece como el lenguaje preponderante, de manera que lo afectivo relacional y los valores como la solidaridad y ayuda al prójimo, cobran poca importancia; surgen patologías subjetivas como el estrés, la depresión, el agotamiento crónico, las crisis de pánico, las adicciones químicas y no químicas, las enfermedades psicosomáticas, los trastornos alimentarios, las autolesiones (cutting), el acoso laboral y escolar, configurándose en conductas de riesgo, en cuanto a las ideaciones, intentos y actos suicidas y como principales padecimientos de la contemporaneidad.

Para dar cuenta de este momento histórico, Bauman (2015) utiliza la concepción de “modernidad líquida”, en oposición a la solidez de la sociedad; de dicha modernidad líquida afirma que “los sólidos que han sido sometidos a la disolución y que se están derritiendo en este momento, son los vínculos entre las elecciones individuales y los proyectos y las acciones colectivas” (p. 11).

En concordancia con este autor, Lipovetsky (2000, p. 5), se refiere a la contemporaneidad como “era del vacío”, afirmando que esta época es el resultado de la conmoción de la sociedad, de sus costumbres, el tiempo del consumo masificado, la emergencia inédita de un modo de socialización y de individualización que rompe con el instituido desde los siglos XVII y XVIII.

Suicidio y vínculos contemporáneos

Hay algo invariable del suicidio independiente del momento histórico, y es su carácter trans-histórico que más allá de los acontecimientos y movimientos culturales, es determinado por una sensación de vacío, de sinsentido que aqueja a la persona suicida; quizá ello es lo que hace que ocurra en todos los períodos de la humanidad y por lo que decía Durkheim (1982) que cada sociedad aporta una cuota al suicidio.

Pero en la contemporaneidad -más que nunca- ese vacío dice de un lazo social roto, de una satisfacción inmediatista que desconoce a los otros, donde se trata de consumir productos e información, sin realmente interactuar a profundidad con nadie.

Los contemporáneos están más solos que nunca, con una enorme dificultad para establecer relaciones con los demás y con el mundo; la tendencia es virtual, el mercado se impone creando la ilusión de plenitud, pero de forma endeble, que cae ante la exigencia de la vida.

Incongruentemente lo que se reproduce de forma persistente es la insatisfacción, la contemporaneidad en su cotidianidad expone a las personas al malestar disfrazado de confort, realmente no hay un bienestar psicológico que nutra y brinde sentido a la existencia, lo que puede estar favoreciendo masivamente condiciones para el comportamiento suicida, sin que nada contenga los actos contra la vida misma.

En este punto, vale abordar teóricamente el bienestar psicológico como concepto que se consolida desde aspectos personales y circunstancias ofrecidas por el contexto donde se habita (Bucchianeri et al., 2014).

Dicha transacción implica una acomodación desde lo subjetivo, de componentes actuales e históricos, que incluyen recursos y condiciones tanto materiales, psicosociales como intelectuales, que propician el desarrollo en el sentido de satisfacción con la vida, lo cual es en últimas lo que se aprecia como requisito para la realización personal (Ciarrochi & West, 2004).

El bienestar psicológico: una opción para la vida

Es un interés contemporáneo, la preocupación por el estado de bienestar y de satisfacción con la vida, en esta medida es importante resaltar el enfoque multidimensional del bienestar psicológico (Ryff, 1989) relacionado directamente con la salud integral, más allá de lo biológico médico; en este contexto se refiere al éxito y a la realización laboral, a la calidad y autonomía del relacionamiento social, a la vida familiar, al bienestar emocional y afectivo, al crecimiento personal y proyecto de vida (Flórez-Alarcón, 2006). Desde tal complejidad, definir lo que es el bienestar es un tema amplio, ya que son muchos los aspectos subjetivos e intersubjetivos que se deben tener en cuenta, pues todas estas categorías hacen parte del bienestar psicológico y se manifiestan en las múltiples esferas de la actividad humana.

Dicha premisa implica que el bienestar psicológico dependa del progreso del potencial de cada quien, enfocado en el desarrollo personal y en su forma de afrontar las múltiples situaciones de la vida según su momento vital, en el esfuerzo por conseguir las metas deseadas (Ryff & Keyes, 1995). Por ende, la corriente teórica del bienestar psicológico expuesta, se centra en el bienestar psicosocial.

Este enfoque sugiere que, al analizar el bienestar psicológico de una persona, deban considerarse entre los factores el cómo afronta los retos vitales, el esfuerzo para alcanzar sus metas, y cuáles son las valoraciones que hace de sus circunstancias y su funcionamiento dentro de la sociedad. Ello hablará de la percepción de sí mismo, de la capacidad de manejar el contexto y su propia afectividad, de la calidad de sus vínculos, de las creencias frente al sentido de la vida y los significados que le otorga a través de su proyecto de vida.

El bienestar psicológico, entonces, implica necesariamente comprender el valor que se le otorga a las circunstancias cotidianas dentro del contexto social, lo cual tiene toda la relevancia y pertinencia al reflexionar sobre el suicidio, si se entiende este como una forma de renuncia y pérdida de sentido de todo lo que involucra el bienestar. De hecho, este bienestar apunta a la calidad de vida, a la salud mental, incluyendo variables personales, pero también de forma muy precisa, dimensiones contextuales de la vida cotidiana.

Cabe reiterar, como componente elemental del bienestar psicológico, el tema de la satisfacción con la vida, que surge a partir de una conformidad entre la persona y su entorno, con otras dimensiones culturales e históricas que incluyen a su vez condiciones materiales y psicosociales, que pueden ofrecer determinadas oportunidades para la realización personal (Victoria & González, 2000).

De ahí la pertinencia de este análisis, en la medida que aborda uno de los fenómenos psicosociales más evidentes en la contemporaneidad como lo es el deterioro de la calidad de vida de las personas y su consecuente desazón e incertidumbre colectiva, lo cual trae consecuencias a veces nefastas, en la medida en que se buscan soluciones desesperadas, entre otras, el suicidio.

A continuación, vía a la posterior presentación de los resultados con respecto a la temática de este capítulo, se precisan las variables que los contienen.

Lo emocional subjetivo

Todo proceso humano, por mínimo e íntimo que sea, es psicosocial, pues hasta los pensamientos más particulares proceden de los procesos de intercambio con los otros, es así como cada subjetividad se desarrolla en el acontecer sociocultural determinado por las colectividades en cada contexto y momento histórico.

La cultura oferta la aparente satisfacción del consumismo que paradójicamente genera vacío, insatisfacción que está evocando comportamientos suicidas en tanto las personas están sometidas por un consumismo solitario en donde el lazo social se hace cada vez más frágil, quedando un aislamiento existencial, sentimientos de soledad, de desesperación, una falta de sentido de vida.

A este respecto, muchos contemporáneos están buscando sensaciones extremas que los pueden poner al límite del riesgo. Los motivos que tienen las personas en nuestros contextos para realizar conductas de riesgo e incluso auto lesivas, pertenecen en gran medida a la esfera intrapersonal, como una búsqueda permanente de emociones, que conlleva a la minimización o desconocimiento del riesgo de ciertas conductas peligrosas. En esta vía, Ibañez-Aguirre (2017) describe entre las intencionalidades de las autolesiones, muy especialmente las que se provocan los jóvenes, aquellas que apuntan a aliviar sentimientos negativos o ayudar a enfrentar dificultades particulares o interpersonales; también las que se muestran como forma de autocastigo para reparar daños provocados a otros o con el fin de reducir los efectos del estrés obteniendo cierta tranquilidad a través de la autolesión.

Pero las conductas que ponen en riesgo la vida y las lesiones a sí mismos, también pueden ser manifestaciones de la esfera interpersonal (dificultades en las relaciones con la familia o fracasos afectivos o vinculares), y en menor medida, por asuntos académicos o económicos. De tal manera, la interacción, todo intercambio con lo otro, determina el comportamiento, todo influye en uno (García Peña, 2015).

La cuestión es que, como respuesta a la constante presión social, a la incertidumbre, a la sensación de vacío, a la falta de mediación entre el aquí y el ahora, surgen las urgencias subjetivas, desde una configuración que no está conteniendo bases sólidas y seguras frente al discurrir de la vida cotidiana. Los avatares son propios de la existencia y, en este sentido, los otros deberían ser garantes, como instancia vital para la configuración de la subjetividad, permitiendo una construcción de sentido. Dice Holzapfel (2005), “visiblemente, el sentido se genera a partir del vínculo y la afinidad que tenemos con algo. Así encontramos sentido en espacios o momentos, con ciertas personas, respecto de algunos temas, y otros” (p. 19).

El entramado vincular, como lo señalan Carmona et al. (2014), posibilita la significación y promueve el sostén en aspectos vitales como la familia, la pareja o los amigos, afirmando lo vincular como instancia que no solo se establece como factor protector, sino como mediación para la prevención del comportamiento suicida. Asimismo, “el sentido de vida remite a una serie de juicios emanados de la esfera subjetiva que implican la representación y comprensión de las propias vivencias a las que el sujeto atribuye referentes de su cotidiano vivir” (Mejía et al., 2015, p. 59).

Lo anterior demarca una necesidad de reconocer los vínculos como una forma de construir significados y sentidos, en esta era de vacilaciones. Una de las primeras instancias a reconfigurar en tanto da consistencia, tendría que ser la familia, ya que sigue siendo sostén y apoyo, además de ser por excelencia el espacio inmediato de configuración subjetiva.

La familia como posibilitadora de sentido

En la contemporaneidad se convive con un ethos (conciencia social) regida por el individualismo y los intereses particulares, en oposición al instinto gregario cuya lógica determina la necesidad de confluencia con la otredad (Holzapfel, 2005); así, el auge de las soledades y la individuación acérrima demandan reconfiguraciones desde lo más íntimo, en lo vincular, es decir, volver a los otros, desde una reconstrucción del tejido social.

Por ello, la familia puede establecerse como el contexto vital para promover significados, sentidos y configuraciones personales en oposición al vacío que actualmente se esboza; por supuesto, hablamos de una familia no idealizada, en tanto históricamente subyacen en torno a ella expectativas que han sido agotadas desde su imposibilidad para sostener constantes demandas sociales, que en muchos casos resultan más nocivas que mediadoras de su función. La propuesta es reconocer los diversos tipos de familia contemporánea -y los vínculos en general- como médula para la configuración de sentido y como una estructura edificadora de estrategias para ayudar a afrontar los sucesos de la vida cotidiana, y en situaciones difíciles sea apoyo para la prevención del comportamiento suicida.

Según Le Breton (2010), la disgregación de los vínculos familiares en la actualidad es un tema sensible que se presenta en un contexto global de crisis, tanto a nivel social, como en lo micro de lo familiar y grupal. Tradicionalmente, los lazos familiares otorgaban un lugar y sostenían la transmisión generacional, en la actualidad, el discurso que ofrece el mundo adulto no está sirviendo de sostén para que los más jóvenes puedan construir su identidad y de esa forma, tengan control ante las dificultades o las conductas que ponen en riesgo la vida.

La familia, pues, se propone de nuevo como ese cimiento que contribuirá indeleblemente a la configuración de la subjetividad; en este propósito se tienen que volver a resaltar asuntos constitutivos como: una plataforma axiológica, la inserción en la norma, las configuraciones afectivas y el desarrollo de habilidades sociales, entre ellas, las manifestaciones emocionales. Estos elementos permiten, como lo señalan González Sábado et al. (2016), reconocer a la familia como un factor protector en cualquier etapa del ciclo vital de una persona, en tanto posibilita la consolidación de estrategias de afrontamiento en la cotidianidad de la existencia; o, por el contrario, su falencia genera alteraciones significativas que fungen como factores de riesgo, que pueden contribuir a elecciones como el comportamiento suicida. Entre las más relevantes de estas falencias, se enumeran aquellas derivadas de la violencia intrafamiliar, según González, Martínez García, et al. (2017), “se constata que los factores desencadenantes y agravantes de los intentos suicidas se vinculan directamente con la presencia de violencia intrafamiliar en la convivencia” (p.288).

Otros aspectos relevantes con relación al funcionamiento familiar y su incidencia en el comportamiento suicida, radican en la descomposición familiar, estar alejados de la familia, enfermedad grave de un miembro de la familia, antecedentes familiares de suicidio, alta criticidad familiar, psicopatología familiar, entre otros; estableciéndose como factores de riesgo constitutivos a las dinámicas vinculares propias de gran número de familias.

En este mismo sentido, como lo afirma Le Breton (2010), nuestra sociedad no está brindando instancias de contención que permitan a los jóvenes elaborar un universo de sentido donde hallar su propio lugar, porque están inmersos en un mundo inmedatista, competitivo y altamente agresivo, desde los cimientos de las mismas familias.

Las familias conflictivas, disociadas o con poca autoridad, se ven impedidas de contener y oficiar como vía para la socialización del joven, de manera que este pueda vincularse a los otros. Surgen así sujetos contemporáneos que no toleran los límites, no aceptan normas, buscando como efecto continuos desafíos auto impuestos, con el propósito de vencer a la muerte, desde la ilusión omnipotente de ser indestructibles; es un enfrentamiento simbólico en la búsqueda de sentido y valor a la vida. Al poner en riesgo la vida, el joven busca la respuesta al dilema de saber si vale la pena vivir.

Lo sociocultural en contexto

La influencia de los otros, en tanto grupo humano, sociedad y cultura, permite observar como lo social se hace individual y lo personal social. Mediante el intercambio con los otros, más o menos cercanos, más o menos numerosos, presentes o ausentes, vivos o muertos, se van marcando nuestros pensamientos, nuestros miedos y alegrías, los procesos más íntimos y las conductas más explícitas; por tanto, es obligado hablar de la interacción.

Corona et al. (2016) y González-Forteza et al. (2012), refieren la importancia de la relación integral entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales, culturales y las condiciones económicas desfavorables que injieren en el desencadenamiento de un comportamiento suicida. Estos autores afirman que la epidemiología, a su vez, ayuda a reconocer los factores de riesgo y de protección frente al suicidio tanto en la población general, como en los grupos vulnerables. De tal forma, “los factores de riesgo actúan acumulativamente incrementando la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida y los factores protectores son las condiciones que mejoran la resistencia a estos trastornos y reducen el riesgo” (Corona et al., 2016, p. 93). En tal sentido, es fundamental reconocer que al suicidio no se llega por una sola causa, por el contrario, la historicidad del sujeto está involucrada en el deterioro de la salud mental y esto incrementa la posibilidad de un intento de suicidio.

Ahora bien, todos los momentos históricos de la humanidad han tenido algo que contar acerca del suicidio; sin embargo, los contextos políticos particulares, que causan vulneración de los derechos y violencia exacerbada, marcan significativamente a la sociedad actual, acostumbrada a la muerte por violencias. El escenario contextual vigente aboca a una perplejidad por la vida y sus implicaciones. Al respecto Seoane (2015) explica:

Los fenómenos políticos, en la medida en que inciden en la integración y regulación social, también influyen en el comportamiento suicida. Este es el caso de la guerra, el terrorismo o las protestas políticas que no sólo apuntan a la violencia hacia los demás, sino que también acarrear el suicidio, en tanto muerte violenta que altera la agresión hacia uno mismo. (p.2)

Adherirse por fuerza o resignación a modelos hegemónicos que lesionan la humanidad, se convierte en un destino, que lleva, en términos de aprendizaje, a concebir con cierta naturalización el suicidio y las demás problemáticas humanas.

Asimismo lo social, en calidad de macrosistema como lo plantea Bronfenbrenner (1994), desde su modelo bioecológico, puede ser uno de los factores de riesgo predominantes; de ahí que las condiciones de vulnerabilidad en materia de salud, educación, empleo, corrupción, violencia, exclusión, pobreza e inseguridad, puedan ser para el sujeto estresores que diezman significati-

vamente las estrategias de afrontamiento y la configuración del sentido, con la probabilidad de sumirlo en un sentimiento constante de tensión, pero además de costumbre frente a asuntos que se volvieron cotidianos y parecen no mejorar.

“Las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas” (OMS, 2019, ¿Quién está en peligro?, párr. 2). Vale indicar que cada una de estas situaciones en mención, se enmarca en una multiplicidad causal y sintomática, lo que maximiza los efectos de la problemática en cuanto comportamiento suicida.

Ahora sí, lo que se observó en campo

Desde esta perspectiva y a manera de resultados, se abordan los vínculos psicosociales en el contexto temático del comportamiento suicida en dos vías; la primera, tiene que ver con el suicidio consumado, mediante una muestra de 53 suicidios; la segunda está orientada a develar algunas coincidencias encontradas en los intentos suicidas, en una muestra de 1.323 intentos. Para cada caso se cruza con la variable “problemáticas psicosociales”, que a su vez contiene las subvariables que aluden a causales afectivas como la nota suicida, el estado civil, pero también otras del orden psicosocial, como la escolaridad, las laborales, las socioeconómicas y el consumo de sustancias psicoactivas; todas responden a situaciones vinculares del contexto psicosocial. Estos datos se exponen de acuerdo con la relación bivariada.

Es conveniente reiterar que la información fue acopiada en los siguientes municipios del departamento de Antioquia, Colombia: Andes, Rionegro, La Unión y Envigado, en el período comprendido entre enero de 2015 y julio de 2019. En Andes y la Unión, la información fue tomada con base en el formato del registro único de afiliados al sistema integral de seguridad social en Colombia (RUAF ND), que inscribe los nacimientos y defunciones en el territorio nacional y, además, es utilizado por medicina legal. En Rionegro y Envigado se trabajó a partir de las autopsias psicológicas allí realizadas.

Suicidio consumado

Tabla 1. Suicidio/Edad

	Edad							Total	
	De 11 a 20 años	De 21 a 30 años	De 31 a 40 años	De 41 a 50 años	De 51 a 60 años	De 61 a 70 años	De 71 a 80 años		
Problemáticas psicosociales	Afectivas	6	7	1	2	2	1	3	21
	Laborales	0	0	0	1	1	1	0	2
	Escolares	3	8	3	0	0	0	0	15
	Otras	0	0	0	0	0	2	0	3
	Socioeconómicas	0	0	0	1	4	3	0	7
	Consumo SPA	0	1	1	0	0	2	0	5
Total	9	16	5	4	7	9	3	53	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,019 ^a	30	0,008
Razón de verosimilitud	56,456	30	0,002
Nº. de casos válidos	53		

a. 41 casillas (97,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Una primera correspondencia se da entre el suicidio consumado, la edad y las variables psicosociales (ver Tabla 1); al respecto, se establece una significación de 0.008 (Chi-cuadrado de Pearson), con una asociación fuerte de 0.991. Se encuentra mayor tendencia en aspectos afectivos y escolares, con predominancia en el grupo etario de 21 a 30 años, seguido de la población entre 11 a 20 años, aunque también llama la atención las asociaciones entre los grupos etarios de 51 a 70 años; lo que muestra que estos factores de riesgo varían según la edad. Para Gutiérrez (2006, citado en Arango et al., 2015):

En población joven el suicidio está más asociado a trastornos como depresión y ansiedad, problemas académicos, desempleo y antecedentes personales y familiares de conducta suicida. En personas de más edad, las motivaciones para cometer suicidio están asociadas a pérdida de familiares y allegados, dificultades económicas, enfermedades incapacitantes y dolorosas, rechazo social y estrés. (pp. 171-172)

Este aporte es semejante a los hallazgos del presente estudio, permitiendo reconocer que, en su mayoría, las causales suicidas entre los jóvenes son predominantemente de tipo vincular.

Tabla 2. Nota suicida

		Nota Suicida			
		N/R	No	Sí	Total
Problemática psicosocial	Afectivas	6	6	16	28
	Laborales	2	0	0	2
	Escolares	2	1	0	3
	Socioeconómicas	3	2	6	11
	Violencia intrafamiliar	2	2	5	9
Total		15	11	27	53

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,870 ^a	10	0,042
Razón de verosimilitud	24,801	10	0,006
Nº. de casos válidos	53		

a. 15 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,30.

Precisamente, como dato significativo con respecto a lo vincular está la nota suicida. Se encontró que de los 53 casos analizados en las subregiones, 27 dejaron nota suicida, 11 no lo hicieron y 15 no reportaron este dato. La relación del suicidio consumado y la nota suicida presenta una significación de 0.042 (Chi-cuadrado de Pearson), con una asociación de moderada a fuerte de 0.597. Es de resaltar que en el ámbito de los vínculos, un número representativo de las notas está asociado con motivos afectivos, seguida de razones socioeconómicas y violencia intrafamiliar (ver Tabla 2).

De acuerdo con lo planteado por Acinas et al. (2015), “las notas suelen dejarse en el domicilio en un alto porcentaje de los casos (80%) y suelen estar dirigidas, por orden de importancia a hermanos, policía, la pareja, amigos, padres, otro familiar” (p. 74). Se devela la intención de comunicar a sus seres cercanos las causas que remiten a tal decisión, validando así la relevancia de lo vincular en los desencadenantes de este evento.

Tabla 3. Suicidio/Estado Civil

		Estado Civil					Total
		Casado	N/R	Separado	Soltero	Unión Libre	
Problemática psicosocial	Afectivas	1	0	7	12	1	21
	Laborales	1	0	0	1	0	2
	Escolares	1	0	0	11	2	14
	Socioeconómicas	2	4	5	0	0	11
	Violencia intrafamiliar	1	0	3	1	0	5
Total		6	4	15	25	3	53

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,722 ^a	20	0,003
Razón de verosimilitud	47,151	20	0,001
Nº. de casos válidos	53		

a. 27 casillas (90,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,11.

Otro aspecto a describir es la relación del suicidio consumado y el estado civil; se establece una significación de 0.003 (Chi-cuadrado de Pearson), con una asociación fuerte de 0.887. Plantea Arregoces et al. (2017) que:

Los resultados en cuanto a la consumación del suicidio se identifican con predominancia entre las personas solteras, seguido de las separadas. Con relación al estado civil de las personas que han consumado suicidio, el hecho de estar soltero, viudo o separado, ha sido considerado como un factor predisponente. (p. 21)

Las cifras de suicidio consumados indican que 47% de los eventos estudiados correspondían a personas solteras, 29% se habían separado de su pareja, 9% estaban casados, 4% vivían en unión libre (ver Tabla 3). Puede reconocerse, en contraste con estudios como el de Carmona Parra et al. (2014), la semejanza en cuanto a estos resultados, donde ser soltero y en general encontrarse sin pareja, se establece como uno de los factores de riesgo para el comportamiento suicida.

Tabla 4. Suicidio/Escolaridad

	Escolaridad								
	Bachillerato	Especialización	N/R	Primaria	Profesional	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Total
Afectivas	11	0	0	0	2	0	5	3	21
Laborales	1	1	0	0	0	0	0	0	2
N/R	5	0	4	3	0	1	2	0	15
Escolares	1	0	0	0	1	0	1	0	3
Socio económicas	2	0	0	3	0	0	1	1	7
Violencia intrafamiliar	4	0	0	1	0	0	0	0	5
Total	24	1	4	7	3	1	9	4	53

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	61,743 ^a	35	0,003
Razón de verosimilitud	46,142	35	0,099
Nº. de casos válidos	53		

a. 46 casillas (95,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es, 04

El análisis de los vínculos psicosociales, muestra reciprocidad entre el suicidio y el grado de escolaridad (ver Tabla 4); se establece una representatividad de 0.003 (Chi-cuadrado), con una asociación fuerte de 1.079. El suicidio consumado se presenta más en el nivel bachillerato, seguido del tecnológico. En esta vía, Camargo y Macías (2017) y Rodríguez Abrahantes et al. (2017), plantean, coincidiendo con la OMS (2014), que este es el grupo etario, entre los 15 y 29 años de edad, que más ocurrencia del evento presenta. Definitivamente este es un asunto de alta prevalencia que amerita análisis, ya que este rango de edad se encuentra en un momento evolutivo de alta exposición social, que puede ser factor de vulneración por las constantes demandas sociales que el contexto les impone.

Tabla 5. Suicidio/Estrato socioeconómico

		Estrato Socioeconómico				Total
		Alto (5,6)	Bajo (1,2)	Medio (3,4)	N/R	
Problem psicosoc.	Afectivas	4	2	15	0	21
	Laborales	0	0	2	0	2
	N/R	0	0	0	15	15
	Escolares	0	0	3	0	3
	Socioeconómicas	1	1	5	0	7
	Violencia intrafamiliar	0	1	4	0	5
Total		5	4	29	15	53

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,752 ^a	15	0,000
Razón de verosimilitud	68,204	15	0,000
Nº. de casos válidos	53		

a. 21 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

Tabla 6. Suicidio/Ocupación

		Ocupación				N/R	Total
		Desempleado	Empleado	Estudiante	Independiente		
Problem psicosoc.	Afectivas	3	7	6	5	0	21
	Laborales	1	1	0	0	0	2
	N/R	0	5	4	0	6	15
	Escolares	0	1	0	2	0	3
	Socioeconómicas	0	3	0	3	1	7
	Violencia intrafamiliar	1	2	0	2	0	5
Total		5	19	10	12	7	53

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,614 ^a	20	0,037
Razón de verosimilitud	39,740	20	0,005
Nº. de casos válidos	53		

a. 28 casillas (93,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,19.

Ahora, la relación con el estrato socioeconómico, sobre el cual se establece una significación de 0.000 (Chi-cuadrado), con una asociación fuerte de 1.044. En los hallazgos se observa que el suicidio consumado se presenta predominantemente en el estrato socioeconómico medio (3 y 4), seguido del alto (5 y 6) (ver Tabla 5). Asimismo, en cuanto al suicidio consumado y la ocupación (ver Tabla 6) se establece una significación de 0.037 (Chi-cuadrado), con una asociación de media a fuerte, de 0.784. Los datos muestran coherencia con lo propuesto por Corona et al. (2016) y Suárez et al. (2018), quienes reseñan que el suicidio consumado se presenta mayormente en empleados, seguido de estudiantes. Aspectos estos de la dimensión socioeconómica que requieren continuarse analizando como un factor que se va viendo preponderante.

Tabla 7. Suicidio/Consumo SPA

	Consumo SPA							Total
	Alcohol	Cocaína	Marihuana	N/R	Nicotina	Ninguno	Policonsumo	
Afectivas	3	1	1	1	1	4	10	21
Laborales	1	0	0	0	0	1	0	2
N/R	0	0	0	15	0	0	0	15
Escolares	1	0	0	0	0	1	1	3
Socioeconómicas	2	0	0	0	2	2	1	7
Violencia intrafamiliar	1	0	0	0	0	0	4	5
Total	8	1	1	16	3	8	16	53

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,606 ^a	30	0,000
Razón de verosimilitud	72,842	30	0,000
Nº. de casos válidos	53		

a. 40 casillas (95,2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Por último en este aparte de suicidio consumado, se presenta su relación con el consumo de sustancias psicoactivas-SPA (ver Tabla 7), cuya significación es de 0.000 (Chi-cuadrado), con una asociación fuerte de 1.138, siendo el poli consumo el más alto, seguido del alcohol. Kokkeviet al. (2012), identificaron una fuerte asociación entre el comportamiento suicida y el uso de sustancias como cigarrillo, alcohol o marihuana en alguna ocasión. Se establece que el uso de sustancias o alcohol, que en la cultura colombiana es más utilizado por la población joven,

incrementa notoriamente la ocurrencia de un suicidio en tanto exacerba la sintomatología existente. Asimismo, es preciso nombrar que, la mayoría de las ocasiones, la exposición a las mismas discurre en ambientes sociales que posibilitan el establecimiento de vínculos y la aprobación social.

Intento suicida

Cabe mencionar en lo que respecta a los intentos suicidas, que en su mayoría la información es tomada del reporte del SIVIGILA (Instituto Nacional de Salud, 2019), el cual presenta datos sucintos e incompletos, que no permiten dar cuenta a profundidad de muchas de las variables sugeridas; por ello, se consideran solo las de mayor representatividad, fiabilidad y validez, de acuerdo con los resultados que arroja el análisis realizado en el software estadístico SPSS v. 24. No obstante, es relevante analizar las siguientes subvariables.

En primera instancia, acerca del intento suicida y el grado de escolaridad (ver Tabla 8), se establece una significación de 0.000 (Chi-cuadrado), con una asociación fuerte de 0.754. El intento suicida se presenta más en primaria, seguido de bachillerato. En esta línea, Rodríguez Abrahantes et al. (2017), quienes coinciden con Rodríguez Valdés et al. (2004), afirman que “la escolaridad de mayor porcentaje fue el nivel medio (32,1%) seguido del nivel primario inconcluso (20,8%) y el nivel medio superior (17,8%). Los demás niveles juntos se distribuyen el 29,3% restante” (párr. 10).

Tabla 8. IntSuic/Escolaridad

	Escolaridad					Total
	Bachillerato	Maestría	N/R	Primaria	Profesional	
Abuso sexual	1	0	0	0	1	2
Académicas	2	0	0	1	0	3
Afectivas	13	0	254	14	1	282
N/R	8	0	718	12	1	819
Escolares	0	1	4	3	0	8
Socioeconómicas	6	0	176	1	0	183
Violencia intrafamiliar	0	0	26	0	0	26
Total	29	1	1259	31	3	1323

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	751,642 ^a	28	0,000
Razón de verosimilitud	86,727	28	0,000
Nº. de casos válidos	1323		

a. 31 casillas (77,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Y segundo, en la relación del intento suicida y el consumo de sustancias, se establece una significación de 0.000 (Chi-cuadrado), con una asociación de media a fuerte de 0.657. En una relación de semejanza para González-Forteza, Juárez-López, et al. (2015), “se encontró una asociación importante entre consumo de drogas e ideación suicida” (p.29).

Tabla 9. IntSuic/Consumo SPA

	Consumo SPA				
	N/R	Ninguno	Otras	Policonsumo	Total
Abuso sexual	0	1	0	1	2
Académicas	0	3	0	0	3
Afectivas	52	130	98	2	282
N/R	641	46	131	1	819
Escolares	1	6	0	1	8
Socioeconómicas	44	51	87	1	183
Violencia intrafamiliar	2	20	4	0	26
Total	740	257	321	5	1323

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	570,865 ^a	21	0,000
Razón de verosimilitud	547,244	21	0,000
Nº. de casos válidos	1323		

a. 20 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Espirieducación. Lo espíritu-religioso, un factor protector contra el suicidio

En la sociedad actual, caracterizada por la secularización, lo espiritual y religioso se ve confuso, invalidado y relegado a lo privado. Espirieducación es una apuesta para conocer sobre lo espíritu-religioso y aprender sobre su aporte para la vida.

Lo espiritual y lo religioso y, en especial, la armónica relación que debe existir entre estos dos conceptos para la prevención del suicidio es –por decir lo menos- algo no considerado en el estudio de esta problemática, y en algunos casos, un tema a evitar u omitir en los procesos de acompañamiento e intervención. Así lo demuestran las autopsias psicológicas –en adelante

AP-analizadas en el marco de la investigación que sustenta esta publicación, en las cuales no existe registro de factores espirituales o religiosos en quienes se suicidaron en los municipios de Antioquia estudiados.

La ausencia de esta información en las AP no es un hallazgo exclusivo de este estudio; revisiones como las de González et al. (2010), evidencian el escaso reporte de lo espíritu-religioso. Aunque Acinas et al. (2015), sugieren “la opción de incluir las prácticas religiosas dentro la conformación de una AP” (p. 77), este componente no es debidamente consultado o explorado en el estudio del comportamiento suicida.

Esta falta de interés contemporánea en lo espíritu-religioso puede explicarse, primero, porque se vive en un contexto global que cada día busca alcanzar los ideales planteados por la sociedad, la cual en su proyecto constructorista está fragmentando al ser en desarticuladas dimensiones, una acción conocida como secularización (Vizcaíno Cruzado, 2015). La contemporaneidad, no está permitiendo un ser humano integral e integrado, sino uno público o privado, racional o relacional, objetivo o subjetivo.

Esta secularización, en palabras de Carmona (2002), “ha traído como consecuencia la pérdida de la mentalidad religiosa” (p. 210). La explicación, comprensión y solución a la problemática humana no es ahora un asunto de la fe ni de las prácticas asociadas a ella, sino de las posibilidades, capacidades y esfuerzos individuales. Bauman (2004) lo describe:

Como lo señalara Ephraim Lessing hace ya largo tiempo, en los umbrales de la era moderna fuimos emancipados de nuestra fe en el acto de la creación, en la revelación y en la condenación eterna. Una vez eliminadas esas creencias, los humanos nos encontramos “a nuestra merced” -lo que significa que de allí en más ya no hubo otros límites para el progreso y el automejoramiento que los impuestos por la calidad de nuestros talentos heredados o adquiridos: recursos, temple, voluntad y determinación. (p. 34)

En segundo lugar, y como consecuencia de este contexto, existe “un menosprecio generalizado hacia la espiritualidad y [lo] religioso en las especialidades de la salud, como la psiquiatría, debido a concepciones materialistas” (Okasha & Okasha, 2012, p. 73), que sumado al hecho de que “los grandes teóricos de la psicología han tendido a imponer una línea de interpretación que es, o reduccionista, o directamente hostil hacia la religión o el teísmo” (Echavarría, 2018, p. 6), tiende en el entorno académico a generar la falta de estudio y valoración por esta dimensión humana, en la prevención del comportamiento suicida.

No obstante, varias investigaciones evidencian que lo espíritu-religioso es un factor protector y un componente indispensable tanto en la prevención del suicidio, como en la intervención oportuna antes y después del acto suicida. Gearing y Alonzo (2018) resaltan que “Emile Durkheim propuso que el compromiso espiritual y la conexión religiosa pueden contribuir al

bienestar emocional, ya que proporciona una fuente de significado y orden en el mundo” (p. 2478). En la misma línea, Antón-San-Martín et al. (2013), concluyen que “las prácticas religiosas, aparte del ritual que supone, presentan un alto componente de integración social y participación en actividades comunitarias” (p. 813).

Asimismo, Taha et al. (2011), desde el método Delphi, analizaron el aporte de la espiritualidad y la religión -en adelante E/R- a la prevención de comportamientos suicidas en mujeres depresivas. Analizaron cerca de 2000 casos registrados entre el 2004 y 2009; el consenso de los expertos fue que la E/R “son elementos adicionales útiles y complementarios a las intervenciones psicosociales habituales” (p. 350).

En la misma vía, Baetz y Bowen (2010) analizaron 183 pacientes psiquiátricos depresivos, con el fin de determinar si la labilidad afectiva está relacionada positiva o negativamente con E/R y como resultado muestran que existe una relación directa entre la labilidad afectiva y la ideación suicida en niveles de depresión confirmados, sin embargo, no se logra evidenciar una relación entre la E/R y esta condición.

Es de resaltar que la E/R contribuye significativamente a la salud mental y, por ende, disminuye los índices de suicidio, pero los profesionales de la salud mental desconocen en gran medida sus implicaciones y aportes (Okasha & Okasha, 2012).

En este sentido, Oliver et al. (2015), afirman que la espiritualidad y esperanza pronostican calidad de vida en la tercera edad, “los resultados indican que la fe juega un papel diferencial relevante” (p. 235) en el bienestar de los ancianos; y aseveran también que “una buena espiritualidad tiene efectos positivos sobre la salud percibida” (p. 233). Es decir, las prácticas espirituales generan condiciones y percepciones de bienestar, impactando positivamente la calidad de vida.

Wang et al. (2016) plantean que la fe religiosa está significativa y negativamente relacionada con el comportamiento suicida solo en los casos de un bajo apoyo familiar, que altera la salud mental de sus miembros. Afirman que “en ausencia de apoyo familiar, la fe religiosa puede desempeñar un papel compensatorio en la protección contra el comportamiento suicida” (p. 370).

Vander Weele et al. (2016), tras analizar en los Estados Unidos 89.708 comportamientos suicidas de mujeres entre los 30 y 55 años, ocurridos entre 1996 y 2010, concluyen que quienes participan como mínimo una vez por semana en eventos religiosos tienen 5 veces menos probabilidad de suicidarse que las que nunca lo hacen. Existe una correlación directamente proporcional entre asistir a la iglesia y menor tendencia al suicidio. Adicional a esto, “la integración social, los síntomas depresivos y el consumo de alcohol mediaron parcialmente la asociación entre los que

ocasionalmente asistían a los servicios, pero no para los que asistían con frecuencia” (p. 846). La frecuencia en la participación en servicios religiosos fortalece los vínculos sociales e influencia como factor protector en el comportamiento suicida.

Ginges et al. (2009), investigan la asociación entre la religión y los ataques suicidas. Para ello, analizan mediante cuatro estudios los comportamientos religiosos de islámicos y judíos, religiones en las cuales, por condiciones culturales y políticas, suelen presentarse estos actos. Sus estudios concluyen que: 1) la experiencia religiosa puede ser influenciada por condiciones sociales, políticas y culturales, y ello determina la incidencia de la religión en el comportamiento suicida. 2) Lo religioso, como asistir a servicios, alejado de una actividad espiritual, como la oración, aumenta el fanatismo que conlleva a un ataque suicida. 3) Una visión deshumanizante de la religión del otro, generada por propaganda religiosa, aumenta la posibilidad de un ataque suicida. En síntesis, la influencia de la religión en los ataques suicidas responde más a la persuasión cultural y política de un colectivo que a la sólida devoción particular.

Espirieducación, una propuesta integral e integradora

Consecuente con el objetivo de esta investigación de buscar una comprensión integral e integradora del comportamiento suicida que faculte la interacción interdisciplinar e interinstitucional, se presenta la necesidad de formar en conceptos esenciales de la religión y la espiritualidad, tanto a agentes religiosos como a miembros de la comunidad académica interesados en temas de la salud mental.

Los primeros requieren conocer cómo se manifiesta el comportamiento suicida y cómo desde su labor espíritu-religiosa son aliados importantes en los procesos terapéuticos y de intervención de los profesionales de la salud. Los segundos, cómo las acciones espíritu-religiosas, lejos de ser algo inoperante e innecesario, son un componente valioso, aportante e indispensable en una intervención integral del comportamiento suicida. Urgen puentes interdisciplinarios entre lo espíritu-religioso y las ciencias de la salud. En palabras de Okasha & Okasha (2012):

Necesitamos en psiquiatría una formación especial en religión y espiritualidad. Diferentes módulos en relación con el conocimiento, habilidades en la entrevista, escucha, diferenciación entre la religión normativa y la experiencia espiritual del fenómeno patológico, y la actitud final. (p. 78)

Taha et al. (2011) y Valiente-Barroso (2013), expresan que aunque algunos profesionales de la salud mental, tanto como los agentes espirituales, reconocen el aporte significativo de lo espíritu-religioso en la salud mental, no están capacitados para interactuar entre sí. La confusión de conceptos, el menosprecio, e incluso la invalidez de aportes, son factores comunes.

Por tanto, la propuesta es hablar de *espirieducación*, como una estrategia de prevención e intervención integral para el comportamiento suicida. La *espirieducación* se fundamenta en la formación y cualificación de los diferentes agentes involucrados -ya mencionados-, en aspectos como definiciones conceptuales, perspectivas, alcances y limitaciones de lo espiritual y lo religioso, desde una concepción cristiana, debido a las características del contexto de una sociedad autodefinida por la manifestación de las diferentes vertientes del cristianismo¹.

Finalmente, *espirieducación* busca contribuir a la construcción de una teología pastoral para el suicidio; de ahí que premisas bíblico-teológicas hagan parte de la formulación de las acciones que se presentan al final de este capítulo en pro de la comprensión, prevención e intervención del comportamiento suicida.

Cómo definir la espiritualidad y la religión

De acuerdo con Piedmont (1999), lo espiritual puede ser comprendido como una capacidad personal para situarse fuera de la propia percepción inmediata de tiempo y lugar, y ver la vida desde una mirada amplia más objetiva. Esta es una condición característica y singularmente humana, un distintivo, como lo expresan Okasha & Okasha (2012), particularmente “creativo, potencial y una dimensión universal de la experiencia humana, creciendo ambos con la conciencia subjetiva de los individuos y dentro de las comunidades, grupos sociales y tradiciones” (p. 78).

La espiritualidad es una manifestación humana indistinta de su género, edad, conocimientos y entorno; permite observar y observarse, definir y definirse, proyectar y proyectarse. Una posibilidad que lo hace individuo y colectivo a la vez. A este respecto, Cáceres et al. (2008), lo explican como “una espiritualidad que dada su condición de totalidad, no se puede separar de su corporalidad. Es una espiritualidad que lo pone en relación con el mundo, con los demás y le plantea la apertura a Dios” (p. 384).

¹ De acuerdo con Beltrán (2012), en la sociedad colombiana “cerca del 90% de los colombianos se identifica con alguna vertiente del cristianismo, sea católica, protestante o pentecostal” (p. 234). Es por esto que el énfasis de la propuesta de *espirieducación* y de todo el componente espíritu-religioso de esta investigación está orientado sobre los conceptos, creencias y dogmas cristianos. Aunque existen estudios sobre el impacto del judaísmo, islamismo, budismo e hinduismo en el comportamiento suicida (Quintero Núñez, 2015), sus aportes son poco visibles en el contexto de comunidades colombianas por las características particulares de la influencia de las concepciones, creencias y manifestaciones de fe.

Así, la espiritualidad, desde la perspectiva bíblica, “se refiere a la acción del Espíritu de Dios en la vida de las personas” (Cáceres et al., 2008, p. 403). Según estos autores, la espiritualidad en el Antiguo Testamento está ligada a la justicia, ya que Dios está permanentemente reclamando, dando y soportando esta cualidad. En el Nuevo Testamento, en cambio, la espiritualidad es “el amor que supera la esfera individual” (p. 403). Aunque existan diferentes modalidades o interpretaciones de la espiritualidad, solo existe una y está estrechamente ligada a la concepción de ser humano.

Según Martínez Guzmán (2015), la espiritualidad es un factor antropológico, ligado “a la experiencia cultural, social y cognitiva de las personas, por lo que es susceptible a ser considerada una experiencia subjetiva, pues cada persona la vive de forma distinta” (p. 69), y es esto mismo, su singularidad y particularidad, lo que impide un consenso en su definición, alcance y manifestación.

Para Oliver et al. (2015) “la espiritualidad implica la búsqueda de sentido, estar en relación con los otros y con ‘algo’ superior, y se asocia a conceptos tales como sentido de la vida, relaciones, transcendencia y prácticas religiosas” (p. 231).

La manifestación espiritual en el ser humano conformará finalmente un cuerpo de creencias y prácticas con las cuales, individual y colectivamente, espera desarrollarse plenamente. Es aquí en donde se configura lo religioso, que de acuerdo con Valiente-Barroso y García-García (2010) es “la fuerza más poderosa y compleja de la mente humana, y, con toda probabilidad, una parte inextirpable de su naturaleza” (p. 226).

Lo espiritual es innato, lo religioso un constructo, tan necesario y determinante para el pleno desarrollo espiritual. La religión es un cuerpo de creencias y acciones vinculadas con un ser superior, enmarcadas en un contexto social, institucional. Para Vizcaíno Cruzado (2015),

la religión como un sistema de creencias que da respuesta a cuestiones últimas (tales como el sentido de la vida, la muerte, el dolor, el origen del mundo...), basadas en argumentos que no siempre son racionales y que tienen en cuenta una realidad trascendente, sobrenatural o centrada en un ser “radicalmente Otro” (sagrado) y Absoluto, no siempre personal. (p. 452)

Según Okasha & Okasha (2012), “la religión puede suministrar una fuente de explicación y entendimiento de cuestiones como el significado de la vida y la muerte” (p. 76). Para Rodríguez et al. (2012), la religión es

el conjunto de instituciones que formulan, organizan, administran o coordinan el instrumental de teorías, doctrinas, dogmas, preceptos, normas, signos, ritos, símbolos, celebraciones o devociones, en torno a una creencia trascendente y a través de las cuales se conservan, cultivan o expresan colectivamente las experiencias espirituales personales. (p. 29)

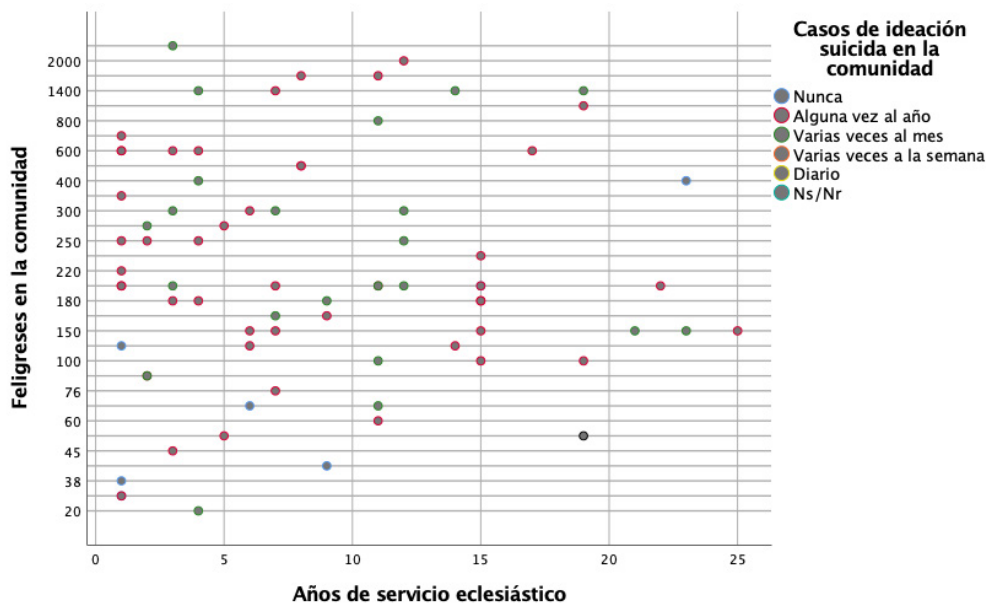
Hallazgos de la espirieducación

Con el objetivo de identificar cuáles protocolos, procesos o fundamentos teológicos se utilizan para la detección, prevención e intervención del comportamiento suicida en las comunidades religiosas participantes en la investigación de la que se deriva este texto, se elaboró y aplicó el denominado “Instrumento de monitoreo a comunidades religiosas”, el cual permitió determinar su grado de exposición al comportamiento suicida durante sus procesos eclesiósticos. Para ello se consultaron 98 líderes religiosos, entre 1 y 25 años de servicio, con una media de 8,6 años.

También se realizó un encuentro participativo, tipo grupo focal, con 12 representantes de diferentes denominaciones cristianas, para determinar con ellos las principales características de sus procesos, conceptos y necesidades de formación en atención y prevención del comportamiento suicida.

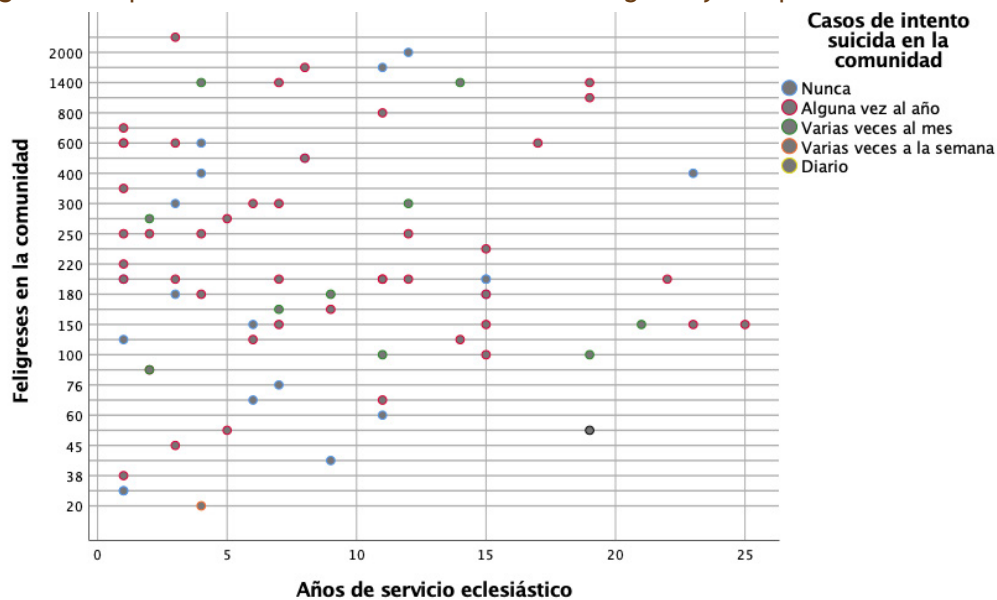
Así, el 87,5% de los encuestados han atendido casos de ideación suicida en su comunidad. 59,4% al menos una vez al año y 28,1% varias veces al mes. Sin embargo, al realizar el cruce entre el número de feligreses en la comunidad por los años de servicio eclesióstico, se aprecia que existe una mayor concentración de casos de ideación suicida en comunidades entre 200 y 600 feligreses, cuyos agentes religiosos tienen menos de 5 años (ver Figura 1).

Figura 1. Dispersión casos ideación suicida/tamaño feligresía y tiempo de servicio eclesial



En relación con el intento suicida, el 70,5% de los encuestados atendieron casos alguna vez al año (56,8%) y varias veces al mes (13,7%). Solo un 2,1% afirma atender varias veces a la semana este tipo de comportamiento. Sin embargo, al realizar nuevamente el cruce entre las variables tamaño de la comunidad (número de feligreses) y tiempo de servicio eclesial, se aprecia una mayor dispersión, en todo tipo de comunidades (ver Figura 2). Esto puede explicarse porque, contrario al intento, la ideación puede ser algo menos visible o comprobable en casos de consejería o atención.

Figura 2. Dispersión casos intento suicida/tamaño feligresía y tiempo de servicio eclesial



Tanto la atención de la ideación como el intento suicida en la población observada presentan una correlación significativa (ver Tabla 10), lo que permitiría argumentar que el desarrollo de actividades de intervención, en una etapa inicial del comportamiento suicida en comunidades religiosas, faculta condiciones de confianza para la atención en estados posteriores. Sin embargo, para validar esta idea serían necesarios estudios posteriores sobre los motivos que llevan, a quienes sufren las etapas del comportamiento suicida, a buscar ayuda en el contexto de entidades religiosas.

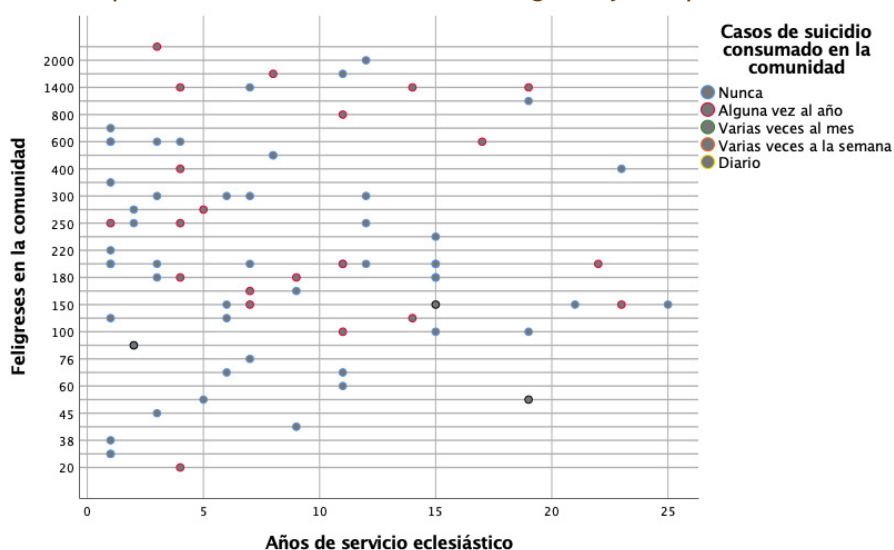
Tabla 10. Correlación casos ideación e intento suicida atendidos en comunidad

		Casos de ideación suicida en la comunidad	Casos de intento suicida en la comunidad
Casos de ideación suicida en la comunidad	Correlación de Pearson	1	,647**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	96	95
Casos de intento suicida en la comunidad	Correlación de Pearson	,647**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	95	95

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Un 69,6% de los agentes religiosos nunca han atendido un caso de suicidio consumado en su comunidad, solo un 29,3% alguna vez en el año. El 62,5% afirmaron no conocer casos de suicidio en su localidad, 33% afirman que nunca hubo eventos suicidas. Esto contrasta con las cifras de suicidios consumados en el departamento de Antioquia, lo cual permitiría explicar que aunque existe atención a la ideación e intensidad en el contexto de las comunidades religiosas, estas están ausentes en la problemática de sus localidades (ver Figura 3).

Figura 3. Dispersión casos suicidios/tamaño feligresía y tiempo de servicio eclesial



Al correlacionar los casos atendidos de ideación, intento y suicidio consumado en las comunidades religiosas, con si realizan procesos de investigación sobre el comportamiento suicida, se logra apreciar que no existe una correlación significativa (ver Tabla 11), lo que permite concluir que: 1. los casos conocidos son el resultado de un ejercicio propio de su función social, y 2. que existe la posibilidad de que el número de casos, especialmente en ideación e intento, sea mayor en el contexto de las comunidades. Esto último, en especial, por el hecho de que el historial de comportamiento suicida es generalmente oculto en virtud de que existen estigmas sociales alrededor de este, tanto en lo social como en lo individual.

Tabla 11. Correlación entre investigar comportamiento suicida y atender casos de comportamiento suicida

		Casos de ideación suicida en la comunidad	Casos de intento suicida en la comunidad	Casos de suicidio consumado en la comunidad
Investigaciones sobre comportamiento suicida en la comunidad	Correlación de Pearson	,170	,174	,151
	Sig. (bilateral)	,100	,094	,152
	N	95	94	92

El 71,9% de los consultados no cuentan con fuentes de información sobre el comportamiento suicida, 31,3% nunca han recibido información sobre la problemática. Esto incide directamente sobre los protocolos de atención, lo cual se puede evidenciar: 1. en el desconocimiento de rutas

de atención en la localidad (75% afirmó no conocerlas). Es notable que, a menor nivel de información sobre el comportamiento suicida, mayor es el grado de desconocimiento de las rutas de atención y que estas dos variables están significativamente correlacionadas. 2. Que no participan en las mesas de salud mental de su localidad. El 88,8% de los consultados negó participar de estas y un 69,4% afirmó que desconoce cómo funcionan. Un 5,1% no conocen a alguien en dichas mesas y solo un 3,1% afirmó no tener tiempo para participar en las mismas (ver Tabla 12).

Tabla 12. Información prevención e intervención comportamiento suicida

* Conocimiento de rutas de atención al suicidio

		Conocimiento de rutas de atención al suicidio		
		Sí	No	Total
Información sobre prevención e intervención en comportamiento suicida	Nunca	2,2%	28,3%	30,4%
	Alguna vez al año	9,8%	30,4%	40,2%
	Varias veces al mes	9,8%	15,2%	25,0%
	Varias veces a la semana	3,3%	1,1%	4,3%
Total		25,0%	75,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,554 ^a	3	,006
Razón de verosimilitud	12,718	3	,005
Asociación lineal por lineal	11,833	1	,001
Nº. de casos válidos	92		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,00.

Otro aspecto que impacta la falta de información sobre el comportamiento suicida es la ausencia de programas establecidos en las comunidades religiosas para la prevención y atención del suicidio y la no realización de capacitaciones, conferencias o charlas sobre el comportamiento suicida. Estos datos lo muestran: 64,3% no tienen programas para la prevención en sus comunidades y 56,1% nunca realizan capacitaciones o charlas sobre el comportamiento suicida (ver Tabla 13).

Tabla 13. Información prevención e intervención comportamiento suicida

*Realización de programas de prevención y atención y de capacitaciones, encuentros sobre el comportamiento suicida en la comunidad.

		Programa para la prevención y atención del comportamiento suicida en la comunidad		Realización de capacitaciones, conferencias o charlas sobre el comportamiento suicida		
		Sí	No	Nunca	Alguna vez al año	Varias veces al mes
Investigaciones sobre comportamiento suicida en la comunidad	Nunca	5,1%	64,3%	56,1%	9,2%	3,1%
	Alguna vez al año	2,0%	16,3%	7,1%	9,2%	2,0%
	Varias veces al mes	0,0%	3,1%	3,1%	3,1%	0,0%
	Varias veces a la semana	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%
	Diario	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%

Un asunto importante en el componente de espiroeducación es poder identificar al interior de las comunidades religiosas cristianas qué fundamentos y conceptos bíblicos, dogmáticos y teológicos están sustentando en sus procesos de atención, prevención e intervención del comportamiento suicida. Aunque el 91,7% afirmó conocer casos de comportamiento suicida en la Biblia, solo un 42,9% los identifica plenamente. Por otra parte, el 65,9% de ellos considera que el texto sagrado para los cristianos condena claramente este tipo de conducta. Un resultado que está estrechamente vinculado con la doctrina cristiana sobre el suicidio, la cual tradicionalmente ha sido condenatoria frente a la problemática. El 63,1% está de acuerdo en afirmar que el cuerpo doctrinal cristiano condena claramente el suicidio.

Estos elementos bíblicos, interpretativos y dogmáticos inciden directamente en la construcción de una teología pastoral para la prevención y atención del comportamiento suicida. Solo un 33,7% afirma tener una definición teológica pastoral para esta problemática. Esto se puede evidenciar en las correlaciones significativas que se presentan dentro de las variables, bíblico, dogmáticas y teológicas (ver Tabla 14).

Tabla 14. Correlación variables bíblico-teológicas

		Narrativa bíblica sobre el suicidio	Perspectiva bíblica sobre el suicidio	Conocimiento doctrinal sobre el suicidio	Definición de una teología pastoral para el suicidio
Narrativa bíblica sobre el suicidio	Correlación de Pearson	1	,387**	,362**	,384**
	Sig. (bilateral)		,001	,001	,001
	N	84	77	79	78
Perspectiva bíblica sobre el suicidio	Correlación de Pearson	,387**	1	,576**	,166
	Sig. (bilateral)	,001		,000	,150
	N	77	82	77	77
Conocimiento doctrinal sobre el suicidio	Correlación de Pearson	,362**	,576**	1	,102
	Sig. (bilateral)	,001	,000		,363
	N	79	77	84	82
Definición de una teología pastoral para el suicidio	Correlación de Pearson	,384**	,166	,102	1
	Sig. (bilateral)	,001	,150	,363	
	N	78	77	82	83

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La deficiencia en la formulación de una teología pastoral, pertinente, coherente e integradora para la comunidad, en especial, cuando esta sufre calladamente en su localidad la problemática del suicidio, incide en la conformación de programas para la prevención y atención del comportamiento suicida. Sin embargo, llama la atención que, aunque se afirme tener una teología plena para su prevención y atención, la no existencia de programas de prevención es mayoritaria. Esto puede evidenciar una falencia en la articulación práctica de lo que conceptualmente se tiene.

Es posible, y futuros estudios podrían corroborarlo, que la ausencia de programas sea resultado del desconocimiento de métodos, medios y formas tangibles de intervención al interior de las comunidades sobre el comportamiento suicida. El resultado, aunque llamativo, es también el fiel reflejo de lo sucedido en otros ámbitos, en donde se da por sentado el impacto negativo de la problemática del suicidio, pero no se cuenta con programas adecuados para su prevención y atención oportuna porque se desconocen métodos para realizarlos.

Tabla 15. Definición de una teología pastoral para el suicidio

*Programa para la prevención y atención del comportamiento suicida en la comunidad

		Programa para la prevención y atención del comportamiento suicida en la comunidad		
		Sí	No	Total
Definición de una teología pastoral para el suicidio	Totalmente de acuerdo	7,2%	25,3%	32,5%
	De acuerdo	2,4%	37,3%	39,8%
	Indiferente		14,5%	14,5%
	En desacuerdo		10,8%	10,8%
	Muy en desacuerdo	1,2%	1,2%	2,4%
Total		10,8%	89,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,123 ^a	4	,038
Razón de verosimilitud	10,509	4	,033
Asociación lineal por lineal	1,755	1	,185
Nº. de casos válidos	83		

a. 6 casillas (60,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,22.

Luego de ilustrar estos hallazgos en campo, se observa una percepción generalizada en los diferentes agentes religiosos de que el dogma cristiano condena plenamente el comportamiento suicida; es de anotar que ello está en consonancia con Quintero Núñez (2015), quien, en su estudio de las diferentes perspectivas teológicas de las principales religiones, concluye que “el suicidio como conducta final ha recibido usualmente reprobación e imputaciones para el agente en las distintas instancias dialécticas de la conceptualización religiosa”(p. 26). Para este autor, en el cristianismo, así como el judaísmo, con quien comparte escrituras sagradas, el suicidio es “censurable, lo punible y lo divinamente condenable” (p. 32).

A la luz de Quintero Núñez (2015), es posible también entender por qué existe una hermenéutica condenatoria al suicidio, como se evidencia en los resultados. Según el autor, este proceso interpretativo comienza con San Agustín, quien afirmó que “entonces, ciertamente, el que se suicida es un homicida... y mucho más culpable de su propia muerte” (p. 27). Esta postura nace como respuesta al surgimiento del donatismo en la iglesia cristiana, consecuencia de la fuerte persecución romana (Koch, 2005). Posteriormente, será Tomas de Aquino en quien recaerá la

principal responsabilidad de esta hermenéutica en contra del comportamiento suicida. Para la teología tomista, el suicidio es pecado porque, como lo sintetiza Vallejo Cardona y Atehortúa Sánchez (2014),

el suicidio contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida; es gravemente contrario al justo amor a sí mismo. Ofende también al amor del prójimo porque rompe injustamente los lazos de solidaridad con la familia, con la sociedad y con la especie humana. El quitarse la vida es contrario al Amor de Dios vivo, así el ser justo es responder al llamado que Dios hace a vivir su amor. (p. 109)

La existencia de esta postura hermenéutica, ampliamente conocida y aceptada en el contexto religioso cristiano, como lo han señalado estos resultados, ha influenciado prácticas religiosas como privar de la sepultura eclesiástica a quienes se suicidan, más como medio de contención que como formas pastorales de intervención. Al respecto, Gómez de Rueda (1997) explica:

Están privados de la sepultura eclesiástica a no ser que antes de la muerte hubieran dado alguna señal de arrepentimiento: (...) 3) Los que se han suicidado deliberadamente. (...) Al que haya sido excluido de la sepultura eclesiástica, se le negarán así mismo tanto cualquier misa exequial, aún las de aniversario, como otros oficios fúnebres públicos. (p. 184)

Aunque en 1983, se realizó una actualización del Código de Derecho Canónico, con la cual se elimina la privación de sepultura a los suicidas, se sujeta a que en caso que surjan dudas al respecto, hay que consultar al Ordinario del lugar y atenerse a sus disposiciones. Esto, como se aprecia en los resultados, son muestras de que a nivel pastoral existe aún una desvinculación entre las concepciones teológicas y las acciones pastorales para la prevención del suicidio.

Aunque el presente estudio no alcanza a determinar las incidencias de esta interpretación y acciones de prevención, es importante resaltar que según Torgler y Schaltegger (2014), quienes realizan un análisis empírico de las diferencias entre los índices de suicidio entre católicos y protestantes, las manifestaciones del comportamiento suicida en comunidades religiosas cristianas pueden ser diferentes dependiendo del tipo de teología y dogmas.

Estudios posteriores podrían determinar qué incidencia en los índices de suicidio tienen entre católicos y protestantes las posturas condenatorias al suicidio. Torgler y Schaltegger (2014), tras estudiar 414 regiones en Europa, concluyen que, aunque ambos grupos comparten creencias cristianas, las diferencias doctrinales les permiten tener miradas diferentes frente al suicidio. Los protestantes aceptan más el suicidio que los católicos; y debido a que los primeros en mención construyen más fuertes estructuras sociales basadas en la fe y participan más de los servicios religiosos que los católicos, son menos propensos a suicidarse. También encontraron que el foco de la discusión del tema en estos grupos está en el suicidio asistido y la eutanasia.

Como se evidencia en los resultados, la ausencia de procesos de investigación sobre comportamiento suicida en medio de las comunidades religiosas, incide en el conocimiento tanto de la problemática como de las posibles líneas de intervención.

Así mismo, una desarticulación entre la teología del suicidio y acciones oportunas para su prevención e intervención afecta los alcances misionales de la iglesia para esta problemática psicosocial. Lo investigativo, lo hermenéutico y lo pastoral deben ser una simbiosis que contribuya al cumplimiento misional de la iglesia. La teología, más allá de dogmas y definiciones, debe materializarse para dar respuesta a las necesidades humanas. Dice Pellitero (2004):

En un primer momento la teología lleva a profundizar en lo creído y se ordena a la contemplación. En un segundo momento lleva a relacionar con la verdad todos los demás conocimientos sobre la realidad. En este segundo momento donde se manifiesta su naturaleza sapiencial, la teología, sin dejar de tener en cuenta la contemplación, se sitúa ante la acción. (p. 217)

Construir una teología pastoral a partir de una comprensión profunda tanto de la realidad, como de los textos sagrados y los dogmas, es necesario para una intervención integral e integradora de la problemática del suicidio. Sin embargo, para esta comprensión se requiere de procesos informativos, formativos y de articulación con otras entidades, pero no solo no existen adecuados procesos informativos al interior de las comunidades, sino además estas no participan de escenarios interdisciplinarios como las mesas de salud mental de sus localidades. Es posible, en este sentido, que también las estructuras teológicas influyan sobre esta falta de participación; estudios posteriores podrían explorar de qué forma la manera de verse y comprender la misión impacta sobre la falta de trabajo interdisciplinario de la iglesia en general.

Un aporte a la teología pastoral para una comprensión integral del suicidio

Como ya se ha mencionado, la hermenéutica influye en la construcción de una teología pastoral. La interpretación del dogma cristiano, y en especial del texto sagrado –la Biblia–, incide en la manera como las comunidades cristianas ven el comportamiento suicida e intervienen en esta realidad.

Sobre las Escrituras Bíblicas

A continuación, se ofrecen algunos elementos de cómo las Escrituras reflejan la problemática del suicidio y cuál es su perspectiva sobre ella, con el propósito de contribuir a la definición de una teología pastoral sobre el suicidio que, más allá de condenarlo como práctica, genere acciones que evidencien lo misional y el carisma de la fe cristiana.

Concluye Koch (2005), tras estudiar la Biblia de Jerusalén, la cual incluye los libros deutero-canónicos, que “la Sagrada Escritura no condenó a quienes se suicidaron, ni a quienes tuvieron ideas suicidas” (p. 171). En la narrativa bíblica se encuentra el suicidio de Abimelek, quien al ser herido por una mujer prefiere su propia muerte a que se diga que una mujer le mató (Jueces 9:54), el de Sansón, quien se suicida derrumbando el templo filisteo al tumbar sus columnas (Jueces 16: 28-30), el de Saúl y su escudero, quienes se quitan la vida ante la derrota filisteá, tirándose sobre sus propias espadas (1 Samuel 31: 4-5), el de Ajitofel, consejero de David, quien termina con su vida tras perder su empleo como consejero del usurpador Absalón, hijo de David (II Samuel, 17-23); el del rey Zimri, quien ante el asedio, prende fuego a su palacio y muere en este (I Reyes 16-18) y, el de Judas, quien ante la culpabilidad de haber traicionado al Maestro, decide terminar con su vida (Mateo 27:5).

Existen también 11 manifestaciones de ideación e intento suicida. Rebeca (Gen. 27:46), Raquel (Gen. 30:1), Moisés (Num 11:15), Elías (1 Reyes 19:4), Job (Job 3:21, 6:9, 7:15), Jonás (Jonás 1:12-15, 4:8), el carcelero de Filipos (Hechos 16:27) y hasta el mismo Pablo (2 Cor 1:8-9; Filipenses 1:23-24), manifestaron en algún momento deseos de morir e incluso intentos visibles de tal anhelo. Sin embargo, en ninguno de ellos existe un reproche, una alusión o señal de condenación por quienes viven el comportamiento suicida (Barry, 2017).

Una postura respetuosa del texto bíblico ante las implicaciones soteriológicas del suicidio, es decir la salvación eterna del suicida, debería ser el silencio. Cualquier respuesta sobre este tema está soportada en la interpretación y en la teología dogmática (Koch, 2005), la cual sin duda aportó, por vía del miedo al destino eterno, en la prevención del suicidio, pero dejó sin elementos para una pastoral integral que se preocupe tanto por el individuo como por el contexto de este.

Al dolor de quienes lo intentaron o son sobrevivientes² de un suicidio, se les agrega la terrible sospecha de la condenación eterna. Es por esto que la reafirmación de un dogma, por justificado que parezca, no es el camino a seguir ante el avance y crecimiento del sufrimiento humano.

² Término utilizado para describir a familiares, amigos y colectivo que vivió la pérdida de un ser cercano por causa del suicidio.

Condenar al suicida es un resultado de la especulación. Es aquí en donde una teología más sabia, más humana, generaría acciones más pertinentes a la problemática humana. Así lo resume Vela (2009).

La teología debe ser primariamente una reflexión teórica que sea capaz de elaborar un código interpretativo de principios y criterios orientadores para la vida y acción evangelizadora de los cristianos; un código en función de la sabiduría, para orientar un discernimiento sobre el camino a seguir. De ninguna manera ha de ser un desarrollo teológico especulativo. (p. 37)

Tres principios bíblicos sobre el suicidio

El primer principio bíblico: *el suicidio no es el propósito de Dios*. Aunque parezca obvia la afirmación, se observa una contradicción con la lectura del relato de Sansón, en donde pareciera, se valida y justifica su suicidio, colocándolo como parte del propósito divino para este juez de Israel (Williams, 1995). En el contexto de la historia, Sansón tiene el propósito divino de comenzar “a librar a Israel del poder de los filisteos” (Jue. 13:5), pero por su vida desenfrenada, sus violaciones a la ley y al pacto como nazareo, termina finalmente en una condición abrumante y profundamente vergonzosa: es el payaso en la fiesta al dios extranjero de sus enemigos. Cuando ya estaban muy alegres, gritaron: «¡Saquen a Sansón para que nos divierta!» Así que sacaron a Sansón de la cárcel, y él les sirvió de diversión (Jueces 16:25).

Ante esta profunda crisis se esperaría una actitud de arrepentimiento y de confianza en el Dios de misericordia y bondad que se ha revelado en múltiples momentos de la historia de Israel como quien libera de la opresión y de la muerte. Savoca (1992), manifiesta que “lo que vale ante el Dios justo y clemente es la elección libre y actual de cada uno: Dios no quiere la muerte del pecador, sino que se convierta y «viva»” (p. 133). La confianza en este Dios debería ser la actitud en medio de la crisis.

Pero a esto no se aferra Sansón. Él, después de solicitarle a su joven lazarillo que lo ubique entre las columnas que soportan el templo filisteo en donde hay más de 3.000 personas celebrando a su dios Dagón (Jue. 16:26-27) y que sin duda no cuenta con las condiciones de sismo-resistencia necesarias; ora a Dios para pedir una vez más la fuerza sobrenatural que caracterizó su gestión y poder así, “vengarme de los filisteos por haberme sacado los ojos” (v.28). Su oración no refleja arrepentimiento e incluso alude a una injusticia su actual condición. Tampoco está preocupado por la opresión ejercida por los filisteos sobre el pueblo hebreo. Su único interés es satisfacer una vez más sus necesidades, aunque ello implique terminar con su existencia.

El relato finaliza describiendo un aparente milagro con el cual Sansón muere y con ello da muerte “a más filisteos de los que había matado en el transcurso de su vida” (v.30). Esto ha alimentado la idea de que el suicidio de Sansón hacía parte del propósito divino. Sin embargo, primero, el autor del texto omite un detalle importante: la venida del Espíritu de Dios en tal acción. La frase “el Espíritu del SEÑOR vino con poder sobre Sansón”, previa a cada acción en donde Sansón usó una fuerza sobrenatural (Jue. 14:6, 14:19, 15:14), no está presente en este último acto. Las columnas derribadas y la consecuente destrucción del templo, de los opresores del pueblo y de quienes Sansón quería vengarse, fue más el resultado de la natural combinación de un auditorio lleno de la eufórica multitud en su parte alta, que reposa sobre dos columnas hechas de piedras sobrepuestas, en donde había un hombre desesperado, físicamente ejercitado, quien a pesar de no tener ojos tenía la capacidad de cargar cadenas de bronce y mover un molino de piedra (Jueces 16:21); y cuya única finalidad era acabar con aquellos a quienes consideraba culpables de su lamentable condición.

Israel continuó sufriendo bajo la opresión filisteo. No fue sino hasta años después que Samuel –otro juez cuyo nacimiento es también milagroso, consagrado con el voto nazareo y quien tal vez no es tan fuerte humanamente, pero sí con una fuerte relación con el Dios que le comisionó– comienza la liberación de los israelitas del yugo filisteo. El grito suicida de “¡Muera yo junto con los filisteos!”(v.30) de Sansón es una exclamación en el marco de una acción que refleja a un hombre que no comprendió, ni quién era el Dios que le comisionó, ni cuál era la fuente real de su fuerza, ni tampoco para qué era esta. Es la evidencia de una pérdida total de propósito y sentido. Sansón no conectó los anteriores desafíos en su vida, en donde incluso estuvo en riesgo de morir por un león o por sus enemigos, con la presencia sobrenatural del Espíritu de Dios que le permitió salir adelante. Optó por una acción solitariamente humana y terminar así su existencia.

Este relato de suicidio consumado plantea el escenario para el segundo principio bíblico, *el suicidio es una decisión humana sometida a la soberanía divina* ¿Por qué algunos sobreviven a un intento de suicidio y otros no? Una respuesta, poco agradable en estos tiempos de libertades desbordantes en todo contexto, es la soberanía divina. La Biblia, en palabras de Carson (2017),

presenta a Dios totalmente trascendente, más allá de espacio y tiempo; y completamente soberano: Él es el Dios que habita la eternidad (Isaías 57:15). Los gobernantes pueden elegir su curso, pero al final es el mismo Señor quien dirige hacia dónde fluye el favor del rey (Prov. 21: 1). Incluso cuando tiramos dados, qué lado está boca arriba, está en la mano de Dios (Prov. 16:33). Y el Señor Jesús insiste en que ni siquiera un gorrión cae de los cielos fuera de la sanción cariñosa de nuestro Padre celestial (Mateo 10:29). El alcance de su soberanía es ilimitado. (p.68)

Sin embargo, esta contundente descripción plantea profundas implicaciones porque alimenta la polaridad entre la libre determinación del ser humano y el cumplimiento de los designios divinos. Sobre esto Carson (2017) explica:

Primero, en la Biblia, Dios es absoluta e incondicionalmente soberano, pero su soberanía nunca funciona de tal manera que mitigue la responsabilidad humana. Segundo, los seres humanos son criaturas moralmente responsables. Por criaturas moralmente responsables, quiero decir que son criaturas que creen y no creen, que obedecen y desobedecen, que eligen, y que tales acciones son moralmente significativas. Los seres humanos son responsables de esas cosas. Sin embargo, aunque los seres humanos son criaturas moralmente responsables, dicha responsabilidad humana nunca hace que Dios sea absolutamente contingente. (p. 71)

La tensión propia entre estos dos polos ha alimentado discusiones bizantinas como la de arminianos –énfasis en la determinación humana– y calvinistas –énfasis en la soberanía divina–. Sin embargo, ambas son más la evidencia de la tendencia natural humana a tomar partido por algún polo y un reflejo de lo interiorizado de las ideas fragmentadas del ser. Es difícil concebir un ser tan objetivo como subjetivo a la vez, totalmente material como inmaterial, fundamentalmente dependiente como independiente. Mucho más, uno moralmente responsable, libre, y a la vez obligatoriamente sujeto a la voluntad divina.

El relato del intento de suicidio de Jonás ayuda a ilustrar esta natural tensión. El profeta judío recibe la comisión de ir a la poderosa e inmoral Nínive para predicar el arrepentimiento (Jonás 1:2). Jonás, conociendo que Dios es “bondadoso y compasivo, lento para la ira y lleno de amor, que cambias de parecer y no destruyes” (Jonás 4:2), decide libremente no obedecer el mandato divino y toma un barco para irse tan lejos como pueda de su misión. En el trayecto se desata una tormenta “tan violenta que el barco amenazaba con hacerse pedazos” (v. 4). Los marineros, devotos a diferentes dioses, comienzan a realizar lo que sus religiones les determinan: para aplacar la ira de los dioses se les debe tributar sacrificios. Por tal motivo, comienzan a tirar –sacrifica – al mar lo que había en la embarcación (v.5). Sin embargo, nada estaba funcionando. Deciden por tanto tratar de identificar, por medio de “echar suertes”, quien es el culpable. Aquí, usando la ilustración anterior de Carson (2017), cuando tiraron los dados, el lado cayó boca arriba señalando tanto el Dios que estaba haciendo esto, como al hombre culpable de esta situación: Jonás. Entonces le preguntaron:

–Dinos ahora, ¿quién tiene la culpa de que nos haya venido este desastre? ¿A qué te dedicas? ¿De dónde vienes? ¿Cuál es tu país? ¿A qué pueblo perteneces?

–Soy hebreo y temo al SEÑOR Dios del cielo, que hizo el mar y la tierra firme –les respondió.

Al oír esto, los marineros se aterraron aún más, y como sabían que Jonás huía del SEÑOR, pues él mismo se lo había contado, le dijeron: – ¡Qué es lo que has hecho! (Jonás 1:8-10).

El pánico se apoderó de ellos. ¿Quién es semejante Dios que con tanto poder manifiesto persigue a un desobediente siervo suyo? Le preguntaron a Jonás qué hacer. Él, plenamente convencido de quién y por qué estaba ocurriendo todo, les orienta: “–Tómenme y láncenme

al mar, y el mar dejará de azotarlos —les respondió—” (Jonás 1:12). La solicitud, una expresa planeación de suicidio, más que una orientación piadosa y preocupada por el bienestar de los marineros, es un directo desafío a la autoridad divina. Es, como lo define Walker (2015), una protesta ante la misericordia de Dios para los ninivitas. Jonás sabe muy bien que Dios se complace más en la obediencia que en los sacrificios (1 Samuel 15:22). Lo recio de la tormenta no tiene la finalidad de acabar con el desobediente, sino por el contrario, llevarlo al arrepentimiento para que abandone su comportamiento necio y rebelde.

Los marineros decidieron abandonar sus prácticas sacrificiales y no atendieron la recomendación del rebelde profeta. Intentaron por sus medios dar vuelta al barco y regresar al puerto para cumplir con la orden divina. Pero, el Dios de la tormenta, que hasta ese momento era desconocido para ellos, ya había decidido seguir el juego de Jonás, así que la tormenta arreció. Los marineros, ante la inevitable realidad deciden obedecer al profeta, pero antes, claman a quien no conocían y le piden permiso para hacer algo que estaban acostumbrados a hacer: lanzar objetos al mar. Su petición comienza con la reafirmación de la soberanía divina, “Oh SEÑOR, tú haces lo que quieres” (v.14a) y finaliza manifestando la conciencia de la responsabilidad humana: “no nos hagas responsables de la muerte de un inocente” (v.14b). Sin más, tomaron a Jonás, lo lanzaron al mar y mientras este se hundía en las profundidades de olas impetuosas fueron testigos de cómo aquella temible tormenta se aplacaba. El autor de Jonás describe que “se apoderó de ellos un profundo temor al SEÑOR, a quien le ofrecieron un sacrificio” (v.15). Para los marineros Jonás estaba muerto. Desde su comprensión religiosa era el tributo para aplacar la ira del Dios ofendido y la calma posterior, la evidencia de lo efectivo de ese sacrificio. Jonás, para los marineros, estaba muerto por su responsabilidad. Era imposible que así no lo fuera. Pero la historia de Jonás no es famosa por las comprensiones de los marineros, sino porque El SEÑOR, por su parte, dispuso un enorme pez para que se tragara a Jonás, quien pasó tres días y tres noches en su vientre (Jonás 1:17).

De una manera soberana, Dios determinó que el intento de acabar con su vida de Jonás no fuese efectivo. El milagro del don de la vida, uno que es recibido sin mérito, se le otorga una vez más al rebelde profeta. Allí, de la forma más inimaginable, inexplicable e impredecible apareció un agente de salvación. La experiencia, sin duda, debió ser dolorosa para Jonás. Posiblemente sintió ahogarse en medio de las turbulentas profundidades. Su cuerpo sintió la fuerza de las mandíbulas, de la garganta, de los ácidos estomacales del gran pez. Aquello no era un camarote de un barco submarino en donde esperaba llegar al puerto para cumplir ahora sí con el mandato divino. Los movimientos del pez debieron ser espantosos, generadores de mareos interminables y de dolorosos y tormentosos momentos.

La recuperación de un intento de suicidio nunca es placentera. Pero allí, donde todo es oscuro, incierto y posiblemente peor que al comienzo, el amor de Dios se manifiesta. Jonás hace una oración, más de justificación que de arrepentimiento por su proceder (Jonás 2:1-9) y “entonces el SEÑOR dio una orden y el pez vomitó a Jonás en tierra firme” (Jonás 2:10).

Después de esta tortuosa experiencia, Jonás realiza a regañadientes la misión de Dios. Predice la destrucción de Nínive en 40 días por la maldad de la ciudad. El rey decide convocar a un ayuno colectivo como señal de arrepentimiento y buscar el perdón de la ciudad y finalmente, el Dios que no busca la muerte del pecador sino su vida, les perdona. Ante esto, Jonás –iracundo de tanta bondad divina manifestada– anhela profundamente morir. «¡Prefiero morir que seguir viviendo!» (Jonás 4:8), exclamaba mientras padecía los azotes del sol al perder la planta que le daba sombra.

Jonás, al igual que Sansón, no contempló la vida como una opción. Ambos decidieron desde sus perspectivas, que lo mejor era terminar con su existencia. Ignoraron voluntariamente al Dios que conocían y se aferraron a sus perspectivas. Soberanamente, a uno se le concedió su anhelo, al otro no ¿Por qué? Es una pregunta sin respuesta, porque precisamente solo puede ser dada por quien tiene la facultad de no otorgarla. Es soberanía divina. De tal forma Stott (1999), lo presenta:

Todos los cristianos creen que Dios Todopoderoso es el único dador y sustentador de la vida y quien puede quitarla. Por un lado, «Él es quien da a todos vida y aliento y todas las cosas» y «en Él vivimos, y nos movemos, y somos». Por el otro, como el salmista le dice a Dios: «si les quitas el aliento, mueren y vuelven al polvo». En efecto, cada vez que alguien muere, la fe cristiana se esfuerza por afirmar con Job: «El SEÑOR dio, y el SEÑOR quitó; sea el nombre del SEÑOR bendito». (p. 329)

Esto nos lleva al tercer y último principio bíblico sobre el suicidio; *en el comportamiento suicida es posible ver la redención en Cristo*. La condición humana, con toda su complejidad, problemática y sufrimiento, sería algo generador de una profunda desesperanza y sin sentido, si ella no tuviese la oportunidad de ser redimida. La redención, columna central del mensaje cristiano, como lo explican Robert y Feuillet (1967),

es esencialmente una noción de contenido positivo, como lo supone la etimología misma del término latino: se trata de una adquisición (emere), de una compra, de una toma de posesión por Dios que nos «libera» (red-) de la servidumbre únicamente para «adquirirnos» para Dios (emere) [...] La redención, según el significado mismo del término latino, que no hay razón de cambiar, es, pues, a la vez «liberación» y «compra», «rescate» y «adquisición», o como lo expresa muy exactamente el término inglés *atonement*, es decir, etimológicamente at-one-ment, reconciliación, o mejor todavía reunión de la humanidad con Dios. (p. 768)

La distancia del ser humano de su creador y fuente de vida desencadena condiciones de esclavitud a todo lo que signifique destrucción y muerte. Es por esto que, desde la perspectiva del cristianismo, el hombre y la mujer no pueden por sus propios medios liberarse de la muerte para volver a la vida. Era necesario que la vida, “la luz de la humanidad” (Jn. 1:4), venciera a la muerte. El Dios que da vida, para liberar a su creación de la muerte, se hace así mismo creatura que muere y una vez muerto, vuelve a la vida para dar nuevamente vida a quienes estaban muertos en su rechazo a la vida ¡Este es el glorioso mensaje que contiene el evangelio!

La redención no es solo liberación de las consecuencias de rechazar la vida y abrazar la muerte. Es también transformación a una nueva vida. Así lo escribe Gómez (2019):

El mensaje de los evangelios se orienta hacia producir una transformación en los seres humanos mediada por la fe, “es claro que [esta salvación y redención] se extiende también a la mente humana y su encuentro con la realidad”. En este sentido, la fe cristiana tiene la capacidad de generar un cambio en la manera como comprendemos el mundo que no es indiferente al propósito de la salvación, ni puede simplemente ser independiente de nuestros otros modos de conocer la realidad. (p. 4)

Ahora, existe una nueva realidad. Una en donde la posibilidad humana es viable a pesar de las condiciones de su alrededor. La muerte no es ya ni el destino final ni la única o última solución. La vida, una nueva, libre, transformada y con posibilidades en el creador, dador y sustentador de la vida, es posible. Ante las vicisitudes propias de la existencia, crisis, enfermedad, escasez, rupturas, decepciones y frustraciones, en palabras de Marti (2013),

la respuesta es nítida: Jesucristo. Cristo da al hombre la luz y la fuerza por el Espíritu Santo a fin de que pueda responder a su máxima vocación y salvarse. Cristo es la clave, el centro y el fin de toda la historia humana. (p. 173)

Su obra de redención y transformación es también una de posibilidad y ayuda en el momento de crisis. El evangelio no promete la solución a todas las circunstancias humanas, sino a encontrar en medio de ellas el favor de Dios que ayuda a superarlas.

Por lo tanto, ya que en Jesús, el Hijo de Dios, tenemos un gran sumo sacerdote que ha atravesado los cielos, aferrémonos a la fe que profesamos. Porque no tenemos un sumo sacerdote incapaz de compadecerse de nuestras debilidades, sino uno que ha sido tentado en todo de la misma manera que nosotros, aunque sin pecado. Así que acerquémonos confiadamente al trono de la gracia para recibir misericordia y hallar la gracia que nos ayude en el momento que más la necesitemos (Hebreos 4:14-16).

Una mirada psicojurídica y socioeconómica del suicidio

El Derecho y la Economía, son algo esencial en la vida humana. Rigen nuestros comportamientos como la base de la vida misma, nos exige y nos protege.

Dentro del análisis del comportamiento suicida como problemática multidimensional efecto de un contexto psicosocial que moviliza factores psicológicos, espirituales, socioculturales, históricos, políticos en cada caso particular, se pasa en el presente capítulo a abordar el suicidio desde las ópticas psicojurídica y socioeconómica, con el ánimo de seguir comprendiendo la complejidad de esta condición humana y entender la importancia de abordajes integrales en su intervención.

Este apartado se acerca al marco legal que soporta la normatividad colombiana con respecto al suicidio, abordando lo referente a inducir o ayudar a alguien en su propósito de autoeliminación, pero además lo que implica el acto de matar a otro; en este contexto, se analiza la manera como todo esto se configura en fenómeno susceptible de interpretación e intervención desde una posición de la psicología jurídica. Dicha perspectiva obliga a definir conceptos claves relacionados con esta temática, aunados a algunos aportes jurisprudenciales, para dilucidar las opciones de la interdisciplinariedad en el contexto jurídico nacional con respecto al suicidio.

Igualmente, se presentan cifras sobre el costo que le genera un suicidio al Estado, para reconocer de manera objetiva sus implicaciones económicas; a partir de allí se propone la reflexión del tema, con el ánimo tanto de alejar la cultura de reactividad y poca educación, como de generar conciencia sobre la importancia de invertir en la prevención del suicidio en el contexto colombiano.

Acercamiento psicojurídico del suicidio

La Constitución Política de Colombia (1991), en su artículo 11, proclama que el derecho a la vida es inviolable, y desde su preámbulo precisa que entre los bienes jurídicos dignos de proteger está la vida, porque hace parte de los derechos inalienables de la persona.

Así, se podría indicar que la vida desde el mismo comienzo de la unión del óvulo y el espermatozoide resulta digna de protección penal; inclusive en situaciones de avances de la biomedicina, cuando un óvulo es fecundado in vitro, como lo señala la Sentencia N° T-174/1994: “el derecho a la vida es el derecho fundamental por excelencia” (Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima, 1994, II. Fundamentos Jurídicos), pues en este se basan todos los demás derechos humanos.

Este aspecto subraya la condición de dignidad de todos y cada uno de los seres humanos, lo cual exige que a todas las personas en su proceso vital se les respete como bienes necesarios, la salud, su integridad física y moral. Esto matiza y condiciona los demás derechos fundamentales, puesto que entender a las personas preside y sirve de fundamento al Orden Constitucional (Constitución Política de Colombia, 1991, Art.1).

Tal idea condiciona también la interpretación del Código Penal Colombiano (Ley 599/2000), puesto que en su artículo 1 afirma que, “la dignidad es el fundamento del derecho penal, principio a partir del cual se construye la teoría del Bien Jurídico”. Por tanto, no cabe duda de que la vida sea el interés jurídico penalmente protegido; empero, vida y dignidad son inseparables, y esta refleja al ser humano como ser autónomo y responsable.

Significa lo anterior que el comportamiento humano tiene su principio o razón de ser en la subjetividad, es por eso que el artículo 29 de la Constitución Política de Colombia, en coherencia con la definición del Estado colombiano, como Social de Derecho, que implica el respeto por la dignidad de todos sus ciudadanos, consagra el principio de que no hay delito sin conducta, estableciendo que “nadie podrá ser juzgado sino conforme a las leyes preexistentes al acto que se le imputa”. Este principio también es ratificado por la Sentencia C-181/16 (Corte Constitucional de Colombia, 2016).

Por tanto, como sustentan Sintura Varela y Rodríguez García (2013), se privilegia desde la constitución un derecho penal de acto, en contraposición a un derecho penal de autor, definido por el derecho penal colombiano y sancionado desde la Sentencia C-077/2006: se sanciona al individuo por lo que hizo, por su conducta social, no por lo que es como persona, es decir, nunca por lo que desea, piensa o siente.

La responsabilidad procedida de esta concepción del Derecho Penal es ineludiblemente subjetiva, en otras palabras, exige la existencia de la culpabilidad en alguna de las modalidades previstas en la ley, en la comisión de una conducta (Sentencia C-077/2006). A su vez, la Sentencia N° C-239/1997 (Corte Constitucional de Colombia, 1997), ya había planteado que el derecho

penal de acto supone la adopción del principio de culpabilidad, el cual se basa en la voluntad personal que pone control y dominio al comportamiento externo que se le imputa, a consecuencia de lo cual solo puede llamarse acto al hecho voluntario.

Se puede decir que en Colombia no son del interés del derecho penal los actos interiores, pues estos no son punibles; es decir, a ninguna persona se le puede penalizar por sus pensamientos, así sean muy intrincados. Es de aclarar que en derecho, los actos interiores se refieren a las reacciones psicológicas propias de cada persona, que motivan su conducta o comportamiento, como son sus pensamientos, sentimientos, deseos o inclinaciones.

Por consiguiente, la conducta en la esencia penal es un asunto del orden de la voluntad y de la consciencia subjetiva en búsqueda de un propósito; en este sentido, siempre la conducta tiene la posibilidad de asumir una forma negativa u otra positiva, o sea, puede consistirse en un “hacer” que da cuenta de un acto que siempre conlleva consecuencias, o en un “no hacer” que hace referencia a una omisión o acción negativa, que también implica consecuencias o resultados (Cox, 1998; Echeverry, 2009).

Como afirman Carpi y Brevia (2001), la persona desde su dignidad se mueve de manera autónoma, motivada por sus intereses; a saber, cada quien se gobierna y dirige su vida desde las acciones positivas o desde dejar de hacer, abstenerse de hacer o decir.

La conducta en sus expresiones diversas no es una obra teórica hecha artificialmente, por el contrario, es una construcción de la vida que se va constituyendo a manera de proceso, desde las múltiples vivencias de la persona, sus constantes interacciones sociales, pues los seres humanos viven en un contexto determinado (Figuerola, 2012).

Como se viene exponiendo, la dignidad es el valor esencial desde la concepción que rige la Constitución Política de Colombia de 1991. Resulta obvio, por tanto, que no se podía continuar desligando el acto típico (conducta), de la noción de persona, pues como ser racional esta se halla en capacidad de conocer, captar y aprehender hechos y situaciones para orientar su acción, esto es, decidir y obrar.

En este marco, la razón y la voluntad permiten que se reconozca a cada persona como sujeto de derechos y obligaciones, libre y responsable, más aún cuando es destinatario de los tipos penales. Pues bien, ante todo esto, se puede hablar de la tipicidad, la cual impone reconocer a cada persona como un ser dotado de razón; esto se haya conforme con la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (Naciones Unidas, 2015), que en su artículo 10 establece: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

Es de entenderse entonces por tipicidad, “la adecuación de un hecho cometido a la descripción que de ese hecho se hace en la ley penal” (Muñoz & García, 2010, p. 251). Vale resaltar que dicho hecho da cuenta de un acto voluntario consumado por la persona a la figura definida por la ley como delito.

Así, para comprobar si una conducta humana constituye un delito, debe probarse la tipicidad, la cual está vinculada con uno de los principios constitucionales del derecho penal, el de legalidad; según lo criminal, este requiere que la conducta esté determinada en la ley como delito. Por tanto, el tema de la tipicidad debe profundizarse para determinar las conductas sujetas a sanciones, y se deben definir de manera clara, expresa y consonante con el grado de culpabilidad subjetiva.

En esta vía, otro concepto importante de definir es la culpabilidad, la cual puede manifestarse de dos maneras: el dolo y la culpa. Según Jiménez de Asúa (1997), el dolo tiene que ver con la intención subjetiva, y la culpa con la negligencia. El fundamento de ambas expresiones es la voluntad, esto es, que si no hay intención o no se da negligencia, no hay coincidencia de culpabilidad, por tanto no habría delito, ya que como se ha venido mostrando, esta es elemento obligado de delito en derecho penal.

Pero para que se determine culpabilidad tiene que demostrarse el presupuesto de la imputabilidad, que se define como una capacidad psicológica para comprender la antijuridicidad de los hechos personales, lo cual hace que la persona pueda comprender sus conductas y, por ende, sea responsable. Es decir, se es imputable o no; para esta figura no hay términos medios.

Inimputabilidad, en cambio, es un estado subjetivo de no responsabilidad penal, porque evidencia una incapacidad para comprender y conocer su accionar y sus consecuencias, por lo que se está impedido para hacer parte del orden establecido y asumir las normas que regulan el accionar social (Echeverry, 2009). Se es inimputable, desde el Código Penal Colombiano (2000) por las llamadas “causas de inimputabilidad”; que se refieren a que, aunque la persona pueda incurrir en actos antijurídicos, no es posible atribuirle culpabilidad por no concurrir en estos a causa de discapacidad intelectual o mental, ser menor de 16 años de edad, condiciones vitales que dificultan que dicha persona comprenda a cabalidad la ilicitud de su hecho punible.

Otro aspecto que determina culpabilidad es por supuesto el dolo, como una forma de daño premeditado, sea por engaño, fraude, intimidación, acciones que se planean a voluntad y a pleno conocimiento de sus efectos posibles. Como lo define el Art. 21 del Código Penal Colombiano (2000), “cuando la conducta es dolosa, culposa o preterintencional”. También, en su artículo 22, se precisa el dolo, o mejor la conducta dolosa, “cuando el agente conoce los hechos constitutivos

de la infracción penal y quiere su realización”. Por tanto, como afirman Sotomayor y Gallego (1999), obrar con dolo es proceder desde el conocimiento de la ilicitud de dicha acción y sin embargo proseguir su ejecución.

Asimismo, el Código Penal (2000), en su artículo 23, puntualiza la culpa “cuando el resultado típico es producto de la infracción al deber objetivo de cuidado y el agente debió haberlo previsto por ser previsible, o habiéndolo previsto, confió en poder evitarlo”. Son factores generadores de esta: la negligencia, la impericia, la imprudencia y la violación de reglamentos establecidos.

Después de haber hecho este recorrido legal, es importante analizar su relación con el acto suicida. El cual parte de un dilema: el suicidio es un acto premeditado, que conlleva un derecho a la autodeterminación física y además, en tanto acto deliberado, da cuenta de un ejercicio de la libertad, en donde una persona lleva a cabo desde su voluntad, una decisión letal contra su propia vida.

Así, el suicidio puede entenderse como un acto de resistencia, una manera a través de la cual una persona ejerce su libertad: un derecho humano. Sin embargo, según el Código Penal Colombiano (2000), existen diversos “delitos contra la vida y la integridad personal”, tales como el genocidio (Art. 101), el homicidio (Art. 102), el feminicidio (Art. 104 A), el homicidio por piedad (Art. 106) y la inducción o ayuda al suicidio (Art. 107); este último—objeto de análisis del presente texto—enunciado en dicha ley bajo los siguientes parámetros:

El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años. (Ley 599 del 2000, Art. 107)

Es importante resaltar que el intento de suicidio en Colombia, no es considerado un delito. Pero inducir, ayudar o instigar a otra persona al suicidio, sí es delito y puede ser penalizado, tal y como se mencionó en el párrafo anterior (Art. 107, Código Penal, 2000).

Como se ha expuesto, para tipificarse un suicidio, la persona tuvo que haber cometido el acto de terminar con su vida de manera autónoma y voluntaria, haciéndose responsable por las actuaciones realizadas; no obstante, hay situaciones y condiciones muy concretas en las que una persona físicamente no puede por sí misma tomar esta decisión, a pesar de querer hacerlo, motivo por el cual, otras personas cercanas, generalmente, pueden involucrarse prestando su ayuda para que quien desea cometer suicidio y acabar su existencia, logre el cometido.

Se puede entender como ayuda efectiva, el hecho de que la persona en cuestión ha gestado por sí misma las ideas y un tercero le facilita los medios para que pueda alcanzar sus fines, como por ejemplo, prestarle un arma, brindarle un medicamento o algún otro procedimiento deletéreo.

En relación con este tema de ayuda al suicidio, es importante también tratar una situación que puede tener concurrencia, y es la relacionada desde la asistencia que en algún momento pueden ofrecer trabajadores de la salud a pacientes terminales. Bajo esta situación, el personal de atención de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, personal paramédico), en entidades prestadoras del servicio, tiene por obligación profesional, cuando conocen y quedan expuestos ante dichas circunstancias, informar; es decir, no hay confidencialidad en estos casos, es un asunto ético legal, porque está involucrada la vida de terceros (su paciente) y su propia situación legal. Siempre que a un profesional en salud se le comunique que una persona está vislumbrando seriamente la idea de suicidio, este no tiene la obligación de guardar el secreto profesional y debe proceder con la activación de la ruta de atención a este evento. No hacerlo a sabiendas, se considerará ayuda efectiva para el suicidio.

Desde este análisis, conjuntamente es importante referir otros factores culposos o dolosos en los que se puede incurrir en la atención en salud, como son los de la omisión, asuntos por los cuales, se podría procesar a un profesional por homicidio culposo; a este respecto, la Red PAPAZ (2018) hace una precisa descripción:

La ley contempla 4 condiciones bajo las cuales se puede entender dicha omisión:

- » Impericia: no tiene el conocimiento profesional suficiente y desestimó la amenaza suicida.
- » Imprudencia: teniendo el conocimiento, se arriesga a guardar el secreto con su paciente, y éste procede a suicidarse.
- » Negligencia: pudiendo proceder a informar a terceros (familia o personas cercanas), omite hacerlo.
- » No contemplar las leyes vigentes: esto hace conexión no solo con los códigos de ética profesional sino también con el artículo 131 del código penal (párr. 3-4).

Existen otras situaciones que pueden presentarse como ayuda efectiva para el suicidio como cuando la persona afectada utilizó la prescripción médica para fines suicidas y se comprueba que su médico no valoró su condición suicida; es responsabilidad del profesional tratante valorar previamente la condición de riesgo de suicidio. Inclusive, si una persona tiene riesgo de suicidio y es imperativo que sea medicado, se debe hacer con un medicamento seguro, para en el caso que consiguiera emplear sus medicamentos, el riesgo de muerte por intoxicación sea inferior.

Asimismo, siempre se ha de tener la precaución de dar a conocer a sus familiares la situación, para tener su apoyo ante cualquier eventualidad y, además, buscar ayuda institucional de un profesional en psicología clínica (Red Papaz, 2018).

Es imprescindible fomentar la necesidad de entrenar, en capacitación y cualificación, a todas y cada una de las personas relacionadas con los pacientes en la detección y manejo del riesgo suicida en la vida cotidiana, tanto en lo institucional como en lo comunitario. Ya que, como lo presenta ampliamente este libro, el comportamiento suicida suele ser predecible y, obviamente, prevenible; pero para poderlo prevenir, las personas que están en contacto con los afectados deben conocer los factores de riesgo y señales de alerta característicos.

Por todo lo anterior, cuando se habla del suicidio desde lo penal, es obligado tener cuidado en el ámbito institucional con respecto a establecer las causas de la muerte, para que haya cierta uniformidad y disminuyan decisiones arbitrarias y poco fundamentadas (Palomo et al., 2010).

Acercamiento socioeconómico del suicidio

Existe un asunto que poco se ha revisado sobre esta compleja problemática, se trata del tema económico que implica un suicidio, su valor estatal. Este aporte temático surge del análisis crítico del trabajo en campo efectuado con los municipios partícipes de la investigación que dio origen al presente texto; específicamente, se retoman los hallazgos de la asistencia técnica impartida de forma interdisciplinaria a la institucionalidad, desde donde se muestra lo que en términos socioeconómicos implica el evento suicida.

Al respecto, algunos estudios han abordado este factor socioeconómico en función del suicidio desde varias perspectivas; no se encontraron evidencias empíricas sobre el gasto del Estado cuando hay suicidio, que a esta investigación le interesa reseñar.

Se pueden referir sí, aspectos como las condiciones socioeconómicas precarias del sistema capitalista y neoliberal, entre otros; tal es el caso del estudio de Cruz Parra (2012), titulado: “Una visión socioeconómica del suicidio, evidencia para Colombia a nivel municipal”, en el que propone un modelo teórico que integra una mirada sociológica y económica del suicidio, para ello analiza variables educativas y de empleo. El estudio “Suicidio, desempleo y recesión económica en España”, de García et al. (2017), es otro aporte sobre el tema, que toca el aspecto socioeconómico y la relación del suicidio con el desempleo. Se suma el de Manzo (2005), titulado “El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural”, que aborda el factor económico y la calidad de vida como determinantes del efecto de una sociedad en crisis.

Asimismo, Pandey y Kaur (2009), hacen un estudio llamado “Investigating Suicidal Trend and its Economic Determinants: Evidence from India”, en el que analizan las tendencias y determinantes económicos en la India, tomando en cuenta factores sociodemográficos. Encontraron que la inflación, el PIB real per cápita y el crecimiento industrial desmesurado, favorecen la incidencia de suicidios, mientras que el aumento del ingreso familiar ayuda a reducirlo.

Como se mencionó, en este apartado interesa desde una óptica innovadora, resaltar el gasto estatal, no tanto sus efectos socioculturales por la situación económica de un territorio, ni el valor o erogación en que incurre la familia de la persona suicida para cubrir los gastos propios de su deceso, sino el valor económico que implica para el Estado cubrir un evento de esta magnitud.

Para ello, se requiere construir nuevas herramientas que permitan determinar el valor económico de un suicidio. La intención no es, en ningún momento, darle valor a la vida mediante cifras, es más bien entender los costos y el gasto en que se incurre con este evento, el cual puede ser evitado si se fortalecen las campañas formativas de prevención del suicidio desde la promoción por la vida; así mismo, estos recursos podrían ser mejor invertidos desde estas claridades.

Es decir, este tema en específico ha sido poco explorado desde la academia, requiere de herramientas cuantitativas que se reitera, no tienen por propósito otorgarle valor numérico a la vida, sino aportar sobre la comprensión del gasto monetario en que se incurre cuando ocurre un suicidio. El gasto es alto, por ello hay que tomar consciencia sobre este asunto sensible y, a partir de esto, diseñar campañas de prevención más contundentes que permitan asumir con objetividad este evento, y así se pueda orientar de forma más eficiente el uso de los recursos financieros.

Para determinar el costo social de la desaparición de un individuo por su muerte derivada de un suicidio, se deben realizar varias operaciones matemáticas y económicas fáciles de entender, como por ejemplo determinar el PIB de un Estado y este dividirlo por el número de habitantes; esta cifra podría señalar el valor que el individuo dejó de producir para el Estado. Otra alternativa es consultar el presupuesto nacional y este, de igual manera, dividirlo en el número de habitantes. Estos cálculos son el promedio de lo que el Estado dejaría de invertir en esta persona.

Por el contrario, desde una perspectiva de ingresos y tributos, al sumar lo que el Estado (DIAN) recauda anualmente por concepto de impuestos, se obtiene la razón entre el número de habitantes y lo que este individuo suicida habría dejado de aportar por tal concepto.

Esas son unas probabilidades iniciales de análisis, pero se puede dar otra totalmente contraria, la pérdida económica y social, es decir, aquella donde el individuo por sí solo interactúa con otros individuos, como parte de una comunidad.

Las inversiones del Estado en la comunidad van dirigidas a seguridad, educación, saneamiento básico, salud y todos aquellos valores que intrínsecamente interviene. Esta correlación social y aporte a la sociedad, se podría medir por la capacidad de influencia del individuo como tal. Es complejo obtener esta valoración a partir del número de calificaciones o costes que cada individuo por sí debería tener y que cada experto podría darle, por ejemplo: edad, profesión, interrelación social, número de individuos impactados, estrato socioeconómico, número de hijos que da a la sociedad, entre otros; estas relaciones podrían cuantificarse, pero el número de variables sería tan grande que no sería posible realizarlo. Motivo por el cual no es este el camino elegido por esta investigación, pero sí es importante considerarlo como un factor socioeconómico del suicidio.

Ahora bien, como el objetivo es aterrizar unas cifras asociadas a un evento suicida, en las cuales el Estado deba intervenir, estas cifras deben ser verificables y cuantificables. Se propone entonces, determinar el mecanismo para llevar a un dato razonable, medible y cuantificable, todo aquello que el Estado debe hacer y que le implique un gasto.

Análisis del gasto de un suicidio

¿Por qué gasto y no costo? Si se hablara en términos de contabilidad de costos, el costo es una erogación que se recupera y el gasto no, de igual modo, el Estado tiene la obligación de realizar inversiones que se determinan como costo y que permiten ser recuperadas, por ejemplo, la inversión en una carretera o un puente es recuperable por la comunidad que se beneficia, y esta infraestructura termina siendo un beneficio final para toda una colectividad. Por el contrario, si se miran los gastos, como en el caso del suicidio, nadie termina beneficiado con este evento. Todo lo que el Estado haga por esclarecer e intervenir en un evento suicida, termina en la basura como un suceso más, que hará parte de las estadísticas y del cual nadie saca beneficio.

El Estado dentro de sus dependencias, puede realizar dos tipos de actividades, las de apoyo y las de intervención. Las primeras son aquellas que acuden a cualquier suceso y su único papel es permitir que las otras (las de intervención) hagan su trabajo, pero que son fundamentales para que exista un trabajo en armonía y sincronizado (Córdoba, s.f.). De igual manera, el Estado en su intervención realiza eventos especializados en el marco de sus procesos, que derivan un alto gasto por su nivel de complejidad (autopsia e investigación perital), el mismo que no significa un simple presupuesto entregado a una dependencia, sino el valor real que tiene esta intervención. De aquí, de esta infraestructura, de este proceso, del gasto que conlleva sostener cada una de estas dependencias, es que se tendría que extraer el valor en que incurre el Estado y que hasta ahora nadie se ha atrevido a determinar.

La propuesta de este estudio es implementar una ruta que genere debate y permita reconocer dicho gasto. Como se viene expresando, el Estado posee dentro de su infraestructura instituciones que sirven de apoyo, como aquellas instituciones que participan cuando sucede el evento, para brindar seguridad o facilitar el esclarecimiento del evento, ejemplo: bomberos y tránsito; y otras que son netamente de atención, que son aquellas instituciones que por ley están facultadas para la intervención directa en el esclarecimiento del evento suicida, como las del sector salud y justicia.

Teniendo en cuenta que los niveles de apoyo y atención son meramente participativos, es decir, hasta ese momento no coadyuvan al esclarecimiento del suceso suicida, se deriva una nueva categoría: evento especializado, que es aquel proceso que siendo de participación tiene una connotación diferente por su alta complejidad y especialidad. De tal categoría se deriva la conclusión, motivos, causas y determinantes del suicidio.

Así, las instituciones que intervienen en la línea de acción, atención ante un evento suicida, están clasificadas de la siguiente manera:

- » Línea de atención de emergencias – atención.
- » Policía –atención.
- » Bomberos – apoyo.
- » Urgencias EPS – atención.
- » Tránsito municipal – apoyo.
- » Fiscalía – Dijin/Sijín (Dirección de Investigación Criminal/Seccional de Investigación Judicial) – atención.
- » Transporte – apoyo.
- » Medicina legal (Dictamen)– atención – evento especializado.
- » CTI (Cuerpo Técnico de Investigación) – investigación – evento especializado.
- » Juzgados – atención – evento especializado.
- » Apoyo familiar y psicosocial – atención – evento especializado.
- » Red de apoyo y atención – evento especializado.

Desde esta perspectiva, cada uno de los ítems antes mencionados corresponde a un área de intervención necesaria en el acontecimiento de un evento suicida, la cual en cada contexto requiere una valoración económica, sea por su nivel de apoyo, de atención o de evento especializado. Los elementos que se tienen en cuenta a la hora de generar valores para cada uno de ellos son:

- » Talento humano.
- » Herramientas tecnológicas.
- » Implementos de uso y protección personal.
- » Elementos de transporte.
- » Insumos y equipos de oficina.
- » Papelería.
- » Agua.
- » Luz/Gas.
- » Teléfono.
- » Internet.
- » Elementos especializados.

Cada uno de estos, igualmente en contexto, tiene que ser objeto de cuantificación económica en cada área de intervención, y de ellos se obtiene una cifra real que permite mostrar con razonabilidad el valor del gasto que el Estado aporta para atender un evento suicida (ver Tabla 16).

Tabla 16. Ruta del gasto de un suicidio

Gasto económico	Instituciones de apoyo	Instituciones de atención	Evento especializado
Talento humano.	Bomberos.	Línea de atención de emergencias.	Medicina legal (Dictamen).
Elementos tecnológicos.	Tránsito municipal.	Policía.	CTI
Implementos de uso y protección personal.	Transporte (ambulancia o no)	Urgencias EPS.	Juzgados
Elementos de transporte.		Fiscalía – Dijin/Sijin.	Apoyo familiar y psicosocial
Insumos y equipos de oficina.		Medicina legal (Dictamen).	Red de apoyo y atención
Papelería.		CTI	
Agua.			
Luz/Gas.			
Teléfono.			
Internet		Juzgados	
Elementos especializados.			

En conclusión, cada que un individuo desaparece por causa de un suicidio, el Estado demuestra que es incapaz de cuidar de la salud mental de sus ciudadanos, que sus campañas de prevención y de salud mental no cumplen con su cometido y que el dinero que gasta en la atención de los eventos suicidas supera con creces los recursos invertidos en dichas campañas; por eso la mirada psicojurídica y socioeconómica del suicidio es un llamado de atención a un fenómeno que cada día es más creciente y que pocos tienen consciencia de la verdadera importancia que requiere.

Comportamiento suicida y psicopatología

Ningún ser humano quiere morir. Lo que desea es dejar de padecer de aquello que lo hace sufrir.

El suicidio es una problemática que ronda de forma permanente la población mundial, sin discriminación de edad, sexo, clase socioeconómica o preferencia política, con un significado impactante en las distintas esferas de la sociedad, esto es, en lo religioso, lo psicológico, lo cultural, lo económico y lo científico. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), lo define como el “acto deliberado a través del cual el sujeto desea quitarse la vida”, como acto da cuenta de un proceso, un continuo que inicia con la ideación suicida, sigue al plan y la tentativa, hasta desencadenar en el suicidio consumado (Echeburúa, 2015). Lo que quiere decir que el concepto incluye no solo la muerte autoprovocada, sino también pensamientos, planeación e intentos, hasta la muerte propiamente dicha con consecuencias difíciles, tanto para las personas sobrevivientes, como para los familiares y el Estado.

Durante el año 2019, diariamente en Colombia seis personas decidieron quitarse la vida, siendo los suicidios las muertes con mayor aumento en el país. En comparación con los meses del año inmediatamente anterior, 2018, el aumento fue notable especialmente en personas jóvenes. En el 2014 se reportaron 4.33 casos por cada 100.000 habitantes concentrados en grupos etarios entre los 20 y 24 años. Entre hombres y mujeres, ellos representan el grupo con mayor número de casos entre los 20 y los 29 años, seguido por el de mujeres entre los 15 y 17. En el 2016, la tasa fue 4,74 por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Entre enero y julio del 2019, los casos fueron 1.458, 62 más que en el mismo período del 2018; el mayor número de eventos, se presentó en los departamentos de Antioquia (191), Bogotá (161), Valle del Cauca (101) y Cundinamarca (66), respectivamente. Así, el suicidio es la tercera causa de muerte en personas de 15 a 34 años en el ámbito mundial (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019, Versión Web de Cifras de Lesiones de Causa Externa en Colombia).

Y es que las huellas que deja la conducta suicida, cualesquiera que sean sus manifestaciones, son devastadoras. El suicidio como una urgencia vital en un contexto biográfico, no solo refleja pérdida de la salud personal, con lesiones físicas que pueden ser permanentes en la vida de quienes lo intentan (Bedoya Cardona & Montaña Villalba, 2016), sino que, en el contexto, deja pérdidas de personas en edad productiva, traumas emocionales en familiares y cercanos, conflictos psicológicos, desesperanza intensa, hospitalizaciones y tratamientos de alto costo económico. Si bien es una problemática compleja, no es prudente hablar de factores causales o de causas estrictamente específicas, más bien de factores psicosociales asociados, entre los que se cuentan las dificultades familiares o de pareja, divorcio, viudez, desempleo, problemas económicos, jubilación, enfermedades graves, abuso de sustancias y padecimiento de trastornos mentales (Ramírez & Naranjo, 2014).

Sin embargo, en este capítulo interesa resaltar la condición de salud mental que entraña un evento suicida; sin desconocer esas otras múltiples causas que lo pueden desencadenar. Los trastornos psicopatológicos o las alteraciones de la salud mental son un componente obligado a pensar cuando el suicidio se presenta.

En el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM” trastorno mental se define como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyace en su función mental” (American Psychiatric Association [APA], 2013, p. 16). A la vez, va asociado a un estrés significativo u alteración, sea social, laboral o de otras actividades importantes de la vida de la persona.

En la vía de los trastornos mentales o psicopatológicos, es importante entender que el comportamiento suicida surge cuando en medio del sufrimiento; la persona afectada siente que le es insoportable vivir, sobrellevar el dolor emocional y pierde cualquier tipo de esperanza de recuperación y alivio. Los resultados de algunos estudios como el de Balhara y Verma (2012); Chesney et al. (2014); Silva et al. (2013), dan cuenta de que los trastornos mentales más frecuentes en adultos con comportamientos suicidas son la depresión, el abuso de sustancias psicoactivas, los trastornos emocionales, entre otros. Según la OMS (2014), más de 300 millones de personas en el mundo padecen depresión, siendo esta una de las principales causas del suicidio. Además, señala que en el 90% de los eventos suicidas se encuentra algún trastorno mental relacionado, lo que se deriva en un problema de salud pública.

Podría decirse entonces, que es mucho más probable el suicidio cuando se padece depresión u otro trastorno emocional (depresión mayor o trastorno bipolar) o comorbilidad con otros padecimientos como la adicción a sustancias, brotes psicóticos o alteraciones en la personalidad,

denotando cierta asociación. Muestra de ello, son las cifras que se publican desde diferentes autores al registrar 804 suicidios por año relacionados con síntomas psicopatológicos y consumo de psicoactivos, resaltando la exaltación emocional como generadora de intentos suicidas (Snyder & Platt, 2013; Zimmerman et al., 2018).

Además, retomando a López Steinmetz (2017), se ha evidenciado, a través de la consulta clínica, que la sola presencia de un trastorno mental constituye un factor de riesgo para el comportamiento suicida, sin concluir que es la razón de este. Este autor afirma que un porcentaje significativo de los pacientes que acudían para atención médica por intento de suicidio, tenían diagnóstico de trastorno mental.

Qué se observó en campo

Con el propósito de reconocer la relación existente entre el suicidio y la psicopatología, estos resultados, delimitados por las variables: trastornos del estado del ánimo, consumo de sustancias y trastornos psicóticos, son producto de la revisión minuciosa de las autopsias psicológicas por suicidios consumados y los registros de SIVIGILA (Instituto Nacional de Salud, 2019) de los intentos de suicidio, comprendidos entre 2014 y 2019, en cuatro municipios del departamento de Antioquia, Colombia: Andes, Rionegro, Envigado y La Unión, los cuales se correlacionan desde la revisión de artículos afines a la asociación entre el comportamiento suicida y psicopatología. Información que permite comparar los datos empíricos y establecer criterios definitorios para comprender dicha asociación.

Antes de pasar a cada variable definida, las tablas 17 y 18 presentan los trastornos mentales más frecuentes. La primera en relación con el suicidio consumado, en la que son evidentes las variables de estudio seleccionadas. La segunda tomada de los registros de SIVIGILA (Instituto Nacional de Salud, 2019) sobre los intentos de suicidio, muestra la relación estadística entre las variables suicidio, intento de suicidio y diagnóstico psicopatológico.

Tabla 17. Relación diagnóstico psicopatológico/suicidio

Cálculo en porcentajes de los diagnósticos psicopatológicos encontrados en las autopsias psicológicas revisadas

	Ninguno	Depresión	Tx Bipolar	Tx Personalidad	Adicción/dependencia	Tx psicótico
Recuento	12	15	2	0	1	1
Suicidio %Suic/Int	22,6%	28,3%	3,8%	0,0%	1,9%	1,9%
% DxP	11,0%	5,8%	33,3%	0,0%	1,9%	14,3%

Tabla 18. Relación intento suicido/diagnóstico

	Ninguno	Depresión	Tx Bipolar	Tx Personalidad	Adicción/ dependencia	Tx Psicótico	
Intento de suicidio	Recuento	97	244	4	3	53	6
	%Suic/Int	7,3%	18,4%	0,3%	0,2%	4,0%	0,5%
	% DxP	89,0%	94,2%	66,7%	100,0%	98,1%	85,7%

Los trastornos del estado de ánimo

Los trastornos emocionales contemplan una serie de factores que afectan, de manera importante, la capacidad de respuesta del sujeto a las demandas en su cotidianidad. Una característica importante es la alteración del estado de ánimo que va desde episodios maníacos e hipomaníacos hasta la depresión. Según la OMS (2013), es una enfermedad frecuente en el ámbito mundial, que afecta a más de 300 millones de personas con síntomas leves a intensos, alterando la vida escolar, laboral, de pareja y las relaciones interpersonales.

Dentro de los criterios a resaltar para el diagnóstico, el DSM V (APA, 2013), manifiesta que la depresión acompañada de una profunda desesperanza incluye tristeza, anhedonia, anergia, hiporexia e ideas de muerte recurrente, corriendo más riesgo en la fase inicial del trastorno, en lo referente al comportamiento suicida, por la presencia de apatía, el deseo de aniquilarse y la falta de motivación para crear estrategias que le permitan salir de su estado melancólico.

Se estima que la sola presencia de síntomas depresivos y bipolares aumenta *per se* el riesgo de suicidio. Los análisis de los resultados de la presente investigación indican que el 28,3% de las personas que se suicidaron tenían diagnóstico previo de depresión, sin especificar de manera suscita la gravedad de los síntomas, y un 3,8% trastorno bipolar (ver Tabla 17). Esto coincide con lo dicho por la Organización Mundial de la Salud–OMS y Organización Panamericana de la Salud – OPS (2014), que refieren, que quienes se suicidan pueden tener una comorbilidad psiquiátrica significativa con la depresión y las personas deprimidas presentan tasas de suicidio superiores a las personas sin trastorno depresivo. Hay que señalar que el riesgo de comportamiento suicida aumenta con la comorbilidad de otros trastornos del estado de ánimo.

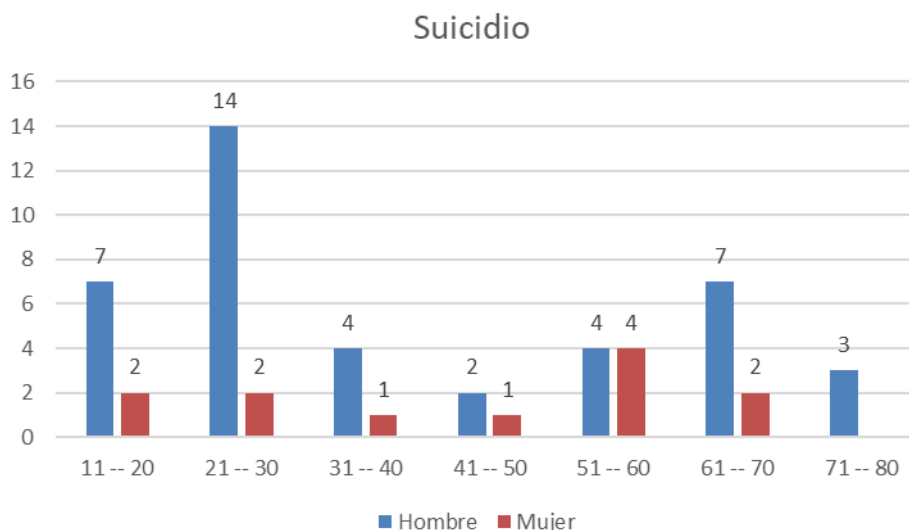
El estado de ánimo deprimido puede convertirse en un destructor de la vida del sujeto, contrarrestando el deseo natural de vivir y potenciando las ideas de autodestrucción. Los resultados de las autopsias psicológicas revisadas en los municipios de Antioquia arrojan que el 18,4% de los sujetos con intento de suicidio presentan diagnóstico de depresión (ver Tabla 18), convirtiéndose en un asunto determinante que afecta la vida de las personas. Coincidente con esto, en un estudio epidemiológico que se llevó a cabo en el 2014 en el servicio de urgencias en salud

mental de Argentina, los resultados apuntaron a que el 28,07% de los pacientes que acudían por intento de suicidio tenían diagnóstico de depresión (López Steinmetz, 2017). En este sentido, es de destacar como síntoma depresivo de base, la desesperanza o la firme convicción que a futuro el sufrimiento actual no desaparecerá y que la vía de escape es la muerte, lo que refleja la existencia de distorsiones en sus creencias y la alta posibilidad de repetir la tentativa de suicidio; en esta vía, Siabato Macías et al. (2017), indican la existencia de una estrecha relación entre síntomas depresivos y la ideación suicida.

En cuanto a la relación depresión, edad y género, la incidencia del comportamiento suicida entre las mujeres es tres veces menor que en los hombres. Por cada mujer, se quitan la vida 4 hombres, siendo ellos más letales, quizás por el método utilizado, su determinación para quitarse la vida o la percepción de autocuidado; aunque la tentativa se presenta con mayor frecuencia en el género femenino, junto con la depresión en población adolescente.

A continuación se presenta la relación estadística entre las variables suicidio, sexo y edad (Figura 4); información recogida de las autopsias psicológicas revisadas.

Figura 4. Suicidio/Sexo/Edad



Las posibles razones de las estadísticas encontradas en el contexto colombiano objeto de estudio-que coinciden en tendencia con otras investigaciones-, se exponen desde Echeburúa (2015), quien ha indicado que las mujeres se suicidan en menor proporción quizás por el rechazo hacia la violencia, su postura naturalmente protectora y la propensión a llamar la atención cuando se presentan problemas de tipo emocional grave. En los municipios de Antioquia estudiados, como lo muestra esta Figura 4, la mayor letalidad está precisamente en hombres, 77,3% en rangos de

21 a 30 años, frente a las mujeres 22,6% entre los 51 y 60. Para el intento, el pico alto evidencia el resultado contrario. En mujeres entre los 11 y 20 años se reporta el 29,8% frente al número de hombres en el mismo rango de edad que representa 11,7%. Estos resultados también coinciden con el estudio de Eguiluz Romo y Ayala Mira (2014), quienes encontraron mayor índice de ideación suicida en población adolescente relacionada con depresión leve, 17,8%, 22 jóvenes con depresión moderada, 7,5%, y depresión severa en 11 jóvenes, 3,0%, lo que sugiere entonces relación importante entre el diagnóstico de depresión, la edad y el género.

En la misma línea de los trastornos del estado de ánimo, el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es otro que requiere mención. Se refiere a episodios con síntomas de manía e hipomanía, en la cual el sujeto presenta expansividad cognitiva, alegría desbordante, aceleración de pensamiento con intervalos de depresión, según el DSM V (APA, 2013). Mazaheri et al. (2019), en un estudio predictivo de los intentos de suicidio en pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar tipo I, sostienen que la tasa más alta de suicidio está en pacientes con este diagnóstico. En el análisis de regresión evidencian que, en cuanto a la comorbilidad con otros trastornos, estos tienen 40 veces más probabilidades de intentar suicidarse que aquellos sin comorbilidad con el eje I, dada la evaluación multiaxial.

En coincidencia con lo anterior, del 33,3% de los diagnósticos de la población estudiada, el 3,8 de los sujetos que se suicidaron presentaban TAB, frente al 0,3% con intento, lo que permitiría interpretar que estos últimos están en riesgo alto de suicidio, tal y como lo confirman las investigaciones de Kim et al. (2019) y Mazaheri et al. (2019), en las que los resultados apuntan a que la tasa de suicidio es mayor, hasta 40 veces de probabilidad, en pacientes con un trastorno psiquiátrico como el bipolar.

Consumo de sustancias

La otra variable a tener en cuenta es el consumo y abuso de sustancias psicoactivas como factores que se asocian al comportamiento suicida, además de relacionarse con violencia intrafamiliar, violencias sexuales, violencia social, dificultad en las relaciones interpersonales, pérdidas financieras y desempleo. En algunos casos, las depresiones secundarias son producto de las percepciones del sujeto ante la falta de salida de un problema de alcohol, físico o psicosocial, lo que conlleva a mayor riesgo de suicidio consumado.

La Tabla 19 muestra la relación entre las variables suicidio, intento de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas.

Tabla 19. Suicidio/Intento suicidio/Consumo

		Consumo								Total
		Ninguno	Marihuana	Alcohol	Nicotina	Cocaína	Policonsumo	Otras	N/R	
Suicidio	Recuento	8	1	8	3	1	16	0	16	53
	%Suic/Int	15,1%	1,9%	15,1%	5,7%	1,9%	30,2%	0,0%	30,2%	100,0%
	% Consumo	3,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	76,2%	0,0%	2,1%	3,9%
Intento de suicidio	Recuento	257	0	0	0	0	5	321	740	1323
	%Suic/Int	19,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	24,3%	55,9%	100,0%
	% Consumo	97,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	23,8%	100,0%	97,9%	96,1%
	Recuento	265	1	8	3	1	21	321	756	1376
	%Suic/Int	19,3%	0,1%	0,6%	0,2%	0,1%	1,5%	23,3%	54,9%	100,0%
	% Consumo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Como se ve en la presente investigación, los resultados señalan que del total de la muestra, el 30,2% de las personas fallecidas por suicidio presentaron policonsumo de sustancias, el 15,1% consumían alcohol y el 5,7% nicotina. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM V (APA, 2013), el abuso de sustancias como el alcohol presenta altos niveles de comorbilidad con otros trastornos aumentando su incidencia en porcentajes que giran alrededor del 45% de los casos, lo que a su vez incrementa la posibilidad de muerte por suicidio (Pan et al., 2012).

Fernández-Montalvo et al. (2019), reportan que el abuso de sustancias es un factor de riesgo alto para la ideación y el intento suicida. En su estudio hacen una exploración con 375 pacientes, en los que se determinó la gravedad de la adicción; los resultados apuntan a que el 72% presentaron ideación suicida en el último mes, y los 30,5 intentos previos. Los pacientes con ideación o intentos de suicidio mostraron un perfil de adicción más grave y mayor número de síntomas patológicos. Desde este estudio, en lo referente al intento de suicidio, el 24,3% de la población consumían sustancias psicoactivas (ver Tabla 19).

En un estudio que se llevó a cabo con 1.050 adolescentes maltratados, se quiso investigar los factores longitudinales del consumo de alcohol, el uso de la marihuana y la ideación suicida. Los resultados apuntaron a que el abuso de alcohol en primera instancia, la edad, el género, predijeron la ideación suicida; de igual manera se evidenció relación recíproca entre el consumo de alcohol y la ideación suicida en adolescentes, sin dejar de lado que la dependencia a otras

sustancias psicoactivas como el cannabis, la heroína y la nicotina, también son factores de riesgo de suicidio (Sellers et al., 2019). Sin embargo, se hace importante resaltar que no solo el consumo moderado como precipitante al evento suicida, el DSM V (APA, 2013), sugiere que la abstinencia prolongada puede estar asociada con depresiones, ansiedad e inclusive episodios psicóticos, lo suficientemente intensos para provocar comportamientos de autodestrucción.

Los trastornos psicóticos

Por último, los trastornos psicóticos se consideran como otra variable que amerita tenerse presente al tratar suicidio y psicopatología, ya que estos también son proclives a desencadenar episodios de autoeliminación.

Los trastornos psicóticos se caracterizan por la pérdida del contacto con la realidad. Clínicamente, entre estos se considera la esquizofrenia, que se define en el DSM V como una “alteración con síntomas como delirios, alucinaciones, discurso y comportamiento desorganizado con síntomas negativos” (APA, 2013, p. 54). En la versión anterior, el DSM-IV-TR refería que “aproximadamente el 10% de los sujetos con esquizofrenia se suicidan” (APA, 2002, p. 286), influenciados por la presión de las alucinaciones de tipo auditivo y la aparición espontánea de ideas delirantes.

En un estudio realizado en China, con pacientes diagnosticados con esquizofrenia, los investigadores Dong et al. (2019), se pusieron en la tarea de estimar la prevalencia combinada de conductas relacionadas con el suicidio. Para ello hicieron una revisión bibliográfica a través de bases de datos y hallaron 19 artículos con los que concluyeron que los comportamientos suicidas son comunes en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Los resultados de la investigación de la que se deriva el presente texto, refieren que el 1,9% de las personas que se suicidaron presentaban diagnóstico de esquizofrenia. De personas que intentaron suicidarse, el 0,5% tienen el mismo diagnóstico. En ningún caso se especifica el subtipo de esquizofrenia (ver Tabla 17).

En la misma línea del diagnóstico esquizofrénico, otra investigación que apoya los resultados es la realizada por Vuijk et al. (2019), quienes en su interés por establecer planes de prevención e intervención, eligieron una muestra de 758 jóvenes de 6 a 18 años remitidos a evaluación neuropsicológica. Agruparon los tipos de diagnósticos y síntomas que presentaban comorbilidad con comportamientos suicidas y descubrieron que los de mayor riesgo al suicidio son los relacionados con psicosis, con agravamiento de ciertos factores concomitantes como el aislamiento social y familiar, falta de apoyo económico, consumo de sustancias y afectados por recaídas, deterioro mental y poca adherencia al tratamiento.

Comportamiento suicida en el contexto escolar

La Educación es un proceso que nos ofrece la posibilidad de ser más sensibles con la vida.

Es necesario comprender la educación como un proceso fundamental de la sociedad, en tanto cimienta desde la institucionalidad su desarrollo; es decir, en la escuela es donde se comienza la socialización por fuera del grupo familiar y se incuba la ciudadanía. Por ello, tiene que ser el lugar privilegiado para formar a las nuevas generaciones en los valores humanos, que posibilitan el sostén y recreación cultural de una sociedad en específico. Asimismo, es también donde primero se observa cuando, en términos culturales, una sociedad está presentando fallas. Por ello, desde la propuesta de este libro se ha hecho énfasis en que el comportamiento suicida pone en evidencia las grietas que nuestra sociedad contemporánea está sufriendo y-en este capítulo- cómo la escuela pasa a ser un escenario de privilegio donde esta situación se evidencia.

Los escenarios educativos no escapan de esta problemática, que es efecto de dificultades de convivencia, de no saber tramitar conflictos, de no estar cultivando valores humanos, situación que desafortunadamente se está acentuando; es tanto así, que existe preocupación por el aumento de actos e intentos de suicidio -cada vez a más temprana edad-, que muchas veces tienen lugar en los espacios educativos.

El hecho es que todos los intentos de suicidio y casos consumados en las instituciones educativas confrontan a las comunidades académicas porque generan frustración, impotencia, culpa de no haber hecho lo que se requería en su momento, lo cual redundaría en un cuestionamiento, a veces severo, del sistema educativo en vigencia, por no estar preparado para asumir las necesidades y características de la sociedad contemporánea y, por lo mismo, está siendo incapaz de prevenir la ocurrencia de eventos suicidas, cada vez con más alta prevalencia según cifras estatales (Jiménez Pietropaolo, 2016).

Por eso, la investigación que dio curso a este libro, sumó esfuerzos para estudiar dicha problemática y ha intervenido los ámbitos educativos, para así contribuir con su entendimiento de los asuntos del suicidio desde las percepciones que de ello tienen los agentes educativos, con la convicción de que a mayor comprensión del comportamiento suicida en estos escenarios, más se

puede contribuir al empoderamiento de las instituciones, en cuanto al manejo de las situaciones que ponen en riesgo la salud mental e integridad de los niños, niñas y adolescentes, poblaciones que presentan mayor riesgo.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2018) de Colombia, en el Boletín de Salud Mental, reportó que en 2017, el grupo etario con mayor porcentaje de intentos de suicidio (29,7%) fue la población de 15 a 19 años; además, los problemas escolares, con un 6.5%, son la tercera causa de desencadenantes de intentos suicidas.

Teniendo en cuenta el alto índice de comportamiento suicida en esta población, es pertinente pensar en estrategias para prevenirlo y, a la vez, para promocionar la salud mental y la vida en escolares, lo que conlleva a la atención primaria en salud como uno de los frentes más pertinentes en el abordaje de dicha problemática. El Manual de prevención de suicidio para instituciones educativas, propuesto por Carmona et al. (2011), plantea que se justifica indagar por la prevención y atención del comportamiento suicida en entornos educativos, puesto que:

Por un lado, gran parte de las creencias y valores de los niños y adolescentes se forman en los establecimientos educativos. Por otro, no se puede desconocer que en nuestra Latinoamérica un alto porcentaje de ciudadanos quedan por fuera de la cobertura de los sistemas formales de salud. (p. 5)

En este sentido, se tendría que reconocer a las intervenciones preventivas en establecimientos educativos como costo efectivas, porque impactan un amplio número de población, directa e indirecta, cuando se abordan factores de riesgo y determinantes sociales a través de metodologías participativas de la salud mental comunitaria y educación para la salud.

Este es un tema que viene siendo de interés en varios contextos; la apuesta por considerar un modelo de atención al comportamiento suicida en escenarios escolares, no es una preocupación exclusiva de Colombia. En Ciudad de Panamá, Rodríguez y Pantoja (2017), por ejemplo, diseñaron un protocolo para la detección, atención, referencia y seguimiento de casos de menores en situaciones de riesgo dentro del sistema educativo, en el cual aunaron esfuerzos entre los sectores salud, educación, protección, justicia y seguridad; señalan el consumo de sustancias psicoactivas, la depresión, el abuso, la migración y la falta de comunicación con los padres, entre otras, como problemáticas conexas en los escolares.

En este capítulo, se da cuenta de los resultados del análisis del comportamiento suicida en el ámbito educativo, a partir de la información obtenida con base en dos instrumentos aplicados en los municipios de Andes, La Unión, Rionegro y Envigado. El primer instrumento fue una entrevista semiestructurada dirigida a 16 agentes educativos (en adelante se nombran como AE, por

sus siglas, con los respectivos números del 1 al 16); y segundo, la base de datos construida a partir de las autopsias psicológicas realizadas entre 2014 a 2019, con fecha de corte a junio de 2019, y de los reportes del SIVIGILA³ que se realizaron en el mismo lapso en los municipios referenciados.

Qué se observó en campo

Estos resultados presentan una información procesada en cuatro categorías, en correlato a la Ley 1620 de 2013 del Congreso de la República de Colombia, que se refiere a la convivencia escolar. La primera es fortalecimiento de la convivencia y del bienestar de la población educativa (promoción), en la cual se consideran las acciones tendientes a la promoción de la salud mental y relaciones armoniosas de convivencia. La segunda es prevención de factores de riesgo asociados a la conducta suicida: se nombran los factores de riesgo percibidos por la comunidad educativa. La tercera es la atención del comportamiento suicida, uso de las rutas. Por último, la cuarta es la categoría de seguimiento al comportamiento suicida, que relata las estrategias que las instituciones educativas utilizan para tal fin. A posteriori, se presenta un análisis fundado en la base de datos construida por el equipo de investigación. Se muestran relaciones entre variables vinculadas al ámbito educativo.

Análisis cualitativo

Promoción de la convivencia y del bienestar de la población educativa

En las Instituciones Educativas de los municipios participantes, los agentes educativos realizan actividades en búsqueda del fortalecimiento de la convivencia escolar y el bienestar personal de los niños, niñas y adolescentes; al respecto, destacan que su trabajo se enfoca en:

Actividades de carácter individual y grupal; las primeras orientadas en intervención en crisis, identificación de población vulnerable, terapias psicológicas y remisión a diferentes programas dentro del municipio. Las segundas, se dirigen al entrenamiento en habilidades para la vida, grupos de apoyo, talleres sobre el manejo del estrés, actividades de promoción de salud mental, asesorías familiares, escuelas de padres y psicoeducación en general. (AE 7)

³ Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, que se ha creado para realizar la provisión, en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población colombiana, con el fin de: orientar las políticas y la planificación en salud pública. Tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud. Optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones. Racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, prestando por la protección de la salud individual y colectiva.

En encuentros con servidores públicos de las direcciones locales de salud, ellos resaltan la existencia de programas en las instituciones educativas, desde los cuales remiten estudiantes. Así, un grupo de profesionales psicosociales se está enfocando en el trabajo de proyectos, entre los que se enfatizan aquellos de intervención con población consumidora de sustancias psicoactivas, mediante la conformación de grupos juveniles, activación física, centros de escucha. En algunos municipios, como es el caso de Rionegro, se prioriza la atención y vinculación de menores de 14 años y adultos mayores a estos espacios, dado que en el seguimiento que realiza mensualmente el Comité de Salud Mental, se ha identificado que es la población del municipio que reporta más intentos de suicidio.

En esta vía, en los municipios se está cumpliendo el mandato del artículo 4, numeral 4, de la Ley 1620 de 2013, que define la promoción del siguiente modo:

Promover el desarrollo de estrategias, programas y actividades para que las entidades en los diferentes niveles del Sistema y los establecimientos educativos fortalezcan la ciudadanía activa y la convivencia pacífica, la promoción de derechos y estilos de vida saludable, la prevención, detección, atención y seguimiento de los casos de violencia escolar, acoso escolar o vulneración de derechos sexuales y reproductivos e incidir en la prevención y mitigación de los mismos, en la reducción del embarazo precoz de adolescentes y en el mejoramiento del clima escolar. (Congreso de la República de Colombia, 2013, p. 3)

En la misma línea, la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia), reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y su objetivo es fortalecer la seguridad social en salud por medio de la puesta en marcha de un modelo de prestación de servicios con énfasis en la atención primaria, en la que se incluye la salud mental. Con esta ley se abre por primera vez en Colombia, la posibilidad de que el profesional en psicología haga parte de los equipos interdisciplinarios y, con ello, se plantean necesidades y exigencias particulares a estos en la perspectiva de trabajo desde la óptica de la salud, en el marco del fortalecimiento de la atención primaria, en sus componentes de promoción, prevención y atención.

Esta normativa deja clara la importancia de la atención primaria en salud mental por parte de los diferentes agentes, entre ellos, los educativos, que tienen a su cargo poblaciones en situaciones de riesgo de comportamiento suicida; en este caso, además se especifican la promoción y fortalecimiento de factores de protección en salud mental y convivencia escolar como asuntos principales a intervenir.

Prevención de factores de riesgo asociados al comportamiento suicida

En esta segunda categoría se abordan los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en los entornos educativos participantes. Presenta dos vertientes, la primera son los factores de riesgo internos, asociados con las características personales, tales como pensamiento, emociones y sentimientos, comportamientos y trastornos del estado de ánimo. La segunda está relacionada con los factores de riesgo externos o psicosociales, en donde se destacan principalmente los entornos escolares y familiares.

Según el Observatorio del Bienestar de la Niñez (2018):

El suicidio es un fenómeno multifactorial, esto quiere decir que se encuentra influenciado por diferentes variables: biológicas, psicológicas, socioeconómicas y culturales, entre otras, que se manifiestan en distintos ámbitos o niveles: micro-individual, meso-familiar/escolar y, exo y macro-social. Una interacción extremadamente compleja de factores y/o variables entre estos niveles aumenta la posibilidad de que una niña, niño o adolescente, perteneciente a cualquier etnia o cultura, identidad de género, con discapacidad, y/o situación socioeconómica, entre otros, atente contra su vida. (p. 7)

Al indagar con los participantes sobre dichos factores de riesgo que identifican en la población escolar que atienden, manifiestan que reconocen los siguientes: “depresión, abandono parental, problemas familiares, enfermedades orgánicas, presión social” (AE 1). “Muchos de mis niños presentan problemas de control emocional, irritabilidad, conflictos familiares, impulsividad, cutting, problemas afectivos” (AE 2). “Son adolescentes o preadolescentes con situaciones familiares conflictivas, muchos tienen algún antecedente de salud mental o emocional o manifiestan haber tenido cercanía con alguien que también ha tenido ideas o comportamientos de riesgo” (AE 4). “Es frecuente el aislamiento social, pocas habilidades de comunicación; bullying, deficiencia en las pautas de crianza; soledad; ansiedad” (AE 7). “Baja autoestima, desmotivación, anergia, abulia, apatía, anhedonia” (AE 8).

Estos agentes educativos ilustran una realidad preocupante que muestra un nicho de cultivo en nuestros niños y adolescentes, de conflictivas proclives a futuros eventos suicidas. Al respecto, Enrique Echeburúa (2015) expone que algunos de los factores desencadenantes de la tentativa de suicidio o del suicidio consumado, se destacan en la aparición temprana de una depresión o un consumo abusivo de alcohol y drogas; estas dos condiciones determinan, en gran medida, el perfil de los adolescentes que llevan a cabo prácticas autodestructivas.

De igual manera, Kaplan y Szapu (2019) y Rodríguez Abrahantes et al. (2017) enfocan la atención en dos rangos de edad: la adolescencia, en la que se llevan a cabo el mayor número de intentos y algunos suicidios consumados, y la vejez, en la que, según sus publicaciones, los intentos disminuyen y las tentativas suicidas terminan en suicidios consumados. Lo anterior, puede visualizarse también en los resultados del presente capítulo.

Vale la pena resaltar que, durante los encuentros en las localidades, se detectó que existe la percepción dentro de las comunidades educativas que las personas con comportamiento suicida tienen una desvalorización de sí mismas. Al respecto este aporte:

Mis niños con frecuencia presentan baja autoestima, una necesidad exagerada de identificación a un grupo, además de pensamientos pesimistas o negativos sobre su presente o futuro lo que conlleva a la desesperanza e incapacidad para tener una perspectiva positiva sobre su existencia. (AE 13)

Lo que se observa es que, en estos contextos, las emociones y sentimientos están referidos inicialmente a la inestabilidad y falta de regulación emocional, sobre lo que se cree es necesario intervenir, para la prevención de comportamiento suicida.

En relación con esto, la OMS (2014) apunta que es necesario pensar hoy la prevención en el ámbito personal – social. Ya en la primera categoría abordada en este capítulo, se manifestó este aspecto; sin embargo, es de resaltar que poco ayuda en los territorios colombianos la forma como se está interpretando, por parte de los agentes educativos, la Ley 1620/2013 de convivencia escolar, por cuanto se refiere a las acciones de promoción y prevención. Así, al indagar hacen referencia a acciones grupales, muchas veces mecánicas, encaminadas a la promoción, pero dejando por fuera la especificidad de este componente de prevención, que exige trabajar particularidades personales en los niños y adolescentes, que permitirían conocer y afrontar, precisamente, los factores de riesgo específicos detectados en la escuela y que se vuelven precipitantes, en un momento dado.

El comportamiento suicida requiere, por lo tanto, en su prevención, atención y seguimiento de la intervención desde diferentes frentes, internos y externos, a nivel de diferentes disciplinas (Beaven et al., 2018). Al respecto, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF, 2008) plantea una serie de acciones que pueden emprenderse, considerando que al hacerlo puede llevarse a cabo la prevención de factores de riesgo personales que es necesario tener presentes en los escenarios educativos, al momento de comprender y contener comportamiento suicida:

Espacios físicos o de relaciones sociales capaces de actuar en red para proteger, promover, exigir y defender los derechos de niños, niñas y adolescentes; esto incluye la capacidad para detectar, prevenir y reportar o denunciar cualquier tipo de vulneración. (...) Asegurar que los niños, niñas y adolescentes en sus espacios familiares, escolares, barriales, comunitarios e institucionales puedan ejercer sus derechos como sujetos, libres de todas las formas de violencia, de explotación y de

exclusión. Funcionar como una red plural y horizontal, en la que confluyen todos los actores responsables de los derechos y de la protección de los niños, las niñas y los adolescentes, incluidos ellos y ellas mismas. (...) Esto se logra transformando un lugar hoy inseguro como su casa o su barrio, en un espacio seguro, en una red tejida en nodos que no permita el ingreso de perpetradores y abusadores del ejercicio de sus derechos, nodos que aseguren ante cualquier sospecha, riesgo, amenaza o violación del ejercicio pleno y efectivo de los derechos, el reporte o la denuncia ante las autoridades competentes. (p. 192)

Es claro entonces que la prevención del comportamiento suicida en la población infanto juvenil es responsabilidad de todos los actores involucrados en esta etapa del desarrollo humano, y para su logro efectivo se requiere de un trabajo articulado en el cual estén en escena los saberes interdisciplinarios que sean requeridos. La búsqueda por el bienestar emocional y físico de los niños, niñas y adolescentes, involucra no solo a la familia, sino a aquellos entornos que rodean a esta población, incluyendo por supuesto el escenario educativo.

Atención del comportamiento suicida

Es necesaria la articulación interdisciplinaria e interinstitucional entre los sectores de educación, salud y protección para garantizar la adecuada atención del comportamiento suicida. Así, la Ley 1620/2013 ocupada por la convivencia escolar, presenta una Ruta de Atención Integral para la convivencia o RAI. En términos de atención, esta ruta clasifica las situaciones que afectan la convivencia en: tipo uno, tipo dos y tipo tres, siendo esta última tipificación en la que se ubicaría el comportamiento suicida.

Se propone en esta vía, un protocolo de actuación que vincula a los cuidadores del niño, niña o adolescente, así como su remisión a instituciones de salud para proteger su salud y su vida; de igual manera, el protocolo propone un seguimiento posterior del suceso. Sobre este asunto, en las respuestas de los agentes educativos y profesionales psicosociales, se evidencia un manejo básico ambiguo de estas rutas de atención para atender el comportamiento suicida: “entre las acciones más utilizadas está la activación de rutas de atención, en especial, las estipuladas en el sistema de salud, a través de una remisión escrita” (AE12).

Otros entrevistados mencionan la atención y acompañamiento psicológico dentro de la institución educativa: “se hace por parte del profesional en psicología, el seguimiento individual desde la zona de orientación escolar o el servicio de psicorientación del establecimiento; son fundamentales para la atención” (AE16). Dos participantes indican la importancia de “llamar a la familia y realizar con ella psicoeducación y persuasión con empatía, para el manejo de la situación y fortalecer el acompañamiento familiar” (AE6).

En este sentido, la “Guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada” o mhGAP (OMS, 2016), propone una evaluación y manejo para la atención del comportamiento suicida, dirigida a la persona y su familia en su contexto específico; incluye el manejo médico inmediato, la psicoeducación familiar y la terapia de resolución de conflictos en sus ámbitos cotidianos, lo cual permite la generación de opciones y el pensamiento creativo frente a los conflictos de la vida, como formas de prevenir un nuevo intento de suicidio. Estas intervenciones, en términos educativos, posibilitan también el fortalecimiento personal y comunitario.

En síntesis, como reporta AE12:

Para la atención del comportamiento suicida, es precisa una escucha inicial por psicorientación o las zonas de orientación y, paralelamente activar las rutas de atención en salud o protección (Comisaría de Familia e ICBF). Además, incluir siempre a los padres o cuidadores en ese proceso.

Cabe resaltar que en las localidades, la preocupación más expresada acerca del comportamiento suicida es cómo proceder cuando se presente una situación sea de ideación, intento o suicidio consumado. Si bien se establecen algunas acciones que apuntan a la promoción de la salud mental y prevención del comportamiento suicida, se generan muchos interrogantes dentro de las comunidades educativas referidos al abordaje adecuado de dichos casos; expresan: “¿Qué debemos hacer si tenemos la sospecha de que un estudiante pueda tener ideación suicida?” (AE1); “¿Dónde se puede derivar a un estudiante de bajos recursos económicos?” (AE1); “¿Cómo proceder si se presenta un intento de suicidio o un suicidio dentro de la institución o de alguno de sus miembros?” (AE8).

Interrogantes, entre otros, que muestran la necesidad de formar a los servidores públicos que atienden directamente a las personas en las localidades; así, durante la investigación, se desarrolló un plan formativo y se procuró el establecimiento de las rutas de atención local.

Aunque se puede constatar el uso de protocolos y rutas de atención, también aparece desconocimiento de normativas que obligan la atención prioritaria en salud mental y que requieren difusión; entre estas, la Ley 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia), la cual se refiere a la obligatoriedad de la atención por urgencias para todos los colombianos, indistintamente de su nivel de afiliación al sistema. Además, es soporte jurídico para la creación e implementación de planes de salud pública, que incluyen acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, en las áreas de estilo de vida saludables, atención preferencial a poblaciones vulnerables y salud mental -depresión y suicidio-, consumo de sustancias psicoactivas, promoción de la convivencia- prevención de las violencias, vigilancia en salud pública, entre otras.

También se observa conocimiento parcial de la Ley 1616 de 2013 (Congreso de la República de Colombia), la cual garantiza

el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, priorizando a los niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en el ámbito del Sistema General de Salud y Seguridad Social y de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de la calidad de vida y la estrategia, así como de los principios de la atención primaria en salud. (Art. 1)

Acorde con lo anterior, se definen en esta normativa los derechos de la población en edad escolar en el ámbito de la salud mental y las intervenciones, de estas últimas enfatiza en las de carácter interdisciplinario, la psicoeducación y los procesos psicoterapéuticos.

Seguimiento del comportamiento suicida

En esta última categoría de análisis se presentan aquellas acciones que los AE emprenden en relación con el seguimiento de los casos de comportamiento suicida, y se resalta la importancia de tal rastreo en el cumplimiento de la ruta para la atención integral a la población escolar. A propósito, el Observatorio del Bienestar de la Niñez (2018) expresa que:

El intento de suicidio es uno de los factores de riesgo más predictivos del suicidio. Realizar seguimiento a cada uno de los casos, garantizar atención y brindar acompañamiento a las niñas, niños y adolescentes que lo efectúan, al igual que a sus familiares y/o cuidadores, es una estrategia importante para evitar un desenlace letal en el mediano y largo plazo. (p. 13)

En concordancia con lo anterior, los agentes educativos expresan que sus acciones de seguimiento están dirigidas a la realización de las siguientes actividades: “cuando estos casos se han dado hacemos seguimiento individual y acompañamiento en grupos de apoyo” (AE 12). “Acompañamiento académico, remisión a otros programas” (AE 5). “Seguimiento de la ruta activada. En caso de que no ocurra, se hace remisión a comisaría” (AE 6). “Se hace seguimiento con la estudiante y la familia, cada cierto tiempo; se hacen los informes escolares cuando se requieren por parte de la EPS y se monitorea el comportamiento al interior de la institución” (AE 10). “Seguimiento y capacitación en prevención” (AE 16).

Llama la atención la respuesta de uno de los entrevistados: “No tenemos personal idóneo, por lo cual se reporta a la Mesa de Salud Mental” (AE 11), revelando la precariedad de las instituciones educativas para asumir este evento y que se hace necesaria la intervención intersectorial en cada localidad. Esto último evidencia, de nuevo, la necesidad de fortalecer estrategias de intervención educativa encaminadas al control y empoderamiento de los agentes.

Llevar a cabo un adecuado seguimiento permite no solo supervisar el estado actual del estudiante que con conducta suicida -ya sea ideación o intento-, sino a su vez, contribuir a propuestas que permitan realizar adecuados procesos de promoción de la salud mental y de prevención de aquellos factores que ponen en riesgo a esta población. (AE9)

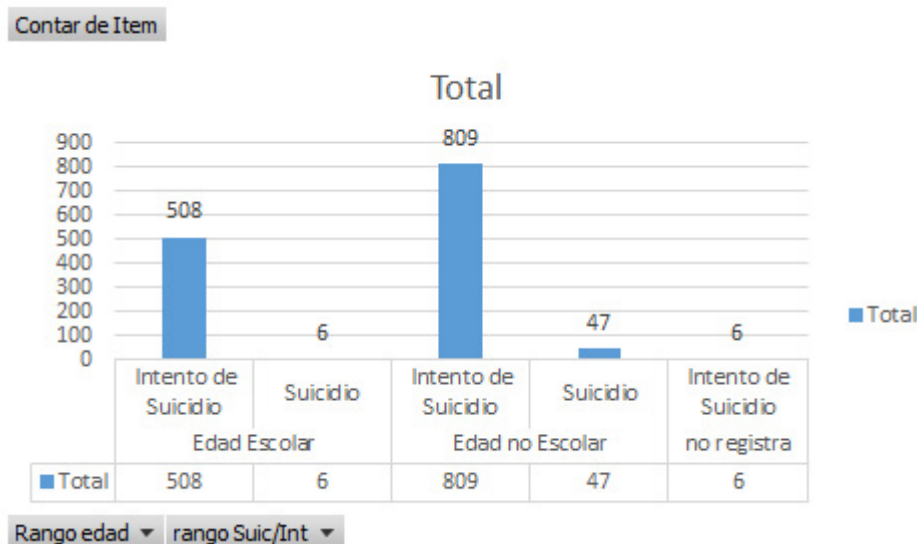
Finalmente, en consonancia con Rodríguez Abrahantes et al. (2017) y con Suárez et al. (2018), el seguimiento es una acción fundamental en la prevención y atención del comportamiento suicida y se realiza mediante el apoyo psicopedagógico; cuando el estudiante retorna al ámbito educativo, también se efectúa por medio de grupos de apoyo a los niños y adolescentes y a las familias, y la supervisión del funcionamiento adecuado de las rutas de atención local.

Análisis de datos cuantitativos

Como se había anunciado, también mostraremos los resultados a partir de la información generada en las autopsias psicológicas y los reportes del SIVIGILA (Instituto Nacional de Salud, 2019), entre 2014 y 2019, relacionada con la variable ámbito educativo.

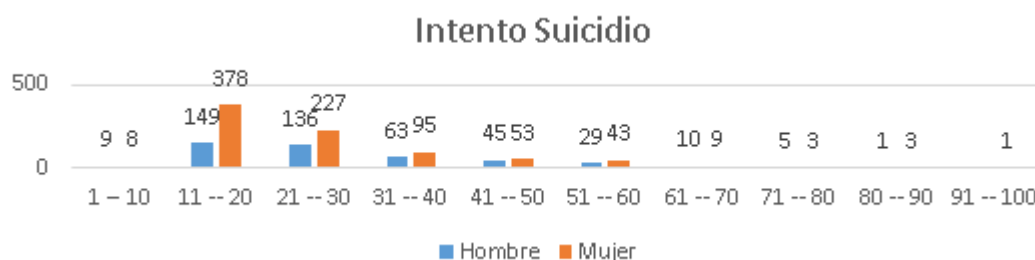
En la siguiente (ver Figura 5) se comparan los datos de suicidio e intento de suicidio de población en edad escolar (5-18 años) y en edad no escolar (resto de la población). Se evidencia, en la población escolar, que el intento de suicidio es mucho mayor en relación con los suicidios consumados. Esta información y los siguientes datos cuantitativos coinciden plenamente con las tendencias estadísticas presentadas por la OMS y la OPS (2014), en su informe “Prevención del suicidio: un imperativo global”.

Figura 5. Comportamiento suicida/población en edad escolar y no escolar



Por otra parte, como lo expone la Figura 6, se presentan los intentos y suicidios discriminados por género y edad. Los datos ratifican las estadísticas internacionales (OMS, 2014): las mujeres presentan más intentos de suicidio, pero los hombres más suicidios consumados. En las cifras colombianas del comportamiento suicida, la relación mujer/hombre se mantiene alrededor de 1,8. Por cada hombre que intenta suicidarse, aproximadamente dos mujeres lo logran; es de resaltar que en el informe del Ministerio Nacional de Salud y Protección Social (2018) de Colombia, se resalta que la tendencia del indicador es hacia el incremento en ambos sexos.

Figura 6. Intentos suicidio/Género



En relación con los intentos de suicidio, la muestra corrobora información descrita en los antecedentes expuestos al inicio de este libro, en los cuales se encuentra que el género femenino es quien lidera las estadísticas. Manifiesta Barroso Martínez (2019):

La caracterización epidemiológica del suicidio a nivel mundial muestra que en casi todos los países los hombres tienen tasas más elevadas que las mujeres. Como tendencia, aunque las mujeres son quienes realizan un mayor número de intentos, los llevados a cabo por los hombres tienen una mayor letalidad (7,8). Estas diferencias, así como las especificidades en las formas de pensar y sentir de hombres y mujeres, no han podido ser explicadas debido a la hegemonía tradicional de los discursos médico y psiquiátrico en el campo de la salud mental. (p. 12)

Por cuanto se refiere al género y a las edades, en el presente estudio se halló que, un total de 378 mujeres que llevaron a cabo un intento, se encuentran en edades entre los 11 y los 20 años, mientras que en el mismo rango de edad, 149 hombres incurrieron en dicho evento, presentándose un riesgo significativo en la población adolescente.

Al indagar por las características de la población escolar que presenta comportamiento suicida, en concordancia con lo expuesto anteriormente, la participante AE6 manifestó que el género femenino es quien lleva a cabo el mayor número de intentos:

Son estudiantes mujeres, de los grados intermedios, las que presentan esta conducta; se notan deprimidas, frecuentemente manifiestan su deseo de no volver al colegio, se ven llorando o tristes y algunas veces se realizan cortes superficiales en la piel. Ellas siempre se hacen notar más.

Los medios de información como factor protector en el suicidio

¡Ah! ¿Por qué no existe ya la amiga de mis años mozos o por qué llegué a conocerla? Debería decirme “estás loco; buscas lo que no hallarás nunca”. Pero la verdad es que he tenido esta amiga, que ha sentido latir ese corazón; que he conocido esa alma grande en cuya presencia me parecía ser más de lo que era, porque era todo lo que podía ser. ¡Santo Dios!
(Johann Wolfgang Goethe. *Las penas del joven Werther*).

En el marco de la investigación que dio lugar a este libro, se pudo sensibilizar y formar en cómo informar suicidio en los medios de comunicación locales, proceso que se llevó a cabo de una manera articulada con los mismos medios de comunicación y organizaciones que se han dispuesto a participar, el punto de análisis de base fue el protocolo de la Organización Mundial de la Salud (2017), que se refiere al modo como se debe informar acerca de comportamientos suicidas, de tal manera que lo comunicado sirva como factor protector. Una apuesta interdisciplinaria que se lleva a cabo e involucra a diversos actores comunitarios en aras de realizar un abordaje integral e integrado.

Entre los actores fundamentales en la transmisión de campañas, visibilización de la problemática y difusión de estrategias de promoción de factores protectores se hallan los medios de comunicación y las redes sociales. A pesar de ello, con esta experiencia investigativa se observó desconocimiento del modo en que se debe informar un suicidio, desde un marco ético, con estilo social y bajo reglamentaciones, para que lo anunciado no desencadene más suicidios o genere un efecto contrario a la intencionalidad del propósito inicial que es informarlo.

Los comunicadores sociales expresan que en la formación impartida por los pregrados no se incluye en este componente específico, lo que da lugar a dos posturas básicas: informar suicidio o no informarlo. En estas posturas no media un protocolo, un marco epistemológico, ni siquiera la pregunta por la intencionalidad al hacerlo, lo que deja una brecha con relación a la forma como se está publicando información sobre el comportamiento suicida en todas sus manifestaciones, desde el intento hasta el hecho consumado.

En este contexto y ante el incremento de los vínculos humanos a través de redes sociales y el acceso a los medios televisivos, radio, prensa, literatura y publicidad, es preciso iniciar un proceso de formación para informar los casos de suicidio, un tema que no solo se traduce en

noticia, sino que algunas veces ocupa erróneamente la primera plana de los medios, es motivo de apertura de noticias en radio y televisión o pasa a ser “viral” en las redes sociales. Se actúa con desconocimiento del efecto en el público receptor, que no está exento de presentar cualquier enfermedad mental o riesgo suicida.

Frente a esto y ante la decisión de algunos medios de no tratar el tema en sus agendas de noticias, la recomendación es: informar sobre suicidio desde la promoción de factores protectores; de lo contrario, al ser un tema sensible, lo publicado podría ser un factor de riesgo o precipitante. Por tanto, es preciso que al abordar el asunto como noticia en los medios, se nombre su naturaleza multidimensional, su posibilidad de ser prevenible y considerar, dentro de un marco ético, a las familias de los que mueren, dado que pueden ser estigmatizadas, incluso, puestas en riesgo suicida cuando no se preserva el estilo en los mensajes mediáticos.

Lo que deben saber los comunicadores

Desde la perspectiva psicosocial, entonces, se consideran algunas concepciones fundamentales acerca de la etiología del comportamiento suicida. En primer lugar, el comportamiento suicida es multidimensional; corresponde a una insatisfacción en alguna o en varias de las áreas vitales: psicológica, social, laboral o académica de una persona que no encuentra estrategias de afrontamiento para la superación de dificultades transitorias de la vida y fracasa en sus recursos de afrontamiento. Así colapsa la capacidad de sostenerse frente a las dificultades. Asimismo puede responder a predisponentes externos como la familia, la comunidad y otros entornos en los que la persona desarrolla su vida.

En este escenario se presentan presiones internas (derivadas de condiciones mentales, orgánicas o disfuncionalidad), que generan vulnerabilidades tan serias como el hecho de no tener suficientes vínculos que se conviertan en factor protector; en consecuencia, puede sucumbir el sistema personal y tener la fatal posibilidad de un comportamiento suicida.

Desde esta perspectiva, resulta impreciso y epistemológicamente incorrecto que los medios de comunicación otorguen explicaciones reduccionistas para un caso de suicidio; sería inexacto señalar una sola causa: “se suicidó porque lo castigaron”; “se suicidó porque no lo atendieron a tiempo”; “se suicidó por la situación económica”; “se suicidó porque su pareja lo abandonó”. Así pues, los comunicadores, tanto quienes laboran en los medios como quienes están al frente de organizaciones sea públicas o privadas, deben ser conscientes de las múltiples causas del suicidio para informarlo y tratarlo de manera responsable y ética.

La simplificación de la información, como sostienen Sánchez Girón (2016) y Rátiva et al. (2013), puede considerarse un factor de riesgo porque se generaliza una causa imprecisa que no está basada en evidencia científica y que incurre, desde luego, en que se generen posibles identificaciones en las personas que leen o acceden a esa información. Es decir, crear una relación entre los acontecimientos alrededor del suicida o de su familia, fragmentos de su historia que se parecen a las vivencias del espectador y llegar a situaciones concluyentes como: si yo tuviera todas esas dificultades, también lo haría.

Al informar suicidio sin tener la claridad de cómo hacerlo se corre el riesgo, como también afirman Herrera et al. (2015), de fomentar una repetición del comportamiento suicida. Este efecto se ha denominado Werther o Copycat, y fue descrito por el sociólogo David Phillips, en 1974, como un aumento en cadena del comportamiento suicida, asociado a noticias o medios de entretenimiento. Este concepto, a su vez, se deriva de la historia escrita por Johann Wolfgang von Goethe en 1774, en la que un joven artista se suicida aparentemente por amor. El personaje de esta novela, y más que esto la forma en la que fue descrito su suicidio con detalles, causó tanto impacto en la sociedad europea de la época, que muchos jóvenes no solo imitaron la conducta suicida del protagonista, sino sus maneras de vestir, gestos, gustos y su poética nostálgica. Además, la historia entregó un método explícito:

Cuando el médico llegó al lado del infeliz Werther, lo encontró en el suelo y sin salvación posible. El pulso latía, pero todas sus partes estaban paralizadas. La bala había entrado por arriba del ojo derecho, haciendo saltar los sesos. Le sangraron de un brazo; la sangre corrió. Todavía respiraba. Unas manchas de sangre que se veían en el respaldo de su silla demostraban que consumó el acto sentado frente a la mesa en que escribía y que en las convulsiones de la agonía había caído al suelo. Se encontraba boca arriba, cerca de la ventana, vestido y con zapatos, con frac azul y chaleco amarillo. (Goethe, s.f., p. 99)

Con el efecto Werther, se puede observar un fenómeno de identificación masivo que originó el miedo en la sociedad de hablar de suicidio, y que dio para pensar que si se informaba, causaría ese efecto dominó. Es de anotar que la imitación es un fenómeno psicológico, producto de procesos emocionales, condición humana que permite desde el sentir dar significado a las experiencias vinculares y afectivas. Existe la posibilidad de una reacción en cadena cuando la persona relaciona su experiencia y vivencia particular no solo con la historia del otro (como es el caso Werther), sino con todo su escenario de vida y, aún más riesgoso, con el desenlace o salida que otros dan a sus dificultades. Dicen Sánchez Pedraza et al. (2005) que:

Las conductas de imitación se ven con frecuencia en personas donde la historia de quien ya consumó el suicidio logra conectar sus vivencias y conflictos con la suya y este comienza a considerar la muerte como solución a sus problemas; el suicidio de celebridades también repercute en las personas más vulnerables si fue alguien a quien se estimó o admiró, puede el sujeto recurrir al suicidio también. (p. 13)

Los medios y las mediaciones

La imitación no solo se da por razones psicológicas, sino también por motivos culturales y sociales, es decir, por imposición de factores externos al sujeto mismo; en ese rango participan los medios de información. Ignacio Ramonet (2011) escribe al respecto:

La información, debido a su explosión, su multiplicación, su sobreabundancia, se encuentra literalmente contaminada, envenenada por todo tipo de mentiras, por los rumores, las deformaciones, las distorsiones, las manipulaciones, nos envenena la mente, nos contamina el cerebro, nos manipula, nos intoxica, intenta instalar en nuestro inconsciente, ideas que no son las nuestras. Por eso, es necesario elaborar lo que podría denominarse una ecología de la información. (p. 30)

Esa manipulación masiva se presenta cuando los medios convergen en la llamada agenda *setting*, que se refiere a la sobre exposición de un hecho a la ciudadanía por los canales posibles y para que no pase inadvertido. Es de anotar, como lo explica Lara Carrasosa (2015), que imponer una agenda informativa a los ciudadanos es relativamente fácil cuando unos consorcios económicos o unas familias con poder político son dueños de cadenas informativas de prensa, radio, televisión y medios digitales. Lo ideal sería contar con una agenda más ciudadana.

Una agenda más ciudadana

¿Qué tiene que ver la agenda ciudadana con la información sobre el suicidio? Como se explicó anteriormente, una concentración de la propiedad de medios de comunicación facilita a sus poseedores un dominio influenciador en la opinión pública, desde esa perspectiva, los medios crean la llamada agenda *setting*. Argumenta Rodríguez Díaz (2004):

El medio no decide por el público qué es lo que éste tiene que pensar u opinar sobre un hecho, aunque sí decida cuáles son las cuestiones que van a estar en el candelerero o en la opinión pública. A este conjunto de contenidos se le denominará: la agenda. Desde el punto de vista de la teoría de la agenda-setting, el término agenda se acuña en un sentido metafórico para expresar cómo las agendas o temas considerados relevantes por los medios pasan a ser subrayados también en las agendas de la audiencia. Las personas no sólo reciben información a través de los medios sobre determinados temas o asuntos que ocurren en el mundo y son considerados prioritarios, sino que también aprenden de ellos la importancia y el énfasis que les deben dar. (p. 15)

En ese orden de ideas, tradicionalmente los medios han sido propiedad de los consorcios económicos y familias políticas en el mundo, por tanto, es común que la agenda mediática responda a sus propios intereses, de tal manera, se observa que poco les puede interesar contar hechos educativos y de interés ciudadano, sino aquellos que se reviertan en beneficio económico para las empresas dueñas y estén de acuerdo con los intereses políticos de quienes detentan

los medios. Así entonces, se imponen los intereses particulares por encima de los ciudadanos y eso afecta directamente el enfoque de la información, que estará más inclinado a mover los sentimientos primarios de los seres humanos, que a darles un contexto educativo.

Lo descrito deja al descubierto algunas de las razones por las cuales se desconoce o no se implementa el protocolo de la OMS (2017), sobre las pautas que deben seguir los medios en caso de divulgar intentos de suicidio o suicidios consumados.

Ahora, también es responsabilidad de las comunidades solicitar la colaboración de los medios para construir una agenda ciudadana que incluya temas de interés general, como debe ser el papel de los medios. Con ello, respecto al tema que nos convoca, se evitaría que estos se conviertan en factores de riesgo o en informadores, de manera irresponsable, de una conducta que puede llevar a la imitación del suicidio, pues en la revisión de experiencias con comunidades del departamento de Antioquia, mediante una encuesta simple estructurada se encontró que, además de la posible imitación del acto suicida, las personas con riesgo suicida buscan en los medios de comunicación información acerca de estos hechos, se conectan con la experiencia emocional del suicida en sus últimos momentos, la angustia, tristeza, problemas y todo detalle que el medio de información ofrezca. Con esos detalles reconstruye, por identificación, su propia experiencia e incrementa la desesperanza. Se acerca finalmente a la letalidad del método, si se informa de manera irresponsable.

Lo que se observó en campo

La encuesta reveló que un 29% de los medios de comunicación detalla aspectos del hecho con descripciones minuciosas y un 71% manifiesta no hacerlo de ese modo (ver Figura 7). Se puede deducir entonces que este es un factor protector que se imponen los medios. Adicionalmente, si la persona deja una nota suicida, un 13% de los medios la pública; un 4% pone fotos de la escena suicida, y un 54% menciona el método (ver Figuras 8, 9 y 10). Todo esto recrea la escena suicida con los detalles más sensibles que generan una directa identificación con la vida de muchos radioescuchas, lectores o televidentes. Asimismo, un 79% de los medios hacen una georreferenciación del lugar donde ocurren los hechos (ver Figura 11).

Figura 7. Descripciones minuciosas

¿Detalla aspectos del hecho con descripciones minuciosas

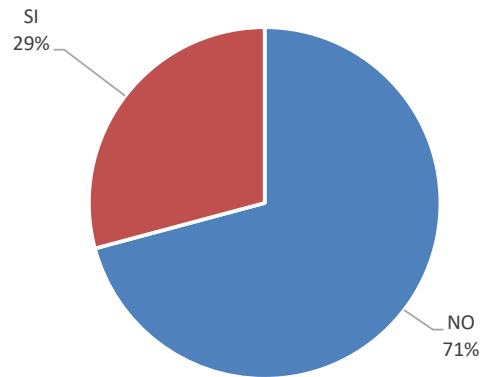


Figura 8. Nota suicida

Si la persona deja una nota, ¿la publican?

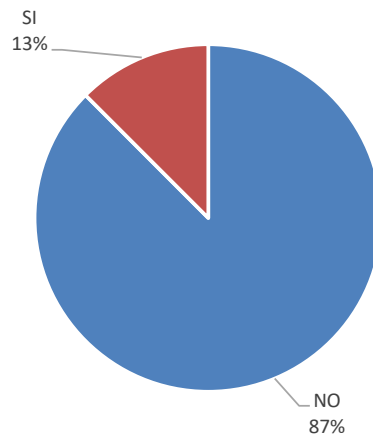


Figura 9. Publicación audiovisuales

¿Publica fotos o videos del hecho?

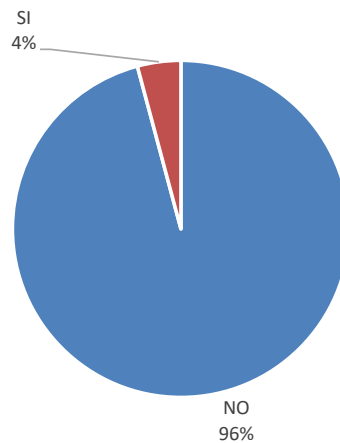


Figura 10. Método explícito

¿Menciona el método?

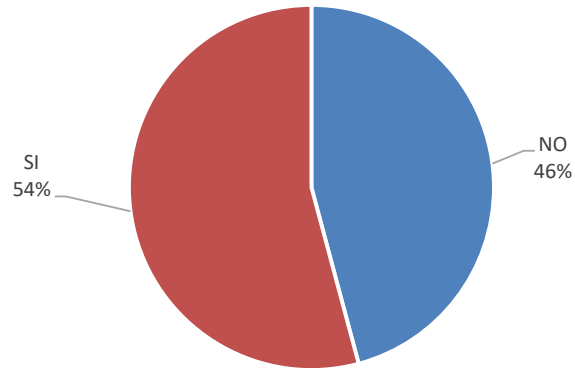
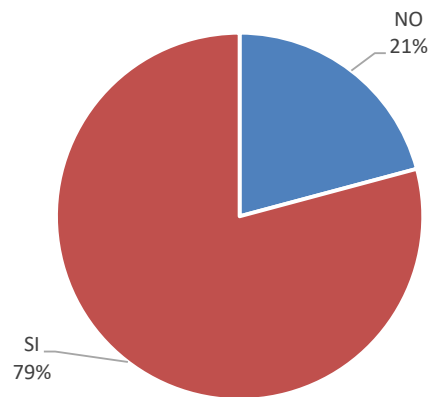


Figura 11. Lugar del evento

¿Menciona el lugar donde se presentó el hecho?



Algunos medios han reflexionado acerca de la intencionalidad del detalle del suicidio al ser publicado, por lo que un 46% han decidido no informar el método; un 96% no publica fotos del suicida; y un 83% no magnifica a la persona que se suicida, esto último se refiere a observaciones adicionales o juicios de valor que conllevan a calificar al suicida como valiente o cobarde por haber cometido el hecho.

De otro lado, si las cifras se presentan de manera apocalíptica; si se presenta la reiteración del suceso en cada emisión, edición o en la “viralidad” de las redes sociales, así se le estará dando un enfoque sensacionalista o melodramático al suceso (Carrasosa, 2015).

Lo cierto es que toda visión externa al suicida está parasitada de fantasía de sus propias proyecciones y de su criterio particular. Ello implica una parcialización de los datos del hecho que se constituye en factor de riesgo. Lo dicho se puede contrastar con el aporte de Herrera et al. (2015), quienes señalan que los espectadores más vulnerables pueden adoptar los relatos e identificarse con ellos a favor de su condición y pueden cometer el acto.

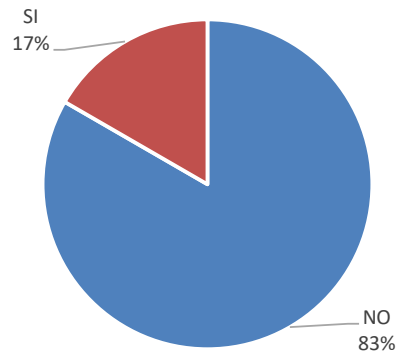
Por esto, la OMS (2017), con el objetivo de dar luces para evitar que los medios de información sean un factor de riesgo, ha recomendado un protocolo- como se viene exponiendo, poco divulgado- que propone lo que se debe hacer y no se debe hacer a la hora de informar el suicidio. Lo que no se debe hacer:

- » No destacar ni repetir innecesariamente las noticias sobre suicidios.
- » No utilizar un lenguaje que sea sensacionalista o normalice el suicidio, ni se presente el suicidio como una solución constructiva a problemas.
- » No describir explícitamente el método utilizado.
- » No facilitar detalles acerca del sitio ni la ubicación.
- » No usar titulares sensacionales.
- » No usar fotografías, material de video ni enlaces a redes sociales sobre el suicidio (OMS, 2017, p. 10).

Este protocolo está en vigencia desde el 2017 y al alcance de la comunidad académica; sin embargo, de la muestra encuestada en los cuatro municipios de Antioquia objeto de esta investigación, un 83% de los medios refiere no conocerlo (ver Figura 12), por tanto, la línea técnica dada al estilo de las publicaciones ha sido una decisión autónoma del medio o del periodista que informa, es decir, no está basada en ningún protocolo o recomendación de como informar suicidio. Por lo que se ha podido establecer en los diferentes espacios en que se ha socializado este trabajo y por las escasas investigaciones que existen en Colombia al respecto, la mayoría de la población de comunicadores, ya estén al servicio de los medios o de los organismos estatales o privados, no aplica el protocolo de la OMS (2017) u optan por no hablar del suicidio.

Figura 12. Conocimiento del Protocolo OMS (2017)

¿Conoce el protocolo de la Organización Mundial de la Salud para los medios de información?

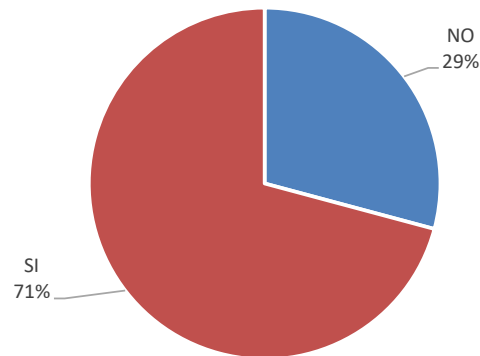


Desde esta investigación, como lo muestra la Figura 12, se ha evidenciado que tanto en organizaciones como en medios de comunicación de los cuatro municipios de Antioquia donde se implementó el programa de capacitación en factores de riesgo y protección del comportamiento suicida, tienen poca formación o protocolos establecidos y socializados para comunicar suicidio. Solo un 17% de los medios refieren que se remiten al protocolo de la OMS (2017) para informar suicidio; evidencia esta que da cuenta de un factor preponderante de no estar informando suicidio o de hacerlo sin un enfoque educativo.

El desconocimiento ha motivado a los medios de información a tomar decisiones a veces extremas dentro de su libertad de expresión. Algunos deciden no informar nada del tema, es el caso de un 29% (Figura 13) de los medios de comunicación que decidieron no informar suicidio, con el deseo de no generar más suicidio o efecto Werther, lo que produce también un marco de oportunidad que se pierde, en la medida en que esta problemática debe ser visibilizada para que pueda ser abordada como un asunto de salud pública y que involucre todos los estamentos de la sociedad, educación, salud, justicia, protección, comunidad, pero depende del enfoque noticioso y el cuidadoso de las normas de la comunicación, el marco ético que proteja datos sensibles en relación al fallecido por suicidio y los sobrevivientes junto con su comunidad alrededor que corren riesgo de ser altamente estigmatizados.

Figura 13. Informar suicidio*

¿Su medio informa sobre suicidios?



* En cada municipio participante se consultaron un promedio de 50 fuentes periodísticas, entre marzo y octubre de 2019.

Y es que informar suicidio no genera más suicidio per se; si bien -como se ha expuesto en este libro- pueden ocurrir ante la exposición a un suicidio mecanismos psicológicos como sugestión, imitación social, contagio, no se encuentran evidencias de una relación directa entre hablar del suicidio y que ocurra. Sí es factor de riesgo, según la OMS (2017), recrear detalles sensibles que generen identificaciones individuales y contagios comunitarios.

Entretanto, Olmo y García (2014) afirman que no está clara la relación directa entre la divulgación de la información sobre suicidio y el contagio conocido como efecto Werther:

No hay un estudio que refleje claramente que silenciar el tema es positivo puesto que se produce un efecto contagio. Lo que sí parece más demostrado es que informar mal o de forma sensacionalista puede ayudar a quienes muestran esa propensión a ejercer conductas imitativas. (p. 1159)

Volver a la pirámide invertida

La propuesta de esta investigación está encaminada a elaborar el primer protocolo de cómo informar suicidio en Colombia, a partir de un tratamiento especial a la llamada Pirámide Invertida, técnica del periodismo en la que se alternan los valores de importancia de los hechos ocurridos, se narran de mayor a menor y se dejan los contextos y los sucesos pasados como encuadre de la información.

Dicha pirámide es una técnica narrativa propia del periodismo informativo; ha sido criticada y ha sufrido intentos por parte de los periodistas de modificarla, sin embargo, paradójicamente, con la aparición de los dispositivos y las formas diferentes de informar, recobró su esplendor. Su

nombre deviene del uso en sentido contrario del esquema clásico de la literatura: inicio, nudo y desenlace. En la información periodística, especialmente la noticia, este esquema se invierte, y lo más importante se escribe en las primeras líneas y en el resto del texto se pone lo menos relevante. De acuerdo con esta técnica, en los primeros párrafos se deben responder las preguntas esenciales de la información: qué, dónde, cuándo, quiénes, por qué y cómo; eventualmente, un cuándo se agrega a estas preguntas; responderlas es lo que se denomina *lead* (líder en español) de la noticia. El titular es esencial en este estilo, pues contiene el 80% de la información.

Lo encontrado resalta, en coherencia con los hallazgos de Rátiva et al. (2013) que, los medios entrevistados refieren que un 71% cuando informa sobre los casos menciona la palabra suicidio en el titular; un 50% comienza la información con estadísticas de un contexto general mas no en el marco de la tasa de población regional, lo que genera alarma y llega a convertirse en factor de riesgo. Es por esto que la OMS (2017) manifiesta la importancia de no iniciar los titulares informativos con la noticia sobre suicidio; no obstante, un 71% de los medios indica que menciona la palabra suicidio en el titular (ver Figuras 14 y 15).

Figura 14. Uso del término suicidio

¿Cuándo informa sobre los casos, menciona la palabra suicidio en el titular?

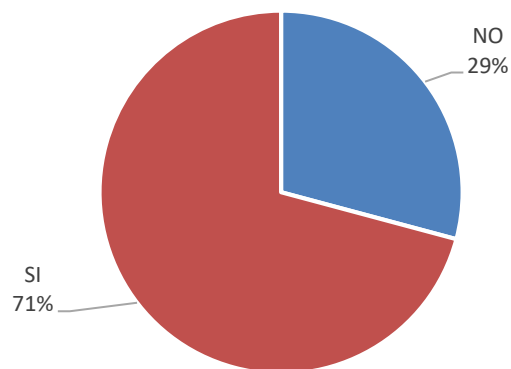
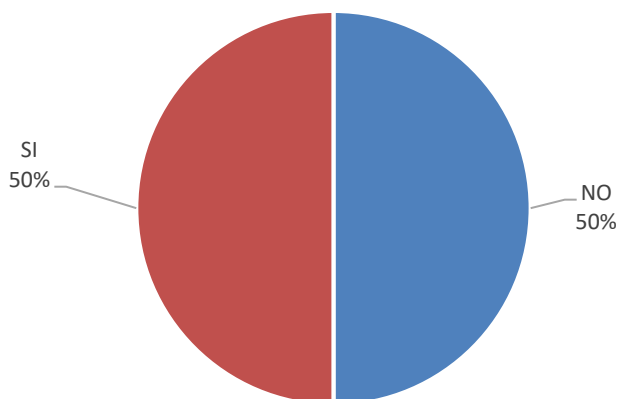


Figura 15. Uso de estadísticas

¿Presenta estadísticas de suicidio?



A raíz de las nuevas tecnologías, continúa en uso el esquema de la pirámide invertida, enriquecido con nuevos elementos como los hipertextos, que dan oportunidad a una información más completa y menos rígida. Salaverría Aliaga (1999) propone:

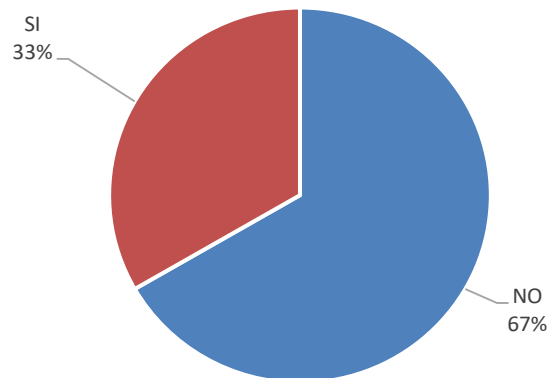
No es obligatorio incorporar en el cuerpo de la noticia pasajes documentales (por tales entendemos desde una simple aclaración de unas siglas hasta, por ejemplo, pasajes biográficos de personas mencionadas en el texto o piezas contextualizadoras con los episodios pasados de la noticia que se comunica). Un enlace hipertextual a terceras páginas permite ampliar, aclarar o relacionar cualquier información, bien mediante nuevos textos bien mediante recursos infográficos (mapas, recreaciones virtuales...) o audiovisuales (declaraciones, vídeos...). (p. 4)

Además, Salaverría Aliaga (1999) advierte que con estos elementos, el lector tiene la oportunidad de ampliar “hasta donde desee la contextualización documental de cada información y, al mismo tiempo, le libera de leer pasajes documentales indeseados que ralentizan y oscurecen la lectura” (p. 4).

Por esto, se debe reiterar que, si no se informa con el lenguaje adecuado, de manera responsable y con criterio de esperanza, esa amplitud, potestad del lector, acelera los factores de riesgo o precipitantes en una ideación suicida. De hecho, un 67% no califica o adjetiva el suceso como consecuencia de algo (ver Figura 16), lo que hace referencia a la importancia de no generar la percepción del suicidio como un asunto unicausal, sino multifactorial, del que, por ende, en tiempo real no se alcanzan a conocer las causas o los perfiles psicopatogénicos implicados (Herrera et al., 2015).

Figura 16. Adjetivar suicidio

¿Califica o adjetiva el hecho como consecuencia de algo?



Nieder Krotenthaler et al. (2014, citados en Garrido-Fabián et al., 2018), afirman que el objetivo de un adecuado tratamiento informativo, además de reducir las actitudes suicidas, debe ser incrementar la búsqueda de ayuda por parte de las personas vulnerables y la reducción del estigma. El factor de riesgo no finaliza cuando no se informa.

Los medios como factor protector

El comportamiento suicida se puede prevenir y están implicados en ello no solo los actores sociales -la familia, la comunidad y el Estado-, sino además organizaciones internacionales como la OMS y, por supuesto, los medios de información. En relación con estos últimos, Zafra Cremades et al. (2017), presentan un “Modelo automático para la prevención del suicidio mediante la detección precoz de mensajes suicidas en redes sociales de la Universidad de Alicante”, respaldados en que el pensamiento de quitarse la vida requiere una previa reflexión por parte del sujeto, puede obedecer a un sinnúmero de causas, y los medios de comunicación pueden funcionar como predictor en la medida en que un sinnúmero de personas publican sus estados emocionales, señales de alerta y se articulan en búsqueda de ayuda mediante las redes sociales, lo que permite una oportunidad en tiempo real para poder hacer detección temprana, dadas las nuevas lógicas de la aldea global en la que la humanidad converge para comunicarse.

Los medios de comunicación pueden ser un potente factor protector si promueven la psicoeducación en señales de alerta para la prevención del comportamiento suicida, rutas de atención, líneas de apoyo institucional que generen la intervención profesional más asertiva, de

tal modo que la noticia de un suicidio se publique con la intención de prevenir, no de implicar a los dolientes, a la familia o a la sociedad como única causa; en otros términos, los medios tienen la posibilidad de aportar para que los lectores adquieran el conocimiento de cómo prevenir el suicidio y cómo promover mejores formas de vida.

Por su parte, supervivientes o sobrevivientes -como los denomina la Organización Mundial de la Salud en virtud de los efectos que deja en familiares amigos y cuidadores la muerte por suicidio- deben tener un marco ético de tratamiento de la información acerca de sus casos, dado que son los primeros, junto con su comunidad, en ser objeto de estigmatización y probable riesgo suicida. Algunos intentos tímidos sobre este tema específico propone la Universidad de la Sabana y el Centro Carter de Atlanta, según lo informa Jgorthos (2016) en su blog de El Espectador. También la Fundación Nuevo Periodismo (2017), ha abordado este tema, en el artículo “Cuando el suicidio es noticia, a informar con cuidado” publicó la respuesta del periodista Javier Darío Restrepo acerca de ¿Cómo cubrir éticamente noticias sobre suicidio?:

Cuando se informa sobre estos hechos con la idea de prestar el mejor de los servicios, aparecen los objetivos posibles: notificar a la sociedad sobre un fenómeno que debe ser mirado como una alerta: el menosprecio de la vida humana, incluida la propia; mostrar y provocar solidaridad con la familia impedir que sobre el hecho se dé una mirada superficial que lo trivialice y lo convierta en una señal equivocada. (pregunta 4)

Los medios de comunicación son factor protector cuando forman para este tipo de fenómenos a la sociedad; cuando preparan y ofrecen su potente alcance a favor de la educación para poder atender esta problemática de alta complejidad y de índole público, desde un enfoque de dignidad humana y cualificación de la información; cuando son asertivos en su aproximación para que puedan intervenir desde el ciudadano, hasta los entes gubernamentales, en la prevención del comportamiento suicida.

Los medios informativos y redes sociales no son el problema. De hecho, como resaltan Cambra y Mastandrea (2017) y Olmo López y García Fernández (2015), se ha demostrado que la accesibilidad a los medios de comunicación y redes sociales es una ventana de oportunidad para las personas que por sus estilos de personalidad poseen menores posibilidades de comunicación.

Es la relación que se establece con el medio, la que puede ser factor protector o de riesgo. Rodríguez García y Magdalena Benedito (2016), en su texto “Perspectiva de los jóvenes sobre seguridad y privacidad en las redes sociales”, hacen referencia a que las redes sociales online se han transformado en una nueva forma de contacto con las amistades de manera rápida, económica y divertida; en esta medida, funcionan como factor protector, pues posibilitan nuevos lazos que trascienden la temporalidad, lo geográfico y los temores de socializar cara a cara, lo que resulta facilitador para la construcción de vínculos e identidad.

Socializar es fundamental como factor protector y los canales de comunicaciones que permiten las nuevas formas de relacionamiento a través de redes sociales favorecen esta función, incluso, para quienes han sido diagnosticados con fobias sociales o trastornos de evitación, o para quienes permanecen alejados por dinámicas de ciudad que pudieran impedir el desplazamiento o entablar relaciones con pares. En este sentido, como reportan Urrego et al. (2016) y Valadez (2014), los medios de comunicación, desde las redes sociales, han resultado en la última década fundamentales incluso para reducir las barreras de comunicación e intergeneracionales entre padres e hijos, dadas las nuevas lógicas de trabajo que impiden que la crianza se acompañe físicamente durante el día.

Ahora bien, en el recorrido con las comunidades de los municipios trabajados, medios de comunicación, grupos de apoyo de sobrevivientes del suicidio de un familiar, profesionales que atienden comportamiento suicida y comunidades religiosas, se encuentra la necesidad de unificar criterios de estilo, éticos e informativos para el tema del comportamiento suicida. El asunto no es dejar de informar suicidio; hay que informarlo, pero para la prevención y la difusión de redes de apoyo en la población más vulnerable y aun en la población sana. Como lo refieren Suárez et al. (2017):

Los medios de comunicación son educadores y causan un gran impacto en la población general, ya sea positivo o negativo. Lo importante es que, conociendo esto, las noticias que se refieran a salud mental en general se aborden con cuidado y precaución, de tal manera que, ante un evento en principio negativo, causen un efecto protector sobre la población, aún más sabiendo que los medios de comunicación, muchas veces, tienden a exagerar las noticias relacionadas con el suicidio, al igual que a mostrar métodos altamente letales, que generan un efecto sensacionalista en la comunidad, con el fin de hacer más atractiva la noticia. (p. 155)

Educar y prevenir en el hecho

Los medios presentes en las comunidades investigadas advierten, en sus respuestas, la necesidad de informar con responsabilidad, pues por intuición, el 79% de los encuestados resaltan alternativas de solución a los problemas distintas al suicidio (ver Figura 17); un 83% suministran datos de las líneas de atención y grupos de apoyo (ver Figura 18); el 67% consideran que los medios de comunicación, actualmente son un factor de riesgo (ver Figura 19); y, un 58% no conocen acerca de los mitos sobre suicidio (ver Figura 20).

Figura 17. Alternativas distintas

¿Resalta otras alternativas distintas al suicidio para solucionar los problemas?

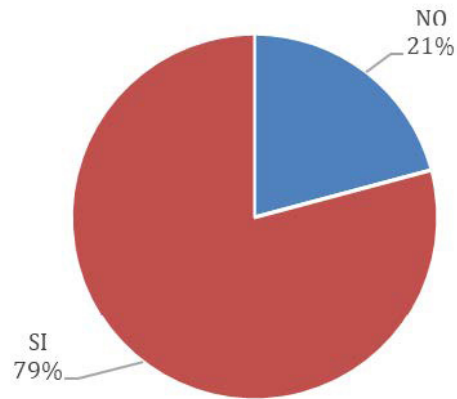
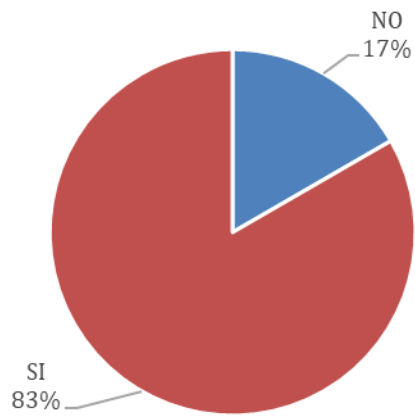


Figura 18. Líneas de ayuda y grupos de apoyo

¿Proporciona información sobre líneas de ayuda y grupos de apoyo?



Estos porcentajes hacen pensar en que se debe trabajar con las comunidades para fortalecer y sistematizar esa intuición y aprovechar las oportunidades que ofrecen los medios de comunicación. Como ya se señaló, el 67% de los medios participantes en la investigación afirmó que estos son factores de riesgo (ver Figura 19), y el 71% que son precipitantes (ver Figura 21). Eso en promedio, nos deja la preocupante cifra de que un 69% de los medios son factores desestabilizadores de la conducta del ser humano proclive a una decisión nefasta frente al suicidio.

Figura 19. Medios como factor de riesgo

¿Piensa que los medios son factor de riesgo en la ideación suicida?

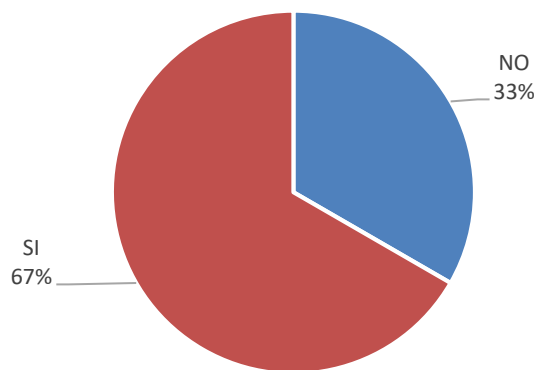


Figura 20. Mitos sobre suicidio

¿Conoce los mitos sobre el suicidio?

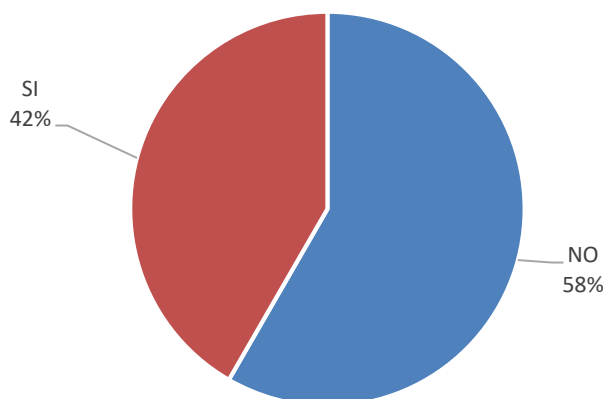
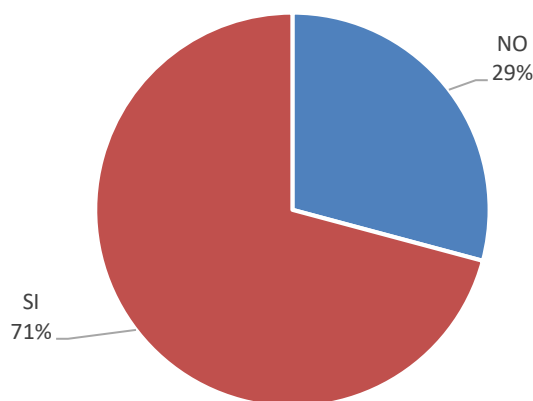


Figura 21. Medios como factor precipitante

¿Piensa que los medios son factor precipitante en el suicidio?



Perspectivas

Ante todo lo expuesto, la academia -desde los programas de formación en pregrado y posgrados dirigidos a las ciencias sociales (psicólogos, comunicadores, abogados, antropólogos, entre otros)- debe retornar al para qué de lo que se hace con lo humano, a lo ético que implica la fragilidad de lo ontológico; un para qué informamos suicidio, un para qué divulgar casos o cifras estadísticas, un para qué generamos marcos legales.

Esto debe generar una profunda reflexión ética de la praxis de los profesionales que trabajan por la vida o, al menos, que sus acciones estén delimitadas por no pasar por encima de la dignidad humana de los sobrevivientes o hacer de la tragedia de unos, la polémica o el rating de otros. De lo contrario, las lógicas capitalistas arrastrarán con el respeto por la enfermedad mental, las miserias humanas; invisibilizarán los fenómenos y harán tan reiterativo el mal tratamiento de la información que se pierde el sentido del porqué se informa. Esta tendencia amarillista debe ser repensada en el marco de la ética, la dignidad humana, y la reflexión epistémica de la intencionalidad de lo que se hace, el para qué, y ese debe ser en pro de la prevención.

El problema de cómo informar suicidio parte tanto de la formación profesional, como de la cultura informativa en la que se nace y se crece, más aún cuando se piensa que la agenda setting impuesta es lo que realmente las comunidades requieren saber. La propuesta en perspectiva es que las personas empoderadas de sus derechos y dignidad humana construyan agendas ciudadanas para los medios de información (Muñoz & Sánchez, 2013).

Dar o no cifras, hablar de epidemiología, son factores protectores para los informados. Conocer nombres de los suicidas o datos personales de la familia doliente; informar desde el reduccionismo nombrando causas aisladas no son producto de una investigación profunda.

El sistema de salud y el suicidio desde una atención humanizada

Cuando alguien le manifieste deseos de morir... atiéndale, créale... está pidiendo auxilio.

Este capítulo final pretende enfatizar en la necesaria mirada integral e integradora al momento de atender una situación de suicidio, así, desde el enfoque conceptual propuesto en este libro, como una problemática psicosocial, es necesario un abordaje interdisciplinar que permita comprender el suicidio en el ámbito sociocultural e institucional donde acaece. Pues el suicidio, como todas las acciones humanas, afecta diversas dimensiones vitales como acontecimientos públicos, legislativos, religiosos, económicos, políticos.

Estas dimensiones tendrían que ser tratadas en equilibrio desde una institucionalidad garante de los derechos de los ciudadanos, para posibilitarles un estado de salud integral; desde ahí, la constitución política de un Estado social de derecho tiene que garantizar políticas públicas para permitir que la institucionalidad contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas. Esto hace que las problemáticas humanas sean abordadas desde programas y proyectos que son cobijados por dichas políticas, y que responden a un sistema de salud pública estatal.

Es pertinente entonces concebir el comportamiento suicida como una problemática de salud pública, no solo porque este evento afecta múltiples dimensiones socioculturales, sino porque desde esta perspectiva es objeto de estudio y de intervención de la institucionalidad. Esto es, la salud pública tiene la responsabilidad estatal y ciudadana de velar por la salud integral de un territorio, por ser esta un derecho fundamental individual y comunitario (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2013a, p. 36).

Este enfoque de salud pública recoge la propuesta de la OMS (2001) que define la salud, desde un abordaje psicosocial, como un estado integral biopsicosocial ambiental. Asimismo, con base en estos planteamientos, el Congreso de la República de Colombia promulga la Ley 1122 de 2007, “por medio de la cual, se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud” del país, y que define a la salud pública como:

Un sistema constituido por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. (cap. VI, Art. 32)

Así, la salud pública tiene por objetivo la calidad de vida de la población, aspecto que se considera cada vez más, de una forma holística, es decir, desde una concepción amplia. Por tanto, entender el comportamiento suicida desde esta perspectiva, exige considerar a los sistemas de salud como sistemas sociales y culturales que permiten un enfoque de la salud tendiente a la población, cumpliendo unos determinantes que contribuyan al sostenimiento de los entornos físicos y la calidad de vida de las personas en su acceso a la educación, al empleo, a sus condiciones físico biológicas y psicológicas, contemplando además las redes de apoyo social y, claro, los servicios de salud específicos (Rojas Ochoa, 2004).

A partir de este enfoque multidimensional, el sector salud, con los servicios que oferta a las comunidades, no puede proceder solo, ya que son muchos los factores que determinan a la salud humana y que están por fuera de sus competencias. Así, en un evento como el suicidio esto se hace evidente, de ahí que sea necesario para su atención integral, un manejo intersectorial; es decir, que el sector salud se acompañe articuladamente de los demás implicados en la atención social como son los de justicia, protección y educación, supervisados todos por los organismos de control como las procuradurías, personerías y defensorías del pueblo (García Peña, 2016).

La atención intersectorial cobra fuerza por la necesaria comprensión de la complejidad de las problemáticas humanas. Es pertinente y obligado promover y desarrollar iniciativas interdisciplinarias e intersectoriales para delimitar prioridades que potencialmente repercutan, de manera positiva, en la salud de la población como un equilibrio integral.

Y porqué el suicidio desde la salud pública

Como se viene exponiendo, la tarea de la salud pública radica en contener a la salud como equilibrio integral, lo que concibe las problemáticas humanas como estados o situaciones críticas de origen multifactorial que, inclusive, trascienden una cultura y a una época específica afectando, de forma simultánea, la condición multidimensional humana: lo emocional, psicológico, social, económico, etc.

Entonces, desde la salud pública se exige abordar dichas problemáticas como realidades necesariamente analizadas en contexto, pues responden a condiciones psicosociales determinadas por estructuras socioeconómicas que, a su vez, están integradas por patrones socioculturales concretos, que son vividos de manera personal en cada momento histórico (Gómez, 2002).

El comportamiento suicida pone de manifiesto la complejidad de las interacciones que tienen que ser tratadas en los sistemas de salud, donde confluyen situaciones individuales, confrontadas con factores socioculturales y económicos de los contextos físicos. La salud es, por tanto, un equilibrio que exige una corresponsabilidad en la construcción de políticas públicas con enfoque multidimensional, que trasciendan el sistema de salud tradicional, sectorizado, parcial y disciplinar.

La atención integral del comportamiento suicida

Es necesario mejorar la atención individual y colectiva desde el sistema de salud vigente, ya que las decisiones políticas que repercuten en la situación de las comunidades no son efectivas. Por ello el suicidio gana fuerza en el contexto colombiano, pues no se toma en serio la creación de entornos saludables, no se concibe desde la salud tradicional que el medio ambiente es más que lo biofísico y abarca igualmente la dimensión psicosocial, como las redes de articulación social y el contexto legislativo y cultural en el que se desarrolla la vida humana. El conjunto de espacios interiores y exteriores, la organización del tiempo y el ritmo de trabajo, el clima humano, son elementos del entorno socio natural que favorecen o no la salud (Gómez, 2002; Sarabia, 2014).

Un sistema de salud respetuoso y responsable con la condición humana requiere fortalecer la institucionalidad en el ámbito intersectorial, con el propósito de superar los tradicionales servicios sanitarios que consisten en atención médica exclusivamente, brindada inclusive de forma deficiente.

Se trata de orientar la salud, como equilibrio a una atención humanizada en la que los profesionales reconozcan de una forma sensible las necesidades y particularidades socioculturales de la población beneficiaria, y se construyan rutas de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, económicos y políticos (García Peña, 2016).

Es posible aportar desde la atención en salud al desarrollo de las capacidades personales, si se prestan servicios que propendan por una información pertinente, que brinde psicoeducación sobre la problemática objeto de la atención institucional.

Atención humanizada (educación para la vida)

El suicidio, como ninguna otra problemática psicosocial, es por sí mismo una carta abierta que deja entrever las situaciones que aquejan no solo al contexto familiar, sino también a la sociedad en general. Por lo tanto, no es solo un acto de lo privado, de lo íntimo del sujeto que lleva a cabo el acto suicida, es además, una evidencia latente de lo que está sucediendo en el círculo de lo psicosocial y la influencia que este ejerce en lo cotidiano de las personas, generando preguntas y angustias existenciales que, en la mayoría de los casos, terminan desencadenando un terrible miedo, no por vivir, sino por no saber qué hacer con la vida que se lleva.

Entonces, esa decisión no solo está mediada por la voluntad propia, sino que influye de manera significativa el mundo que rodea, la sociedad que acompaña o que abandona, cuando alguien deja de creer o piensa diferente que los demás, o cuando aparecen afectaciones emocionales que se representan en un evidente sufrimiento que perturba el bienestar integral, la comprensión y la relación con la propia vida.

Es por todo esto que la comprensión multidimensional del suicidio es necesaria al momento de una atención integral; la misma que exige que se haga de forma articulada, incluyendo acciones interdisciplinarias en las que intervengan los diferentes factores asociados a esta problemática, no solo en el ámbito de las afectaciones físicas a las que está expuesta la víctima de suicidio, sino también, en las emocionales, las cuales se refieren a las condiciones del afecto, que en un momento dado son posibilitadoras u obstaculizadoras de los procesos psicológicos (a modo de anotación, existen otras afectaciones psicológicas que se refieren más a los procesos mentales de funciones neuropsicológicas como la atención, memoria, pensamiento y demás). Así muchas veces, en la situación de un evento suicida, la razón puede bloquear el sentir que impide tramitar la crisis, y esta conlleva a las ideaciones y planes suicidas. Todo ellos suelen ser asuntos que una persona viene afrontando desde tiempo atrás; por eso en esta misma vía, es importante promover la detección oportuna de señales de alerta.

Para dicho propósito, como plantean Muñoz et al. (2014), se requiere fortalecer la institucionalidad, para que cuando una persona se encuentre en la encrucijada del suicidio, tenga oportunidades de contención a su crisis. De tal forma, la propuesta es que los servicios en salud sean en sí un factor protector mediante los cuales, sea posible disminuir el riesgo del acto suicida y el sufrimiento que acontece. El sistema de salud está llamado a mejorar su capacidad de respuesta y oportunidad, contribuyendo al fortalecimiento de las personas, sus familias y comunidades afectadas por el suicidio, porque la salud pública así lo exige en este momento histórico.

En esta vía, es entonces fundamental fortalecer los procesos de atención y seguimiento de los casos asociados al comportamiento suicida, con el propósito de no quedarse solo en la atención inicial y la intervención de los daños asociados a una urgencia médica y psicológica, sino que se fortalezca una red en salud integral, y esta debe articularse con otros sectores como educación, protección y justicia. En consecuencia, además deberán surgir estrategias de atención de calidad dirigidas a las familias y a la comunidad en general, que faciliten el seguimiento pertinente de los casos asociados al intento suicida y al suicidio consumado.

El seguimiento de los casos es un factor primordial a la hora de abordar de manera directa la problemática del suicidio, debido a que es evidente que no están vinculados a un solo factor de riesgo, sino que existen muchos factores asociados que confluyen para que una persona pueda llegar al acto suicida o pueda reincidir en el intento; por ello es necesario hacer monitoreo a todas las condiciones de vida de los afectados. Desde las autopsias psicológicas revisadas en el desarrollo de esta investigación, se observan falencias; al respecto, de cinco casos, cuatro estaban siendo atendidos o fueron atendidos desde el sistema de salud, pero, desafortunadamente, el seguimiento y la psicoeducación destinada para su atención fue mínima o, en algunos casos, nula.

Esto significa que las familias y los pacientes continúan solos, sin la información pertinente y sin lograr acceder a las rutas de atención de manera efectiva, lo cual les permitiría obtener una atención oportuna. Pareciera que el acceso a los servicios de salud mental sigue siendo deficiente y no hace parte estratégica del plan de intervención en salud en las localidades, lo que genera que las personas con comportamiento suicida y sus familias no obtengan acompañamiento para abordar las situaciones que acontecen y ponen en riesgo sus vidas.

Psicoeducación

Es claro, por tanto, que el abordaje de las afectaciones emocionales y psicológicas es trascendental en la atención del suicidio; ya que el no querer vivir, puede ser persistente e insistente en una persona que quiere suicidarse, lo cual es algo que confronta a quien intenta contener la

situación. Por ello, mitigar la tendencia de una persona al suicidio amerita un trabajo de intervención interdisciplinar, apoyado en una adecuada red familiar y comunitaria, que posibilite la recuperación de la persona mediante el acompañamiento constante y favorezca las relaciones con el entorno, facilitándole validar sus sentimientos, emociones y, además, le proporcione seguridad para expresar su necesidad de ayuda permanente.

Este es el principio de la psicoeducación, poder como profesionales de la atención primaria en el ámbito intersectorial, y como comunidad de base, atender a una persona en franco riesgo de suicidio, poder hacer una contención inicial y activar una ruta de atención para una posterior intervención profesional más específica.

La educación en salud se propone, entonces, como una construcción participativa. De ahí la importancia de reconocer los procesos de sociabilidad al momento de intervenir en salud integral. En este contexto, la educación se plantea como psicoeducación, debido a que se orienta a una formación que prepara para la vida y sus capacidades de respuesta; escenarios válidos para potenciar el desarrollo humano. Es decir, la psicoeducación promueve una formación entendida como oportunidad, como proyecto de vida, que conlleva a la generación de respuestas creativas, orientadas a la resolución de las problemáticas y que propendan por la promoción de las capacidades y potencialidades humanas (García Peña, 2010).

La psicoeducación ha de ser un proceso reflexivo, acompañado por quienes educan en los diferentes escenarios de la vida: la familia, la escuela, los servicios sanitarios, la comunidad y los medios de comunicación. Dichos preceptos serían la base para una atención con calidad a las personas que presentan comportamiento suicida.

A este respecto y con base en el Manual para profesionales de la salud, titulado: “Atención con calidad, a las personas que presentan conducta suicida”, (Alcaldía de Medellín, 2015), se adaptan los siguientes lineamientos para una atención integral y articulada del comportamiento suicida:

- » Contribuir a mejorar la capacidad resolutoria desde la atención primaria.
- » Fortalecer las capacidades de la institucionalidad local en la atención a personas con conductas suicidas.
- » Sensibilizar frente al tema, enmarcado en el discurso de la salud pública desde la intersectorialidad.
- » Motivar el conocimiento y apropiación de los aspectos relacionados con la salud mental.
- » Cualificar al talento humano, en el ámbito intersectorial: salud, justicia, protección y educación, para optimizar la salud integral de toda la población.

- » Detectar tempranamente un riesgo y hacer una contención inicial ofreciendo primeros auxilios psicológicos, acompañando a la persona y a su familia, y brindando una atención humanizada, cálida y comprensiva.

Estos aspectos tendrían que redundar en la formación de los servidores públicos encargados de la atención, para lo cual se requiere de personal cualificado, conceptual y técnicamente, en pro de que tengan herramientas para hacer un abordaje adecuado.

Con la psicoeducación comunitaria y de los servidores públicos, las familias no estarían más solas y podrían apoyarse como red, para afrontar la compleja situación que implica el suicidio. Con esto, las comunidades tendrían la posibilidad de ser más autónomas y responsables, ejerciendo más control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y eligiendo estilos de vida saludables (Bedoya Cardona & Montaña Villalba, 2016).

Así las cosas, se necesita de una red de intervención, que acompañe con la atención y psicoeducación oportunas para comprender lo que pasa a alguien cercano afectado por este asunto y poder así, encontrar resolución. Esto implica comenzar por perder el miedo a implicarse y entender que no existe medicación mas efectiva para un ser amado, que una red de apoyo fortalecida y dispuesta a acompañarlo a superar lo que está viviendo, lo que viene sufriendo (Cardona & Kratc, 2019).

Por tanto, la psicoeducación busca, en relación con el comportamiento suicida:

- » Mejorar el conocimiento de la persona consultante y su familia frente al proceso del comportamiento suicida.
- » Conocimiento sobre sus signos, síntomas y señales de alerta.
- » Disminuir el estigma ante el suicidio y la enfermedad mental.
- » Discutir con la familia sobre hábitos de vida saludables.
- » Mejorar la adherencia terapéutica.
- » Brindar elementos para detectar rápidamente síntomas de recaída.

El camino a la prevención es ayudar a la persona a que tenga control de los factores de riesgo que le generan vulnerabilidad. Así es posible efectuar estrategias de protección para fortalecer la capacidad decisoria ante los riesgos de la cotidianidad. En este camino, un proceso de intervención preventivo – promocional retomaría aspectos comportamentales y culturales en el ámbito comunitario para trabajar sobre los entornos más cercanos, en factores de riesgo detectados y posibles detonadores de comportamiento suicida.

Asimismo, una atención preventiva implicaría la dinamización social, promoción de actividades integradoras como habilidades para la vida, interacción y apoyo social, resolución de conflictos, estrategias comunicacionales y de asertividad, entre otras, que promuevan el trato digno y la convivencia pacífica de reconocimiento mutuo, rescatando valores como la solidaridad, el respeto y la aceptación de los otros.

Una de las categorías a reforzar desde la atención psicoeducativa en salud ha de ser motivar el apoyo social de los afectados y sobrevivientes del comportamiento suicida, en la conformación o asistencia de redes de apoyo social. Tal aspecto es relevante en cualquier acción de intervención de este evento. La idea básica es fomentar relaciones interpersonales que contribuyan a la construcción de sentido y estabilidad emocional y social.

Así, las redes de apoyo social se consideran en este contexto como potenciadoras de salud integral, porque ayudan a fortalecer vínculos en las tramas de la relación social en las que se presentan. De forma que el conjunto de las construcciones que socialmente dan sentido a los vínculos, desde la gratificación o la frustración, consiente el surgimiento de representaciones compartidas que permiten consolidar ideas, valores y prácticas sociales y, en consecuencia, cumplen el propósito de establecer un orden que faculta a las personas a sentirse parte de su contexto comunitario, mediante la interacción con sus coterráneos, proveyéndolos de un código de intercambio social, que permitiría construir sentidos personales y compartidos (Moscovici, 1985).

El suicidio, la problemática olvidada de la atención en Colombia

Una problemática tan compleja como el suicidio y con la evidente necesidad de ser intervenida, además de forma humana e integral, recibe en el contexto colombiano, aún poca atención, no solo por parte de la población en general, sino también, y de manera más preocupante, por los profesionales de la institucionalidad pública, quienes todavía no toman consciencia de las consecuencias que acarrea una intervención poco oportuna de esta problemática que, como lo plantea este libro, conlleva múltiples aspectos que inciden de manera directa e indirecta en todo el contexto donde ocurre, generando afectaciones que perduran en la memoria, en la historia de las comunidades, y sus efectos siguen siendo evidentes y -en algunos casos- devastadores generación tras generación.

Las familias en su necesidad de atención, buscan alguna respuesta a su dolor para poder sobrellevar la dura realidad en la que se encuentran inmersos, pero cuando solicitan ayuda, espacios con profesionales idóneos que les faciliten el afrontamiento de su situación y les permita

poco a poco la comprensión de lo sucedido, se encuentran con la realidad del sistema, la institucionalidad colombiana, que a pesar de contar con protocolos nacionales y locales, no es oportuna en su gestión como lo exige el Sistema Nacional de Bienestar Familiar–SNBF, que vela por la gestión de la salud pública mediante:

El conjunto de agentes, instancias de coordinación y articulación y de relaciones existentes entre éstos, para dar cumplimiento a la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, y al fortalecimiento familiar, en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal. (SNBF, 2019, párr. 1)

Con respecto al comportamiento suicida, la institucionalidad colombiana tiene apoyo en protocolos internacionales y locales, entre otros, el de la OMS y la OPS (2014), “Prevención del suicidio: un imperativo global”; también de la OMS (2013), el “Plan de acción sobre salud mental, 2013-2020”; el de la OPS (2018), “Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones”; el del Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia (2014), “Protocolo de vigilancia en salud pública: intento suicidio”; y “Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud”, de la Alcaldía de Medellín (2015). Dichos protocolos definen el deber ser en la atención y seguimiento de esta problemática y de las problemáticas conexas o asociadas a la afectación de la salud mental de la población. En el mismo sentido, lo describe la Ley 1616 de 2013 (Congreso de la República de Colombia), la cual garantiza a la población colombiana el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, a partir de “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” (Art. 1).

Pero las condiciones presentan otro contexto; pareciera que en lugar de ayudar a afrontar y mitigar los problemas, tienden a volverse un factor de riesgo para las comunidades, ya que por su poca oportunidad y en algunos casos hasta por negligencia, agudizan aún más la sensación de confusión e impotencia de los usuarios de las instituciones. Los afectados no acceden efectivamente a la atención y a la psicoeducación necesarias para saber cómo sobrellevar las consecuencias de un intento de suicidio o su consumación (Cardona & Kratoch, 2019).

Por tanto, la formulación y fortalecimiento de los procesos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, debieran dar cuenta de estrategias que faciliten a los ciudadanos robustecer su bienestar integral y contribuir a su calidad de vida. Según la normatividad colombiana en vigencia, este trabajo supone reducir los riesgos que aumentan la carga para la salud pública y los factores de riesgo preestablecidos y relacionados directamente con la afectación mental y, por ende, con la problemática del suicidio.

Sin embargo, es evidente la escasa efectividad del Plan Nacional de Salud Pública (2007-2010; Minsalud, 2007), que no operó desde la integralidad prometida y, en Colombia, sigue siendo una falencia la atención idónea de las afectaciones relacionadas con la salud mental, todavía se observa descuido en los procesos que garantizan una atención de calidad.

Como consecuencia de dichas falencias, que poco forman a la institucionalidad y a sus servidores, se suman las creencias irracionales y el estigma social, según lo manifiestan muchos profesionales que tienen por encargo directo la atención de problemáticas tan sensibles como el suicidio. Plantean Cardona y Kratochvíl (2019), “en relación a la atención clínica existen estigmas de tipo legal, técnico y moral que enfrenta el personal de salud al momento de la intervención” (p. 149).

Ante esto, es de reiterar la importancia de la cualificación profesional en vía de la humanización, de manera que se forme a un personal sensible con las personas y sus afectaciones, y sea posible que quienes atienden no interfieran con sus propios afectos acerca de la muerte, con juicios morales, estigmas y creencias personales. No tener estas claridades al momento de acompañar esta problemática, impide que las personas afectadas resuelvan los múltiples interrogantes, culpa y dolor generados por este evento.

Es necesario que los contextos colombianos se apropien de los lineamientos dados por los protocolos de atención integral del suicidio; estos son insumo para que los procesos sean efectivos, porque facilitan a los profesionales su labor y el seguimiento oportuno de los casos. Pero es evidente que falta trabajar contundentemente en el fortalecimiento de los procesos, de manera que se permita a los profesionales tomar acciones rápidas y concretas que posibiliten la contención efectiva de una persona con riesgo suicida y, de igual forma, la psicoeducación necesaria para las familias.

Recuperar a una familia o a una comunidad del flagelo del suicidio implica un trabajo decidido, responsable y mancomunado entre los diferentes sectores y actores de la atención institucional. Estos tienen que trabajar de forma articulada, no solo en fortalecer la atención oportuna, sino también en el abordaje del estigma social ese que se vuelve un obstáculo imperante a la hora de la intervención de los casos específicos y que no posibilita una atención humanizada de calidad a las familias y comunidades de base para fortalecerse como una red de apoyo, acompañar a su ser querido y permitirle encontrar en su núcleo familiar y social más cercano, el apoyo que necesita para tener la esperanza de volver a creer, de considerar el vivir como una posibilidad.

Y el contexto de la investigación

Desde este enfoque, la investigación que dio origen a este libro, realizó, entre 2018 y 2019, encuentros participativos y acompañamiento, desde la asesoría y asistencia técnica a la institucionalidad local, en cuatro municipios del departamento de Antioquia, Colombia: Envigado, Rionegro, Andes y La Unión; recreando el abordaje del suicidio como problemática psicosocial desde una concepción multidimensional de la salud mental de sus pobladores. Este enfoque hace posible la interacción entre lo subjetivo y la institucionalidad, siempre reconociendo la particularidad de los territorios en sus dinámicas sociales, económicas, políticas, culturales, para proponer, por tanto, el fortalecimiento de las potencialidades personales, familiares, comunitarias y, por igual, el fortalecimiento de las instituciones de la localidad.

Para ello es necesario que se reconozca un trato respetuoso de las particularidades y saberes propios de cada localidad sobre esta temática. De tal forma, se fortalecen las competencias intersectoriales en la detección, atención y seguimiento de los casos asociados al comportamiento suicida, cualificando el rol de los profesionales de los sectores salud, educación, justicia y protección; también con este acompañamiento, se hace posible llegar a consensos en la definición de estrategias psicoeducativas para la comunidad, fortaleciendo la articulación interinstitucional de cada localidad y fomentando la difusión de la temática en los medios de comunicación locales.

Sobre lo que se ha identificado en los municipios

En los municipios participantes, los profesionales de la salud, pero también de los sectores protección, justicia y educación, suelen trabajar muy en solitario desde su institución específica en la resolución de los casos asociados al suicidio, a través de estrategias de mitigación que puedan medianamente sostener la complejidad de la situación; pero, como se ha expuesto ampliamente, la problemática del suicidio sostiene en sí misma una multiplicidad de situaciones que exigen del compromiso intersectorial local, para su atención y seguimiento.

En esta medida lo que se encuentra, generalmente, es una constante desarticulación. Las instituciones de salud no están conversando con las de justicia, protección, ni con las instituciones educativas que, inclusive, son donde se da más alto índice de eventos; además, los profesionales manifiestan que se sienten agobiados porque se les asigna, tanto atender la complejidad del suicidio, como todo lo referente a otras problemáticas humanas en contexto y, al ser escaso el uso de los protocolos, se observa en las localidades una pobre planeación de las acciones profesionales.

Esta situación, que no solo es de competencia de los territorios, sino que amerita una intervención y mayor acompañamiento del departamento y de la nación, continúa siendo un obstáculo que dificulta posicionar la salud mental como un factor de desarrollo para los colombianos, como una prioridad de salud pública, que sea acogida por el sistema de salud y por los diferentes sectores de la atención social -educación, protección y justicia-.

Los municipios realizan esfuerzos permanentes por tratar de contener esta problemática, cada vez más prevalente; pero sin embargo, no es suficiente para poblaciones que vienen desde hace décadas luchando por sobrellevar la incidencia reiterada de múltiples factores que están directamente determinados por problemáticas conexas como la violencia intrafamiliar, las violencias sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas, el conflicto armado y la violencia política, entre otras. Circunstancias de la población colombiana que siguen dejando un sinnúmero de víctimas, que no solo sufren por ser desplazados de sus territorios, sino que, cada vez más, tienen la pérdida de un ser amado por suicidio.

Pero como se ha expuesto, la institucionalidad en Colombia tiende a ser más un factor de riesgo que de protección en la atención de las problemáticas psicosociales. No existen los operadores suficientes en urgencias en salud mental y tampoco espacios o centros de rehabilitación que proporcionen un proceso de hospitalización acorde con lo que se requiere y, asimismo, ofrezcan a las familias opciones de recuperación.

El Hospital Mental de Antioquia no es suficiente para cubrir la demanda de todo un departamento que está notablemente afectado por múltiples problemáticas asociadas a la enfermedad mental y el cual; a ello se suma que debe atender la demanda de nueve subregiones, que cada vez reportan un mayor índice, no solo de suicidio consumado e intento suicida, sino de otras afectaciones de la salud mental, las cuales pueden llegar a ser el punto de partida para un intento suicida o un suicidio consumado, ya que el suicidio no es la causa de nada, sino la consecuencia de múltiples factores asociados que llevan a la persona a un acto desesperado.

Normatividad sobre el tema

Para cerrar este capítulo, a continuación se enuncia la normatividad vigente (al año 2020) en Colombia y los lineamientos internacionales que regulan la atención del comportamiento suicida:

- » Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (OMS, 2013).
- » Prevención del suicidio: un imperativo global (OMS y OPS, 2014).
- » Plan decenal de salud pública (2012-2021; Minsalud, 2013a).

- » Resolución 5521 de 2013 (Atención de la Salud Mental en el POS, Plan Obligatorio de Salud; Minsalud, 2013b).
- » Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental; Colombia, Congreso de la República, 2013). Se destacan de esta ley el Art. 8. Acciones de Promoción de la Salud Mental, y el Art. 13. Modalidades y servicios de atención integral e integrada en Salud Mental; este último indica:

La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Pre hospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.
5. Centro de Salud Mental Comunitario.
6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.
7. Hospital de Día para Adultos.
8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Rehabilitación Basada en Comunidad.
10. Unidades de Salud Mental.
11. Urgencia de Psiquiatría.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la atención integral e integrada en Salud Mental, bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la Red. (Ley 1616 de 2013, Art. 13)

**A MODO DE
CIERRE**

Conclusiones

El suicidio tiene que entenderse como una problemática multidimensional, de ahí que su prevención no puede ser interpelada solamente como un asunto individual o psicológico, sino desde el orden de la salud pública; es decir, el suicidio como acto, aboca a una comunidad afectada por este evento, en sus múltiples facetas, a asumirlo como responsabilidad colectiva. Por ello, abordado desde la salud pública, pone de manifiesto una mirada holista e integradora, desde la promoción de la salud mental como equilibrio integral, la cual debe ser difundida en las comunidades desde programas y proyectos estatales que promuevan el compromiso con la vida.

El suicidio como acto, siempre está antecedido por múltiples factores que lo constituyen y que repercuten en la problemática de manera directa, generando una incidencia profunda en cada contexto donde ocurre. No es solo producto de factores individuales, sino que está directamente relacionado con condiciones de tipo psicosocial que influyen en las interacciones vinculares de cada persona.

En efecto, el tratamiento de la problemática requiere, primero, de una atención integral del comportamiento suicida mediante un trabajo interdisciplinar e intersectorial, ya que es necesario abordarlo de una manera global que ordene e incorpore el conjunto de factores involucrados, tanto desde su conceptualización como desde su implementación. Segundo, de educación emocional, esto es, el fortalecimiento del bienestar psicológico multidimensional, que se propone como un factor primordial para promover la salud mental de la población contemporánea, ya que el acto suicida es una evidencia de lo enferma que está la cultura.

Ahora bien, es indispensable reconocer la dimensión subjetiva que el suicidio como todo hecho humano conlleva, pero a su vez, reflexionar sobre la implicancia y los efectos que produce el contexto sociocultural e histórico de cada época en la relación de las personas con sus contextos. Igualmente, será necesario comprender el suicidio, así como cualquier otra problemática psicosocial, sean las violencias, la pobreza, el desplazamiento forzado, entre otras, como un hecho de interés colectivo que exige de políticas públicas que lo problematicen, visibilicen y contengan.

Por otra parte, la contemporaneidad asiste a un discurso que pregona el individualismo, lo efímero y la necesidad de consumo, con un debilitamiento de los vínculos y las instituciones, así como de los referentes simbólicos que contienen y dan sentido de vida, asuntos que pueden ser analizados como precursores contemporáneos de las altas tasas de suicidio.

La reconfiguración de los vínculos, familia, pareja y amigos, permiten la construcción de sentidos de vida, que de alguna forma sostienen y fungen como soporte en la configuración de estrategias de afrontamiento, pero además como redes de apoyo en la prevención del comportamiento suicida. Es por ello que los vínculos próximos se establecen como el contexto vital para promover significados, sentidos y configuraciones personales en oposición al vacío que esboza la contemporaneidad.

De hecho, son contundentes los resultados de las variables analizadas durante la investigación que dio pie a esta publicación- frente a la relación significativa de los aspectos que remiten a lo vincular y el comportamiento suicida; hallazgos coincidentes con otras indagaciones que afirman que en relación con tal evento, los ámbitos de conflicto de mayor porcentaje resultan ser la familia, la pareja y en menor medida, consigo mismo.

Por ello, las intervenciones preventivas tienen que focalizarse en acciones de detección temprana, oportuna y efectiva de las formas de interacción, situaciones de contexto en el ámbito laboral, educativo, económico, espiritual, que influyen en la emergencia o consolidación de comportamientos suicidas. De esta manera se promueve el reconocimiento y la incidencia de la cotidianidad y de los contextos socioculturales e históricos en las posibles formas de aparición del suicidio.

En lo que concierne a la dimensión espíritu-religiosa, en una contemporaneidad que diluye todo, es necesario fortalecer las manifestaciones de la espiritualidad mediante sólidos marcos de creencias, ritos y relaciones, con miras a prevenir e intervenir el comportamiento suicida. El desarrollo de programas formativos del impacto positivo de la espíritu-religiosidad, dirigidos tanto a profesionales de la salud mental como a agentes religiosos, son indispensables en la construcción de modelos interdisciplinarios, interinstitucionales, integrales e integradores para la prevención del comportamiento suicida.

El fortalecimiento de procesos de investigación e información al interior de comunidades religiosas sobre el comportamiento suicida, su detección, atención y prevención oportuna, se hace necesario en virtud de la complejidad misma de la problemática y de la función social y misional de las organizaciones religiosas.

La formulación de una teología para el suicidio basada más en lo pastoral que en lo dogmático, que sobreponga al argumento de la condenación la construcción de acciones que demuestren el buen propósito divino, su soberanía y su redención a través de Cristo, es necesaria para una sociedad que, en lo colectivo e individual, necesita conocer y sentir al Dios que da, sostiene y promueve la vida.

Sobre los factores psicopatológicos que acompañan el suicidio, hay que mencionar que si bien la existencia de un trastorno mental no explica el comportamiento suicida, menos aún es suficiente para establecer predicción del suicidio. La literatura evidencia de forma amplia la relación comportamiento suicida y psicopatología. Lo cierto es que la sola presencia de un trastorno mental constituye un factor de riesgo para el suicidio. Entre los diagnósticos que con mayor frecuencia se reportan en las tentativas de suicidio y en el suicidio consumado, son los trastornos del estado de ánimo, específicamente la depresión que, por sí misma, contiene la ideación de muerte en la lista de condiciones para su diagnóstico.

La desesperanza es un factor psicológico muy importante que hace de mediador en el mantenimiento de la depresión y precipitador del suicidio, convirtiéndose en indicador de riesgo suicida. Refiere la firme convicción de que jamás se superarán los padecimientos actuales, el sufrimiento inminente y el malestar en general. Cualquier intento, estrategia o impulso a seguir para mejorar la situación, sería insuficiente, teniendo como consecuencia la baja autoestima y el deseo casi nulo de continuar viviendo. De ahí la importancia de abordar factores psicológicos y de riesgo para mitigar los mecanismos psicológicos de perpetuación del trastorno mental.

Los trastornos depresivos, los trastornos adictivos, los trastornos psicóticos, entre otros, constituyen elementos esenciales de intervención en población que está en riesgo de ideación e intento de suicidio. La relación suicidio y trastornos psicopatológicos pone de manifiesto un problema de salud pública necesario de mitigar; y para ello se hace imperante la intervención de profesionales capacitados en temas de salud mental que ofrezcan una atención primaria en salud más eficiente, tanto como seguimientos y el control de tratamientos adecuados para pacientes diagnosticados.

En esta misma vía, en relación con la promoción de la salud mental y la convivencia, en los contextos educativos se encuentran multiplicidad de actividades realizadas por los agentes educativos, pero que desafortunadamente aún suelen efectuarse de manera desarticulada, siendo poco efectivos y no generando el impacto que este sector propone en lo referente a la formación para la vida de los estudiantes.

En lo concerniente a la prevención de factores de riesgo sucede igual; se ofertan muchas actividades en los contextos escolares, sin una planeación, sin priorizar cuáles son psicoeducativas o de atención del trastorno mental específico, como por ejemplo, en el caso del abuso sexual o el uso de sustancias psicoactivas. Las actividades responden a todos los niveles de prevención y son desarrolladas tanto por agentes educativos, como por profesionales psicosociales, sin experticia en el manejo específico de la problemática, lo cual dificulta los efectos.

En cuanto a la atención y el seguimiento del comportamiento suicida, se puede concluir que son los componentes que más requieren fortalecerse dentro de las instituciones educativas. En lo concerniente a la atención, los agentes educativos manifiestan inquietudes frente a cómo debe realizarse dicho proceso, a dónde y cómo se deben remitir los estudiantes con comportamiento suicida y qué implicaciones puede tener para los profesionales realizar dichas acciones. El componente de seguimiento, cuando se realiza, se hace de manera informal, por lo que carece de registros.

La emergencia de las categorías de análisis expuestas dan cuenta del conocimiento que las localidades poseen, muchas veces de forma empírica pero certera, de cómo debe ser el abordaje del comportamiento suicida en el entorno escolar. Si bien dichos conocimientos se encuentran presentes en las comunidades, también es cierto que están distribuidos, y a veces dispersos, en los diferentes actores educativos. Esto hace resaltar, a su vez, que la comunidad, como poseedora de saberes importantes, necesita espacios de articulación para reflexionar y materializar dicho conocimiento en acciones; en este caso, en pro de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en proceso escolar.

Ahora, en lo que respecta a los medios de comunicación, se concluye principalmente que informar suicidio a través de estos implica para los periodistas, comunicadores y demás encargados de la difusión, un deber frente a la promoción de factores protectores para la vida y, en su correlato, de prevención del suicidio. Lo informado debe pensarse, según instrucción de la OMS (2017), para movilizar la atención de la comunidad hacia la psicoeducación y la identificación de señales de alerta, nunca para reportar el método o enaltecer el hecho. Es fundamental que los medios eviten suministrar datos a los espectadores que buscan, desde su factor de riesgo, información para suicidarse de manera más letal; por el contrario, las comunidades deberían acceder a referencias de lugares, instituciones y programas que les puedan acompañar, a través de los medios, que además son de potencial alcance en zonas rurales alejadas y urbanas en todos los escenarios privados y públicos, lo que constituye una herramienta poderosa para la prevención.

Se puede informar suicidio con calidad, con estilo, ética y sobre todo para contribuir a la formación y al alistamiento de las comunidades, la sociedad, los profesionales, de tal manera que puedan afrontar con asertividad el comportamiento suicida, partiendo de que es prevenible y todos hacemos parte del camino a su prevención. Por tanto, es prioridad sensibilizar y formar a los profesionales en comunicación, desde el pregrado y en su ejercicio laboral, tanto en organizaciones como en medios de comunicación masivos, en cómo informar suicidio como factor protector. Para ello se requiere de un protocolo local que aplique a la cultura específica, a las características de la localidad, en la que se hará frente a la problemática, aunque bien podría tener alcance mundial. Según los hallazgos de esta investigación, las particularidades en cada evento se dan por las diferencias culturales, las formas de asumir el hecho y las formas de des-es-

tigmatización de los sobrevivientes y supervivientes, quienes finalmente quedan más expuestos, muchas veces por aseveraciones prejuiciosas y basadas en datos reduccionistas que pueden indicar culpables y generar más riesgo suicida.

Recomendaciones

Es necesario que las Entidades Prestadoras de Salud–EPS, como garantes de la salud pública, realicen un adecuado proceso de atención integral y seguimiento a los diferentes casos asociados al comportamiento suicida y, a su vez, garanticen espacios de psicoeducación a las familias que les permitan mitigar las afectaciones de esta problemática.

Es prioritario que trabajen de forma articulada los servicios impartidos por la intersectorialidad facultada para la atención integral del suicidio. Puntualmente, los sectores salud, justicia, protección y educación, deben conversar entre sí para posicionar como una prioridad de salud pública, la salud mental, factor de desarrollo de la sociedad contemporánea.

Para ello es fundamental la cualificación permanente de los servidores de la intersectorialidad encargados directamente de la atención del comportamiento suicida en todas sus facetas. Como alcance, no solo se contará con un personal sensible que ofrezca una atención humanizada, además se fortalecerán de manera constante las capacidades de la institucionalidad en la atención a personas con conductas suicidas.

En esta vía, es importante en la población diagnosticada con trastornos mentales y con antecedentes de comportamientos suicidas, fortalecer la comunicación de sus síntomas, pues la identificación de factores de riesgo y señales de alarma que puedan ser referidas oportunamente para el tratamiento, permitiría prevenir el acceso a instrumentos letales y, en casos de ideación o intento de suicidio, tener a la mano y de forma actualizada, la lista de teléfonos de instituciones donde se puede acudir. En la misma medida, es fundamental vivificar los lazos afectivos en la familia y fomentar aquellos estilos de crianza para prevenir la depresión, mejorar la autoestima y la seguridad en sí mismo.

En casos en los que se han presentado eventos de intentos de suicidio con afectación de la integridad física con el propósito de quitarse la vida, las rutas de atención activadas permitirían la comunicación inmediata con el profesional médico y de la salud. A través de la atención inicial, la intervención en crisis y los primeros auxilios psicológicos, convendría un proceso de segui-

miento constante con medicación, tratamiento psicológico dirigido a tratar la ideación suicida y el trastorno mental subyacente. Esto debe implicar a la familia como soporte y apoyo en medio de la vulnerabilidad del paciente.

La notificación al sistema de vigilancia en salud pública, tanto de los suicidios, como de los intentos, es obligatoria. Su intervención exige:

- » Oír subjetividades, historias personales de vida.
- » Promover la vida, no enfatizar tanto la muerte y lo fatídico.
- » Construir una ruta como responsabilidad de cada localidad, como comunidad, a partir de sus recursos propios.
- » Aprender a acompañar y contener a las personas vulnerables, desde una escucha activa y sin prejuicios.
- » Conocer sobre los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica, cuando se prescribe.
- » Conformar espacios sociales de redes de apoyo, con temáticas afines, en educación, comités de convivencia, manejo del tiempo libre, entre otros asuntos que permitan en contexto la contención de crisis.

En esta lógica de la psicoeducación, es necesario hablar también acerca de la prevención del suicidio; para ello, la propuesta de este estudio es promover para la vida. Hablar sobre la existencia y sus opciones es el camino para construir sentido de vida. Es prioritario que cada persona identifique, conozca y comprenda la problemática en la que está inmerso. Implementar estrategias que promuevan la identificación oportuna de habilidades para la resolución de conflictos, permite mitigar el comportamiento suicida.

Los programas de promoción y prevención deben estar articulados desde un manejo integral, en el que se planeen procesos formativos con las comunidades o usuarios de las instituciones del ámbito intersectorial, cuyas temáticas retomen aspectos psicosociales, espirituales, psicojurídicos, socioeconómicos, educativos, que realmente permitan una comprensión de esta problemática compleja que es el suicidio.

Con respecto al aspecto jurídico del suicidio, hay que decir que en Colombia inducir, ayudar o instigar a una persona al suicidio, se estima como delito y puede ser penalizado. Es fundamental capacitar a todas las personas relacionadas con los pacientes o los “posibles suicidas” en la detección y buen manejo del riesgo en este evento de salud pública, de modo que no incurran en fallos penales.

Para los trabajadores de la salud que atienden pacientes terminales o no, el tema de ayuda al suicidio es algo que se debe tener presente; al respecto, el personal de atención de la salud, como médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, paramédicos, tienen por obligación profesional informar cuando conocen ideas o planes específicos de suicidio de sus pacientes. Legalmente no hay confidencialidad de secreto profesional en estos casos, es un asunto ético legal, porque está involucrada la vida de terceros (el paciente) y su propia situación legal. Siempre que a un profesional se le comunique que una persona está vislumbrando seriamente la idea de suicidio, este no tiene la obligación de guardar el secreto profesional y debe proceder con la activación de la ruta de atención a este evento. No hacerlo a sabiendas, se considerará ayuda efectiva para el suicidio.

Es importante que el personal médico valore, primeramente, la condición de riesgo de suicidio. Si una persona tiene riesgo y es imperativo que sea medicado, se debe hacer con un medicamento seguro, para en el caso que consiguiera emplear sus medicinas, el riesgo de muerte por intoxicación sea inferior. Asimismo, siempre se ha de tener la precaución de dar a conocer a sus familiares la situación, para tener su apoyo ante cualquier eventualidad y, además, buscar ayuda institucional de un profesional en psicología clínica; estos asuntos permiten que el profesional en salud haga un adecuado procedimiento, lo contrario incurriría en responsabilidad civil del médico tratante.

Es conocido el subregistro del evento suicida en el ámbito de sistemas de vigilancia y control, por lo que es imperativo que las instituciones a las que corresponde establezcan de manera precisa las causas de la muerte, para que haya uniformidad y disminuyan decisiones arbitrarias o con poco fundamento en los reportes epidemiológicos de muertes por suicidio.

Por otro lado, es preciso acerca del gasto del Estado ante un evento suicida, tomar consciencia sobre este sensible asunto para entrar a diseñar campañas de prevención más contundentes, que permitan asumir con objetividad lo que implica el suicidio para una sociedad y poder orientar de forma eficiente el uso de los recursos financieros.

Es considerable que los medios de comunicación se reconozcan como un potente factor protector, si promueven la psicoeducación en señales de alerta para la prevención del comportamiento suicida, las rutas de atención, y las líneas de apoyo institucional que generan la intervención profesional más asertiva. De tal modo que el informe de un suicidio se difunda con la intención de formar a las comunidades y apoyar a las familias, que aporte la posibilidad de conocer cómo prevenir el suicidio y cómo promover mejores formas de vida en quienes acceden a la noticia.

Otras recomendaciones a los medios de comunicación sobre el manejo del suicidio son:

- » Informar sobre suicidio de una forma ética, desde la promoción de factores protectores para la vida.
- » Las organizaciones públicas y privadas, así como medios de información, deben plantear y llevar a cabo una política pública para informar el suicidio.
- » Construir un protocolo de información sobre el suicidio, propio para cada región en específico.
- » Trabajar conjuntamente medios y organismos estatales y privados para proponer y realizar programas psicoeducativos con miras a prevenir el suicidio.
- » Los medios, en respuesta a las necesidades sociales, deben incluir una agenda ciudadana, que tenga la misma importancia de la agenda setting.
- » Actualizar, por lo menos una vez al año, las rutas de atención, líneas de atención y otros datos que puedan ayudar a las personas en riesgo o a sobrevivientes.

REFERENCIAS

- Acinas, M., Robles, J., y Peláez-Fernández, M. (2015). Nota suicida y autopsia psicológica: aspectos comportamentales asociados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 69–79. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/17/95/ESP/17-95-ESP-69-79-639959.pdf>
- Alcaldía de Medellín. (2015). *Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud*. Secretaría de Salud. <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES>
- Álvarez, L. V., Ayala Moreno, N., y Bascuñán Cisternas, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22(41), 1-22. <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/view/3308>
- American Psychiatric Association–APA. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Masson.
- American Psychiatric Association -APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V*. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Antón-San-Martín, J., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M., De-Diego-Otero, Y., Benítez-Parejo, N., Comino-Ballesteros, R., Perea-Milla, E., Ramos-Medina, V., y López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de Psicología*, 29(3), 1–6. <http://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175701>
- Arango, D., Medina-Pérez, O., y Duque, D. (2015). Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 170-177. https://www.researchgate.net/profile/Oscar_Medina-Perez/publication/285384089_Caracterizacion_del_suicidio_en_Colombia_2000-2010/links/59edf2950f7e9bc36525247b/Caracterizacion-del-suicidio-en-Colombia-2000-2010.pdf
- Arregoces, J., Caballero-Domínguez, C., López, C., y Ospino, G. (2017). Características socio-demográficas y suicidios consumados en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga (Colombia): un estudio retrospectivo de género 2010-2014. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 17(1), 17-28. <https://masd.unbosque.edu.co/index.php/CHP/article/view/2144/1614>

- Baetz, M., & Bowen, R. (2010). Suicidal ideation, affective lability, and religion in depressed adults. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(7), 633–641. <http://doi.org/10.1080/13674676.2010.504202>
- Balhara, Y., & Verma, R. (2012). Schizophrenia and suicide. *East Asian Archives of Psychiatry*, 22(3), 126-133. https://www.researchgate.net/publication/231225419_Schizophrenia_and_suicide
- Barranco, R. E. (2016). Suicide, religion, and latinos: A macro level study of U.S. Latino suicide rates. *The Sociological Quarterly*, 57(2), 256–281. <http://doi.org/10.1111/tsq.12110>
- Barroso Martínez, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>.
- Barry, R. (2017). The biblical teachings on suicide. *Issues in Law Medicine*, 13(3), 1–14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9479882/>
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2015). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos* (7ma ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Beaven, N., Campa, R., Valenzuela B., y Guillén M. (2018). Inclusión educativa: factores psicosociales asociados a conducta suicida en adolescentes. *Revista Prisma Social*, 23, 185-207. <https://revistaprismasocial.es/article/view/2770/2916>
- Bedoya Cardona, E., y Montaña Villalba, L. (2016). Suicidio y trastorno mental. *CES Psicología*, 9(2), 179-201. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n2/2011-3080-cesp-9-02-00179.pdf>
- Beltrán, W. (2012). Descripción cuantitativa de la pluralización religiosa en Colombia. *Universitas Humanística*, (73), 201–237. <http://www.bdigital.unal.edu.co/8486/1/williammauricio-beltran.2011.pdf>
- Blandón Cuesta, O., Carmona Parra, J., Mendoza Orozco, M., y Medina Pérez, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medico-camaguey/amc-2015/amc155f.pdf>

- Bronfenbrenner, U. (1994). Modelos ecológicos del desarrollo humano. En *Enciclopedia Internacional de Educación* (No. 3, 2ª ed.). Elsevier.
- Bucchianeri, M., Eisenberg, M., Wall, M., Piran, N., & Neumark-Sztainer, D. (2014). Multiple types of harassment: Associations with emotional well-being and unhealthy behaviors in adolescents. *Journal of Adolescent Health, 54*(6), 724-729. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.10.205>
- Cáceres, A., Hoyos, A., Navarro, R., y Sierra, Á. M. (2008). Espiritualidad hoy: una mirada histórica, antropológica y bíblica. *Theologica Xaveriana, 58*(166), 381-408. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-36492008000200004&script=sci_abstract&tlng=es
- Camargo, S., y Macías, S. (2017). Investigaciones sobre ideación suicida en Colombia, 2010-2016. *Pensando Psicología, 13*(21), 59-70. https://www.researchgate.net/publication/316581374_Investigaciones_sobre_ideacion_suicida_en_Colombia_2010-_2016
- Cambra, I., y Mastandrea, P. (2017). Por 13 razones: desafíos éticos frente al suicidio en una serie televisiva. *Ética & Cine, 7*(2), 37-45. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/eticaycine/article/view/18975/18880>
- Cardona Arango, D., Medina-Pérez, O., y Cardona Duque, D. (2015). Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000-2010. *Revista de la Facultad de Medicina, 63*(3), 431-438. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n3/v45n3a05.pdf>
- Cardona Arango, D., Medina-Pérez, O., y Cardona Duque, D. (2016). Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 45*(3), 170-177. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n3/v45n3a05.pdf>
- Cardona Ríos, G., y Kratochvil, E. (2019). Prevención del suicidio en adolescentes: Una mirada contextual y psicoterapéutica para personas con riesgo suicida. En G. L. Sierra Agudelo (Comp.), *Depresión, angustia e ideación suicida en niños y adolescentes ¿Cómo identificarlas y responder diferencialmente?* (pp. 141-164). Corporación Ser Especial.
- Carmona R, F. (2002). Audacia y lucidez para hoy. *Theologica Xaveriana, 142*, 205-226. <https://es.scribd.com/document/346717523/Audacia-y-lucidez-para-hoy>
- Carmona Parra, J., Gaviria Hincapié, J., y Layne Bernal, B. (2014). Suicidio, vínculos en estudiantes universitarias colombianas. *Tesis Psicológica, 9*(1), 102-111. <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679009.pdf>

- Carmona Parra, J., Jaramillo Estrada, J., Tobón Hoyos, F., y Areiza Sánchez, Y. (2011). *Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas*. Fundación Universitaria Luis Amigó. <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/preliminar/2010/Manual-de-prevencion-del-suicidio-para-Instituciones-Educativas.pdf>
- Carpi, A., y Breva, A. (2001). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de acción planeada. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4(7). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1025330>
- Carrasosa, L. (2015). El tratamiento sensacionalista y amarillista del suicidio por razones económicas en la prensa estatal y canaria a inicios de la crisis actual (agosto 2007- enero 2009). *Revista Internacional de Historia de la Comunicación*, 1(5), 52-75. <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/78624/-ElTratamientoSensacionalistaYamarillistaDelSuicidi-5454347.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carson, D. (2017). Biblical-theological pillars needed to support faithful christian reflection on suffering and evil. *Trinity Journal*, (38), 55-77. <https://ixtheo.de/Record/1638367515>
- Castaño, B. (2004). A propósito de lo psicosocial y el desplazamiento. ACNUR, Ed. Universidad Nacional de Colombia. http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/232/Unidad_3/berthacastano.pdf
- Cerda, H. (1998). *Los elementos de la investigación*. Búho.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153–160. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/wps.20128>
- Choi, J. W., Lee, K. S., Kim, T. H., Choi, J., & Han, E. (2019). Suicide risk after discharge from psychiatric care in South Korea. *Journal of Affective Disorders*, 251, 287-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.079>
- Ciarrochi, J., & West, M. (2004). Relationships between dysfunctional beliefs and positive and negative indices of well-being: A critical evaluation of the common beliefs survey-III. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 22(3), 171–188. https://www.researchgate.net/publication/223996447_The_relationship_between_dysfunctional_beliefs_and_positive_and_negative_indices_of_well-being_A_critical_evaluation_of_the_Common_Beliefs_Survey_-III

Código de Derecho Canónico. (1983). Promulgado por la autoridad de Juan Pablo II, papa. http://www.vatican.va/archive/ESL0020/_INDEX.HTM

Código Penal Colombiano. Ley 599/2000. (2000). Comentado y compilado por José Fernando Botero Bernal. https://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/l_20130808_01.pdf

Congreso de la República de Colombia. (9 de enero de 2007). Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (19 de enero de 2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Alcaldía Mayor de Bogotá. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

Congreso de la República de Colombia. (21 de enero de 2013). Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental. Diario Oficial. CXLVIII. <https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-leyes/salud-publica/ley-1616-de-2013-salud-mental>

Congreso de la República de Colombia. (15 de marzo de 2013). Ley 1620 de 2013. Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar. Diario Oficial. CXLVIII. <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1685356>

Constitución Política de Colombia [Const.]. (1991). Artículo 1 [Título I]. Consejo Superior de la Judicatura. Imprenta Nacional de Colombia. <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>

Constitución Política de Colombia [Const.]. (1991). Artículo 11 [Título II]. Consejo Superior de la Judicatura. Imprenta Nacional de Colombia. <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>

Constitución Política de Colombia [Const.]. (1991). Artículo 29 [Título II]. Consejo Superior de la Judicatura. Imprenta Nacional de Colombia. <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>

- Córdoba, M. (s.f.). *Finanzas públicas: soporte para el desarrollo del Estado* (3ra ed.). Eco Editores. <https://www.ecoediciones.com/wp-content/uploads/2015/09/Finanzas-Publicas.pdf>
- Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., y García Pérez, R. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgo y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2016/hcm161k.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Séptima. (11 de abril de 1994). Sentencia No.T-174/1994. Derecho a la Salud/Derechos Fundamentales. [MP Alejandro Martínez Caballero, MP Fabio Morón Díaz, y MP Vladimiro Naranjo Mesa]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-174-94.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (20 de mayo de 1997). Sentencia C-239/1997. Homicidio por piedad: elementos Homicidio pietístico o eutanásico, homicidio eugenésico. [MP Eduardo Cifuentes Muñoz, y MP Vladimiro Naranjo Mesa]. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (8 de febrero de 2006). Sentencia C-077/06. Derecho Penal de Autor y Derecho Penal de Acto. [MP Jaime Araujo Rentería] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-077-06.htm>
- Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (13 de abril de 2016). Sentencia C-181/16. Establecimiento por reincidencia como circunstancia agravante de la pena por delito doloso. [MP Alejandro Linares Cantillo] <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/C-181-16.htm>
- Cortina, E., Peña, M., y Gómez, Y. (2009). Factores psicológicos asociados a intentos de suicidio en jóvenes entre los 16 y 25 años del Valle de Aburra. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 1(1). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4865205.pdf>
- Cox, F. J. (1998). La admisibilidad de las denuncias individuales: puerta de entrada al sistema. En: J. Mendez & F. Cox. (Comp.), *El futuro del sistema interamericano de protección de los Derechos Humanos* (pp. 343-360). <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1991/18.pdf>
- Creswell, J. (2013). *Investigación cualitativa y diseño investigativo. Selección entre cinco tradiciones*. Sage Publications.

- Cruz Parra, K. (2012). *Una visión socioeconómica del suicidio, evidencia para Colombia a nivel municipal* [Tesis para optar el grado de Magíster en Economía]. Repositorio Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12082/CruzParraKarinaAndrea2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Dong, M., Wang, S. B., Wang, F., Zhang, L., Ungvari, G. S., Ng, C. H., Meng, X., Yuan, Z., Wang, G., & Xiang, Y. T. (2019). Suicide-related behaviours in schizophrenia in China: A comprehensive meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 290-299. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000476>.
- Durkheim, E. (1982). *El Suicidio*. Akal.
- Echavarría, M. F. (2018). Espiritualidad y psicología. En C. E. Vanney, I. Silva, y J. F. Franck (Eds.), *Diccionario Interdisciplinar Austral* (pp. 1-17). http://dia.austral.edu.ar/index.php?-title=Espiritualidad_y_psicolog%C3%ADa&action=mpdf
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- Echeverry, Y. (2009). Voluntad y conocimiento como presupuestos del dolo en materia penal. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 7(1), 123-151. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/GuillermoOckham/article/view/539/342>
- Eguiluz Romo, L., y Ayala Mira, M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72-80. <https://www.redalyc.org/html/1339/133938134009/>
- Fernández Christlieb, P. (2004). *La sociedad mental*. Anthropos.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., & Haro, B. (2019). Suicidal ideation and attempts among patients with lifetime physical and/or sexual abuse in treatment for substance use disorders. *Addiction Research and Theory*, 27(3), 204-209. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1485891>
- Figuroa, L. (2012). *La ubicación del interviniente en los delitos que protegen el bien jurídico de la administración pública*. Universidad Nacional de Colombia. <http://www.bdigital.unal.edu.co/6416/1/699827.2012.pdf>
- Flórez-Alarcón, L. (2006). La psicología de la salud en Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(3), 681-693. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a20.pdf>

- Fundación Nuevo Periodismo. (2017). Cuando el suicidio es noticia, a informar con cuidado. <https://fundaciongabo.org/es/blog/periodismosalud/cuando-el-suicidio-es-noticia-informar-con-cuidado>
- García Peña, J. (2010). La participación social funda el desarrollo humano y el territorio. *Poesis*, 20. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poesis/article/view/43>
- García Peña, J. (2015). *Intervención psicosocial como aporte al desarrollo humano local. En el ámbito público de Medellín*. Editorial Académica Española. <https://www.amazon.com/Intervenci%C3%B3n-psicosocial-aporte-desarrollo-humano/dp/365909577X>
- García Peña, J. (2016). *Propuesta efectiva de ruta de atención intersectorial a las violencias sexuales*. Fondo Editorial Universidad Católica Luis Amigó. https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/504_Propuesta_efectiva_de_ruta_de_atencion_intersectorial_a_las_violencias_sexuales.pdf
- García, C., Saiz, P., Burón, P., Sánchez, F., Jiménez, L., Fernández, S., Al-Halabí, S., Corcorán, P., García M., y Bobes, J. (2017). Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 70-77. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989117300198?via%3Dihub>
- Garrido-Fabián, F., Serrano-López, A., Catalán-Matamoros, D. (2018). El uso por los periodistas de las recomendaciones de la OMS para la prevención del suicidio. El caso del periódico ABC. *Revista Latina de Comunicación Social*, 73, 810-827. <http://www.revistalatinacs.org/073paper/1283/42es.html>
- Gearing, R. E., & Alonzo, D. (2018). Religion and suicide: New findings. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2478–2499. <http://doi.org/10.1007/s10943-018-0629-8>
- Ginges, J., Hansen, I., & Norenzayan, A. (2009). Religion and support for suicide attacks. *Journal Association for Psychological Science*, 20(2), 224–230. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2009.02270.x
- Goethe. (s.f). *Las penas del joven Werther*. Editorial Palabras. https://www.taller-palabras.com/Datos/Cuentos_Bibliotec/ebooks/Las%20penas%20del%20joven%20Werther.pdf
- Gómez de Rueda, I. (1997). Ritos exequiales. No creyentes, no bautizados y suicidas. *Revista Murciandade Antropología*, (2), 179–187. <https://revistas.um.es/rmu/article/view/73621/71011>
- Gómez, C. M. (2019). El problema del sentido en el diálogo entre ciencia y religión. *Theologica Xaveriana*, 69(187), 1–23. <http://doi.org/10.11144/javeriana.tx69-187.psdcr>

- Gómez, R. (2002). La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1). 101-116. <http://www.redalyc.org/pdf/120/12020109.pdf#targetText=Se%20sustentan%20los%20siguientes%20argumentos,una%20dimensi%C3%B3n%20%C3%A9tica%20y%20pol%C3%ADtica>.
- González Rey, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural-histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *CS*, (11), 19-42. https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/viewFile/1565/2036
- González Sábado, R., Martínez Cárdenas, A., Martínez González, A., Martínez González, O., y Blanco Suárez, M. (2016). Salud familiar en adolescentes con antecedentes de intento suicida. *Multimed*, 20(1). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/142/192>
- González, A., Rodríguez Betancur, A., Aristizábal, A., García Valencia, J., Palacio, C., y López Jaramillo, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 1-18. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n2/v39n2a04.pdf>
- González, R. M., Martínez García, L., y Ferrer Lozano, D. M. (2017). Funcionamiento familiar e intento suicida en escolares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3), 281-295. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2017/cmi173b.pdf>
- González, V., Arboleda, E., Vélez, G., y Gómez, R. (2017). Estructura y tendencia suicida en la mortalidad materna entre 2003 y 2013. *Presentaciones orales - Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 37(3), 31-81. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download/4198/3753/>
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A., Vacio-Muro, M., Peralta, R., y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149
- González-Forteza, C., Juarez-López, C. E., Montejo-León, L. D., Oseguera-Díaz, G., Wagner-Echeagaray, F. A., y Jiménez-Tapia, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(2), 29-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41648310005>

- González-Forteza, C., Ramos Lira, L., Mariño Hernández, M., y Pérez Campuzano, E. (2012). Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 48(1). 74-84. <https://biblat.unam.mx/es/revista/acta-psiquiatrica-y-psicologica-de-america-latina/articulo/vidas-en-riesgo-conducta-suicida-en-adolescentes-mexicanos>
- Guelmes Valdés, E. L., y Nieto Almeida, L. E. (2015). Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano. *Revista Universidad y Sociedad*, 7(1), 23-29. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202015000100004
- Hamui-Sutton, A., y Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55-60. <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v2n5/v2n5a9.pdf>
- Herrera, R., Ures, M., y Martínez, J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto Werther o efecto papageno? *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 123-134. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000100009>
- Holzapfel, C. (2005). *A la búsqueda del sentido*. Editorial Sudamericana.
- Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Katz.
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la investigación: Guía para la comprensión holística de la ciencia* (4ta ed.). Quirón. <https://es.scribd.com/doc/312670255/J-Hurtado-de-Barrera-Metodologia-de-Investigacion-Revisado>
- Ibañez-Aguirre, C. (2017). Claves psicopatológicas de las conductas autoagresivas en la adolescencia. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 4(1), 65-70. <http://www.revisatapcna.com/sites/default/files/16-07.pdf>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar–ICBF. (2008). Lineamientos técnicos para la inclusión y atención de familias. <https://www.icbf.gov.co/el-instituto/sistema-integrado-de-gestion/lineamientos-tecnicos-para-la-inclusion-y-atencion-de>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). Datos para la vida. <http://www.medicinalegal.gov.co>
- Instituto Nacional de Salud. (2019). Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx>

- Jgorthos, J. (5 de mayo de 2016). El suicidio y los medios de comunicación. Más de la medicina. *Blogs Salud, El Espectador*. <http://blogs.elespectador.com/salud/mas-alla-de-la-medicina/el-suicidio-y-los-medios-de-comunicacion>
- Jiménez de Asúa, L. (1997). *Principios del Derecho Penal: la ley y el delito*. Editorial Sudamericana. <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2011/10/doctrina31748.pdf>
- Jiménez Pietropaolo, J. (2016). ¡No estás solo! Enséñales a vivir. Comunidad de Madrid, Consejería de educación, juventud y deporte. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/guia-no-estas-solo-33515/>
- Kaplan, C., y Szapu, E. (2019). Jóvenes y subjetividad negada: apuntes para pensar la intervención socioeducativa sobre prácticas autolesivas y suicidio. *Psicoperspectivas*, 18(1), 42-52. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue1-fulltext-1485>
- Koch, H. J. (2005). Suicides and suicide ideation in the Bible: an empirical survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(3), 167-172. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00567.x>
- Kokkevi, A., Richardson, C., Olszewski, D., Matias, J., Monshouwer, K., & Bjarnason, T. (2012). Multiplesubstance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 443-450. doi: 10.1007/s00787-012-076-7.
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1-21. <http://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494>
- Le Breton, D. (2010). *Cuerpo sensible*. Ediciones Metales Pesados.
- Lipovetsky, G. (2000). *La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Editorial Anagrama.
- López Steinmetz, L. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89-100. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212017000100089
- Manzo, G. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuicuilco: Escuela Nacional de Antropología e Historia de México*, 12(33), 153-171. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35103309.pdf>

- Marti, P. (2013). La espiritualidad cristiana en el Concilio Vaticano II. *Scripta Theologica*, 45(1), 153-184. <https://revistas.unav.edu/index.php/scripta-theologica/article/view/1155>
- Martínez Guzmán, R. A. (2015). La espiritualidad como estrategia de afrontamiento en el duelo. *Cuarta Época*, 36(1), 1-17. <https://es.scribd.com/document/335947339/la-espiritualidad-como-estrategia-de-afrontamiento-en-el-duelo-pdf>
- Max-Neef, M. (2004). *Fundamentos de la transdisciplinariedad*. Maestros Gestores de Nuevos Caminos. <http://ecosad.org/phocadownloadpap/otrospublicaciones/max-neef-fundamentos-transdisciplinariedad.pdf>
- Mazaheri, M., Gharraee, B., Shabani, A., & Lotfi, M. (2019). Studying the predictive factors of suicide attempts in patients with type 1 bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 275, 373-378. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.012>
- Mazaheri, M., Gharraee, B., Shabani, A., & Lotfi, M. (2017). Is History of Suicidal Behaviour Related to Social Support and Coping Skills in Patients with Bipolar-I Disorder? *European Journal of Preventive Medicine*, 5 (5), 65-70 [https://scholar.google.com.co/scholar?q=Mazaheri+et+al.,+Gharaee,+Shabani+Lotfi+\(2017\)&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar](https://scholar.google.com.co/scholar?q=Mazaheri+et+al.,+Gharaee,+Shabani+Lotfi+(2017)&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar)
- Mejía Zapata, S., Restrepo Tobón, M. y Durán Palacio, N. (2015). Sentidos de vida, autodeterminación y diversidad funcional. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 9(2), 57-69. http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1579/Art_MejiaZapataSI_SentidosdeVida_2015.pdf?sequence=1
- Ministerio de Salud y Protección Social–Minsalud, Colombia. (2007). Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Dirección general de Salud Pública. Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social–Minsalud, Colombia. (2013a). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Resolución 00001841 de 2013. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Diario Oficial. CXLIX 48811 04, junio, 2013. http://simudatsalud-risaralda.co/Normatividad_inv8/PLANES%20DECENALES%20EN%20SALUD/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%ABlica%202012-2021/Resoluci%C3%B3n%201841%20de%202013.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social–Minsalud, Colombia. (2013b). Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social–Minsalud, Colombia. (2014). *Protocolo de vigilancia en salud pública: Intento de suicidio*. Instituto Nacional de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/protocolo-vigilancia-intento-suicidio.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social–Minsalud. (Agosto de 2018). Conducta suicida. *Boletín de Salud Mental*, (2). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
- Morin, E. (1999). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro* (Trad. M. Vallejo-Gómez). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO. <http://online.upaep.mx/campusvirtual/ebooks/LosSieteSaberesNecesariosParaLaEduDelFuturo.pdf>
- Morin, E. (2010). Sobre la interdisciplinariedad. *Publicaciones Icesi*, (62), 9-15. https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/publicaciones_icesi/article/view/643/643
- Moscovici, S. (1985). *Psicología social I: influencia y cambio de actitudes. Cognición y desarrollo humano*. Editorial Paidós.
- Muñoz, F., y García, M. (2010). *Derecho Penal. Parte general* (8va edición revisada). Tirant Lo Blanch – Grupo Editorial. http://www.derechopenalened.com/libros/Derecho_Penal_Parte_General_Munoz_Conde_Mercedes_Aran.pdf
- Muñoz, J., Sánchez, M., Palacios, B., y Franco, M. (2014). Modelos de intervención en la conducta suicida según diferentes profesionales sanitarios en España: Resultados del proyecto EUREGENAS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2). http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342014000800139&script=sci_arttext&tlng=es
- Muñoz, L., y Sánchez, R. (2013). Caracterización de noticias sobre suicidio en impresos en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 12–18. <http://www.redalyc.org/pdf/806/80638951003.pdf>
- Naciones Unidas. (2015). Declaración Universal de Derechos Humanos. https://www.un.org/es/documents/udhr/UDHR_booklet_SP_web.pdf

- Observatorio del Bienestar de la Niñez. (2018). *Una aproximación al suicidio de niñas, niños y adolescentes en Colombia*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF. https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/boletin_suicidio_25.07.2018.pdf
- Okasha, A., y Okasha, T. (2012). Religión, espiritualidad y el concepto de enfermedad mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 73-79. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/suplements/14/ESP/14-ESP-378649.pdf>
- Oliver, A., Galiana, L., Sancho, P., y Tomás, J. M. (2015). Espiritualidad, esperanza y dependencia como predictores de la satisfacción vital y la percepción de salud: efecto moderador de ser muy mayor. *Aquichan*, 15(2), 223-233. <http://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.2.7>
- Olmo López, A., y García Fernández, D. (2014). El tratamiento de las noticias sobre suicidios. Una aproximación a su reflejo en los medios de comunicación. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 20(2), 1149-1163. <https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/47056>
- Olmo López, A., y García Fernández, D. (2015). Suicidio y libertad de información: entre la relevancia pública y la responsabilidad. *Revista de la SEECI*, 38, 35-57. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5255833>
- Organización Mundial de la Salud–OMS. (2001). Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66802/WHO_MNH_MBD_00.3_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud–OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=A0D4D6570458E7A6A6AFADDBA6347529?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud–OMS. (2014). Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
- Organización Mundial de la Salud–OMS. (2016). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- Organización Mundial de la Salud–OMS. (2017). Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49121/OPSNMH180021_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud–OMS. (2 de septiembre de 2019). Suicidio. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Organización Mundial de la Salud–OMS y Organización Panamericana de la Salud–OPS. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf%20;jsessionid=156DECBB032BEB2190B8AA37EA2B-3DAB?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud–OPS. (2018). *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49120/9789275320082_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Panamericana de la Salud–OPS y Organización Mundial de la Salud–OMS. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Washington, DC. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>
- Ovejero Bernal, A. (1999). *La nueva psicología social y la actual posmodernidad: raíces, constitución y desarrollo*. Universidad de Oviedo.
- Palomo, J., Ramos, V., Dela Cruz, E., y López, A. (2010). Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(4), 217-229. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000300005
- Pan, A., Keum, N., Okereke, O. I., Sun, Q., Kivimaki, M., Rubin, R. R., & Hu, F. B. (2012). Bidirectional association between depression and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Diabetes Care*, 35(5), 1171–1180. DOI: 10.2337/dc11-2055
- Pandey, M. K., & Kaur, C. (2009). Investigating suicidal trend and its economic determinants: Evidence from India. *MPRA: Munich Personal rePec Archive*, 15732. University Of Dehli. https://mpra.ub.uni-muenchen.de/15732/1/MPRA_paper_15732.pdf
- Pellitero, R. (2004). Dimensión «pastoral» de la teología y teología pastoral. *Scripta Theologica*, 36, 215–230. <https://dadun.unav.edu/handle/10171/9921>
- Phillips, D. (1974). The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Association*, 39(3), 340–354. <https://www.jstor.org/stable/2094294?seq=1>

- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? *Journal of Personality*, 67(6), 1–29. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00080>
- Quintero Núñez, H. (2015). Teología del suicidio. Las posturas religiosas acerca del suicidio. En: J. A. Carmona Parra (Comp.), *El Suicidio Cuatro Perspectivas* (pp. 26-31). Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó. https://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/239_El_suicidio_cuatro_perspectivas.pdf
- Ramírez, L.A., y Naranjo, C.A. (2014). Comportamiento del suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis. Datos para la vida*, 16(1), 319-351. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49508/Suicidios.pdf>
- Ramonet, I. (2011). *La explosión del periodismo: internet pone en jaque a los medios tradicionales*. Editorial Capital Intelectual. <https://www.animalpolitico.com/lo-que-quiso-decir/la-explosion-del-periodismo-internet-pone-en-jaque-a-los-medios-tradicionales/>
- Rátiva, J., Ruiz, V., y Medina, O. (2013). Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío, Colombia, entre 2004 y 2011. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 51(2), 184-191. <http://www.redalyc.org/html/806/80628403003/>
- Red PAPAZ. (2018). Ayuda efectiva. Prevención del riesgo del suicidio infantil y juvenil. <http://prevencionsuicidio.redpapaz.org/se-considera-ayuda-efectiva/#>
- Robert, A., y Feuillet, A. (1967). *Introducción a la Biblia. Nuevo Testamento* (Vol. 2). Editorial Herder.
- Rocha Buelvas, A. (2015). El riesgo suicida y los significados de las minorías sexuales: un nuevo reto para la salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 537-544. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.43219>
- Rodríguez Abrahantes, T., Rodríguez Abrahantes, A., y García Pérez, M. (2017). Intervención educativa sobre suicidios en familiares o tutores de adolescentes de un área de salud. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 8(3), 26-38. <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/940>
- Rodríguez Díaz, R. (2004). *Teoría de la Agenda-Setting: aplicación a la enseñanza universitaria*. Observatorio Europeo de Tendencias Sociales. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2297/1/Agenda_Setting.pdf

- Rodríguez García, L., y Magdalena Benedito, J. R. (2016). Perspectiva de los jóvenes sobre seguridad y privacidad en las redes sociales. *Revista ICONO14*, 14(1), 24-49. <https://doi.org/10.7195/ri14.v14i1.885>
- Rodríguez, G., y Pantoja, R. (2017). Protocolo para la detección, atención, referencia y seguimiento de casos de menores en situaciones de riesgo dentro del sistema educativo. Dirección Nacional de Servicios Psicoeducativos. Ministerio de Educación, República de Panamá. <https://www.seguridadciudadana.gob.pa/wp-content/uploads/2017/06/Protocolo-MEDUCA-2017-Texto-completo.pdf>
- Rodríguez, M., Fernández, M. L., Pérez, M. L., y Noriega, R. (2012). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11(2), 24-49. <https://www.yumpu.com/es/document/read/13238065/espiritualidad-variable-asociada-a-la-resiliencia-universidad-el->
- Rodríguez Valdés, R., Pedraza Vilela, M., y Burunate Pozo, M. (2004). Factores predisponentes y precipitantes en pacientes atendidos por conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000100004&lng=es&tlng=es
- Rojas Ochoa, F. (2004). El componente social de la salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 109-138. <http://www.docslides.com/sherrill-nordquist/journal-o-personalit-an-socia>
- Ryff, C. D., & Keyes, L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/830.pdf>
- Salaverría Aliaga, R. (1999). De la pirámide invertida al hipertexto: hacia nuevos estándares de redacción para la prensa digital. *Novática: Revista de la Asociación de Técnicos de Informática*, 142, 12-16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2821930>
- Salgado, A. C. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones: Revista de Psicología Educativa*, 2(1), 121-159. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>

- Sánchez Girón, J. (2016). *El tratamiento del suicidio en la prensa digital española según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, OMS*. Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/22344>
- Sánchez Pedraza, R., Guzmán, Y., y Cáceres Rubio, H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 12-25. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a02.pdf>
- Sarabia, S. (2014). Suicidio: un problema de salud pública. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(4), 199-200. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400001
- Savoca, G. (1992). *Guía espiritual del Antiguo Testamento. El libro de Ezequiel*. Editorial Herder.
- Sellers, C. M., McRoy, R. G., & O'Brien, K. H. M. (2019). Substance use and suicidal ideation among child welfare involved adolescents: A longitudinal examination. *Addictive Behaviors*, 93, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.021>.
- Seoane, J. (2015). Suicidio y política. *Encuentros en Psiquiatría*, 1-19. https://www.uv.es/seoane/publicaciones/Seoane_2016_Suicidio_y_Politica.pdf
- Siabato Macías, E., Forero Mendoza, I., y Salamanca Camargo, Y. (2017). Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612017000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., y Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile*, 141(10), 1275-1282. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006
- Sintura Varela, F. J., y Rodríguez García, N. (2013). *El Estado de Derecho colombiano frente a la corrupción. Retos y oportunidades a partir del estatuto anticorrupción de 2011*. Universidad del Rosario (Facultad de Jurisprudencia). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=565313>
- Sistema Nacional de Bienestar Familiar–SNBF. (2019). Gobierno Digital. Colombia. <https://www.icbf.gov.co/bienestar/sistema-nacional-bienestar-familiar>

- Snyder, M., y Platt, L. (2013). Substance use and brain reward mechanisms in older adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(7), 15-20. <https://doi.org/10.3928/02793695-20130530-01>
- Sotomayor, J., y Gallego, G. (1999). El dolo eventual en el Código Penal colombiano: entre limitaciones dogmáticas y exigencias político-criminales. *Nuevo Foro Penal*, 12(60), 7-30. <http://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/nuevo-foro-penal/article/view/3893>
- Stott, J. R. (1999). *La fe cristiana frente a los desafíos contemporáneos* (Trad. L. D. Rogers). Gran Rapids: Libros Desafío.
- Suárez, E., Barrera, J., Gómez, M., Velásquez, N., Guzmán, Y., y García, V. (2017). Cobertura periodística sobre el suicidio: ¿habría riesgo de causar efectos negativos en personas susceptibles? *Perspectiva Bioética*, 21(1), 151-160. <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2017.21.1.10>
- Suárez, Y., Restrepo, D., Caballero, C., y Palacio, J. (2018). Exposición a la violencia y riesgo suicida en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 36(2), 101-111. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000200101>
- Taha, N., Florenzano U., R., Sieverson R., C., Aspillaga H., C., y Alliende, L. (2011). La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(4), 347-360. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-922720110004000066>
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica* (4ta ed.). Editorial Limusa. <http://clea.edu.mx/biblioteca/Tamayo%20Mario%20-%20El%20Proceso%20De%20La%20Investigacion%20Cientifica.pdf>
- Torgler, B., & Schaltegger, C. (2014). Suicide and religion: New evidence on the differences between Protestantism and Catholicism. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 53(2), 316-340. <https://doi.org/10.1111/jssr.12117>
- Urrego, Y., Quintero, A., y Manrique, J. (2016). Caracterización de adolescentes con conductas suicidas a través de redes sociales; Facebook, Foros y Open-blogs. En M. Molero, *Avances de investigación en salud a lo largo del ciclo vital* (pp. 77-86). ASUNIVEP. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5827426>
- Valadez, B. (10 de septiembre de 2014). Redes sociales, buzón de notas suicidas para jóvenes. *Milenio* 2020. <http://www.milenio.com/cultura/redes-sociales-buzon-notas-suicidas-jovenes>

- Valdés, C., y Errázuriz, P. (2012). Salud mental en Chile: el pariente pobre del sistema de salud. *Claves de Políticas Pública*, (11), 1-10. <http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/publicaciones/detalle.tpl?id=350>
- Valiente-Barroso, C. (2013). Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la filosofía hasta la neurociencia. *Revista de Historia de la Psicología*, 34(4), 67-88. <http://www.actiweb.es/lumen/archivo4.pdf>
- Valiente-Barroso, C., y García-García, E. (2010). Aspectos neurológicos relativos a estados alterados de conciencia asociados a la espiritualidad. *Revista de Neurología*, 51(4), 226-236. <https://www.neurologia.com/articulo/2010050>
- Vallejo Cardona, J. D., y Atehortúa Sánchez, J. A. (2014). El suicidio, una lectura desde la virtud de la justicia en Santo Tomás y Kant. Una perspectiva filosófica para la Bioética. *Quaestiones Disputatae*, 7(14), 105-124. <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/qdisputatae/article/view/831>
- VanderWeele, T. J., Li, S., Tsai, A. C., & Kawachi, I. (2016). Association between Religious Service Attendance and Lower Suicide Rates Among US Women. *JAMA Psychiatry*, 73(8), 845-7. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1243>
- Vela, J. A. (2009). Reflexiones de un teólogo “pastoralista” sobre la teología. *Theologica Xaveriana*, 59(167), 17-40. <http://www.scielo.org.co/pdf/thxa/v59n167/v59n167a02.pdf>
- Victoria, C., y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&nrm=iso
- Vizcaíno Cruzado, E. (2015). Espiritualidad líquida. Secularización y transformación de la religiosidad juvenil. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 10(2), 1-34. <http://doi.org/10.14198/OBETS2015.10.2.06>
- Vuijk, P. J., Bush, H. H., McGuinness, P. S., O’Keefe, S. M., Lee, B. A., Ditmars, H. L., Samkavitz, A. R., Lind, H. S., Braaten, E. B., & Doyle, A. E. (2019). Characteristics of child psychiatric outpatients at highest risk for suicidal thoughts and behaviors. *Child Psychiatry and Human Development*, 50(3), 505-519. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0858-9>
- Walker, A. (2015). Jonah’s Genocidal and Suicidal Attitude — and God’s Rebuke. *KAIROS – Evangelical Journal of Theology*, 9(1), 7-29. https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=205977

- Wang, M.-C., Wong, Y. J., Nyutu, P. N., Spears, A., & Nichols, W. I. (2016). Suicide protective factors in outpatient substance abuse patients: Religious faith and family support. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 26(4), 370–381. DOI: <https://doi.org/10.1080/10508619.2016.1174568>
- Williams, G. (1995). *Estudios bíblicos ELA: Dios permanece fiel (Jueces y Rut)*. Ediciones Las Américas.
- Zafra Cremades, S., Gómez Soriano, J., y Navarro Colorado, B. (2017). Diseño, compilación y anotación de un corpus para la detección de mensajes suicidas en redes sociales. *Revista Procesamiento del Lenguaje Natural*, 59, 65-72. <http://www.redalyc.org/pdf/5157/515754427007.pdf>
- Zimerman, A., Caye, A., Zimerman, A., Salum, G. A., Passos, I. C., & Kieling, C. (2018). Revisiting the Werther effect in the 21st century: Bullying and suicidality among adolescents who watched 13 reasons why. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(8), 610–613. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018>.

**INFORMACIÓN
DE LOS
AUTORES**

John Jairo García Peña

Magíster en Desarrollo. Especialista en Psicoanálisis con Niños. Psicólogo. Docente Investigador, Escuela de Posgrados y Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de Investigación: Estudios de Fenómenos Psicosociales. Correo electrónico: john.garciape@amigo.edu.co, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8390-5945>

Gloria Cecilia Cardona Ríos

Magíster en Educación. Psicóloga. Docente Investigadora, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación en: Farmacodependencia y otras Adicciones. Correo electrónico: gloria.cardonari@amigo.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0855-7394>

Jhoeen Sneyder Rojas Díaz

Magíster en Intervención Social en Sociedades del Conocimiento. Especialista en Gerencia de Mercadeo. Comunicador Social-Periodista y Teólogo. Docente Investigador, Facultad de Comunicación, Publicidad y Diseño, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: Urbanitas. Correo electrónico: jhoeen.rojasdi@amigo.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2584-5267>

Sandra Isabel Mejía Zapata

Magíster en Intervenciones Psicosociales. Especialista en Docencia Investigativa Universitaria. Psicóloga con énfasis en Psicología Social. Docente Investigadora, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de Investigación: Estudios de Fenómenos Psicosociales. Correo electrónico: sandra.mejiaza@amigo.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6368-314X>

Marcos Fidel Vega Seña

Doctorando en Formación. Magíster en Educación. Comunicador Social – Periodista. Docente Investigador, Facultad de Comunicación, Publicidad y Diseño, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: Urbanitas. Correo electrónico: marcos.vegase@amigo.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1828-5388>

Eliza Kratic Gil

Magíster en Psicología y Salud Mental. Psicóloga Clínica. Docente Investigadora, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación en: Farmacodependencia y otras Adicciones. Correo electrónico: eliza.gilgi@amigo.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9916-2883>

Omar Augusto Amador Sánchez

Magíster en Psicología. Especialista en Terapia Cognitiva. Psicólogo. Docente Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de Investigación: Neurociencias Básicas y Aplicadas (NBA). Correo electrónico: omar.amadorsa@amigo.edu.co ORCID <https://orcid.org/0000-001-6013-8480>

Ángel Augusto Vizcaya Castillo

Magíster en Derecho Procesal. Especialista en Derecho Administrativo. Abogado Titulado. Docente Investigador, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: LUES-Laboratorio Universitario de Estudios Sociales. Correo electrónico: angel.vizcayaca@amigo.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8265-0426>

Diego León Carvajal Serna

Doctor en Dirección de Empresas. Especialista en Mercadeo Gerencial. Contador Público. Docente Investigador Facultad de Ciencias Administrativas, Económicas y Contables, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de investigación: Goras. Correo electrónico: diego.carvajalse@amigo.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1758-6821>

María Victoria Restrepo Tobón

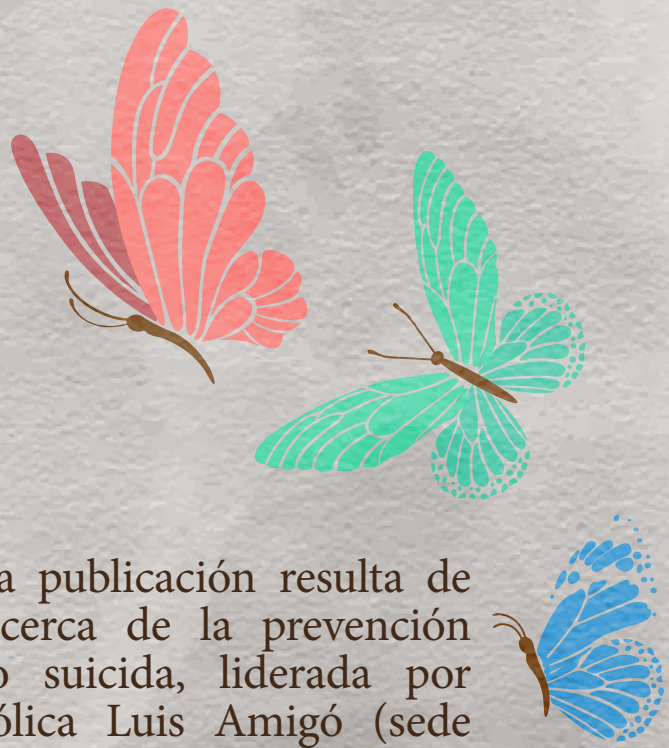
Magíster en Intervenciones Psicosociales. Psicóloga. Docente Investigadora Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de Investigación en Farmacodependencia y otras Adicciones. Correo electrónico: maria.restrepoto@amigo.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8904-7627>

David Ignacio Molina Velásquez

Magíster en Psicología y Salud Mental. Especialista en Psicología Clínica, con énfasis en Salud Mental. Psicólogo. Docente Investigador, Facultad de Psicología y Ciencias Sociales, Universidad Católica Luis Amigó. Grupo de Investigación en Farmacodependencia y otras Adicciones. Correo electrónico: david.molinave@amigo.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8252-7943>

Ana Lucía Ceballos Duque

Magíster en Educación. Psicóloga. Docente Orientadora, Secretaría de Educación de Envigado. Correo electrónico: ana.ceballos@envigado.edu.co
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0674-0176>



El contenido de esta publicación resulta de una investigación acerca de la prevención del comportamiento suicida, liderada por la Universidad Católica Luis Amigó (sede Medellín, Colombia) e implementada en cinco localidades del departamento de Antioquia con el objetivo de acompañar desde la asesoría y asistencia técnica a los municipios participantes mediante el trabajo interactivo con la institucionalidad de cada localidad. La investigación y el texto mismo tienen la pretensión de visibilizar esta compleja problemática como un asunto de todos y todas, en aras de posicionarla como una cuestión de interés público.