

Caracterización de la conducta suicida en la Localidad De Ciudad Bolívar En Bogotá.

Juan Sebastián Castillo Pérez, Karen García Molina, Lina María Pérez Cardona

Gloria del Pilar Cardona

Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana

Junio, 2012

Resumen

El objetivo de la investigación es caracterizar la conducta suicida en la localidad de Ciudad Bolívar en la ciudad de Bogotá. El diseño de investigación que se utilizó fue de tipo mixto en el que predomina la aproximación epidemiológica y articula técnicas cualitativas para enriquecer el análisis desde una perspectiva etnográfica, usando el método de epidemiología etnográfica. Los modelos explicativos que se utilizaron fueron: el modelo de riesgo y el modelo de los determinantes sociales. Los resultados muestran que la conducta suicida desde el modelo de riesgo identifica factores de riesgo externos como el género, estado civil, nivel educativo y edad y factores de riesgo internos como los motivos desencadenantes, alcoholismo, abuso de sustancias, y el escenario. Entre los determinantes sociales se encontró bajo nivel económico y educativo, imposibilidad de acceso a los servicios públicos básicos, desempleo, exposición temprana al suicidio, patrones familiares disfuncionales y el pertenecer a una minoría étnica. La discusión contrasta los hallazgos similares en la literatura sobre el tema, donde el comportamiento de la conducta suicida en la localidad es similar a los resultados encontrados en las diferentes investigaciones, lo que permitió proponer algunas sugerencias para enriquecer futuros programas orientados a prevenir e intervenir la conducta suicida.

PALABRAS CLAVES: Conducta Suicida, Epidemiología Etnográfica, Modelo de Riesgo, Modelo de los Determinantes Sociales, Factor de Riesgo Interno, Factor de Riesgo Interno, Determinantes Sociales.

Abstract

The main goal of this research is the characterization of the suicidal behavior in the district of Ciudad Bolivar in the city of Bogota. This mixed type investigation, in which epidemiological approach predominates, articulates qualitative techniques in order to enrich the analysis from an ethnographic perspective using the ethnographic epidemiology method to characterize the phenomenon from two different models: the risk factor model and the social determinants model. The associated external risk factors found were gender, marital status, level of schooling and age. As internal risk factors associated the results show triggering motives, alcoholism, substance abuse and scenario. The social determinants associated were, poor economic and educative level, impossibility to access basic public services, unemployment, early exposure to suicidal events, dysfunctional family patterns, belonging to an ethnic minority. The discussion overlaps the results of the investigation with similar findings among the literature regarding the matter, moreover proposes, some suggestion to enrich future programs oriented to prevent suicide.

KEY WORDS: Suicidal Behavior, Ethnographic Epidemiology ,Risk Model, Social Determinants Model, Internal Risk Factor , Internal Risk Factor, Social Determinants.

Caracterización de la conducta suicida en la Localidad De Ciudad Bolívar En Bogotá.

El suicidio, estando impregnado de misticismo, fascinación y prejuicios morales, desencadena angustia, interés y preocupación, dado los múltiples problemas e interrogantes que parecen emerger de su ejecución convirtiéndose en asunto de salud pública. El presente trabajo de investigación se realizó a partir de la epidemiología etnográfica que propone dos enfoques esenciales, el primero de ellos se refiere a la visión de la epidemiología, cuya característica sustantiva es el modelo de riesgo en procesos de salud-enfermedad y en segunda instancia, se resalta el enfoque etnográfico, que describe desde el modelo de determinantes sociales el fenómeno con base a la visión de la comunidad, llevándose a cabo una investigación mixta.

Sin embargo, hasta el día solo se sugieren algunas aproximaciones y comprensiones de su naturaleza, principalmente desde factores psicológicos, como se evidencia en algunos planes de contingencia dentro del marco legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), diseñados como estrategias para la atención de los casos que se identifican con alguna manifestación de la conducta suicida, pero hasta el momento no se han desarrollado acciones desde el enfoque de determinantes.

En el desarrollo de la investigación desde la epidemiología etnográfica, se utilizaron diferentes técnicas de recolección de información, integrando métodos cuantitativos (epidemiológicos) y cualitativos (etnográficos), con el fin de procurar un abordaje integral de la problemática. Se realizó el análisis de la información recolectada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de lesiones de Causa Externa (SISVELCE) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la localidad de Ciudad Bolívar desde el año 2008 al 2010.

Dentro de las técnicas de recolección de información cualitativa se utilizó Diarios de Campo (DC), Grupo Focal (GF) y Entrevista a Profundidad (EP) con la población de la localidad de Ciudad Bolívar, en aras de hacer un abordaje integral y teniendo en cuenta lo sugerido por Sánchez (2007) quien hace énfasis en la necesidad de contemplar cuerpo, mente y sociedad como una unidad, concluyendo la necesidad de una comprensión multifactorial de la conducta suicida.

La ciudad de Bogotá, está organizada como Distrito Capital de Colombia y se encuentra constituida por 20 localidades, siendo esta la número 19, establecida como la localidad más extensa, la tercera con mayor superficie rural y la quinta con mayor área urbana. (Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá, 2011).

Sin embargo y teniendo en cuenta que el concepto de salud trasciende la simple ausencia de enfermedad, es necesario plantear la situación de la localidad de Ciudad Bolívar desde los

determinantes sociales para la salud, la enfermedad y la muerte. Un panorama general de la localidad desde esta óptica nos presenta un modelo de desarrollo informal y no planeado, su origen es de personas y comunidades en condición de desplazamiento, algunos en pobreza extrema, con bajo nivel educativo y con costumbres y extracción campesina, no siempre armónicas con las dinámicas de la ciudad. La cultura y los estilos de vida se reflejan en la crianza de los hijos y no solo obedecen al modelo familiar, sino al sistema educativo y social, a las creencias religiosas como la forma de explicar el mundo. Su existencia y la relación con el ambiente físico y biológico son proporcionales a las formas de producción, desarrollo de la vida cotidiana individual y colectiva, en un marco de situaciones que pueden amenazar el bienestar físico, social y emocional de los individuos. (Secretaría de integración social, 2011)

En relación con el análisis de las dinámicas poblacionales se destaca el fuerte impacto de las diferentes formas de violencia sobre las mujeres en relación con los hombres. Por ejemplo, para las mujeres la violencia sexual es de siete mujeres a un hombre. Por otra parte, uno de los motivos de mayor preocupación es el alto grado de inequidad que se observa al analizar la exposición de diferentes grupos de población a los riesgos para la salud acarreados por desigual en los residentes de las zonas rurales y urbanas, en los diferentes estratos económicos de las zonas urbanas, entre los hombres y las mujeres y los trabajadores del sector formal e informal. (Secretaría de Integración Social, 2011)

Ciertos grupos, en particular los niños y los jóvenes, se ven duramente golpeados. La intervención de trabajo infantil en el año 2008 identificó a 253 niños, niñas y jóvenes trabajadores, indicando que 67,9% (172) se encuentran en edades de 2 a 14 años de edad, pertenecientes a la etapa vital de infancia. El 32,1% (81) equivalen a la etapa vital de juventud, población con la que se busca establecer condiciones de trabajo protegido. Dentro de las formas más frecuentes de trabajo se identifican: reciclaje, ayudante en construcción, cuidado de otras personas menores, venta ambulante, servicio doméstico y mendicidad (Secretaría de integración social). Debido a las condiciones de pobreza, los niños y los jóvenes asumen roles propios de la adultez, como el de ser proveedores para el apoyo económico en sus hogares, las opciones laborales están vinculadas al Parque Industrial Minero y algunas actividades en el relleno sanitario doña Juana, las cuales pueden ser vistas como una amenaza ya que representa una exposición a riesgos laborales y enfermedades crónicas y/o agudas. De igual manera el contexto de violencia propio del territorio está dinamizado por la consolidación de grupos juveniles dedicados al hurto y a la venta de sustancias psicoactivas, que consideran estas actividades como fuente principal de ingresos. Además de la formación de parches y pandillas, que ven en las relaciones de agresividad un mecanismo de defensa y de supervivencia.

Hoy por hoy, es una localidad cuna de proyectos dirigidos a una mejora en la salud, educación, deportes, cultura, seguridad, movilidad, ambiente, entre otros por las problemáticas sociales. (Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá, 2011). El objetivo del presente trabajo procura una aproximación desde la lente de una problemática social y de salud pública que aqueja a la humanidad en su totalidad y que no es ajena a Ciudad Bolívar, el suicidio.

El comportamiento del suicidio en la ciudad de Bogotá durante los últimos tres años (2008 al 2010) ha ido incrementando paulatinamente, las tasas son 3.6, 3.5 y 3.3 por cada 100.000 habitantes en orden descendente, no obstante como se mencionó previamente, en el 2010 se evidenció un descenso de la conducta suicida pero para el 2011 la tasa de suicidio fue de 3.7 por 100.000, por encima de la meta Distrital que corresponde a 3.0 personas por 100.000 habitantes (Meta Distrital 2008-2012).

El Boletín Epidemiológico Quincenal de Ciudad Bolívar (Junio, 2011) expone que en los últimos años Ciudad Bolívar es la localidad de Bogotá con mayor número de casos reportados, para el 2008 se registraron 22 casos, en el 2009 39 casos y en el 2010 33 casos. Los estudios epidemiológicos de campo realizados por el equipo de trabajo psicosocial del Hospital Vista Hermosa de la localidad, muestran que la población más vulnerable a realizar conductas suicidas son los jóvenes que presentan problemas familiares o de pareja.

Suicidio: Expresión de Violencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011a) define la violencia como un problema de salud pública en el que se considera el uso deliberado de fuerza física o de poder, en términos de amenaza o infligido contra uno mismo, las demás personas, grupos y comunidades; generando lesiones, muerte, impacto significativo sobre la salud física y mental dando como resultado daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones, de igual forma, y no menos importante, que atente contra el derecho a la salud y la vida de las personas.

Adicionalmente, Concha-Eastman y Krug (2002) en el Informe de la OMS, acuñan la violencia como fenómeno mundial que impacta fuertemente en la Región de las Américas. El Informe Mundial sobre la salud y la Violencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2002), registra que anualmente alrededor de 120.000 homicidios y 55.000 suicidios se llevan a cabo.

En conjunto, Blair (2009), establece que la violencia coexiste con la muerte violenta en términos de tiempo y espacio, y así mismo procede de tres gérmenes: el crimen, el suicidio o el accidente. Dicho así la violencia se expresa en estas tres caras universalmente reconocidas; a su vez, tiene características inherentes como lo son *“la gravedad del riesgo que hace correr a la víctima, es su propia vida, la salud, la integridad corporal o la libertad individual”* (Blair, 2009, p. 13).

Es así como se hace preciso estudiar la conducta suicida como un fenómeno que da cuenta de las diferentes formas y dinámicas en las que se materializa la violencia. Así mismo las diferentes condiciones que configuran el universo social con el que interactúan diariamente las personas, cobran particular relevancia. Precisamente dada la gravedad del riesgo que comporta la conducta suicida para las personas, es necesario el planteamiento de algunas aproximaciones conceptuales que permitan definir la conducta y el marco donde esta se desarrolla, con base en las cifras que describen el panorama actual de esta problemática.

Caracterización epidemiológica

La palabra suicidio proviene del vocablo latín *sui*: sí mismo y *caedere*: matar, es decir, matarse a sí mismo. La OMS define al suicidio como “*Todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil*” (OMS, 1976). Al ser actos próximos, son contemplados por la OMS como acciones potenciales de suicidio, pues la persona tiene una firme resolución de terminar con su vida, acto que se vuelve fútil no debido a la intencionalidad sino a cuestiones situacionales adversas que convierten en fallido un verdadero intento suicida.

La OMS (2009) y Forero, (2009) revela que cerca de un millón de personas muere por suicidio anualmente, la tasa global de mortalidad es de 16 por 100.000 habitantes, o una muerte cada 40 segundos. La tasa de suicidio se ha elevado a un 60% en todo el mundo, siendo una de las formas de muerte que prima en la población de los 15 a los 44 años y la segunda en la población entre los 10 y los 24 años de edad, cabe resaltar que este censo no incluye los intentos de suicidio, conducta que suele manifestarse hasta 20 veces más que el suicidio consumado. De la misma manera Guilbert (2002) manifiesta que a nivel mundial los suicidios han aumentado entre las principales causas externas de mortalidad.

En el año 2010 el Sistema Médico Forense Colombiano realizó un total de 1.864 necropsias médico legales producto de suicidios. Se identificaron 1.642 casos de forma directa y de forma indirecta se conocieron 222 casos; En relación al año 2009, se mostró un leve aumento de 19 casos para una variación relativa del 1,03% mostrando una estabilidad con respecto a la tasa por cada 100.000 habitantes en los años inmediatamente anteriores, 2008 y 2009. En lo corrido de esta década se observa como el fenómeno del suicidio ha mantenido una tendencia a disminuir desde el año 2002, aunque es importante resaltar los pequeños aumentos que se presentan desde el año 2008 al 2010 (Tello, 2010, p. 213).

A nivel Nacional en el Boletín Epidemiológico Quincenal de Ciudad Bolívar # 10 (2011), según datos del Instituto de Medicina Legal, en Colombia las ciudades con mayor índice de suicidio

son Manizales y Armenia con el 8,0 y 11,8 por 100.000 habitantes en el año 2009, seguidas por Medellín en 5,8; Valledupar y Neiva con el 4,1; Bogotá con 3,9, Barranquilla con 3,0 y Santa Marta con el 2,7 por 100.000 habitantes. Sierra (2011) encontró que en Manizales que ha sido una ciudad que entre el 2006 y 2009 ha presentado una tasa entre 6 a 10 por 100.000. Manrique, Ochoa, Fernández, Escamilla y Vélez (2002) en Antioquia, la media es 310 suicidios anuales, para una tasa de 5,9/100.000 por habitantes; Por último, Villalobos, (2009) encontró en San Juan de Pasto, en un estudio de 463 estudiantes de secundaria que 8% llevaron a cabo intentos de suicidio.

Perspectivas de la Conducta suicida

A lo largo de la historia, las distintas culturas que han poblado la tierra han estimado el suicidio con diversos matices, en función de los principios filosóficos, religiosos, sociales, y en salud que han ido imperando en cada momento, (Muelas y Ochoa, 2007 y Sánchez 2007). Desde una perspectiva religiosa por ejemplo se encuentra que (Aries, 1983) en sociedades como Mesopotamia este fenómeno era asumido como un acto de sublimación a partir de la idea que el primer hombre fue modelado con barro y sangre del dios suicida Bel. En Meso América los mayas veneraban a Ixtab, diosa del suicidio, en una práctica tolerada, para defenderse de situaciones extremas, salvar el honor de una persona, de la vergüenza pública o de las desgracias.

Por otra parte, desde una perspectiva social los galios, celtas, hispanos, vikingos, nórdicos y visigodos consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o enfermedad grave o dolorosa. Desarrollos posteriores como por ejemplo las tesis de San Agustín en la edad media buscaron establecer el suicidio como un tabú, logrando su prohibición absoluta a partir del castigo social (Muelas y Ochoa, 2007). Cabe destacar que a través de la historia también se ha buscado abordar el fenómeno desde la filosofía. En la Grecia Clásica, a través de la mitología, empieza a consolidarse una simbología del suicidio en la que se introducen diversos sentimientos como desencadenantes de la muerte voluntaria: venganza, decepción, culpabilidad y locura.

En la Edad Moderna y como respuesta a los cambios sociales, los humanistas se interesaron en las costumbres antiguas y los argumentos estoicos en defensa del suicidio. Así, Tomás Moro, Michael de Montaigne, Francis Bacon, entre otros, redactaron apologías de la autodestrucción que cuestionaban los prejuicios tradicionales, proponiendo la comprensión de este fenómeno como una realidad social. (Muelas y Ochoa, 2007).

En elaboraciones más recientes desde la perspectiva de la salud, la cual ha primado situando el suicidio como la expresión de patologías físicas y mentales. Hacia finales del siglo XIX, los planteamientos psicoanalíticos, como la pulsión de muerte o Thanatos, sitúa el suicidio como resultado de las tensiones psicodinámicas de las estructuras mentales. Este tipo de planteamientos

de raigambre médica traen consigo atribuciones al suicidio relacionadas a los trastornos mentales. De esta manera la conducta suicida es entendida en función de síntomas mentales y patologías diversas. (Muelas y Ochoa, 2007). Thomas (1983) argumenta que el suicidio se constituye como una función psicobiológica natural del ser humano, cuyos objetivos se pueden establecer en cuanto a *“función auto y heteroagresiva, función catastrófica, función de huida, función ordálica, función chantaje, función llamado”* (Thomas, 1983, p. 401, 402).

Una primera aproximación científica, fue la realizada por el sociólogo francés Emile Durkheim (2000) quien *“se propuso desmontar los soportes de la condena moral al suicidio, desde el punto de vista sociológico, y formula la teoría de que es el contexto social el que influye con mayor peso sobre la decisión de un suicida”* (Muelas y Ochoa, 2007). Durkheim (2000) afirma que estadísticamente hay una tasa normal de suicidios, la cual se deriva de la situación social (índices de protección y riesgo); definiendo el suicidio como un fenómeno emergente social, que no necesariamente se da dentro de un marco patológico; describe cuatro formas en que se presenta este suceso: suicidio anómico, suicidio fatalista, suicidio egoísta y suicidio altruista.

En el suicidio anómico (Durkheim, 2000) , el autor define anomia como una condición psíquica, experimentada por personas que viven en sociedades desequilibradas temporalmente, estas posiciones sociales anómicas son vistas como productos temporales de las crisis que alteran la vida económica y social (Muñoz, Martín y de Pedraza, 2007). Los suicidios fatalistas se desencadenan por la pérdida súbita de control sobre el propio destino. El suicidio egoísta, se desencadena por la pérdida o ausencia de las redes de apoyo. Por último el suicidio altruista es aquel en que las personas llevan a cabo el acto en virtud de una obligación o deber.

Por otro lado, Martínez y Guindberg (2009) retoman lo mencionado previamente y argumentan como la comprensión del suicidio ha sido transversal a la época histórica, adquiriendo explicaciones y aproximaciones sujetas al paradigma dominante del período histórico. Actualmente el modelo Bio-Médico es el protagonista, concediéndole a la conducta suicida una etiqueta de síntoma y/o resultado de un trastorno mental, como lo define el Manual Estadístico y de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) *“la expresión de un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo, que revela un compendio de taxonomías psiquiátricas fundamentadas en el pensamiento pragmático de la corriente hegemónica en salud psicológica”* (Martínez y Guindberg, 2009, p. 5).

La Secretaria Distrital de la Salud (Boletín Epidemiológico Distrital, 2010), dentro de la tipología propuesta para el abordaje de la conducta suicida define el Intento de Suicidio como las acciones realizadas de manera deliberada hacia sí mismo que hubiesen resultado en una seria lesión o muerte de no mediar intervención oportuna y el Suicidio Consumado como *“todo caso de muerte*

que resulte directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado” (Boletín Epidemiológico Distrital, 2010, p. 62).

Botega, Bert, Bosco, Dalgarrondo y Marín, (2005), desde una perspectiva epidemiológica exponen que la prevalencia de ideación suicida en la población general, oscila entre el 10% y el 28%; y la del intento suicida entre 3% y el 5 %, es decir, si bien no todas las personas con ideación suicida terminan en el acto consumado, un porcentaje considerable de las personas que lo intentan efectivamente consuma el acto suicida. Estudios internacionales señalados por Botega et al (2005) presentan al intento de suicidio como el principal factor de riesgo para el suicidio consumado. Las estadísticas son alarmantes, entre el 30 y 60 % de las muertes suicidas han sido precedidas por intentos (Palacio, García, Diago, Zapata y Ortiz (2005); (Gómez et al, 2002) (Arranz 1998). Vargas y Fernández (2010) y (Henden, 2008) hacen una distinción en relación a la conducta denominada Suicidio Consumado e Intento de Suicidio, afirmando que desde el punto de vista epidemiológico el intento de suicidio es el principal predictor de suicidio consumado; se estima que entre el 10% y el 15% de las personas que realizaron un intento de suicidio terminaran consumando el suicidio, de esta manera ubicándose como el mayor factor de riesgo durante el año posterior a la ejecución de la tentativa.

En el mismo orden de ideas, Arranz (1998), menciona que las características demográficas que acompañan al suicidio consumado y al intento de suicidio son de diferente naturaleza. Para el caso del suicidio consumado, son los hombres de edades avanzadas quienes lo ejecutan, mientras que para los intentos de suicidio son las mujeres jóvenes quienes encabezan las listas. Siendo los hombres quienes escogen métodos autolesivos más agresivos, como el ahorcamiento o el uso de herramientas cortopunzantes. A diferencia de las mujeres quienes utilizan métodos más ligeros para la acción suicida, como la intoxicación exógena.

De esta manera la tipología del suicidio nos permite vislumbrar una variada gama de factores diferenciadores que configuran este fenómeno, motivo por el cual es necesario profundizar en el análisis de estos factores y de la incidencia así como de particularidades en relación con la configuración de la conducta suicida.

Causas, Factores de riesgo y Determinantes Sociales

Colimon (1990), define que los factores de riesgo son eventos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente, cuya consecuencia puede ser la producción de la enfermedad en cuestión. Se puede considerar el ambiente del individuo como de dos dimensiones, una externa o social y otra interna, biológica o psicológica.

De acuerdo a la clasificación de los factores de riesgo realizada por Colimon para la presente investigación se tomaran los factores de riesgo externos como los socio demográficos (sociales) y los internos (biológicos y psicológicos).

Dentro de los factores de riesgo externo, en principio se encuentran los de tipo demográfico como el género, el estado civil, mecanismo utilizado, nivel educativo, y vulnerabilidad. Mejía et al (2011) y El Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 2 de Argentina (2008); han identificado el género como factor de riesgo, en el caso de los hombres quienes se suicidan cuatro veces más que las mujeres, convirtiéndose en un factor determinante para este evento de salud; mientras que para las mujeres esta variable está más asociada al intento suicida que a la consumación del acto. Tello (2010) registro entre 1864 casos de actos suicidas ocurridos, que el 82% corresponde al género masculino y el 18% al género femenino para una razón hombre mujer de 4:1.

En el ámbito Nacional, la tabla mundial de suicido de los países desarrollada por la OMS (2011b), se estableció que por cada 100.000 habitantes en relación al género, en Colombia en el año 2007 el 7,9 % de los hombres se suicidaron y las mujeres ejecutaron el acto suicida en un 2%. Los índices de suicidio en Colombia han mostrado un aumento significativo en los últimos treinta años, mostrando un incremento en las tasas pasando de un 2,5% a 5% señalan Cendales, Vanegas, Fierro, Córdoba y Olarte (2007); (OMS, 2011c) y Tello (2010) (Palacio et al 2005).

Para el año 2010, al igual que para los años anteriores no se presentaron variaciones según el estado civil, confirmándose que los solteros (as) son quienes ejecutan conductas suicidas con más frecuencia, seguidos por los que se encuentran en unión libre y finalmente por quienes están casados (Tello, 2010; Valenzuela, 2009).

De la misma manera, Tello (2010), expone que el mecanismo más usado para la ejecución de conductas suicidas en los hombres ha sido el ahorcamiento, seguido por el uso de arma de fuego, y en último lugar la intoxicación, siendo este el último el más utilizado por las mujeres, seguido por el ahorcamiento y en último lugar, el uso de armas de fuego.

Finalmente Valenzuela (2009) enfatiza en que la población más vulnerable a cometer conductas suicidas encontrada en los estudios de epidemiológicos del 2008 es la que corresponde a:

Los jóvenes de edades entre 18 y 29 años, con educación de primaria, bachillerato o profesional, pertenecientes a los grupos vulnerables campesinos o consumidores de sustancias psicoactivas, solteros, y que su tiempo u ocupación fuera dedicado al estudio o a cuidar un hogar, compartieron condiciones que pudieron favorecer la conducta suicida (Valenzuela, 2009, p. 233)

Por otra parte entre los factores de riesgo internos asociados al suicidio esta la edad, no en términos de los años cumplidos sino de lo que implica la edad desde el desarrollo y ciclo vital de los individuos; motivos desencadenantes, factores biológicos, trastornos mentales, historia y dinámica familiar.

En cuanto a la edad, la población juvenil que comprende la edad entre 15 y 24 años quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad (Noa y Miranda, 2010; García de Jalón y Peralta, 2002; Christopher, Murray y López, 1995 (citado por Guilbert, 2002) y (Telles, 2010), tanto en los países desarrollados, como en los países en vía de desarrollo (OMS, 2009).

Adicionalmente, Posada, Rodríguez, Duque y Garzón (2007) confirman el incremento de las tasas de suicidio en edades cada vez más tempranas, en un estudio en Colombia realizado con la Encuesta Nacional de Salud Mental para identificar la prevalencia y los factores riesgo implicados en este fenómeno:

El más importante incremento de la tasa de suicidio se da entre 30 años (tasa de incremento 8.6%) seguido por 50 años (7.3%), y 40 años (3,7%) en el 2002; en los 30 años (17.0%), en los 40 años (12,6%) y en los 20 años (11,1%) (Posada et al, 2007, p. 6).

Hallazgos similares encontraron Medina et al, (2010) revelando que la tasa más alta para el departamento de Quindío entre 1985 y 2000 se ubicó en el grupo de edad entre los 18 y los 24 años de edad, tanto en hombres como en mujeres, seguido por el grupo entre los 25 y los 29 años. Adicionalmente, el estudio descriptivo transversal llevada a cabo en Santa Marta por Reyes, Castro, Polo y Ceballos (2005), en las personas que ingresaron a Urgencias por intento de suicidio, se identificó el siguiente perfil: personas con una edad inferior a los 30 años, solteros, desempleado, con un nivel socioeconómico bajo y una educación baja. Siendo el 46% de la población entre los 15 y los 21 y de los 22 a los 30 años, el 31% de los participantes (Tuesca y Navarro, 2003). González (2007) argumenta que este periodo de la vida está asociada posiblemente a la llamada “*crisis de la juventud o etapa adulta inicial*” (González, 2007, p. 183), caracterizada por ser el periodo del desarrollo vital, en el cual se consolidan o no los proyectos de vida, acompañados de cambios cruciales en el ámbito social y familiar; en esta medida asociándose a la probabilidad de cometer un suicidio. Valenzuela (2008) sustenta lo anterior argumentando que “*las personas más vulnerables a presentar síntomas depresivos son los jóvenes que están entrando a la etapa de la adultez, lo cual, corresponde con el consumo de sustancias psicoactivas legales y no legales en algunos casos*” (Valenzuela, 2008, p. 214), desencadenando así, en la ejecución de conductas suicidas.

Otro de los factores internos son los motivos o desencadenantes de la conducta suicida, dentro de los cuales, se distinguen en primer lugar, los conflictos de pareja, con una prevalencia de 404 suicidios que representa el 41,82%, y la enfermedad física-mental con 187 casos que

corresponden al 19,36% del total de los casos, los aspectos económicos contribuyen al nacimiento de este tipo de violencia (Tello, 2010). Adicionalmente, Valenzuela (2009) encontró que en Colombia los conflictos amorosos, la ausencia de motivación en diversos niveles o áreas de ajuste de las mujeres y de los hombres, probablemente desembocaban en la decisión de quitarse la vida. En la misma línea, Barlow y Durand (2006) exponen *los sucesos de vida estresantes*, acontecimientos graves y estresantes que se interpretan como vergonzosos y humillantes, como lo es el fracaso en las áreas de ajuste de la persona, trabajo, familia, social, entre otros como un factor interno asociado a la consumación del acto. De la misma manera el abuso sexual y físico, (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suarez, 2008), focos desencadenantes de tensión y los sucesos ambientales catastróficos, suelen ser factores de riesgo del acto suicida.

Los factores de riesgo de tipo biológico, son entendidos como aquellas condiciones organísmicas que hacen más vulnerables a los individuos frente a la manifestación de la conducta suicida, si bien este estudio no permite identificar los niveles de serotonina la literatura sugiere que es un factor de riesgo para la conducta suicida. Al respecto Barlow y Durand (2006) argumentan que los bajos niveles de serotonina están asociados a los intentos de suicidio y los suicidios en la medida en que se manifiestan a partir de inestabilidad, impulsividad y la tendencia a reaccionar en exceso ante las situaciones.

La OMS (2006) calcula que un 90% de las personas que han puesto fin a su vida tenían un trastorno mental y el 60% tenía depresión cuando se suicidaron (Cavanagh 2003, citado en Mejía, Sanhueza y González, 2011). En conjunto las cifras de la OMS (2009) revelan los trastornos mentales (primariamente depresión y trastornos desencadenados por el abuso de alcohol) como un principal factor de riesgo de suicidio en Europa y Norteamérica, no obstante, en países orientales, la impulsividad ejerce el protagonismo. El consumo de drogas y alcohol, el involucrarse en disputas, portar de armas y el tabaquismo están asociados a un mayor riesgo de suicidio en la etapa del desarrollo que comprende la adolescencia (Barlow y Durand, 2006; OMS, 2006; Echeverry, et al, 2009; Acero, Escobar y Castellanos, 2007).

De la misma manera los *Trastornos psicológicos existentes*, como los trastornos del estado ánimo y los trastornos de la personalidad. Se hace énfasis en el tipo de personalidad límite, en adolescentes la Depresión Mayor; no obstante, cabe mencionar que aunque existe una relación estrecha entre la depresión y el suicidio, continúan siendo independientes (Barlow y Durand, 2006). Por último Barlow y Durand (2006), exponen la necesidad de contemplar la *Historia Familiar*, en la cual se examine si han habido sucesos similares tales como trastornos depresivos o de ansiedad, entre otros, teniendo en cuenta que existe una correlación entre la realización del acto suicido y la contribución de componentes biológicos (genéticos).

Contribuyendo a la investigación y comprensión de este fenómeno, Guilbert y Torres, 2001, y Pérez et al, 2007 citado en Medina et al, 2010); OMS (2006); Villa et al, (2009) y Núñez y Manrique (2005), citado en Núñez et al, (2008) consideran que la dinámica familiar se convierte en otro factor de riesgo para el intento de suicidio y el suicidio consumado, es decir familias disfuncionales, padres con problemas de abuso de alcohol, maltrato infantil, ambiente hostil y falta de unidad familiar son característicos de estas tipologías.

Con el fin enriquecer el abordaje propuesto para el estudio de la problemática en cuestión, no basta con la revisión y el análisis de los factores de riesgos externos e internos que contribuyen a la configuración del fenómeno. Más allá el contexto actual demanda un análisis crítico a partir de las cada vez más pronunciadas determinantes sociales expresadas en las diferentes inequidades que configuran la vida y las relaciones de los habitantes de Ciudad Bolívar.

La Declaración Política de Rio sobre los Determinantes Sociales de la Salud, llevada a cabo el 21 de octubre de 2011b, la declaración de Alma-Ata en 1978 y la carta de Ottawa de 1986, manifiestan que todos los países deben alcanzar la equidad social en salud a través de la acción de las determinantes sociales de la salud y el bienestar mediante un enfoque comprensivo intersectorial.

Esta Acta define los determinantes sociales de la salud como las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esto incluye experiencias tempranas en la niñez, educación, nivel socioeconómico, empleo, vivienda y ambiente. De esta manera es necesario procurar sistemas efectivos para la prevención y el tratamiento de la enfermedad. De igual manera sugiere la acción sobre estos determinantes tanto para las poblaciones vulnerables como las que no lo son; siendo esencial para la creación de sociedades incluyentes, económicamente productivas, equitativas y saludables (OMS, 2011b).

La OMS (2006) afirma que la ejecución de la conducta suicida se da bajo el dominio de aspectos culturales, genéticos, psicosociales y ambientales. Postulando de esta manera los siguientes indicadores y determinantes sociales:

Bajo nivel socioeconómico y educativo; pérdida de empleo; Tensión social; Problemas con el funcionamiento de la familia, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo; Traumas, tales como abuso físico y sexual; Pérdidas personales; alcoholismo y abuso de sustancias; Sentimientos de falta de valor o desesperanza; Problemas de orientación sexual (tales como homosexualidad); Comportamientos idiosincrásicos (tales como estilo cognitivo y constelación de la personalidad); Problemas de juicio, falta de control de los impulsos y comportamientos autodestructivos; poca capacidad para enfrentar problemas; Enfermedad física y dolor crónico: Exposición al suicidio de otras personas; Acceso a medios para

hacerse daño; Acontecimientos destructivos y violentos (tales como guerras o desastres catastróficos) (OMS, 2006, p.12).

Acompañándose de crisis financieras, las enfermedades orgánicas y el dolor que suelen incapacitar también incrementan el riesgo de suicidio, siendo los factores sociodemográficos, mencionados previamente, los de mayor dificultad para caracterizar (Teraiza y Meza, 2009; Harris 2010; Danzinger 2011, (citados en Mejía et al, 2011)); (Campos et al, 2003) y OMS citada en Medina, Piernagorda y Rengifo (2010)

Frenz y Solar (2007) analizan otras variables sociales que intervienen de forma menos explícita, se encuentra entre ellas la relación de poder existente en los sistemas sociales, donde las condiciones de sumisión, subyugo u otras que coarten de forma alguna la libertad de una persona o limiten sus oportunidades y su calidad de vida, se constituyen como factor de riesgo asociado al suicidio; esto se materializa, por ejemplo, en grupos de minorías o personas con condiciones inequitativas

Esto plantea una fuerte demanda para el estado, pues cuestiona sus responsabilidades como proveedor de seguridad y adecuado entorno para el desarrollo de sus habitantes, el caso de la estratificación social se encarga de segregar y abrir brechas entre los más y los menos favorecidos, generando en dicho caso para algunos un estado diferencial de vulnerabilidad que acarrea consecuencias en las percepciones y atribuciones sociales, caracterizado por carencias a nivel económico, cultural, recreativo e incluso de salud y de participación ciudadana (Frenz y Solar, 2007).

Finalmente en la Conferencia de la OMS: Rio Political Declaration on Social Determinants of Health (2011b) se estableció que dentro de los objetivos colectivos se deben contemplar, la buena salud y el bienestar para todos, criterios que deben ser puestos como prioridad a nivel local, nacional, regional e internacional en todos los niveles. La actual crisis financiera y económica global requiere urgentemente la adopción de acciones para reducir las inequidades en materia de salud y prevenir el deterioro en las condiciones diarias de vida, así como el deterioro de los sistemas de protección social y prestación de servicios de salud.

La responsabilidad del Estado ante esta problemática de salud pública solo se puede intervenir desde las políticas públicas, que permitan tanto la financiación de programas y proyectos para la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida.

Políticas Públicas

Alrededor del mundo si bien, no suficientes, han surgido una gran variedad de esfuerzos e iniciativas para hacerle frente al suicidio como realidad social dada su relevancia y su costo. A nivel

internacional está La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) organización no gubernamental vinculada a la OMS con presencia en 50 países, cuyo objetivo es prevenir conductas suicidas, y generar espacios de intercambio para los investigadores de esta área, profesionales de la salud, voluntarios, y víctimas del suicidio.

A nivel latinoamericano se encuentra la Asociación de Suicidología de Latinoamérica y el Caribe (ASULAC), creada en Las Terceras Jornadas de Suicidología de Mercosur y Primeras Jornadas de Prevención de Suicidio de Uruguay en Montevideo, en el año 2000 con el propósito de procurar el fortalecimiento de la investigación y en la prevención y promoción del suicidio con base en la comprensión de la diversidad cultural a través de educación de prevención del suicidio por medio de encuentros internacionales.

En Colombia La ley 1122 de 2007 en desarrollo de la ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral y por el que se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en su artículo 33 especifica los deberes del Ministerio de Protección Social en razón de la implementación según las directrices legales del Plan Nacional de Salud. En materia de salud mental esta directriz se materializa en el Plan Nacional de Salud Mental presentado por el Ministerio de Protección Social el cual reconoce y recoge la legislación existente con el objetivo de propiciar la salud mental y su capacidad transformadora, conjugando acciones que desde múltiples lugares garanticen el cumplimiento de los derechos, incidan sobre el capital simbólico, faciliten relaciones más equitativas e incluyentes, aminoren el sufrimiento, restauren el bienestar emocional y permitan a los colombianos incrementar su capital global y gozar de una vida mejor en el marco del desarrollo y prevenir los eventos priorizados para la salud mental, como las violencias, el suicidio, el consumo de SPA y la prevalencia de enfermedades y trastornos mentales.

En este sentido, el Decreto número 3039 de 2007 mediante el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 tiene como propósitos principales mejorar el estado de salud de la población Colombiana a partir de la articulación de enfoques poblacionales, de determinantes así como de un enfoque de gestión del riesgo social con base en los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, participación social, e intersectorialidad.

Bogotá, con el fin de incorporar las políticas nacionales cuenta con una política Distrital de salud mental a nivel Distrital, la cual, durante los últimos planes de desarrollo ha formulado metas que inciden sobre la salud y la calidad de vida de la población. Es así como el Plan de Desarrollo de Bogotá Positiva: Para vivir Mejor, incluye reducir a 3.0 la tasa de suicidio por 100.000 habitantes (meta del acuerdo por el cual se aprueba el Plan de Desarrollo), así mismo, dentro del Proyecto de

Inversión, se declaró una clausula en la que se debe prestar atención a las víctimas de violencia y delitos para garantizar sus derechos, víctimas de suicidio, violencia intrafamiliar etc. (2009).

Con el fin de dar respuesta a las necesidades en salud mental la secretaría Distrital de Salud en cada una de las localidades implementa el Plan de Intervenciones Colectivas (Ley 1122 y Decreto 3039 de 2007) donde se realizan acciones desde los diferentes ámbitos, en el comunitario se implementa la estrategia de ciudad protectora; en el escolar con el apoyo de secretaría de educación, el programa de “salud al colegio” y en ámbito familiar, la intervención psicosocial para la conducta suicida.

Una de las iniciativas lanzadas dentro de este marco es el sistema de vigilancia epidemiológica en conducta suicida (SISVECOS) implementado por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá en todas las localidades para realizar monitoreo, seguimiento, intervención y canalización de casos de conducta e intento suicida que se dan en la localidad. Una de las grandes ventajas que representa la implementación de este tipo de sistemas es que se convierte en un instrumento privilegiado para conocer el impacto de esta afectación en la localidad, tanto en el nivel cuantitativo como cualitativo; diferentes instituciones de la localidad como colegios, organizaciones sociales, centros de salud adscritos o no al Hospital Vista Hermosa, entre otros, reportan casos para su adecuado tratamiento.

Pregunta problema

¿Cuáles son los factores de riesgo o determinantes sociales asociados a la conducta suicida?

Objetivo general

Caracterizar la conducta suicida, tanto del intento de suicidio como del suicidio consumado, en la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá, por medio del modelo de epidemiología etnográfica a partir del modelo de riesgo y de determinantes sociales, con el fin de generar una propuesta de intervención de la población de la localidad con base en los factores de riesgo y las determinantes sociales identificadas.

Objetivos específicos

1. Aplicar el modelo de la epidemiología etnográfica para la recolección de la información de la conducta suicida, tanto del intento de suicidio como del suicidio consumado en la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá.
2. Describir los factores de riesgo de la conducta suicida, tanto del intento de suicidio como del suicidio consumado de la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá.

3. Describir los determinantes sociales que inciden en la conducta suicida, tanto del intento de suicidio como del suicidio consumado de la localidad de Ciudad Bolívar, Bogotá.
4. Generar una propuesta de intervención para la conducta suicida, tanto del intento de suicidio como del suicidio consumado en la localidad de Ciudad Bolívar.

Método

El presente trabajo de investigación parte del concepto epidemiología etnográfica, planteado por Ramírez (2009) quien expone que el registro numérico no es suficiente para el manejo y abordaje de las problemáticas de una población, debido a que los aspectos económicos, políticos, socio-culturales e ideológicos no pueden ser reducidos netamente a datos de naturaleza epidemiológica. El abordaje, únicamente, de origen cuantitativo no permite vislumbrar las patologías, las problemáticas de mayor incidencia, obstruyendo la posibilidad de hacer un adecuado análisis de las mismas y en efecto una intervención idónea a sus necesidades; es preciso más allá de conocer los datos, conocer las causas reales de morbilidad desde las diferentes voces socio-discursivas (personal sanitario y de la población en general) (Ramírez, 2009).

Tipo de Diseño

Investigación de tipo mixto, en el cual prima la aproximación cuantitativa, de naturaleza epidemiológica para la comprensión del fenómeno, que se articula con la metodología cualitativa, cuya aplicación se ve reflejada en las herramientas metodológicas etnográficas empleadas que pretenden dar cuenta de unos significados particulares atribuidos a unos conceptos y vivencias, configuradas en un ambiente sociodemográfico, económico y político (Martínez, 2008).

El componente cuantitativo es un estudio descriptivo transversal o de corte retrospectivo, que permite comparar la distribución de frecuencias del evento en términos de los factores de riesgo y cómo estos se comportan en relación al intento suicida y suicidio consumado. Colimon (1990), propone que la revisión de la información de los datos de salud, permite desarrollar acciones preventivas o curativas; para el desarrollo de esta investigación se analizó la información de las bases de datos de Secretaría Distrital de Salud y Medicina Legal de los años 2008 al 2010.

Por otra parte, el componente cualitativo del diseño de investigación, se llevó a cabo mediante un estudio etnográfico, el cual consiste en la observación e interacción con la comunidad y su entorno. Tiene como propósito manifestar las cualidades principales y naturales de un fenómeno o población dando cuenta de manera tan profunda como sea posible de las particularidades, posibilitando así la diferenciación de las otras, logrando describir lo que son, permitiendo así la diferenciación con otros grupos (Martínez, 2008); (Ramírez, 2009) y (Toro y

Parra, 2010). Para este estudio se recolecto la información por medio de técnicas cualitativas como los DC, GF y EP.

Por último se realizó la triangulación, Denzin (1990), citado en Silvio (2009) expone que la triangulación es un procedimiento aplicado para aumentar la confiabilidad de la investigación. Su precepto inicial se centra en que el uso de enfoques cuantitativos y cualitativos en conjunto entrega una mejor comprensión del fenómeno que se investiga.

“La lógica de la triangulación tiene que ver con la aplicación en un mismo estudio de formas alternativas y complementarias de obtener los datos, de procesar la información por diversos procedimientos e interpretarla en el marco de diferentes teorías, concepciones y conceptualizaciones para que confirmen o den indicios de la diversidad con que se muestra el fenómeno estudiado” (Silvio, 2009, p. 9).

Participantes

La participación de la comunidad de Ciudad Bolívar dentro de la investigación, se llevó a cabo por medio de la recolección de información de las técnicas cualitativas utilizadas, como el GF y EP. El criterio de escogencia del criterio de los participantes fue por conveniencia.

GF:

Estuvo conformado por 12 participantes de un colegio de la localidad Ciudad de Bolívar. Como criterios de inclusión se consideró, que pertenecieran a los dos sexos, entre las edades de 15 y 16 años y que estuvieran en noveno y decimo grado de escolaridad, teniendo en cuenta que este grupo poblacional presenta mayor riesgo de manifestar conductas suicidas (Telles, 2010). (Tabla 1). Se diligenció el consentimiento informado al inicio del GF.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del GF (n=12)

Variable	f	%
Genero		
Femenino	7	60%
Masculino	5	40%
Edad		
15 años	3	30%
16 años	7	60%
17 años	1	10%
Grado de Escolaridad		
Noveno (9°) grado	5	40%

Decimo (10°) grado	7	60%
--------------------	---	-----

Como se aprecia en la tabla 1, predominó el género femenino en un 60% frente a un 40% de la población masculina; el mayor porcentaje en un 60% tenía una edad de 16 años y pertenecía a decimo grado; es necesario hacer hincapié en que una participante se encontraba en estado de embarazo.

Entrevista a Profundidad

En la EP se contó con la participación de S.R. mujer de 51 años, residente de la localidad de Ciudad Bolívar, hace parte del régimen de salud subsidiado, víctima del suicidio de su compañero permanente S.J. durante seis años, quien se suicido el primero de Enero de 2012.

Instrumentos:

Para la recolección de la información que requería ser analizada para la presente investigación, se utilizó para el estudio cuantitativo los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Secretaria de Salud y Medicina Legal y para el estudio cualitativa DC, GF y EP.

Los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica comprenden el reporte epidemiológico de la conducta suicida de los años 2008, 2009 y 2010 de los eventos de intento de suicidio y suicidio consumado de la localidad de Ciudad Bolívar; mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS) para el intento de suicidio y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SISVELCE) para el suicidio consumado.

Sistemas de Vigilancia Epidemiológica

Para la recolección de la información del tipo de conducta suicida denominado Intento de Suicidio, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica utilizado fue el SISVECOS, el cual fue suministrado por la Secretaria Distrital de Salud.

Para la recolección de datos del tipo de conducta suicida denominado Suicidio Consumado, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica utilizado fue el SISVELCE, el cual fue suministrado por Medicina Legal.

Guía Grupo Focal

En los Grupos Focales se reúnen personas para la discusión de un tópico específico, poseen un estilo de moderación dirigido o semidirigido, con un formato de entrevista que suele ser estructurado (Toro & Parra, 2010) (ver Anexo 1).

Diario de Campo

El diario de campo se constituye como una fuente vital para ponderar la información; se establece como un elemento vital para la comprensión de la comunidad verbal (Toro & Parra, 2010), siendo el lenguaje el que configura la forma no solo en la que se relacionan sino en la que

significan los fenómenos. Dentro de las variadas formas de emplear el diario de campo, se decide utilizar las notas que registran el lado personal del trabajo del investigador y las notas de análisis e interpretación sobre percepciones, sensaciones, evaluaciones e ideas entorno a los componentes físicos y sociales observados en las visitas (Toro & Parra, 2010) (Ver Anexo 2).

Entrevista

La EP tiene como finalidad obtener información de manera intensiva, holística y contextualizada de un caso en particular (Toro & Parra, 2010). (Ver Anexo 3).

Procedimiento

El desarrollo del proyecto investigativo se inicia con la parte metodológica cuantitativa y se especifica su realización las siguientes fases: en primer lugar se recolectaba la información pertinente para la elaboración del marco conceptual y teórico mediante el cual se comprendería y delimitaría tanto el enfoque de riesgo como el enfoque de determinantes sociales; paralelamente se realiza la toma de datos epidemiológicos para el análisis de variables y componentes cuantitativos a considerar, tomando para ello información emitida por la Secretaría de Salud Distrital, éste es uno de los ejes esenciales, pues además de la recolección de datos, se definen las variables más relevantes que se tendrán en cuenta para el análisis estadístico y aquellas con las que se organizará la información correspondiente tanto a intento suicida como a suicidio consumado, en cada uno de los casos, desde el año 2008 al 2010.

En segunda fase se realiza la aproximación a la población gracias a las visitas domiciliarias efectuadas en compañía del cuerpo de la Secretaría de Salud y se delimitan los objetivos de manera más rigurosa.

En la tercera fase se efectuó la entrevista y diálogo con el GF, actividad realizada en uno de los colegios de la localidad con un total de 12 participante, a su vez se realiza la caracterización de la localidad teniendo en cuenta sus particularidades con respecto a las otras localidades apreciando la necesidad de ello en las percepciones de los jóvenes pertenecientes a la localidad.

En la cuarta fase se realizó la EP a una de las personas de la localidad con intento de suicidio y posteriormente se analizó el contenido de ésta entrevista.

En la fase quinta se transcribió y analizaron los datos obtenidos, tanto los datos cuantitativos como los cualitativos.

Consideraciones éticas

Todos los procesos realizados se efectuaron tomando en cuenta las consideraciones y normas promulgadas por la APA (American Psychology Association) teniendo en cuenta lineamientos de confidencialidad a todos los datos e información brindada por los participantes en cada una de las fases; de igual forma al contar con la participación de menores de edad pero

mayores de catorce años de edad, en el ejercicio de la actividad de GF, se contó con su consentimiento informado para la obtención y grabación de la sesión tanto en audio como en formato de video; de igual forma, para guardar en tanto como fuese posible cualquier tipo de consideración ética se contó con el apoyo y supervisión del cuerpo de Secretaría de Salud.

Resultados

Los resultados del presente estudio buscan dar respuesta a los objetivos planteados al inicio de la investigación, cuya intención es caracterizar el comportamiento de la conducta suicida de la localidad de Ciudad Bolívar; con base en la información recogida por las diferentes técnicas cuantitativas y cualitativas. Mediante las primeras herramientas, se recolectó la información por medio de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, el intento de suicidio desde la Secretaría de Salud (SISVECOS) y el suicidio consumado desde Medicina Legal (SISVELCE) de los años 2008 al 2010, identificando Factores de Riesgo Externos (FR_E), como género, mecanismo, nivel educativo y estado civil. De igual manera permitió identificar Factores de Riesgo Internos (FR_I), como la edad, los eventos desencadenante y comportamientos en los estilos de vida. El segundo grupo de herramientas, permitió dar cuenta tanto de los FR_E y de los FR_I así como de los determinantes sociales al utilizar DC, GF y EP.

Con el fin de utilizar el método de epidemiología etnográfica, planteado por Ramírez (2009), se realizó una triangulación de las diferentes técnicas de recolección de información que permitiera comprender el fenómeno desde diferentes ángulos, buscando trascender la información aportada por el dato cuantitativo a través de las diferentes herramientas que describan las características y las dinámicas del fenómeno. En síntesis lo que busca el trabajo, es ofrecerle al lector una visión integral del comportamiento suicida de la localidad de Ciudad Bolívar que tenga en cuenta las diferentes dimensiones que configuran esta realidad.

Caracterización de la conducta suicida desde el enfoque de riesgo:

Los FR_E , son eventos de cualquier naturaleza que pueden incidir sobre procesos de salud enfermedad en la personas, como por ejemplo, el género, el estado civil, el nivel educativo, el mecanismo y la vulnerabilidad. Para un factor de riesgo como el género, se encontró al hacer el análisis de la información del SISVECOS que las mujeres intentan suicidarse 36,5% más que los hombres, que lo hacen en un 18,79%. De ésta manera se puede evidenciar una tendencia a lo largo del tiempo por parte de las mujeres a exhibir con mayor frecuencia el intento suicida en comparación a los hombres. Sin embargo, en el evento de suicidio consumado en los hombres se presenta una mayor incidencia a lo largo del tiempo en comparación a las mujeres, ellos registran

una tendencia entre 20,21% y 35,11% de los casos y ellas entre 3,19%, y 8,51% de los casos, de acuerdo a la información recolectada por el SISVELCE.

En conjunto, los datos del GF demostraron percepciones entorno a la dinámica entre género y conducta suicida, en la entrevista al GF se encontró que los participantes por un lado asocian a la mujer como más vulnerable a cometer un suicidio, argumentaron *“las mujeres”, “yo diría que... no digo que todas, porque algunas son bobas, creen que la vida es color de rosa...pero sí creo que las mujeres se suicidan más que los hombres”* y *“no sé, son más débiles, más sentimentales... les dicen algo y ya como que les duele; los hombres si son como más duros... no sé”*. La EP realizada da cuenta de la información obtenida a través del SISVELCE en la medida en que la persona que llevo a cabo el suicidio consumado es de género masculino.

Para el FR_E estado civil, se encontró que la información del SISVECOS muestra que las personas con mayor incidencia de intento suicida fueron los solteros con 20.17% seguido de las personas en unión libre con 9.15%. De manera consistente, el resultado del análisis de la información SISVELCE también arrojó que las personas que presentaron mayor incidencia de suicidio consumado también eran solteros con un 15,69%, seguido por las personas en unión libre quienes se suicidaron un 9,15% durante los tres años. La EP permitió confirmar estos datos, ya que la S.R. convivió con su pareja en unión libre por un espacio de 6 años. Sin embargo los datos recolectados en el GF, así como en los DC de los investigadores, no hacen referencia a este factor de riesgo.

El FR_E escolaridad o nivel educativo, en los casos de intento suicidio revelaron que el grupo con mayor frecuencia fueron las personas con nivel educativo de secundaria con el 22,39%. A diferencia del suicidio consumado, las personas que más lo llevaron a cabo fueron aquellas con un nivel de educación de básica primaria con un 16,13% en promedio durante los tres años. La EP permitió corroborar estos datos, ya que la persona que se suicidó había cursado hasta segundo de primaria. Vale la pena destacar que de acuerdo a la información recolectada por el SISVECOS y SISVELCE las personas con menor frecuencia de intento de suicidio y suicidio consumado fueron aquellas con nivel educativo profesional con 3,23% o durante los tres años (2008 -2010).

Entre los FR_I involucrados en el acto suicida se encontró la edad, en términos de los cambios que se vivencian en las diferentes etapas del ciclo vital de los individuos; motivos desencadenantes, factores biológicos, trastornos mentales, historia y dinámica familiar.

Dentro de los FR_I, se identificó la edad, entendida como la etapa del ciclo vital en la que se encuentran las personas. De acuerdo a los resultados del análisis de la información aportada por el SISVECOS, el grupo de edad que mostró una mayor frecuencia de intento suicida se ubicó entre los 15 y los 19 años de edad con un 8,09%, rango de edad correspondiente a la etapa de la adolescencia.

De igual manera, con base en el análisis de la información recolectada por el SISVELCE son los jóvenes entre los 15 y los 19 años quienes se suicidaron con una incidencia del 8,51%. Estos datos se vieron apoyados en las descripciones de los DC de los investigadores, donde son los jóvenes quienes se mostraron en mayor riesgo de intentar y consumir el suicidio. *“Llegamos donde un adolescente, tenía cerca de 17 años, convivía con su padre, la madrastra y sus hijas. La notificación fue un intento de suicidio. Por último, la información recolectada en el GF no permitió dar cuenta de este FR_I, ya que la población que participó, que se encuentra en este rango de edad, no se percibe como una población en riesgo.*

Los motivos desencadenantes de la conducta suicida, asociados al intento de suicidio son la forma en cómo se tejen las relaciones con el grupo primario las que mayor incidencia tienen, como los conflictos con la familia y la pareja. En suicidio consumado, Medicina Legal tiene un subregistro de información del 70%, no obstante, la razón del suicidio surge por problemas de amor, desamor y problemas económicos. Sin embargo, con base en la información obtenida a partir de los DC realizados, se observó que las personas reportaron frecuentemente como motivo para haber tomado la decisión de quitarse la vida dinámicas de estrés y maltrato familiar. La narración de una madre, víctima secundaria del suicidio de su hija refirió *“Miren, ella es mi nietecita, la hija de mi hijita difunta y fue por el papá de la niña! Ese hombre la maltrataba, le pegaba, la amenazaba y entonces pues dejaron de vivir juntos y mi hijita se vino a vivir para acá”*. Por otra parte los resultados arrojados por el GF dentro de los posibles desencadenantes del evento suicida están frustraciones o conflictos amorosos, *“por un despecho... por un amor, por problemas...”*

“Porque está sola porque no tiene compañía, porque uno piensa, bueno uno no... muchas piensan que en ese momento se les va a acabar el mundo...”

De la misma forma se puede ver en las descripciones realizadas por los investigadores en los DC, por ejemplo en el siguiente fragmento de la narración hecha por una joven que intento suicidarse por tercera vez *“es que ni saben cuándo estoy” “mi papá no le importa... el no cree que yo lo vaya a hacer, como que ni se preocupa, siempre llega tarde y nunca hablamos”*. *“La menor refiere que intentó suicidarse porque se siente sola, siente que no le importa a su padre, quien trabaja como taxista y siempre “está ocupado”; también cuenta que no vive ni posee relación alguna con la madre y que casi nunca se comunica, la menor refiere que hace más o menos siete meses no sabe de ella.*

En adición, se identificaron FR_I relacionados con prácticas y comportamientos como por ejemplo, el alcoholismo y el abuso de sustancias. La EP reveló en la narración de los hechos que la persona que llevó a cabo el suicidio se encontraba bajo el efecto del alcohol.

“El traía una media de aguardiente a un lado y otra al otro, estaba tomando... me dijo mamita entiéndame mi amor estoy aburrido...Déjeme mami, quiero estar solo”... el apenas yo pasé, el salió de la pieza y se vino, cuando yo sentí los pasos miré, cuando yo miré pensé que era que él iba a tomar agua y mentiras él se fue y ¡tan! Se enteró con el cuchillo”. En el mismo sentido la información recolectada a partir del GF presentó el consumo de sustancias como precursor o desencadenante del intento y el acto suicida.

” Muchas veces se quedan ahí se forma un vínculo donde en la mente solo están los problemas y la droga, no más.” en todas partes, ósea la mayoría de las personas que consumen suelen pensar eso o creen que están solos... cosas así...”;” por ejemplo, que los que consumen eso pueden ser... por algo que no se sientan bien, pues que de ahí viene el efecto... pues del suicidio”. La información recolectada por medio de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica no hace referencia a este factor de riesgo.

Por último, se describe el mecanismo y el escenario, en el primero, se pudo observar que el intento de suicidio en mujeres, es llevado a cabo por medio de las intoxicaciones exógenas en un 60% y en el suicidio consumado, que se presenta más en hombres, los mecanismos más letales como el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se utilizan en 65%. Para el segundo, las dos manifestaciones de conducta suicida se registran en el hogar en un 75% para intento y un 80% para suicidio consumado. En conjunto, los DC describen el hogar como el escenario más escogido para llevar a cabo la ejecución del acto suicida *“Nos cuenta que cuando el colegio dio aviso ese era el tercero de sus intentos suicidas, nos cuenta que otro de ellos fue en su casa, en el baño y otro de ellos en la cocina de su casa, con personas allí, su abuela y sus tías, pero que “ni se daban cuenta”.*

Caracterización de la conducta suicida desde el enfoque de determinantes sociales

De acuerdo a la Declaración Política de Rio realizada el pasado 21 de octubre de 2011, los determinantes sociales de la salud son aquellas condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Esto incluye experiencias tempranas en la niñez, educación, nivel socioeconómico, empleo, vivienda y ambiente. Dentro de los determinantes sociales identificados en relación con el intento y la consumación del acto suicida, con base en la información recolectada en los DC de los investigadores se encontró en primera instancia el bajo nivel socioeconómico y educativo.

Levanté la mirada y miré hacia el cerro y noté la inmensidad que se extendía hasta casi tocar las nubes, ahí entendí que esta era apenas la fachada de Ciudad Bolívar. No en vano posteriormente pude constatar la agobiante realidad en términos de la precariedad en las

condiciones de vida de las personas que habitan esta localidad”... “ Se puede observar como el panorama de Ciudad Bolívar en los DC esta caracterizado por la precariedad de las condiciones que se manifiestan desde el mismo entorno físico así como en la falta de recursos a los que se enfrentan sus habitantes a diario.

“Las basuras, capturaron mi atención, las bolsas de basura todas estaban abiertas, con la comida por fuera, no se recicla por material, pareciera que los habitantes de la calle usurparan las bolsas, al igual los perros”.

“Un olor como a húmedo, muy desagradable. Entramos y había un señor acostado en una cama a menos de un metro de la puerta, había muchos niños pequeños. Resultó que el señor que estaba acostado era el padre cabeza de familia; una persona que evidenciaba falta de higiene, y la casa en general estaba bastante desarreglada, el piso era en una parte en cemento y otras en tierra”

En el mismo orden de ideas, en Ciudad Bolívar la carencia de educación y de oportunidades para vincularse a prácticas saludables y constructivas dentro de su comunidad, se combinan con la imposibilidad de acceder a servicios básicos, como el derecho a la salud, que garanticen un nivel de vida digno para estas personas.

De esta manera, los registros narrativos del GF revelaron como se hace presente la escases de los recursos básicos que suplan las necesidades primarias de los integrantes de la comunidad, manifestando lo siguiente, el entrevistador preguntó *“si a ti te dijeran, tu puedes darle a Ciudad Bolívar una cosa, puede darle educación, puede darle trabajo... que le darías”*, el GF manifestó *“comida, porque eso es un gran aporte para que una persona se sienta bien y pueda sentirse capaz de cumplir con los...”*. Frente a la pregunta que realizó en entrevistador, el GF responde *“una motivación pa los muchachos”, “oportunidades”, “¿oportunidades para qué?”,* pregunta el entrevistador, el GF responde *“para uno ser alguien en la vida”*, manifestaron *“el deporte”, “¿les gusta el football?”* preguntó el entrevistador, frente a lo que ellos contestaron *“claro”*. El GF declaro *“la música”... “porque es un arte que se escucha, que se puede bailar”... “de pronto el deporte importantísimo, la literatura, a mí me gusta mucho leer y ahí como que... como que me hago ideas de la vida... cosas así... ya”* y *“¿acá si tienen la oportunidad de leer?”*, preguntó el entrevistador, el GF respondió *“Osea pues acá tenemos más justamente una hora para leer a la semana, pero ya casi no la hacen... se llama el “pileo”... el “pileo” se llama eso.”*, *“porque si es un 10% el que apoya el hecho de leer, por eso no consideran que sea prudente perder el tiempo en eso.”* Finalmente el GF reporta *“si... por lo que a veces uno necesita cosas, uno roba, uno quiere hacer deporte, hay que pagar pa’ poder estudiar un deporte o algo... eso es lo malo... uno siempre busca lo más fácil... pero es lo más complicado... si...”*.

Cabe resaltar que la información recolectada a través de los Sistemas de Vigilancia no permitió hacer referencia a esta determinante, porque se caracteriza los factores del evento cuando este ocurre.

El análisis de los determinantes sociales permitió corroborar que otra de las condiciones sociales fecundas para el fenómeno suicida es la situación de pérdida del empleo. Aún cuando el análisis cuantitativo de la información de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica no arrojó nada al respecto, esta determinante se puede constatar en la EP realizada, ya que se evidenció una gran inestabilidad laboral de la persona que llevó a cabo el acto suicida manifestado por su compañera permanente. *“Él estuvo trabajando por allá en abastos y después de allá se salió y ya en estos momentos, en esos días, él estaba trabajando en los billares, pero el ese día que sucedió eso él no estaba trabajando”*. Los registros narrativos de los DC confirmaron esta situación, *“la escasez de recursos y el desempleo”*. *“En ese momento está pensando es un papa... está pensando que con que darle de comer a sus hijos, con que... no tiene trabajo... nada...”*

Retomando la Declaración Política de Rio, en cuyo fallo se presenta la exposición a experiencias tempranas como determinante de la conducta suicida, en los registros de los DC de los investigadores se encontró varias experiencias donde los familiares principalmente, entre ellas menores de edad son testigos de intentos suicidas. *Ese día ella se puso a hacer oficio, a arreglar la pieza y se encerró, yo estaba lavando la ropa y la niña (señalado a la nieta) me dijo ¡abuelita mi mamá está acostada en la puerta y no me deja entrar! Yo me agache por debajo y tenía como sangre abuelita. Ella tenía una toallita en la mano untada de sangre, como que había intentado cortarse, y yo la veía muy pálida y como que se iba a desmayar”*.

En conjunto, los DC afirman como las dinámicas familiares y las prácticas que se realizan dentro de ella, se convierten en un determinante *“Sobre todo por la dinámica familiar a la que estaba sometido aquel joven, familiares alcohólicos, niños y un hacinamiento perturbador”*.

Siendo así, el ambiente donde la persona crece y vive, de la mano con los problemas de funcionamiento familiar, las relaciones sociales y los sistemas de apoyo, constituyen otra determinante que impacta significativamente la salud y el bienestar de los individuos en relación con la conducta suicida. Dentro de los registros de los DC también se pudo evidenciar:

“Cuando hay problemas con la familia, por ejemplo cuando uno tiene problemas con la familia, cuando le echan todo en cara a veces también...” muchos problemas familiares, o problemas así que no hacen falta como en el colegio.

En suma, la información recogida en los registros narrativos de la EP, afirmaron lo mencionado previamente; se encontró frente a la siguiente pregunta del entrevistador *“¿El tenía amigos con los que usted les preguntara mire a mi esposo le pasa algo... de donde trabajaba, usted*

se acercó? nunca preguntaron algo?” S.R responde “no, nunca, no Señor”. “él tenía amigos con los que usted les preguntara mire a mi esposo le pasa algo... de donde trabajaba, usted se acercó? nunca preguntaron algo?” S.R responde “no, nunca, no Señor”

Frenz y Solar (2007) analizan otras variables sociales que intervienen de forma menos explícita, se encuentra entre ellas la relación de poder existente en los sistemas sociales, donde las condiciones de sumisión, subyugo u otras que coarten de forma alguna la libertad de una persona o limiten sus oportunidades y su calidad de vida, se constituyen como un determinante asociado al suicidio; esto se materializa, por ejemplo, en grupos de minorías o personas con condiciones inequitativas.

Por último, de acuerdo a los DC de los investigadores es importante resaltar que en algunas ocasiones estas condiciones están relacionadas con la pertenecía a minorías étnicas o a grupos que tienen connotaciones especiales, generalmente negativas dentro del barrio. *“También me contó que la familia de ella hace parte de una minoría étnica, pero era tajante en decir que los papas, los PAPÁS, -ella no-”*. Estas condiciones limitan las oportunidades y la calidad de vida de las personas y constituyen una determinante asociada al intento y al suicidio consumado.

Finalmente, es necesario resaltar que los sistemas de recolección de naturaleza cuantitativa, como los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica no permitieron un acercamiento al fenómeno suicida orientada desde los determinantes sociales de la salud.

Discusión

La literatura del suicidio en su mayoría estudia este fenómeno desde una óptica epidemiológica, en el caso de Bogotá, la Secretaria Distrital de Salud y Medicina Legal, lo realizan por medio de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, SISVECOS y SISVELCE respectivamente, que recaudan información con base en el modelo de los factores de riesgo. El presente estudio, enlaza la información proveniente de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de la mano de técnicas cualitativas, DC información registrada del GF realizado con estudiantes de un colegio Distrital de Ciudad Bolívar y una EP llevada a cabo a una víctima secundaria de un suicidio consumado; con el fin de caracterizar la conducta suicida en la localidad de Ciudad Bolívar de la ciudad de Bogotá, desde el modelo de los factores de riesgo y los determinantes sociales.

De esta manera, el estudio buscó trascender las fronteras del dato netamente cuantitativo, ampliando el panorama y acercándose a fibras más internas del fenómeno suicida, haciendo a hablar a los que han sido los autores y las víctimas de tan frío suceso;

con el fin formular una propuesta para futuras intervenciones desde un modelo que involucre los determinantes sociales de la salud, configurando así, un abordaje orientado a una comprensión integral de la conducta suicida. .

De manera general, los hallazgos de la investigación presentan un panorama de la localidad de Ciudad Bolívar muy similar a los diagnósticos existentes (Boletín Epidemiológico Quincenal de Ciudad Bolívar # 10, 2011;) ya que se pueden evidenciar condiciones de pobreza extrema, bajo nivel educativo, población en situación de desplazamiento, entre otras condiciones que constituyen factores de riesgo y determinantes sociales de un alto impacto sobre la salud y el bienestar de los habitantes de la localidad. En relación con el fenómeno del suicidio, los factores de riesgo encontrados son consistentes con aquellos señalados por la literatura a través de distintos autores. En el caso del género, los resultados del estudio realizado muestran una tendencia a lo largo del tiempo por parte de las mujeres a exhibir con mayor frecuencia el intento suicida en comparación a los hombres, del mismo modo los son los hallazgos de Mejía et al (2011) y El Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 2 de Argentina (2008), al igual que los resultados de Tello (2010), quien encontró para el género como factor de riesgo una razón de hombre mujer de 4:1.

Los resultados en torno al estado civil arrojaron que son las personas casadas quienes más intentaron, y de la misma manera lograron con mayor éxito llevar a cabo el acto suicida. Hallazgos similares ofrecen estudios realizados por (Tello, 2010) y (Valenzuela, 2009) confirmando que los solteros (as) son quienes ejecutan conductas suicidas con más frecuencia, seguidos por los que se encuentran en unión libre y finalmente por quienes están casados.

En el caso de la edad o la etapa del ciclo vital en tanto FR_1 , se encontró que el grupo de personas que mostraron una tendencia a través del tiempo a intentar y consumar el acto suicida se encuentran entre los 15 y los 19 años, de acuerdo al análisis de la información recolectada por los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica. De la misma manera, que los registros de los DC sitúan como población en mayor vulnerabilidad a los adolescentes entre los 15 y los 19 años. De manera similar, Valenzuela (2009) enfatiza que la población más vulnerable a cometer conductas suicidas encontrada en los estudios epidemiológicos, es la que corresponde a los jóvenes de edades entre 18 y 29 años.

Diferentes estudios sitúan como población en mayor vulnerabilidad frente al intento y la consumación del suicidio a la población juvenil que comprende la edad entre 15 y 24 años (Noa y Miranda, 2010; García de Jalón y Peralta, 2002; Christopher, Murray y López, 1995 (citado por Guilbert, 2002) y (Telles, 2010)(OMS, 2009).Adicionalmente, Posada, Rodríguez, Duque y Garzón (2007) confirman el incremento de las tasas de suicidio en edades cada vez más tempranas. Medina et al, (2010); Reyes, Castro, Polo y Ceballos (2005); (Tuesca y Navarro, 2003); González (2007) argumenta que este periodo de la vida está asociada posiblemente a la llamada “*crisis de la juventud o etapa adulta inicial*” (González, 2007, p. 183) Valenzuela (2008).

De acuerdo a los resultados del presente estudio, los habitantes de Ciudad Bolívar encontraron los FR_I relacionados con los motivos desencadenantes de la conducta suicida, reportaron como motivo más frecuente para haber tomado la decisión de quitarse la vida, dinámicas de estrés y maltrato familiar. En el mismo sentido, Valenzuela (2009) encontró que en Colombia los conflictos amorosos, la ausencia de motivación en diversos niveles o áreas de ajuste de las mujeres y de los hombres, probablemente desembocaban en la decisión de quitarse la vida; (Tello, 2010); (Barlow y Durand ,2006) y (Pérez, Ibáñez, Reyes, Atuesta y Suarez, 2008) resultados coherentes con los hallazgos del presente estudio. El consumo de drogas y alcohol, el involucrarse en disputas, portar de armas y el tabaquismo están asociados a un mayor riesgo de suicidio en la etapa del desarrollo que comprende la adolescencia (Barlow y Durand, 2006; OMS, 2006; Echeverry, et al, 2009; Acero, Escobar y Castellanos, 2007).

Los resultados de la investigación, de igual forma, dan cuenta de la dinámica familiar como factor de riesgo para el intento de suicidio como para el suicidio consumado. Así pues, una dinámica familiar disfuncional configura patrones de relación que constriñen y violentan a la persona de diferentes maneras, algunas menos obvias que otras, en todo caso condiciones que propician eventos que a la postre se convierten en huellas que marcan y condicionan las historias de vida de individuos y familias enteras generándoles cierta proclividad hacia la posterior manifestación de estas expresiones de abuso, bien sea en los demás, o como en el caso del suicidio en el propio cuerpo.

Las narraciones de los jóvenes en el GF así como la experiencia etnográfica de los investigadores consignada en los DC muestran dinámicas disfuncionales en los hogares,

una pobre comunicación al interior de la familia lo que genera sentimientos de soledad y aislamiento en sus miembros. Guilbert y Torres, 2001, y Pérez et al, 2007 citado en Medina et al, 2010); OMS (2006); Villa et al, (2009) y Núñez y Manrique (2005), citado en Núñez et al, (2008) consideran que la dinámica familiar se convierte en otro factor de riesgo para el intento de suicidio y el suicidio consumado, es decir familias disfuncionales, padres con problemas de abuso de alcohol, maltrato infantil, ambiente hostil y falta de unidad familiar son característicos de estas tipologías. “*Cuando hay problemas con la familia y cuando le echan todo en cara...*” (Narración del GF).

La localidad de Ciudad Bolívar, en esta medida, está en continua exposición a padecer la insuficiencia de la respuesta del Distrito, mientras su situación se ve agravada por dinámicas de abuso y violencia, que tienen lugar dentro de los hogares que pueblan los montañas que custodian el sur de Bogotá como producto de estas condiciones; de igual manera, las calles y los parques son presos de la violencia que abraza a la localidad, dificultando el acceso a prácticas lúdicas y saludables por parte de los habitantes.

En conjunto, Blair (2009), establece que la violencia coexiste con la muerte violenta en términos de tiempo y espacio, y así mismo procede de tres gérmenes: el crimen, el suicidio o el accidente. Las cifras son desoladoras, Forero (2009) reveló que cerca de un millón de personas muere por suicidio anualmente, la tasa global de mortalidad es de 16 por 100.000 habitantes, o una muerte cada 40 segundos, en adición, el Informe Mundial sobre la salud y la Violencia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2002), registró que anualmente alrededor de 120.000 homicidios y 55.000 suicidios se llevan a cabo. Finalmente, Eastman y Krug (2002) y confirman lo anterior en el Informe de la OMS, en el cual se denominó la violencia como fenómeno mundial que impacta fuertemente a América.

Conjuntamente, la aproximación que se realizó de la mano de los funcionarios de la Secretaria de Salud, permitió ser testigos de la ineficiencia del Sistema de Salud, en términos de una respuesta inmediata, medios de transporte adecuados y asistencia de alta calidad. La intervención psicológica que brinda la Secretaria Distrital de Salud, no logró prestar servicios de intervención en crisis a las víctimas del evento suicida de calidad. Adicionalmente, se pudo identificar que el servicio psicológico prestado, no da cuenta de una actitud empática de los funcionarios frente a la víctima. Por último, la cantidad de

vehículos y funcionarios del cuerpo de la Secretaria Distrital de Salud no supe las necesidades y demandas de la población de Ciudad Bolívar. Siendo así ineficiente la labor e intervención realizada por parte del Distrito.

Para dar inicio, Sierra (2011); Manrique, Ochoa, Fernández, Escamilla y Vélez (2002); Villalobos, (2009) y Guindberg (2009) exponen como la comprensión del fenómeno suicida ha sido matizado por el periodo histórico, recibiendo explicaciones y aproximaciones abrazadas al paradigma predominante de la época histórica. Por tal razón, el abordaje de la conducta suicida debe contemplar los determinantes sociales (La Declaración Política de Rio sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2011b) y los factores de riesgo (Colimon, 1990) de la población que se estudia; siendo necesario una metodología de investigación que conserve la unicidad de la población, como la expone Ramírez (2009): la epidemiología etnográfica aborda holísticamente el fenómeno que se estudia, sobrepasando las barreras que establece el registro único de datos de naturaleza cuantitativa.

A partir de los datos recogido de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y de la mano de las vivencias experimentadas en la aproximación a Ciudad Bolívar a las familias víctimas de un intento de suicidio o suicidio consumado, se realizará una breve propuesta de intervención, más precisamente se darán cuenta de algunos aspectos que se deben tener en cuenta para posteriores campañas de prevención e intervención del fenómeno suicida. Resultaría atrevido pensar en una propuesta de intervención dada la breve aproximación al campo que se realizó.

Siendo así, resulta indispensable mencionar la Declaración Política de Rio sobre los determinantes sociales de la salud, la cual sugiere la acción sobre estos determinantes tanto para las poblaciones vulnerables como las que no lo son; siendo esencial para la creación de sociedades incluyentes, económicamente productivas, equitativas y saludables (OMS, 2011b). Estableciendo la reforma a la educación, como fecunda para intervenciones preventivas.

De esta manera, en términos de prevención el proyecto debe ir dirigido a la reforma de la educación escolar, una educación y acompañamiento que estructure a los niños y adolescentes de tal forma que les permita afrontar situaciones cotidianas y límite de orden familiar y social. Cabe mencionar que esto hace parte de un proceso en el que su progreso y

evolución podrá contemplarse en retrospectiva. El cuerpo de docentes, directivas y psicólogos del área educativa deben ser formados desde una pedagogía que integre las diferentes dimensiones de la persona (Bio-psico-espiritual), una pedagogía que le permita al niño crecer integralmente. En este orden de ideas, la prevención de consumo de sustancias psicoactivas se daría como efecto de la formación.

Continuando por la misma línea de prevención, Palacio, García, Diago, Zapata y Ortiz (2005); (Gómez et al, 2002) (Arranz 1998). Vargas y Fernández (2010); Botega et al (2005) y (Henden, 2008) realizaron una distinción en relación a la conducta denominada Suicidio Consumado e Intento de Suicidio, corroborando que desde el punto de vista epidemiológico el intento de suicidio es el principal predictor de suicidio consumado; siendo así, la necesidad de elaborar políticas públicas dirigidas a la prevención de conductas suicidas reincidentes.

El tiempo libre o de ocio es un momento de encuentro del niño o del adolescente con el mismo, que por razones coyunturales como el exceso de trabajo de los padres, la inseguridad, entre otros; se ha tornado un espacio fértil para germinar comportamientos violentos hacia el mismo y hacia los otros. Sin embargo, hoy por hoy es un espacio que debe ser el blanco de inversión e intervención para prevenir a la persona y desplegar sus competencias, habilidades afianzo así sus talentos. Para este proceso, se hace necesaria la construcción de espacios lúdico-deportivos y artísticos. No obstante, es pertinente que a estos espacios se les brinde un soporte y cinturón de seguridad que les permita a los ciudadanos sentirse seguros y hacer de ellos una zona agradable.

Por otro lado, en términos de intervención y seguimiento de los casos particulares de conducta suicida, los profesionales encargados del acompañamiento deben formarse y especializarse en el área de psicología clínica, para así dar un soporte adecuado que le permita a las víctimas sentirse comprendidos y emocionalmente contenidos. Siendo así congruentes con lo expuesto por Frenz y Solar (2007) quienes analizaron otras variables sociales que intervienen de forma menos explícita, entre ellas la relación de poder existente en los sistemas sociales, donde las condiciones de sumisión, subyugo u otras que coarten de forma alguna la libertad de una persona o limiten sus oportunidades y su calidad de vida, se constituyen como factores que vulneran y se asocian al suicidio; esto se encarna, en grupos de minorías o personas con condiciones inequitativas; siendo así indispensable un equipo

clínico y de la salud formado desde los valores, la inclusión y equidad, que logre dar respuestas eficientes a la población.

Teniendo en cuenta que ante un evento de esta naturaleza, resulta un desafío reconstruirse y que adicionalmente la prevalencia e incidencia del fenómeno, el escaso personal y presupuesto del Distrito para asistir como se merecen las víctimas, se propone realizar una serie de encuentros con las víctimas que le brinden un soporte emocional; las cuales vayan más allá de un espacio dedicado a cuestionar y buscar una explicación del por qué la víctima decidió terminar o intentar ponerle fin a su vida. Allí la empatía se hace invisible, dejando a un lado a la persona para darle paso al registro epidemiológico de datos, que aún así son necesarios pero no suficientes, ni es lo esencial en el manejo de estos casos. Adicionalmente se propone realizar terapias de grupo a nivel comunitario, con personal especializado ineludiblemente, que intervenga las demandas que se desencadenan a raíz de un suceso tan escarecedor como el suicidio.

Para finalizar ha de ser necesario mencionar que el estudio realizado estuvo matizado por un conjunto de limitaciones, como el difícil acceso a la población, dada su condición de vulnerabilidad y victimización que se desencadenan cuando se es preso de una situación límite como el suicidio. Razón por la cual, no se pudo tener el acceso a la población que se esperaba en un primer momento, dificultando así la elaboración de una propuesta de intervención que dé respuesta a las necesidades de la población. Por otro lado, en términos de metodología de la investigación, el uso de las técnicas cualitativas, si bien permiten tener una aproximación y comprensión más fiel a la esencia del fenómeno, su uso obliga a contactarse vivencialmente con las víctimas, lo cual, requiere de delicadeza, respeto y empatía por parte del investigador, para no incurrir en procesos de revictimización de las personas.

Referencias:

- Acero, A., Escobar, F. y Castellanos, G. (2007). Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 36(1), 78 – 97. Recuperado en Noviembre 16, 2011 de <http://www.sci.unal.edu.co/pdf/rcp/v36n1/v36n1a07.pdf>
- Arranz, F. (1998). Epidemiología de la conducta suicida. En R. Montalbán (Ed), *La conducta suicida*. (pp. 43-64). Madrid: Arán Ediciones, S.A.
- Barlow, D. y Durand, M. (2006). *Psicología Anormal Un Enfoque Integral*. (2ª ed.). México: International Thomson Editores.
- Das, V. (2008). *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Ruben´s Impresores Editores.
- Blair, E. (2005). *Muertes violentas la teatralización del exceso*. Medellín: Universidad de Antioquia, Iner.
- Blair, E. (2009). Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición. *Política y Cultura*, 32, 9-33.
- Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 2. (2008). *Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1988-2008*. Buenos Aires. Recuperado en Noviembre 16, 2011 de http://msal.gov.ar/ENT/VIG/Publicaciones/Boletines_ENT/PDF/Boletin%20Epidemiologico%20.pdf
- Botega, N., Bert, M., Bosco, H., Dalgalarondo, P. y Marín, L. (2005) . Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatría*. 27, 45-53 Recuperado en Octubre 12, 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23712.pdf>
- Bourdieu, P. (1995). *El sentido de la práctica*. Madrid: Taurus Humanidades.
- Campos, G., Roa, J., Pérez, A., Salazar, O., Piragauta, C., López, L y Ramírez. C. (2003).Intento de suicidio en niños menores de 14 años, atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*, 34(1), 9-16.
- Cardona, P. (2008). *El reto de Trabajar en Red como Estrategia que Potencializa la Prevención del Suicidio*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud. Recuperado en Noviembre 16, 2011 de <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Educacion/09/divulgacion/docs-suicidio/Secretaria-Salud-Trabajo-Suicidio.pdf>

- Cendales, R., Vanegas, C., Fierro, M., Córdoba, R. y Olarte, A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002. *Revista Panamericana Salud Pública*, 22, 231–8.
- Chica, H. (2010). La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. *Forensis Datos para la Vida*, 10, 200 – 211. Recuperado en Noviembre 12, 2011 de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2010/SUICIDIO.pdf>
- Colimon, K. (1990). *Fundamentos de la Epidemiología*. Madrid: Díaz De Santos, S.A.
- Concha-Estman, A. y Krug, E. (2002). Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. *Revista Panamericana Salud Publica*, 12(4), 227-229.
- Derrida, J. (1999). *Mal de archivo: una impresión freudiana*. Madrid: Trotta.
- Durkheim, E. (2000). *El Suicidio*. Madrid: Ediciones Coyoacán
- Echeverry, Y., Aristizabal, O., Barraza, F., Aristizabal, A., Martínez, J. y Montoya, G. (2010). Suicidio: revisión de aspectos neurobiológicos. *Rev. Invest. Univ. Quindío*. 21, 186 -193. Recuperado en Noviembre 13, 2011 en http://uniquindio.edu.co/uniquindio/revistainvestigaciones/adjuntos/pdf/a272_n21019.pdf
- Eltiempo.com. (2010). Secretaría de Salud de Valledupar (Cesar) presentó un plan contra el suicidio. Recuperado en Septiembre 15, 2010 de http://www.eltiempo.com/colombia/caribe/plan-contra-el-suicidio-en-valledupar_7905932-1
- Forero, J. (2009). Programa presidencial “Conductas suicidas en Latinoamérica” Plan de trabajo 2009 - 2010”. *Asociación Psiquiátrica de América Latina [APAL]*. Recuperado el 11 de Noviembre, 2011, de <http://www.apalweb.org/docs/programasuic.pdf>
- Frenz, P., & Solar, O. (2007). *Documento Técnico II Pauta para iniciar la revisión de los Programas: Lista de chequeo de equidad*. Santiago de Chile: Serie de Documentos Técnicos del rediseño de los programas desde la perspectiva de equidad y determinantes sociales. Recuperado en Noviembre 15, 2011 de <http://www.equidad.cl/biblioteca/informes/9revision.pdf>
- García de Jalón, E y Peralta, V. (2002). Suicidio y Riesgo de suicidio. *Anales*. 25(3), 87-96. Recuperado en Noviembre 12, 2011 de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7.html>

- Gómez, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Díaz-granados, N., Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento suicida en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 31, 271-286.
- González, J. (2007). Epidemiología de los suicidios Colombia, 2007. *Forensis Datos para la Vida*. 6, 181-204. Recuperado en Noviembre 22, 2011 de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2007/Suicidio.pdf>
- González A., Rodríguez Á., Aristizabal A., García J., Palacio C., López C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39, 2, 251-267. Recuperada en Marzo 16 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80615447004.pdf>
- Guibert, W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 18 (2), 139 – 142.
- Henden, J. (2008). *Preventing Suicide the solution focused approach*. Singapore: Thomson Digital.
- La mirada de Jokin. (2006). *Liga Colombiana por La Vida inicia ambicioso programa de prevención del suicidio en adolescentes*. Recuperado en Septiembre 5, 2010 de <http://argijokin.blogcindario.com/2006/07/04114-liga-colombiana-por-la-vida-inicia-ambicioso-programa-de-prevencion-del-suicidio-en-adolescentes.html>
- Martínez, M. (2008). *Epistemología y metodología cualitativa en las ciencias sociales*. México D.F. México. Ed Trillas.
- Martínez, A. y Guinsberg, E. (2009). Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 27(1), 32-38 Recuperado en Noviembre 16, 2011 de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12027106>
- Manrique, R., Ochoa, F., Fernández, L., Escamilla, R. y Vélez, E. (2002). Comportamiento del suicidio en Antioquia 1998-2000. *CES Medicina*. 16(3), 7–17. Recuperado en Noviembre 15, 2011 de http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ_Med_Vol16_3/Suicidio.pdf
- Medina, O., Piernagorda, D. y Rengifo, Á. (2010). Prevalencia del suicidio en adultos jóvenes en el departamento del Quindío - Colombia, entre 1989 y 2008. *Pensamiento Psicológico*. 8(15), 9-16 Recuperado en Octubre 26, 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/801/80115648002.pdf>

- Mejía, M., Sanhueza, P. y González, J. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza*. 8, 15-25. Recuperado en Octubre 26, 2011 de http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicidi02011_8_15-25.pdf
- Muelas, V. y Ochoa, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatria.com*, 11(3), 1-7.
- Muñoz, R., Martín, F., y de Pedraza, P. (2007). *Desigualdad y delincuencia: Una aplicación para España*. Salamanca: Instituto de Estudios Fiscales.
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*. 15, 2, 81-85. Recuperada en Marzo 14, 2012 de http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_N02/Numero%20completo%2015_2.pdf
- Noa, J. y Miranda, M. (2010). Factores de riesgo de intento suicida en adolescentes. *Revista Medisan*. 14(3), 353-358. Recuperado en Noviembre 13, 2011 en <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n3/san11310.pdf>
- Núñez, N., Olivera, S., Losada, L., Ramírez, I., Pardo, M., Díaz, L. y Rojas, H. (2008). Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico*. 4(10), 85-100. Recuperado en Noviembre 13, 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/801/80111670005.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1976). www.WHO.int
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio recurso para consejeros*. Ginebra: WHO Press. Recuperado en Noviembre 16, 2011 en [HYPERLINK "http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf"](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf)
http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Suicide prevention (SUPRE)*. Recuperado en Septiembre 5. 2011 de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Organización Mundial de la Salud. (2011a). *Día Mundial para la Prevención del Suicidio*. WHO Press. Recuperado en Septiembre 5. 2011 de [HYPERLINK "http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/es/index.html"](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/es/index.html)
http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/es/index.html

- Organización Mundial de la Salud. (2011b). Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health* (págs. 1-7). Rio de Janeiro: World Conference On Social Determinants of Health.
- Organización Mundial de la Salud. (2011c). *Suicide rates per 100,000 by country, year and sex (Table)*. Recuperado en Octubre 12, 2011 de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html#
- Organización Mundial de la Salud. (2011d). *Country reports and charts available*. Recuperado en Noviembre 12, 2011 de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la salud y la Violencia*. Recuperado en Noviembre 12, 2011 de http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf
- Palacio, C., García, J., Diago, J., Zapata, C. y Ortiz, J. (2005). Characteristics of people committing suicide in Medellín, Colombia. *Revista Salud Pública*, 7(3) 243-253. 374.
- Pandolfo, S., Vázquez, M., Más, M., Vomero, A., Aguilar, A. y Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencia. *Arch Argent Pediatr*. 109 (1) 18-23. <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v109n1/v109n1a06.pdf>
- Rodríguez, J. (1998). Introducción Histórica. En R. Montalbán (Ed.), *La conducta suicida*. (pp. 19-28). Madrid: Arán Ediciones, S.A.
- Pérez, I., Ibáñez, M., Reyes, J., Atuesta, J. y Suárez, M. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de salud pública*. 10(3), 374-385. Recuperado en Noviembre 13, 2011 de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a02.pdf>
- Plan de Desarrollo BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR. (2009). Plan de Acción 2008 - 2012 Componente de gestión e inversión por estructura del Plan de Desarrollo con corte a 30/09/2009. Recuperado en Septiembre 4, 2010 de http://www.sdp.gov.co/resources/plan_%20de_accion_gestion_%20e_inversion_por_estructura.pdf
- Posada, J., Rodríguez, M., Duque, P. y Garzón, A. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003.

Nova. 5, 84-91. Recuperado en Septiembre 28, 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/411/41150712.pdf>

Ramírez, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colectiva.* 5(1), 63-85.

Reyes, H., Castro, R., Polo, L. y Ceballos, G. (2005). Características psicodemográficas de los pacientes atendidos por intento de suicidio en un hospital de tercer de nivel de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Duazary.* 1(1), 24-28. Recuperado en Noviembre 14, 2011 de <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/1794-5992/5/3.pdf>

Sánchez, G. (2007). *El Suicidio y su Prevención.* Bogotá: Kimpres LTDA.

Sánchez, R., Orejarena, S. y Guzmán, Y. (2004). Características de los suicidios en Bogotá: 1985-2000. *Salud pública.* 16, 217-234.

Sarué, E., Díaz, A., Fescina, R., Simini, F., Giacomini, H. y Schwarcz, R. (1992). *Enfoque de Riesgo Manual de Autoinstrucción.* Montevideo: Centro Latinoamericano de perinatología y desarrollo humano (OMS/OPS). Recuperado en Octubre 23, 2011 de http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201264.pdf

Secretaria distrital de salud. (2010). *Memorias: vigilancia en salud pública. Boletín epidemiológico distrital-junio 2010.* 59-104.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2011). *Boletín Epidemiológico quincenal de Ciudad Bolívar # 10.*

Secretaria Distrital de Gobierno de Bogotá. (2011). *Ubicación de la localidad 01.*

Sierra, A. (20 de Octubre de 2011). Aumentan los suicidios en Manizales. *El Espacio.* Recuperado en Noviembre 12, 2011 de <http://www.elespacio.com.co/index.php/judiciales-dia-a-dia/40154-aumentan-los-suicidios-en-manizales>

Silvio, D. (2009). Triangulación: Procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación. *Revista Digital Universitaria,* 10, 8, 1-10. Recuperado en Abril 14, 2012 de <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/art53.pdf>

- Tello, J. (2010). Comportamiento del suicidio en Colombia 2010. *Forensis Datos para la Vida*. 10, 212–234. Recuperado en Noviembre 12, 2011 de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2010/SUICIDIO.pdf>
- Teraiza, E. y Meza, R. (2009) Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión. <http://www.psiquiatria.com>, 13, 3.
- Thomas, L. (1983). *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Toro, I y Parra, R (2010) Fundamentos epistemológicos de la investigación y la metodología de la investigación. Medellín, Colombia. Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*. 17, 19-28.
- Últimos Recurso, prevención del suicidio. (2010). ASULAC. Recuperado en Septiembre 5, 2010 de: <http://www.ultimorecurso.com.uy/htm/asulac.html>
- Valenzuela, D. (2008). Suicidio Colombia 2008, *Forensis Datos para la Vida*. 7, 191 – 215. Recuperado en Noviembre 22, 2011 de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2008/Suicidio.pdf>
- Valenzuela, D. (2009). Suicidio. Colombia, Epidemiología del Suicidio. *Forensis Datos para la Vida*. 8, 200–233. Recuperado en Noviembre 22, 2011 de <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2008/Suicidio.pdf>
- Vargas, J. y Fernández, C. (2010). Riesgo de suicidio después de un intento. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 4, 1, 15-18. Recuperado en Noviembre 15 de 2011 de http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/49_riesgo_de_suicidio_despues_de_un_intento.pdf
- Villa, A., Robles, M., Gutiérrez, E., Martínez, M., Valadez, F. y Cabrera, C. (2009). Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para intento de suicidio. *Revista Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), 643-646. Recuperado en Noviembre 22, 2011 de http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A666.pdf
- Villalobos, F. (2009). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Medigraphic Artemisa en línea. Salud Mental*. 31, 165-171. Recuperado en Septiembre 5, 2010 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58212275009.pdf>

Anexos

Anexo 1. GF

Entrevistador: Ehhh nosotros, pues, somos psicólogos. Lo que queremos hacer con ustedes es una cosita muy sencilla, queremos que ustedes... mmm, vamos a tomar un tema muy puntual que es el que tiene que ver con el suicidio; Entonces vamos a hacer unas 5 preguntas, ustedes van a responder; si?, pero levantando la mano, entonces necesitamos es ustedes como adolescentes que opinan de esta problemática, cierto? Creo que acá de pronto algunos de ustedes o en algún momento, han conocido, se han dado cuenta, ha pasado o tienen algo acerca de la situación o al menos de la palabra, cierto?, entonces primero que todo, una hojita (una hojita...) para que ellos se anoten acá; vamos anotando los nombres, el curso, y obviamente pues todos son de la jornada mañana, ¿aquí son qué? ¿De noveno?, ¿décimo? ¿Quiénes son de noveno? (algunos levantan la mano) de décimo el resto... listo; ¿quién es el menor, en orden, ¿cuántos años tienen? Como 15? 14? Y ¿cuál es el mayor? El mayor tiene 16? No hay nadie de 18? Entonces, vamos a poner atención, ¿listo? Vamos a hacer 5 preguntas, vamos a responder, responder, digamos no hay necesidad de que respondan todos, sino que simplemente levantamos la mano y damos una opinión o lo que pensamos acerca de la pregunta y ya; ¿listo? Ósea no nos vamos a demorar nada, esto no tiene trascendencia en cuanto a que a ustedes les vaya a pasar algo, vayan a citar a sus padres... nada; simplemente es algo que nosotros estamos haciendo por parte de la secretaria de salud.

Entrevistada 1: (estudiante murmura) ¿por qué nos escogieron a nosotros?

Entrevistador: es un grupo aleatorio, simplemente nosotros, le dijimos, Deisy, colabóranos con 5 muchachos de un curso, 5 muchachos de otro; ustedes no tienen ni siquiera características puntuales en cuanto al suicidio, simplemente necesitamos la opinión de unos jóvenes o adolescentes acerca de esa problemática, ¿listo? Para que también estén por ese lado mejor dicho, frescos, no es que “hay es que tú tienes tendencia suicida...” no, nada de eso, es simplemente, es general, nosotros lo único que necesitamos es opinión, listo?... entonces: ¿Han escuchado ustedes hablar del suicidio?... levantan la mano, nos dicen su nombre y nos dices que piensas, que has escuchado acerca del suicidio... no dale mira, sin pena ni nada, no te vas a volver famosa... dale, no te de vergüenza ni nada, simplemente es un trabajo muy importante... dale, dale, dale, no te preocupes! No porque ese trabajo es para nosotros, eso no va a ir a la televisión ni nada sino es para nosotros, para los profesionales, para los psicólogos que vamos a trabajar en eso, así que dale, no te preocupes, tus compañeros no te van a ver aquí del colegio ni nada... dale, dale, como es tu nombre?

Entrevistada 2: María Fernanda.

Entrevistador: Listo María Fernanda, entonces cuéntanos tú que has escuchado o que piensas acerca del suicidio.

Entrevistada 2: pues he escuchado, que... a mí me han dicho que lo hacen porque ya son un peso, quieren quitarse un peso.

Entrevistador: tú, ¿tu nombre cómo es?

Entrevistada 3: Jenny.

Entrevistador: Jenny ¿tú dices que es? ¿Que lo hacen por?

Entrevistada 3: por un despecho.

Entrevistador: ¿un despecho es en cuanto a qué?

Entrevistada 3: por un amor, por problemas, por...

Entrevistador: ¿quien más? ¿Quien más quiere opinar?

Entrevistador 2: ese peso, cuando ustedes dicen que quitarse un peso, ¿qué les puede pesar? En la vida, ¿qué le puede pesar a un adolescente en la vida en Ciudad Bolívar?

(Dos jóvenes murmuran “presión de los papás”)

Entrevistador 1: listo, a ver, presión de los papás, un ejemplo; ¿el nombre tuyo cuál es?

Entrevistado 4: Luis.

Entrevistador 1: listo, un ejemplo, a ver una situación, un ejemplo.

Entrevistado 4: pues como cuando uno quiere salir.

Entrevistador 1: por salir, bueno, listo, ustedes que piensan, ¿qué factores que situaciones en Ciudad Bolívar generan ese riesgo para que las personas puedan pensar en suicidio? Digamos ¿qué situaciones, qué características, qué piensan ustedes de eso?

Entrevistado 5: psicológicamente, físicamente, la pueden violar... eh, moralmente, emm, económicamente, ¿qué más?... nada más.

Entrevistador 1: listo. ¿Alguien más tiene otras características que se puedan asociar a esto que alguien pueda pensar o hacer algo en conductas suicidas y (Murmuran “consumo de sustancias”) consumo de sustancias? ¿Consumo de sustancias relacionado con qué? Muchachos.

Entrevistador 2: ¿cuál de todas?

Entrevistador: ¿alcohol? (murmuran los estudiantes “no”) ¿alcohol no? ¿Ustedes piensan que el alcohol no? No ósea, porque es importante que nos puedas decir a nosotros, ¿si me entiendes? (refiriéndose a una estudiante en particular) Si tú lo consideras que es no, es para ti importante y para nosotros también es muy importante lo que tú nos comunicas... dale dale fresquéate... ¿cómo es tu nombre?

Entrevistada 6: Tatiana.

Entrevistador 1: Tatiana, bueno, ¿tu qué piensas de lo que él dijo?, de lo de consumo de sustancias

Entrevistada 6: por ejemplo pues sí, trago, marihuana... droga

Entrevistador 1: ¿eso qué efectos tiene con... para con el suicidio? ¿Qué relación tiene el consumo?

Entrevistada 6: pues que por ejemplo, que los que consumen eso pueden ser... por algo que no se sientan bien, pues que de ahí viene el efecto... pues del suicidio.

Entrevistador 3: bueno niños, vengan yo les hago una cosa, una introducción, primero, es que los cogimos así, los estamos como bombardiando, con las preguntas que creo que nunca se habían cuestionado ustedes entonces la idea de esto, nosotros estamos haciendo una investigación por que la idea es abordar el fenómeno, cómo se está dando el fenómeno que se está dando, entonces la idea con esto es ayudar el país, es ayudar a la ciudad, para porque se está dando esto, entonces por eso la opinión de ustedes es tan valiosa, no estamos buscando quien es el que mejor argumenta, quien es el que más habla... nada... simplemente estamos buscando la idea que ustedes nos boten, lo que se les venga a la cabeza, para ayudar al país, la idea es ayudar al país, ayudar a las personas para que este se reduzca lo que más se pueda, lo que más se pueda y comprendamos el cómo estamos llegando a suicidarnos.

Entrevistador 2: ¿ustedes sabían que la localidad en Bogotá con mayor índice de suicidio es Ciudad Bolívar? ¿Sabían que el grupo de edad que muestra mayor prevalencia de la conducta suicida es entre los 15 y los 19 años? Ósea que técnicamente, los que se matan son ustedes en Bogotá los que se matan son ustedes, sus amigos, sus conocidos, sus primos, sus familiares, son personas con las

que ustedes han tenido contacto, nosotros no queremos venir con... nosotros no sabemos quiénes son ustedes ni sabemos tampoco que es esta vaina que se llama suicidio, queremos escucharlo de la voz de los que lo viven a diario, de la voz de las personas que han tenido que perder a un ser querido a manos del suicidio, de la voz de las personas que tienen que seguir a pesar de que ese otro ya no está y de que ese otro ya no está por múltiples razones, puede ser porque la carga fue muy pesada, puede ser porque cuando pequeño lo violaron... puede ser... pero nosotros no sabemos y pa' nosotros sería muy fácil decir en ciudad Bolívar pasa esto, pero...

Entrevistador 3: no estaríamos acá, ósea nosotros tampoco sabemos, estamos igualitos que ustedes, entonces queremos como hacerles una invitación a que nos cuenten que les parece a ustedes, que piensan de todo esto, no, no es no estamos evaluando si está bien o está mal, nada... simplemente queremos que ustedes nos cuenten para ustedes que significa esa palabra que resonancia les hace, entonces bueno quería presentarme (presenta a los entrevistadores)...

Entrevistador 2: nosotros trabajamos con la secretaría de salud, y no se preocupen tampoco por utilizar lenguaje técnico, no hay expresiones buenas o malas... ósea exprese como se expresan ustedes normalmente... entonces ahora sí.

Entrevistador 1: muchachos ustedes aquí han escuchado, yo sé que ustedes aquí han trabajado de pronto con "Salud al Colegio", ¿han escuchado ese programa? ¿Han tenido conferencias acerca de temáticas relacionadas al suicidio?... Yo en alguna oportunidad vine acá a la institución educativa... fue el año pasado?, creo... y hice una capacitación, bueno un taller acerca de la problemática del suicidio... estuve creo que con novenos y décimos, entonces es importante digamos que ustedes sepan, cierto? y que contesten ustedes cómo manejan una situación, ósea si a ustedes se les presenta una situación de suicidio si hay un amigo un familiar, ustedes saben qué hacer?... ósea no importa, ósea por eso nosotros les dijimos, que es importante lo que ustedes nos respondan a nosotros para nosotros poder empezar tomar digamos acciones preventivas por esta problemática, ustedes se dan cuenta que suicidio está relacionado con muchos factores, digamos lo de abuso sexual, maltrato, lo que tu decías del consumo de sustancias, alcoholismo y otra cantidad de cositas y aparte de eso pueden haber otros factores asociados que tu dijiste entonces puede estar relacionado a una pérdida, a un duelo, cierto? Que es que terminé con mi pareja y puedo pensar en eso, ¿cierto? Entonces de esa manera, quiero, por eso le pregunto a ustedes, ¿ustedes saben qué hacer si se presenta la situación de suicidio? Sea en algún amigo o un familiar... levanten la mano, digan si sé no sé, podría ser esto, no sé... cuéntenme.

Entrevistada 2: si uno supiera, ósea que una persona va a hacer eso uno, pues uno, no sé cómo que le daría un consejo, o hace algo.

Entrevistador 1: ósea, trata de ayudarlo... Ustedes que no han hablado Ósea, digamos, otra pregunta, de qué manera uno puede ayudar a alguien que quiere hacerse daño o al menos lo piensa.

Entrevistado 7: aconsejándolo.

Entrevistador 1: como puede decir, ósea de qué manera lo puede...

Entrevistada 8: animándolo, para que siga sus planes, para que cumpla sus metas, para que luche por su familia, por lo que quiera.

Entrevistada 2: dándole consejo.

(Varios murmuran)

Entrevistador 1: ósea, llevándolo, cambiándole esa perspectiva negativa por una positiva.

Entrevistado 7: pensamientos.

Entrevistador 1: eso, pensamientos, exacto, eh... ustedes que... para ustedes ¿qué es suicidio? ¿Qué es suicidio? ¿Qué significa suicidio para ustedes? Y eso si se los voy a preguntar a cada uno, para ti que es suicidio, no, no, no, contesta cualquier cosa, lo que se te venga a la cabeza, lo que tú consideres, ¿tú nombre cuál es?

Entrevistada 9: Ingrid.

Entrevistador 1: Ingrid, Ingrid que es suicidio para ti? Ingrid.

Entrevistada 9: (después de un silencio) mm... pues no... no sé.

Entrevistador 1: Osea si no lo sabes es válido... para ti (refiriéndose a otra estudiante) que es la tuya, para ti, que piensas, si te hablan de suicidio que piensas?

Entrevistada 10: no sé

Entrevistador 1: no sabes.

Entrevistador 2: pero que te genera, que sientes cuando yo te digo suicidio?... felicidad?

Entrevistada 10: No.

Entrevistador 2: tristeza?.

Entrevistada 10: ... sí.

Entrevistador 2: preocupación?.

Entrevistada 10: preocupación, sí.

Entrevistador 2: qué te preocupa? Te preocupa que la gente se mate?

Entrevistada 10: pues si... porque...

Entrevistador 2: si, cuéntame...

Entrevistada 10: pues porque uno tiene que vivir la vida, no que por algo matarse, no por terminan con alguien entonces va y se suicidan.

Entrevistador 2: a ti no te parece una salida válida?

Entrevistada 10: no.

Entrevistador 1: (pregunta en voz baja a la entrevistada 1) tu qué piensas.

Entrevistada 1: no, no sé.

Entrevistador 1: pero que piensas... que se te viene a la cabeza si, si yo te dijera, oye me dan ganas de matarme...

Entrevistada 1: ... murmura (no mantiene contacto visual) no sabría...

Entrevistador 1: no sabrías que decir?, listo, vale. Usted?

Entrevistado 11: no, no sé.

Entrevistador 1: no sabes nada, absolutamente nada, no se le viene ninguna idea a la cabeza.

Entrevistada 8: pues que uno quisiera no sé, acabar con todos los problemas, uno no quiere ser un problema para nadie más, no ser un estorbo para nadie y ya.

Entrevistador 1: una pregunta, en algún momento ustedes, de su vida han pensado en matarse, pero en que, en que, digamos contemplar de que estoy aburrido y que no me gustaría estar vivo? (la mayoría de los estudiantes murmuran "sí") a ver, cuantos de ustedes han contemplado la idea, al

menos, que estoy aburrido, que mamera de vida, es que no tengo estas cosas, me hace falta esto, que hago... ustedes, y por último, digamos ya ustedes que solución le pueden dar a que alguien piense en suicidio, o las soluciones para el suicidio, alguna alternativa...

Entrevistada 3: buscar un consejo en la familia.

Entrevistador 1: un consejo en la familia? Súper bien.

Entrevistada 8: iba a decir también eso y que también mantener el tiempo ocupado, como para que no estén pensando en esas cosas... si ocupar el tiempo libre.

Entrevistador 1: si, que otras cosas...

Entrevistado 4: murmura no deprimirse.

Entrevistador 1: no deprimirse.

Entrevistado 4: si, pues estar como relajado de la vida...

Entrevistador 1: qué?, no, dígallo, tranquilo...

Entrevistado 12: (murmura y señala a otros) no ser emo. (pertenecer a un grupo social)

Entrevistador 1: no ser emo, (varios sonrén); no, pero es verdad, la cultura emo, ya algunos la conoces, han escuchado de la cultura? Saben cuál es la cultura emo, hay muchachos que pertenecen a la cultura emo, y ellos obviamente dentro de las practicas que tienen cuál es? Cortarse, cierto? (murmuran algunas entrevistadas... "lastimarse") y eso de una u otra manera, esos métodos de autolesión, cortándose, ellos piensan que y dicen dentro de su ideología que es una manera de sentirse vivos, osea se cortan... se cortan y se sienten vivos, cierto? Yo personalmente, personalmente voy en contra de eso tipo de ideologías porque para mí es totalmente una conducta digamos de suicidio porque yo estoy generando lesiones contra mi... entonces voy en contra de eso. Usted ¿qué piensa de eso, señor? (dirigiéndose al entrevistado 11)

Entrevistado 11: pues que eso es malo... por que se hacen cosas que genera dolor... que más...

Entrevistador 1: todos ustedes ya que están en noveno, décimo, ustedes ya han pensado que van a hacer cuando salgan del colegio? Ahh??

Entrevistador 3: (dirigiéndose a la entrevistada 2) si, y tú que has pensado?

Entrevistada 2: yo estoy estudiando enfermería.

Entrevistador 3: que chévere.

Entrevistador 1: piensan ser alguien en la vida? Porque si no eso lo limita a uno y uno puede llegar a pensar muchas cosas, como en el suicidio... porque uno sale del colegio, está ocupado, cierto? Y llega un momento en el que uno estaba ocupado 6 horas o 7 horas, salía y se iba a hacer los trabajos, ¿y ahora? Entonces es un choque social... duro, entonces eso es lo que tenemos que también empezar a mirar.

Entrevistador 2: hablemos un poquito de cuando no tenemos ganas de vivir... osea, que situaciones diarias o que cosas en su vida les restan ganas de vivir? Decir, mm, esto es una mamera o cada vez que me acuerdo de esto me bajoneo o...

Entrevistador 1: la pregunta es en que momentos de la vida ustedes se sienten tristes o aburridos?

Entrevistada 8: cuando hay problemas con la familia, por ejemplo cuando uno tiene problemas con la familia, cuando le echan todo en cada a veces también, así, algunas veces...

Entrevistado 12: problemas en la familia.

Entrevistador 2: pero, pero por ejemplo... como sería...

Entrevistado 12: los padres, el apoyo...

Entrevistador 2: pero es que, como que lo griten a uno...? Como que... que es lo que... que es lo que más les llega? Que lo humillen?

Entrevistada 6: si, que lo humillen, si...

Entrevistador 2: por ejemplo cual sería una humillación que... una que recuerden... osea que les duele mucho por ejemplo...

Entrevistado 12: que le echen la plata en cara a uno.

Entrevistador 2: la plata?

Entrevistador 3: qué más se les ocurre?

Entrevistada 2: que lo traten mal a uno...

Entrevistador 3: quienes?

Entrevistada 2: pues los papás.

Entrevistador 3: como creen ustedes, que creen ustedes que puede estar pasando en una casa de una persona que intenta suicidarse, o una persona que se suicidó.

Entrevistada 2: muchos problemas familiares, o problemas así que no hacen falta como en el colegio.

Entrevistador 3: y que crees, que problemas puntualmente.

Entrevistador 2: osea de alguna experiencia que ustedes que ustedes conozcan.

Entrevistador 1: alguien ha conocido, ha tenido alguna experiencia relacionada con esto?

Entrevistador 3: dirigiéndose a la entrevistada 2) no, no no te de pena.

Entrevistada 2: es que no sé qué decir, no sé cómo qué problema, no sé...

Entrevistador 3: y cómo crees que hay personas, porque todos tenemos problemas en la casa, pero que crees que le puede pasar, como e puede afectar tanto ese problema a una persona que intenta suicidarse... a una persona que no lo haga, que crees que pueda estar pasando, en que se diferencian?

Entrevistada 6: pues que no tienen buena autoestima.

Entrevistador 3: ok.

Entrevistador 2: bien, pero eso qué es, con que se... no, pero bien, pero con qué se come esa vaina de la autoestima? Qué es tener una buena autoestima?

Entrevistada 6: pues quererse así.

Entrevistador 3: y y como, como uno... como yo me doy cuenta yo de que tú te quieres?

Entrevistada 6: pues haciendo cosas positivas.

Entrevistador 3: cómo cuáles? Enumérame 2.

Entrevistador 2: sí, osea no, no, no es un quiz, pero...

Entrevistador 3: pero es como para saber.

Entrevistador 2: osea cómo sé yo, que yo me quiero?, por ejemplo, ¿ustedes dirían que yo me quiero a mi mismo?... más o menos?... “no sé”? osea como hace uno para saber que el otro se está queriendo, que tiene o no tiene autoestima?

(murmuran estudiantes)

Entrevistada 3: porque hacen cosas que les afecta.

Entrevistador 2: que cosas nos afectan, que nos hace daño?

Entrevistada 3: digamos la droga?

Entrevistador 2: la droga... porque nos hace daño la droga si es “tan sabrosa”, pues bacana si es o no? O eso dicen... si, a mí me interesa saber, nos interesa saber es porque, porque creen ustedes que es malo... osea...

Entrevistada 3: Porque afecta nuestro cuerpo.

Entrevistado 5 dialogando con entrevistador 1: no, nada, acá hablando.

Entrevistador 1: pues digamos, las cuestiones del consumo, que ellos no han probado nunca el consumo de drogas ni nada pero si han probado alcohol .

Entrevistador 2: ustedes creen que a uno el alcohol le hace daño?

Entrevistado 5: pues yo creo que sí, pero pues toca tener sus límites, tener claro lo que está haciendo.

Entrevistador 3: bueno y ustedes, por aquí.

Entrevistada 1: es que los vicios no tienen límites... pues porque cuando la persona menos vea se lo lleva y por más que quiera tener autoestima o control sobre eso ya no puede, ya es muy difícil.

Entrevistador 1: pero ahí hablamos de consumo de drogas o consumo de alcohol.

Entrevistada 1: de las 2.

Entrevistador 1: osea que el alcohol y el consumo de drogas está asociado, cierto?... eso es claro esto, esto son, estos también nos pueden llevar... son factores de riesgo a que alguien cometa lo que alguna de ustedes decía, un acto de intento de suicidio o piense en morirse, cierto? Ustedes tienen novio? Tienen novias? ... lo que ella decía, cómo es tu nombre?

Entrevistada 3: Jenny.

Entrevistador 1: Jenny, en cuanto a lo de pareja cuando le preguntábamos lo de que que piensas o que sientes relacionado con el suicidio y dijo eeh, alguna perdida o peleas o conflictos de pareja eso si es verdad . ustedes creen que eso es cierto? Porque? La pregunta es por qué creen que hay dificultades o está relacionado el suicidio con problemas de pareja, porque?

Entrevistada 1: Porque hace falta afecto tanto de uno mismo como de la familia entonces uno busca refugio en otra persona entonces pues... el día que eso se acaba es...

Entrevistador 1: aja... a ver quién más.. dale, dale, miren, todo lo que ustedes dicen es importante.

Entrevistador 2: importantísimo, importantísimo, porque esto no lo dicen los libros, nosotros no queremos que los libros hablen... los libros no dicen la verdad.

Entrevistador 1: ustedes son la verdad.

Entrevistador 2: digan.. ahí tienen ustedes algo que se lo están secretiando y ajajay nada qué?! (dirigiéndose a un grupo de niñas)

Entrevistador 1: Para ustedes las mujeres, sobre todo las niñas pregunta para las mujeres: ustedes creen que una relación si las afecta el tener inconvenientes? O en algún momento ustedes pueden llegar a pensar en suicidarse por un conflicto de sus parejas. (estudiantes murmuran sí) si? Por qué? Hablo con las mujeres, porque? Tu como ,mujer porque crees que si podrías a llegar a pensar en eso, peleando con tu novio.

Entrevistada 2: de pronto por lo que han tenido muchos problemas con el o también porque la lastima osea que, que de varias formas.

Entrevistada 8: porque está sola porque no tiene compañía, porque uno piensa, bueno uno no... muchas piensan que en ese momento se les va a acabar el mundo... pero la vida sigue... uno en esos momentos... sí...

Entrevistado 3: tu... has estado muy callada (refiriéndose a otra estudiante) cuéntanos.

Entrevistador 2: que fijo tienen hartos que decir...

Entrevistada 9: pues porque uno piensa que esa persona lo es todo para uno y pues... las cosas no son así.

Entrevistador 3: y cómo crees que uno puede llegar a pensar que una persona lo es todo para uno y que si no está...

Entrevistada 9: pues puede ser por la relación que la relación que hay entre ellos dos puede ser primera como una familia que lo trate a uno... pues si, como puede ser eso...

Entrevistador 3: entonces, en esa medida pensaría en suicidarse si esa persona no está?

Entrevistada 9: si... pues yo creo...

Entrevistador 2: ustedes que creen?... el par de alegres compadres, ustedes si creen que la gente se muere de amor? Esa expresión de que se murió de amor, eso sí es cierto? O ustedes creen que no?

(dos estudiantes murmuran “no”)

Diga a ver, cuente a ver, aquí todo se vale, se vale el no, se vale el sí... se vale todo.

Entrevistador 1: la visión de hombre puede ser distinta que la de la mujer.

Entrevistado 5: Uno no se muere por amor, sino se mata, por amor, y la cosa es distinta.

Entrevistador 2: Porque crees que eso pasa?

Entrevistado 5: porque como dicen, uno cree que se le está yendo la vida, pero no la vida sigue y como llegó esa persona llegaran mejores... nada de mirar atrás y llevar su presente y su futuro... hacer lo que quiera hacer y vivir y experimentar esas cosas.

Entrevistador 2: pero y tu porque crees que en ese momento, osea en el momento en el que uno toma la decisión de quitarse la vida, porque crees que uno no... uno no se da cuenta de todo eso... porque... si crees que la gente que se suicida piensa todo eso? O qué pensará un suicida?

(estudiante murmura “cómo fue la pregunta?”)

Digo que cuando una persona toma la decisión de suicidarse por otra persona, por un fracaso en una relación amorosa porque en ese momento no piensa todo esto que ustedes han dicho? Porque no piensan que la vida sigue...

Entrevistada 8: porque no ve, está ciego de las cosas.

Entrevistado 5: porque está solo, porque nadie lo acompaña.

Entrevistada 1: porque se limita a ver lo que quiere ver.

Entrevistado 5: piensa en lo que siente el pero no piensa en... en el daño que le va a hacer a la sociedad o a muchas personas, en muchos casos puede ser madre y puede dejar hijos solos, si fue hermano...

Entrevistador 3: niños, a mí me gustaría ahora, retomando un poco lo que le estábamos contando que ciudad bolívar es la localidad con mayor índices de suicidio.. eehh en la ciudad, nos gustaría saber ustedes porque creen que eso pasa en Ciudad Bolívar, eso porque no pasa en Chía? O porque no pasa en Suba?

Entrevistador 2: o en Meissen o porque no pasa en Engativa o porque no...

Entrevistador 3: osea que pasa aquí que lo haga diferente a otras?

Entrevistada 8: tal vez los bajos recursos a veces... tal vez es la economía la falta de dinero...

Entrevistada 3: y porque acá se ve más droga...

Entrevistador 1: que más, que otra cosa?

Entrevistador 3: la familia? Creen que hay algo que tiene que ver con las familias? O pobreza?

Entrevistador 2: como creen, porque la pobreza puede hacerlo a uno -y ojo- que estoy tratando de hacer como una pregunta obvia y a veces, no crean que es irrespeto sino que en verdad me interesa saber que piensan, (entrevistado 7: por las drogas) obvio, la escasez de recursos de todas maneras a uno lo desespera y le genera una crisis pero porque en especial en que los afecta no, no tener plata o no tener para la comida o no tener...

Entrevistada 3: en ese momento, en ese momento está pensando es un papa... está pensando en ese momento que con que darle de comer a sus hijos , con que... no tiene trabajo... nada...

Entrevistador 2: alguien está en desacuerdo con eso? Listo, te oímos, cuéntanos.

Entrevistada 1: para mí no es, no, lo económico, al contrario es más bien la pobreza hacia uno mismo, no respetarse...

Entrevistador 3: como es tu nombre?

Entrevistada 1: Camila.

Entrevistador 3: me gustaría que dijeras... cuando uno dice pobreza, lo mismo que no es como... no se es obvio , pero pues no sé, quiero profundizar en eso un poquito... cuando dices pobreza de uno mismo, tu, como persona, a que te refieres.

Entrevistada 1: a la autoestima...

Entrevistador 3: ok. Un poquito más.

Entrevistada 1: ...de pronto el afecto... la falta de conocimiento... no más.

Entrevistador 3: ustedes? Están de acuerdo con ella (dirigiéndose al resto del grupo).

Entrevistador 2: o ustedes se sostienen en que, osea aquí todas las opiniones son válidas, todo vale y aquí podemos estar en desacuerdo.

Entrevistado 4: yo pienso que uno actúa a veces por sí mismo, uno quisiera tenerlo todo, aunque uno no tenga nada, a uno no le importa eso, haga lo que haga, lo único que importa es lograr algo, por uno solo, los demás no importan, lo demás vale huevo...

Entrevistador 2: lo de la droga, vamos otra vez un momentico con lo de la droga... ustedes creen que acá en Ciudad Bolívar, o ustedes que piensan que en Ciudad Bolívar es más fácil conseguir droga o tener un contacto temprano con la droga que en el resto de la ciudad? O como lo sienten? O creen que eso es un problema de toda la ciudad o creen que es un problema de su localidad o como lo ven?

Entrevistada 1: me parece que en todos los lados se puede encontrar de la misma manera, solo que lo que acá lo que pasa es que la autoestima está más baja y de pronto la falta de conocimiento hacia el tema hace que quiera experimentar y muchas veces se quedan ahí se forma un vínculo donde en la mente solo están los problemas y la droga, no más.

Entrevistador 3: yo quisiera saber cuándo dices lo de la autoestima, que acá la autoestima está más baja, por qué crees que la autoestima acá en Ciudad Bolívar puede estar más baja a diferencia que en otros lugares.

Entrevistada 1: se quieren creer más que los demás, no piensan en ser ellos mismos.

Entrevistador 3: más que los demás aquí dentro? O ...

Entrevistada 1: en todas partes, osea la mayoría de las personas que consumen suelen pensar eso o creen que están solos... cosas así...

Entrevistador 2: que pensamos por acá, de la droga en ciudad bolívar... fácil o difícil, es un problema o no es un problema, osea digamos ustedes tuvieran que contarle al alcalde de la ciudad, si tuvieran la oportunidad de decirle, hablarle sobre la droga, que le dirían? Esto es grave en ciudad bolívar? Es un problema pa' ustedes? O realmente no es un problema, ustedes tienen otros problemas, como lo ven? Es un problema?

Entrevistada 2: si es un problema porque cada vez se va enviciando más gente a las drogas, no es un problema para uno solo sino para todos, porque todos se tienen que ya aguantar el olor de la droga y todo... es malo para uno.

Entrevistador 3: que más creen ustedes que pasa en Ciudad Bolívar a diferencia de la ciudad que hace que sea la ciudad, la localidad con mayor índices de suicidio y en la población de ustedes, de los 14 a los 19 años.

Entrevistada 1: la discriminación.

Entrevistador 3: discriminación de quien o que... amplíanos.

Entrevistada 1: discriminación contra las personas que se creen más que los demás, tienen un nivel de vida de pronto más favorable que uno, entonces eso hace que se conviertan ya... osea que se lastimen los unos a otros, entonces hace más grade el nivel de vivencia.

Entrevistador 2: ustedes creen que las mujeres se suicidan más... que dirían si yo les digo que las mujeres lo intentan más pero los hombres se suicidan más. Porque creen que pasa eso, o eso es una mentira? O...

(Entrevistada 2 murmura "por igual")

Entrevistador 2: Por igual? Tú crees que por igual, osea por qué creen? Son las mujeres, son los hombres? Quien lo intenta más.

Entrevistada 2: las mujeres.

Entrevistador 2: Las mujeres? Porque?

(Murmuran varias entrevistadas: porque son más sensibles, más débiles).

Sí, pero como así más sensibles?

Entrevistada 8: es que no sé cómo describirlo... ellas se sienten más... son más débiles... si... no encuentro palabras...

Entrevistador 3: más débiles frente a qué? A ver si de pronto así te ayuda en algo.

Entrevistada 8: no sé, más débiles, más sentimentales... les dicen algo y ya como que les duele; los hombres si son como más duros, más duros... no sé.

Entrevistador 2: ok, por acá que pensamos? Si las mujeres se suicidan más?

Entrevistado 4: pues yo diría que... no digo que todas, porque algunas son bobas, creen que la vida es color de rosa, ... la vida hay que sufrirla y hay que pasarla bacano, hay que tener un nivel en todo, pero sí creo que las mujeres se suicidan más que los hombres.

Entrevistador 2: listo, por acá, las mujeres o los hombres?

Entrevistador 3: (dirigiéndose a la entrevistada 1) tú crees que los hombres? Porque?

Entrevistada 1: por que las mujeres, como que, osea, a pesar de los problemas si tienden a buscar una solución, siempre a pesar de los inconvenientes.

(estudiantes murmuran “son más pensantes”)

Entrevistador 2: bueno, vale, -ojo con eso-, las mujeres son más pensantes, como así?

Entrevistada 3: si, pues nosotras tratamos de buscar una solución, los hombres solo actúan, unos...

Entrevistado 5: los hombres son cobardes al lado de... para hacer lo que deben hacer, digamos que el caso que tienen su relación sexual y le dicen que... estoy esperando un hijo suyo o algo así y el hombre lo primero que piensa “no, aborte” es cobarde, osea no sabe pensar lo que quiere.

Entrevistada 6: no saben afrontar un problema.

Entrevistador 2: como podría uno, osea ahora dejemos ya el tema del suicidio, osea, dejemos el panorama de “malo” y de que suicidio y tal y hablemos de cómo enfrentar el suicidio, osea que nos falta, que le falta a ciudad bolívar para que dejemos de matarnos, que le falta a ciudad bolívar para que el suicidio deje de presentarse acá, que podemos hacer? Podemos...

Entrevistada 8: trabajo.

Entrevistador 2: desde donde, porque?

Entrevistada 8: si por ejemplo los padres de uno no tienen trabajo, eso baja la economía en la casa, no hay para comer uno se aburre... jajaj si, uno se aburre, ya como que los papás encima ya, como que ahh, es que a veces es también a veces, la falta de atención como también la sobreprotección... entonces es como dos barreras ahí... también hace falta el trabajo, la falta de trabajo que a veces el gobierno no pone atención en eso sino que piensa es ay! En otras localidades más no en Ciudad Bolívar, en el norte, más no en el sur, entonces eso también tienen que ver ellos.

Entrevistador 2: bien... alguien más cree que hace falta trabajo en Ciudad Bolívar pa' que esto sea más llevadero? O...? no? (dirigiéndose a la entrevistada 1) entonces que crees que la gente necesita?

Entrevistada 1: ya la gente se crio en esa mentalidad de que solamente... osea de que todo el mundo vive "así" y es pobre porque no... porque trabajo hay.

Entrevistada 8: trabajo hay, bien dicho, pero más no pagan como es...

Entrevistada 1: osea, ya se crea es como una explotación... de alguna manera, pero igual hay diferentes formas de salir adelante y el trabajo también...

Entrevistador 3: como cuales, yo, yo, quiero saber, quiero saber.

Entrevistador 2: osea si a ti te dijeran, osea, puedes escoger una cosa, osea, tu puedes darle a ciudad bolívar una cosa, puede darle educación, puede darle trabajo... que le darías, tu dices, mira, yo creo que le daría... afecto.

Entrevistada 1: comida, por que eso es un gran aporte para que una persona se sienta bien y pueda sentirse capaz de cumplir con los...

Entrevistador 3: tu, tu, yo a ti no te he escuchado hablar nada, nada.

Entrevistador 2: para ti, que falta en ciudad bolívar? Pa' poder decírselo al mundo, pa' que algún día podamos traérselo, osea que hace falta? (estudiantes murmuran "Iván que tampoco ha hablado") Iván si, que no ha hablado (dirigiéndose al entrevistado 12) tu que dices, que le pondrías tu, osea si tu fueras "alcalde de Ciudad Bolívar" , entonces va a reducir el suicidio, a que le apostarías? Decir, hombre, los recursos hay que invertirlos en esto, en qué?

Entrevistado 12: en una motivación pa los muchachos, no?

Entrevistador 2: como a través de qué, por ejemplo? Osea, sea por ejemplo a través del deporte, o puede ser, no sé... educarlos a través de... que se te ocurre...

Entrevistador 3: como motivar a los adolescentes? Cómo crees tú que un adolescente se motiva?

Entrevistado 12: oportunidades.

Entrevistador 3: cuales, oportunidades para qué?

Entrevistado 12: para uno ser alguien en la vida.

Entrevistador 3: como se es alguien en la vida? osea ayúdame más para que esto no parezca como una entrevista así tan formal sino como... amplíanos más la información desde lo que tú piensas... como crees yo que te podría motivar? Como te motivarías tu?

Entrevistador 2: que los motivaría, que los mueve? (dirigiéndose a todo el grupo) que les da ganas de vivir?

Entrevistado 4: el deporte.

Entrevistador 2: el deporte? Son hinchas de algún equipo?

Entrevistado 4: sí, claro.

Entrevistador 2: les gusta el futbol?

Entrevistado 4: claro.

Entrevistador 2: el futbol es vida?

Entrevistado 7: la música.

Entrevistador 2: que les da vida? la música? Por qué?

Entrevistado 7: porque es un arte que se escucha, que se puede bailar.

Entrevistada 1: la fe.

Entrevistador 2: listo, allá...que los mueve, que los motiva, donde le invertimos a ciudad bolívar? Cómo hacer para que ustedes se enganchen con la vida?

Entrevistado 5: primero que todo pues, la familia aunque, aunque todo siempre es más el apoyo de la mamá que del papá y la mamá lo impulsa a uno, osea la mamá es la que le da consejos a uno, que esté bien... pues el papa es... como que se encarga de... yo lo mantuve a usted así que yo tengo la responsabilidad con usted a los 18 años, de ahí pa' allá usted defiéndase solo... eeehh... esas cosas ehh... de pronto el deporte importantísimo, la literatura, a mí me gusta mucho leer y ahí como que... como que me hago ideas de la vida... cosas así... ya.

Entrevistador 2: y acá si tienen la oportunidad de leer o tu por ejemplo te inventarías.

Entrevistado 5: Osea pues acá tenemos más justamente una hora para leer a la semana, pero ya casi no la hacen... se llama el "pileo"... el "pileo" se llama eso.

Entrevistador 2: pileo se llama? Y ya casi no lo hacen? Porque?

Entrevistado 12: a nuestro salón nunca nos hicieron eso.

Entrevistador 3: y a ustedes les gusta la lectura? Que los motiva a ustedes?

Entrevistada 1: porque si es un 10% el que apoya el hecho de leer, por eso no consideran que sea prudente perder el tiempo en eso.

Entrevistador 2. Que más los mueve a los jóvenes en Ciudad Bolívar? Como se vinculan a la vida, como vincularlos, como decirles, vengan, no se maten, vengan, vengan que esto es chévere, vengan que vivir es bacano... que los hace pensar a ustedes que vivir es bacano?

Entrevistada 3: la familia.

Entrevistado 12: la familia.

Entrevistador 2: osea que si la familia está paila uno...

Entrevistada 8: uno esta paila (risas)

Entrevistador 3: que más se les ocurre, que le podemos ir a decir al "presidente santos".

Entrevistador 2: si y decirle, oiga en vez de venir a tirarnos lozas de concreto, en vez de tirarnos más concreto, porque no nos organiza más bien... yo que sé, unos libritos ahí pa' leer, un baloncito pa' patiar que necesitamos acá?

(estudiantes murmuran "piscina").

O por ejemplo tráiganos una piscina que es que acá nos encanta nadar no? Desde su opinión personal, que necesita ciudad Bolívar? Qué necesita la juventud de Ciudad Bolívar

Entrevistado 7: más seguridad, porque hay mucha inseguridad en todo lado, y no a cada rato a uno lo roban en cada esquina.

Entrevistada 3: acá vive el ladronismo...

Entrevistador 2: ladronismo?? Ok, acá eso es una opción de vida? a ustedes si se les ocurre que aquí en Ciudad Bolívar es más fácil vincularse a un balón o a un grupo juvenil o a este tipo de actividades o es más fácil vincularse al ladronismo o a... cómo ven eso? Osea ustedes si se sienten en riesgos? Y sienten que hay como una tendencia hacia... o

Entrevistado 4: si... por lo que a veces uno necesita cosas, uno roba, uno quiere hacer deporte, hay que pagar pa' poder estudiar un deporte o algo... eso es lo malo... uno siempre busca lo más fácil... pero es lo más complicado... si...

Entrevistada 8: que a veces las personas lo hacen por necesidad... más que todo... o a veces cuando se presenta la oportunidad que ah, hay una actividad y uno dice ay, que chévere y pues uno va, como le venía diciendo mantiene el tiempito ocupado y no anda pensando en otras cosas que no son necesarias entonces uno piensa es en lo que está haciendo y ya... la actividad y eso.

Entrevistada 1: la necesidad hace la costumbre... yo pienso que es así.

Entrevistador 2: ok, ok... bueno, algo más? Algo que les gustaría decir al mundo.

Entrevistador 3: a mí me gustaría saber ustedes que piensan cuando una persona... cuando un persona se suicida o se suicidó, que creen que le estaba queriendo decir a la humanidad? O de que estaba jarto o de que...

Entrevistador 2: osea ustedes dicen "uy ya, bueno..."

Entrevistado 7: que estaba mal, seguramente si se decidió suicidar es por algo, por algún problema o algo.

Entrevistador 3. Que y que podríamos decir que esos problemas que son o que serían qué?

Entrevistado 7: con el amor, dinero las cosas materiales.

Entrevistado 4: quitarle un peso de encima a la gente, muchas veces.

Entrevistador 2: osea que ustedes de alguna manera sienten alivio cuando alguien osea uno dice “se quitó un peso de encima”? o... uno dice, “que embarrada, se fue una vida más”? o uno dice, o realmente nos llega... o cómo es? Que sentimos cuando se muere otra persona en nuestra localidad, cuando se mata, que nos produce eso?

Entrevistada 8: dolor.

Entrevistador 2: a ustedes les causa dolor que otro se quite la vida?

Entrevistada 8: a mí sí.

Entrevistador 2: tú dices que no (dirigiéndose a la entrevistada 6), porque? Eso me...

Entrevistada 6: dolor fuera de un familiar, de una persona que uno conociera, pero entonces uno, como, como admiración por el caso, pero hasta ahí, no me causa dolor por otra persona...

Entrevistador 3: que te causa?

Entrevistada 6: pues si... como admiración, uno admira el caso uno piensa de que uno no va a hacer eso... uno lo ha pensado pero uno no va a hacer eso así...

Entrevistada 3: y uno no sabe por qué causa fue que se mató o se suicidó.

Entrevistador 2: ustedes creen que si nos doliera más del otro si estuviéramos un poquito más pendiente del otro la gente se mataría menos? O eso es inevitable? O... no sé...

Entrevistada 6: pues si tuviera un apoyo, sería un apoyo más.

Entrevistada 3: si lo hizo fue porque no hubo quien le aconsejara quien estuviera en el momento...

Entrevistador 3: niños por ahí ustedes han escuchado que, que los suicidas, se... son cobardes? O son valientes? Es como lo que se escucha, son cobardes o son valientes?

Entrevistadas 6, 3 y 8: ambas cosas.

Entrevistado 7: cobardes por quitarse la vida y no seguir con la vida y valientes por hacer algo que no se debe hacer.

Entrevistado 4: son cobardes, no son capaces de tener los pantalones y afrontar las cosas que hicieron... lo que hay que hacer... y valientes... no creo, quitarse la vida no es ser un valiente.

Entrevistador 2: que crees tú, cobardes o valientes?

Entrevistada 1:mm... valientes... de alguna manera... porque para uno poder llegar a tomar esas decisión debe llenarse de motivos y llenarse de motivos debe ser... demasiados... osea debe ser a la vez valiente, o dejar... por lo menos si tiene familia saber que va a dejar otras personas que de pronto dependen de él... osea ser capaz de cargar en la conciencia que puede dejar a otras personas sufriendo por culpa de él.

Entrevistador 2: cobardes o valientes?

Entrevistado 5: pues... las dos...pues porque cobardes sí, por que se están negando la oportunidad de vivir y pues valiente... lo que dice ella... uff llenarse de muchos motivos porque sería algo malo que debió hacer o que le debieron hacer para quitarse la vida... pienso yo...

Entrevistador 2: cobardes o valientes?

Entrevistado 11: Valientes, por tener motivos para quitarse la vida, dejar a la familia, que le genera un dolor...

Entrevistador 2: cobardes o valientes?

Entrevistada 8: mm... las dos...porque cobardes, porque no quieren afrontar la vida y pues así como dice el (refiriéndose al entrevistado 11).

Entrevistador 2: cobardes o valientes?

Entrevistada 6: de las dos... (Risas) porque pues lo mismo...

Anexo 2. DC de los Investigadores

Juan Sebastián Castillo Pérez

Abril 20, 2011

Me toco levantarme muy temprano ya que nuestro contacto en ciudad bolívar nos esperaba muy a las ocho en punto de la mañana. Alrededor de las cinco de la mañana rebote de mi cama como un resorte, los nervios no me habían dejado dormir la noche anterior. Tome una ducha rápida y Salí disparado, como para no darme tiempo de cambiar de idea, a tomar el trasmilenio para encontrarme con Lina y con Karen. Una vez nos encontramos en el portal norte tomamos un H27, de donde tomamos un alimentador para luego subir cuatro cuadras hasta las instalaciones de la secretaria de

salud. Durante el viaje no podía dejar de pensar como sería la apariencia física de nuestro contacto en ciudad bolívar, custodio. Este nombre apenas como escogido para el arconte de los secretos más profundos de ciudad bolívar me mantuvo distraído durante casi todo el viaje. Cuando nos bajamos del alimentador tuvimos que esperar algunos minutos para que custodio nos recogiera. Custodio contrario a lo que me imaginaba era un joven de apariencia más bien común pero con un detalle que marcaría nuestra relación desde el principio, sus papas eran costeños. Una vez saciada la curiosidad me dediqué a observar a mí alrededor el mito viviente de ciudad bolívar. En sus paredes consignas proclamando competencias ciudadanas y acceso a derechos fundamentales, el sector en ubicado en la zona comercial de la localidad no es en nada como me habían descrito ciudad bolívar. Levante la mirada y mire hacia el cerro y note la inmensidad que se extendía hasta casi tocar las nubes, ahí entendí que esta era apenas la fachada de ciudad bolívar. Antes de llegar a la secretaria mientras caminábamos con custodio nos abordó la jefe, una mujer de mediana estatura morena de pelo castaño un tanto claro quien en una actitud inquisidora nos preguntó a que veníamos a ciudad bolívar ante lo que nosotros respondimos de la manera más respetuosa que a aprender, hizo una pausa y nos dio la bienvenida. Una vez en la secretaria custodio nos mostró las instalaciones y nos contó sobre el sistema de vigilancia en salud mental del área de salud pública de la secretaria distrital de salud. Nos contó cómo funcionaba y cuál era su labor específica y nos comenzó a hablarnos sobre la problemática del suicidio. Mientras custodio hablaba entro a la pequeña sala en la que estábamos uno de sus colegas quien decidió unirse a la conversación para darnos su punto de vista sobre el tema del suicidio en la localidad. Fue realmente enriquecedor ya me permitió entender que este es un fenómeno que no puede abordarse desde una sola perspectiva, que se necesita interdisciplinariedad, intersectorialidad además del trabajo con la comunidad, a decir verdad en el viaje de regreso a casa estuvo marcado por una mezcla rara entre admiración y algo de miedo. En todo caso había terminado mi primer día en ciudad bolívar.

Abril 21, 2011

Esta visita tal vez fue la experiencia más enriquecedora de todo mi trabajo en ciudad bolívar. La mañana comenzó inclementemente temprano, me encontré con Karen en el portal norte y después de esperar algunos minutos a Lina tomamos el H27 con destino al portal tunal. La última vez que habíamos venido custodio nos había dicho que no lo íbamos a acompañar a realizar las visitas domiciliarias a las personas que se encontraban que eran remitidas por los hospitales de la localidad por intento o consumado con el fin de recrear las condiciones familiares y sociales de los individuos de manera que a partir de esta información se pudieran idear intervenciones más efectivas. Por este motivo yo iba lleno de expectativas. Cuando llegamos custodio nos recibió y salimos

inmediatamente a hacer las visitas. Duramos aproximadamente una hora buscando la dirección de la primera visita a la que yo entraría con custodio. Por fin llegamos a una casa como las demás del barrio, a con una fachada a medio pintar y una estructura interior como sus vidas bastante improvisada. Nos abrió la puerta una señora de aproximadamente unos sesenta años de edad, quien nos recibió cálidamente luego de escuchar que veníamos del hospital vista hermosa. El caso reportado el de su hijo Leonardo quien hace quince días había tratado de quitarse la vida. Dentro de los antecedentes familiares esta familia mono parental por abandono del padre, un largo historial de consumo de sustancias psicoactivas así como un larga historia de episodios psicóticos. La casa era muy pequeña, angustiantemente pequeña y en ella convivían por lo menos ocho personas, incluyendo niños. Leonardo pasa la mayor parte de tiempo en casa y dice sentirse tranquilo el problema es cuando recae con el agravante de la cantidad de tiempo que pasa solo en la casa. Además de esto no puede salir ya que varias veces lo han venido a buscar grupos de limpieza social del barrio por consumir droga. La señora se queja de la capacidad de respuesta del distrito, apuntando que solo existen tres ambulancias psiquiátricas y que por más que han tratado a Leonardo siempre las intervenciones son insuficientes. Entre lágrimas nos suplica ayuda pero nosotros a parte de una mini intervención en crisis que decide emprender custodio ni siquiera le podemos hacer intervención al caso. Salí muy contrariado, no sabía que sentir, toda esa gente estaba en mucho riesgo, el peligro que representaba para el los grupos de limpieza y en general el barrio, la soledad, o el peligro que representaba el para su madre, para los menores que se podrían ver afectados con una mala reacción en un brote psicótico. Luego de salir de ahí les conté a Karen y a Lina pero no pude procesar más nada en el día, me sentí embotado, fastidiado.

Observador: Karen García Molina

VISITA 1. Lugar: casa de la persona con intento suicida

Eran las 9: 00 am cuando disponíamos a tomar el servicio de alimentador junto con mi compañero Juan Sebastián; en una de las paradas del alimentador, creo que la cuarta, nos recogió el carro de la secretaría, en el cual empezariamos las visitas; a las 9:30 am de la mañana aproximadamente, iniciamos la primera visita que se da en compañía de uno de los funcionarios de la secretaria de salud. Luego de varias ocasiones en las que se llama a la puerta se asoma una señora de edad, al preguntarle por la persona de la cual se tiene reporte de intento suicida; aviso que había dado uno de los colegios de la zona, la señora comenta que despertará a la niña; al comienzo la abuela se muestra muy reacia a la visita, nos pregunta mucho que quienes somos, que para qué vamos...

Ya en el domicilio de la menor, identificamos a la paciente, es una adolescente, de 15 años, quien vive con su abuela, padre y tías; en el momento de la visita solo se encuentra con su abuela, nos sentamos a la mesa el funcionario, la abuela de la menor, la menor y yo (mi compañero esperaba en la minivan esperando la siguiente visita); al comienzo la menor no quiere hablar, el funcionario le pregunta si prefiere que nos que hablemos sin la abuela y ella asiente; la menor refiere que intentó suicidarse porque se siente sola, siente que no le importa a su padre, quien trabaja como taxista y siempre “está ocupado”; también cuenta que no vive ni posee relación alguna con la madre y que casi nunca se comunica, la menor refiere que hace más o menos 7 meses no sabe de ella. La niña nos cuenta que tiene novio, que él la hace sentir mejor, que tiene amigos en el colegio pero que en la casa no le va bien, que se pelea con las tías, que ellas no la quieren que la tratan mal y la menosprecian y el papá no hace nada, cuando nos cuenta que se siente sola y que siente que a nadie le importa, me recuerda experiencias vitales propias en las que, cuando tenía su edad pensaba lo mismo... como que nadie entiende lo que uno siente, como que para los adultos no comprenden... siguiendo con su narración dice que a nadie le cuenta cómo se siente, cuando se siente triste o sola o desesperada; nos cuenta que cuando el colegio dio aviso ese era el tercero de sus intentos suicidas, nos cuenta que otro de ellos fue en su casa, en el baño y otro de ellos en la cocina de su casa, con personas allí, su abuela y sus tías, pero que “*ni se daban cuenta*” esta y otras expresiones develaban el desinterés que percibe de las personas con las que vive, hay un momento en el que se refiere a una de las tías, ello me llama mucho la atención, pues se refiere con total desdén, con mucho desagrado con ninguna clase de afiliación familiar... pero no es eso lo que la lleva a tomar la decisión, es verse ignorada por las personas con las que vive, sus comentarios como “*es que ni saben cuándo estoy*” “*mi papá no le importa... el no cree que yo lo vaya a hacer* (suicidarse), *como que ni se preocupa, siempre llega tarde y nunca hablamos*”; seguimos hablando con ella, su mirada me parece tan triste, yo quisiera abrazarla y decir que también me sentí así muchas veces, pero si hay algo bien cierto, yo no sé qué es que la mamá de uno lo abandone, vivir con tías odiosas ni vivir en Ciudad Bolívar; en un momento nos cuenta que le ha manifestado a una de sus amigas que tiene ganas de morirse, y ella le dice que tranquila y “la sacan” y se van con más amigos y toman y ya... también me recordé lo que dicen los amigos a esas edades, a los 15... como que todo importa poco, como si las tristezas se fueran con aguardiente, la verdad me dio ira, ¿a quienes llama uno “amigos” a esa edad? Pero es que quienes son ellos a esas edad sino gente como uno, desubicada... cómo juzgar... quien está preparado para ser apoyo en ese momento... no es que justifique pensar en la muerte o suicidio como opción, pero si me identifico con lo triste que es sentirse solo, viviendo con familia, pero tan solo, teniendo “amigos”, pero tan solo... si... puedo ser ilusa, pero en ese momento en que la escucho siento que la entiendo, que no la juzgo a ella pero si desde mi interior le

reprochó a la madre, y al papá y a las tías... aunque tal vez ni debería... también recordaba que a esa edad (y aún) culpar a los otros de mi tragedia es de cierta forma lo único en lo que hallo “justificación”; todo esto lo pensaba en los múltiples silencios, en los eventuales “recorridos” que hacía la abuela por el sector del comedor: “quieren comer algo?” quieren algo de tomar?” yo realmente tenía ganas... pero creo que el hecho de ver su vivienda, ciertas carencias materiales me hacía contenerme, yo creía “ellos lo necesitan más que yo” finalmente recibimos, tanto el funcionario como yo, una aromática (debo decir, que delicioso aroma y sabor, tan casera! porque me contuve!! Yo quería más!) la abuela se sienta a hablar con nosotros, es una señora, diría yo de unos setenta años, muy simpática, cuando el secretario le comenta que debemos prevenir más intentos y que lo mejor es que ella asista al psicólogo de la eps, la abuela dice que ayudará que realmente quiere que ella esté bien, que si es necesario ella la lleva, la joven accede, le explicamos la situación y lo beneficioso que puede ser contarle a alguien sin temor y sin reserva ideas, sentimientos y temores, ella cede... es maravilloso entrar a una casa desconocida siendo desconocido e intruso y salir de allí sintiéndose en casa... aquí terminó la visita, se diligenciaron los datos y se entrega la remisión... “hasta luego, muchas gracias, doctores” se despide la abuela; “muchas gracias a usted por recibirnos y por la aromática”... después de eso ya no me sentí en Ciudad Bolívar... me sentí en la calle cerca a mi casa.

Visita 2 Lugar: hospital de Meissen

Cuando estábamos con el funcionario Custodio con el que casi siempre salíamos nos contó que había llegado un caso que era bien delicado, la niña estaba en el hospital, el día anterior tuvo un intento suicida por intoxicación. Custodio nos recuerda que casi que siempre se presenta con “Campeón” yo dije que quería ir, que realmente quería esa visita; otro de los funcionarios nos acompañó hasta el Hospital, cuando estábamos averiguando el caso supimos que la entrada al hospital iba a ser complicada entonces uno de los funcionario me permitió entrar y solo fuimos dos Custodio y Yo. Realmente no pude evitar sentir miedo, yo no sabía en qué condiciones iba a estar esa niña, y sabiendo lo sensible que soy le pedí a mi debilidad que se quedara afuera del Hospital. Sabía que si se iba a hacer algo de intervención tenía que estar muy atenta y hacerla por mí misma, porque sé que la prioridad de los funcionarios es tomar los datos, llenar fichas y que las limitaciones para intervenir son de tiempo y de prioridades mal distribuidas; habían muchas camillas en el pasillo, estábamos en la parte – yo no sé qué parte era esa – pero más bien habían personas delicadas por todo el pasillo. Nos tocaba ir leyendo hoja por hoja de cada camilla para saber cuál era la paciente. La encontramos y estaba un poco adormecida, - supongo que estaba muy medicada – comenzar a hablar con ella fue difícil, empezando porque estábamos con chaquetas de la

Secretaría de Salud. El funcionario le preguntó por la familia, por la mamá, por qué estaba sola. Cuando me quedé a solas con ella le pregunté ¿Por qué? Y le tome la mano, ella se puso a llorar, me dijo que se peleaba mucho con el hermano, que la trataba mal, que le decía cosas feas, que a veces los papas se peleaban, pero que nunca la han maltratado pero que se siente sola, que estaba cansada de que el hermano se meta con ella, se burla de ella y le dice cosas que ni yo quiero escribir. –me pregunto si es justo que alguien de tu propia familia atente contra tu integridad física y psicológica y que se mofe de tu físico, realmente me pareció muy mezquino- también me contó que la familia de ella hace parte de una minoría étnica pero era tajante en decir que los papas, los PAPÁS, -ella no-. Me doy cuenta de lo importante que es para ella el aspecto físico y no aceptarse como es. En ésta visita yo decidí decirle que yo sé que se siente no sentirse comprendida; le dije ¿cierto que te importa mucho tu familia? Ella me dice que sí, y le digo que por eso es que le duele que no la entiendan. La conversación todo el tiempo se ha mantenido muy emotiva, y aunque casi siempre está sollozando, también nos hemos reído.

Luego ingresa el funcionario que se había quedado fuera del Hospital porque se le había quedado una planilla que debíamos llenar, entre él y yo intentamos resignificar el suceso –realmente fue muy valioso que ella se riera- fue como un deber cumplido, hablamos un rato más de lo difícil que parece ser adolescente – como si yo fuera tan grande – de sentirse incomprendido o ignorado o de no sentirse lo suficientemente importante para alguien. Entre risas y consejos terminamos, ya era hora de almorzar.

Visita 3 Lugar: Domicilio de la persona fallecida

Todos queríamos hacer ésta visita, porque el caso era de suicido consumado, pero, no podíamos entrar todos, además íbamos con tres funcionarios de la secretaría, pues algunos estaban más dedicados a la parte social y otros a la recolección de datos, así que solo podría entrar uno o dos de nosotros, no recuerdo con quien entré y algo que nos preocupaba era el sector, bien conocido por cuestiones de delincuencia, los funcionarios nos dijeron ¡este es un sitio bien caliente! Cuando les pregunté por qué, nos contaron que por ahí mataban y robaban con frecuencia y yo dije ¡uy menos mal que no traiga nada de valor!, y me dijeron con preocupación ¿ni dos mil pesos? ¡eso es peor!. No vez que si no tienes di dos mil para darles, ahí si la joden. –en ese momento pensé gracias esa es una buena forma de tranquilizarme-

Llegamos a la casa y golpeamos varias veces, pero no querían abrirnos, se asomaban, preguntaban quienes éramos, que para qué, estaban muy reacios, nadie quería abrir. En mi mente algo me decía – Mejor, nos vamos más rápido – finalmente nos abrieron, realmente el olor fue lo primero que me

predispuso a entrar a la casa, un olor como a húmedo, muy desagradable. Entramos y había un señor acostado en una cama a menos de un metro de la puerta, habían muchos niños pequeños. Resultó que el señor que estaba acostado era el padre cabeza de familia; una persona que evidenciaba falta de higiene, y la casa en general estaba bastante desarreglada, el piso era en una parte en cemento y otras en tierra. Yo me quedé con dos del equipo recogiendo la información para datos epidemiológicos, composición familiar, genograma, ingresos económicos y otros datos para las estadísticas.

El señor cuenta que la que sabe qué fue lo que paso es su señora, ella está hablando con Custodio; yo me dirijo hacia donde ella está y la señora comienza a contarnos como fue todo, ¡miren, ella es mi nietecita, la hija de mí hijita difunta y fue por el papá de la niña! Ese hombre la maltrataba, le pegaba, la amenazaba y entonces pues dejaron de vivir juntos y mi hijita se vino a vivir para acá. Yo si la veía a ella muy triste y le decía ¿mamita que le pasa, hijita que tiene? Y ella me decía nada mamita nada, tranquila que yo estoy bien. Agrega que ese día ella se puso a hacer oficio, a arreglar la pieza y se encerró, yo estaba lavando la ropa y la niña (señalado a la nieta) me dijo ¡abuelita mi mamá está acostada en la puerta y no me deja entrar! Yo me agache por debajo y tenía como sangre abuelita. Yo ahí mismo fui y le dije ¡hijita mía, hijita, ábrame la puerta, ábrame mamita! Y ella decía que no mamá, yo estoy bien; cuando al rato fue que abrió y salió y me decía ¡mamita perdóneme, yo ya no quiero pero no puedo hacer nada! Y yo le decía ¿hijita que hiciste? Ella tenía una toallita en la mano untada de sangre, como que había intentado cortarse, y yo la veía muy pálida y como que se iba a desmayar, y yo decía ¿hijita, hijita, que hiciste? Y ella me dijo ¡mamita ya me lo tomé, ya me voy, perdóneme, le encargo a la niña no se la vaya a dejar a ese hombre!. Llamamos la ambulancia, se la llevaron al hospital, ella se fue con mi hija (Señalando a una de las hijas) comienza a hablar la hermana de la difunta y dice, ¡yo la llevé al hospital! el médico me preguntó que se había tomado ella, yo no sabía, luego volvió a salir y me dijo que le llevara una botella de aguardiente del barato; pero cuando se lo llevé y se lo entregué como que ya era muy tarde. Entro y volvió a salir y dijo que mi hermanita ya estaba muerta.

Estas mujeres nos cuentan esto con una tristeza y un llanto, yo no pude evitar sufrir con ellas. La niña interrumpe y nos dice ¡cierto abuelita que mi mamá se tomó un veneno para ratas! La niña solo tiene cuatro años y yo no puedo creer que antes de aprender a decir otras palabras, ella aprenda a contar que su mamá se suicidó. Me dolió mucho el alma, la joven que se suicidó solo tenía veintidós años y aún no puedo comprender como un conflicto de pareja conduce a una madre al suicidio y a una hija a la huerfanidad. Creo que ese es el caso más fuerte de todos, llegamos tan tarde, que triste terminar las visitas así.

Lina María Pérez Cardona

Abril 20, 2011

En la primera aproximación que íbamos a tener con Ciudad Bolívar (CB) me invadía la incertidumbre; la conmoción que me generaba lo que iba a encontrar y lo que me habían dicho, inseguridad, habitantes de la calle, violencia, problemas de salubridad, amigos de lo ajeno; desencajar, pasar por “una del norte”, me producían sensaciones de inseguridad. Sin embargo, me debatía entre mis condiciones socioculturales y la encarnación de ellas en mí, las condiciones socioculturales de Ciudad Bolívar y como las mías me ponían en riesgo; tampoco quería proyectar imágenes que fuesen a descalificar a los habitantes de la localidad 19, tampoco quería pasar por una niña frágil y temerosa, quería conquistar lo que me sería permitido conocer en Ciudad Bolívar. Era un desafío.

El viaje desde Chía son en promedio dos horas y media, nos encontramos en el Portal del Norte, cogimos el H27 con destino Portal Tunal, cogimos el alimentador Calendaría y nos bajamos como nos dijo Custodio Rosales, el enigmático personaje que nos estaba esperando allá, con quien habíamos hablado un par de veces para cuadrar las visitas y quien por su nombre y tono de voz, me generaba curiosidad conocer.

Al bajarnos en la tercera estación, empezamos a descubrir la polaridad que existe entre el norte y el sur de la ciudad, la diferencia de la repartición de recursos del Estado, la expresión de los rostros de las personas, percibía cierta apatía, desconfianza y un tono pálido en su piel. Las basuras, capturaron mi atención, las bolsas de basura todas estaban abiertas, con la comida por fuera, no se recicla por material, pareciera que los habitantes de la calle usurparan las bolsas, al igual los perros. La descomposición era diferente, los colores de la basura era más diverso, tal vez por la ausencia del proceso de reciclaje.

Posteriormente nos encontramos con Custodio quien nos llevó hasta la oficina de Salud Pública, donde nos dio una asesoría acerca de los riesgos que estaban en las calles de la localidad, algunos consejos acerca de la ropa que deberíamos vestir en las visitas y el modus operandi de las visitas que se realizan a las personas y familias con intento suicida y suicidio consumado. Nos mostró los formatos de captura de datos (Anexo 1) en donde se registran los datos socio demográficos,

composición familiar, entre otros; la conformación de los equipos de trabajo y los diferentes ámbitos de acción.

Al empezar el año decidí adoptar el vegetarianismo como estilo de vida, al internarme dentro de las calles de CB traté de identificar algún restaurante en el cual pudiera tener acceso a vegetales o algún tipo de comida sana, Custodio y la jefe de él se reían, creo yo por mi ingenuidad, era evidente, no tenía ni idea en donde estaba y cuáles eran las condiciones y dinámicas del lugar.

Siendo aproximadamente las dos de la tarde y de un recorrido por las diferentes oficinas de la Secretaría de Salud y el Hospital Vista Hermosa, nos fuimos. En el transcurso compartimos el festival de emociones, pensamientos y sentimientos que nos generó las experiencias en la localidad 19. Agradecemos las oportunidades dadas y analizamos las carencias y condiciones estructurales de Ciudad Bolívar, eso sí reconociendo la poca experiencia dentro de la imponente y retadora localidad.

Abril 21, 2011

Para la segunda visita, habíamos acordado encontrarnos diez minutos antes de las 8:00 am en CB para empezar el recorrido y acompañamiento en las visitas por psicología a las personas y familias con intento de suicidio y suicidio consumado. Ese día la vía que conecta los pueblos aledaños con Bogotá había sido inundada por las fuertes lluvias ocasionando el desbordamiento del río. Atrapada en un trancón decidí correr por la vía principal de Chía (Av. Pradilla) hasta Centro Chía y coger otro bus, realmente quería llegar a mi cita, me sentía completamente atraída por la experiencia que iba a tener ese día. Estaba bastante perturbada durante el viaje, ya mis compañeros habían llegado y empezado el recorrido en la van de salud pública, llegue a las 9:00 am.

Juan Sebastián, hizo el acompañamiento a un hombre cercano a los 30 años de edad, con intento de suicidio y esquizofrenia, al llegar a la van, su rostro delataba lo fracturante que había sido esa vivencia, estaba realmente afectado, sobre todo por la dinámica familiar a la que estaba sometido aquel joven, familiares alcohólicos, niños y un hacinamiento perturbador.

Ese día realicé un acompañamiento a una niña con ideas de muerte, tenía seis años, vivían en una casa comunitaria en un último piso, la familia estaba compuesta por cuatro, padre madre, una bebe y la niña. Eran una familia que trabajaba con pieles y confección.

El encargado de la entrevista se quedó con los padres a quienes les hizo la entrevista y la diligenciarían del formato de captura de datos. Yo me fui con la niña, en medio de risas y juego le

pregunte acerca de su deseo de morir, ella argumentaba que sus padres no le dedicaban tiempo, que no pasaban tiempo con ella, ni podía salir a jugar con sus amigos, “*me siento una carga para mis papás*” fue una de sus frases más usadas. La madre por su parte comentó el exceso de trabajo y la inseguridad del barrio y las conductas poco pedagógicas de los jóvenes en los parques, como razones por las cuales no tenían momentos de esparcimiento con sus hijas.

El escaso tiempo que hay para la visita de psicología por parte de la Secretaría de Salud, hacen que esta sea un visita de registro de datos epidemiológicos y unos pocos minutos para dar lo que yo llamo una receta de prevención, discurso que no contempla una evaluación del fenómeno en la persona, no contempla el cómo llega esa persona a contemplar la muerte como una salida a sus problemas.

Durante ese día estuve muy pensativa, me sentí muy afectada al ver como los adultos olvidan las necesidades de los niños, su escasa educación se ve reflejada en el manejo de sus hijos y la educación que le brindan. Toda la problemática está compuesta por dificultades con dinámicas circulares, las cuales dan la impresión de ser insolubles.

Julio 19, 2011

Era una notificación de intento de suicidio, una mujer de aproximadamente 26 años de edad, casada y con tres hijos; hace unos meses acaba de dar a luz a tercer bebe. El mecanismo fue intoxicación exógena, se tomó un campeón sustancia química utilizada para la eliminación de ratas. Su vivienda queda ubicada (xxxx) es un lugar tranquilo, es un sector de la localidad con una frecuencia menor de las problemáticas que acechan CB.

Al entrar nos recibió una mujer, con apariencia cansada, descuido personal, agotamiento, con desidia existencial es lo que más percibí al mirarnos al ojos. Estaba con su bebe, no había nadie más en la casa, se inició el protocolo de recolección de datos y posteriormente se dio inicio a la entrevista, sigo pensando que el abordaje que se le da a las entrevista son en función a un protocolo y no a la persona, ella dijo haberlo hecho como un llamado a su esposo que se la pasa bebiendo y excusándose tras el dinero que responsablemente pasa mensualmente para los gastos de la casa. Quiere ser amada, fue mi impresión, quiere desplegarse como mujer, no solamente como su rol de ama de casa. Lo hacía entre sollozos y algunas lágrimas temerosas de ser vistas. Estaba arrepentida.

Comentó que no salía de su casa para absolutamente nada, se la pasa encerrada fue la descripción de su diario vivir. Pero a quien no le va a dar pereza vivir dentro de las condiciones en las que ella vive, pensaba yo; quien la educó de tal forma que fuera consciente de todas las capacidades que

tiene. Sentía impotencia, zozobra, como acompañarla, cuales las palabras, yo era tan solo una extraña que iba a hacer una visita epidemiológica. Se le dieron algunos consejos para el manejo de la situación en su hogar y sobre algunas de las posibilidades de acompañamiento psicológico de las que era beneficiaria, se llegaron acuerdos para una próxima visita y al salir la abrase, cargue a su hijo por unos instantes y nos fuimos. Su mirada al final fue de agradecimiento, la sentí más liviana. Espero que nuestras palabras le hayan resonado y pudiese así empezar a reorientar sus días.

Julio 20, 2011

Llegamos donde un adolescente tenía cerca de 17 años, convivía con su padre, la madrastra y sus hijas. La notificación fue un intento de suicida, mecanismo lanzamiento al vacío, era su intención pero gracias a su mejor amiga su descubierta a tiempo.

Anexo 3. EP

1. Datos de Identificación

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Lugar de Residencia:

Ocupación:

2. ¿Recuerda la primera vez que pensó en suicidarse?
3. ¿Qué edad tenía en ese momento?

4. ¿Cómo se sentía en ese momento? *(A mi me gustaría que acá la persona me describiera como esto se veía reflejado corporalmente las emociones, sentimientos y pensamientos)*
5. ¿Qué sentimientos o emociones recuerda cercanos al momento en que intentó suicidarse?
6. ¿Cuándo pensó en suicidarse, le comentó o acudió a alguien? ¿Por qué?
7. ¿Qué tipo de circunstancias (emocional, laboral, económica, social) existían en su vida en ese momento?
8. ¿Cómo era la relación con su familia (cercana a la fecha del intento)?
9. ¿Cómo describiría la relación con compañeros o amigos en la(s) ocasiones en las que pensó en suicidarse?
10. ¿En la época en la que intentó suicidarse, estaba trabajando o estudiando? (si la respuesta es sí, en que se desempeñaba y como eran sus relaciones laborales, ¿se sentía satisfecho?)
11. ¿Conoce usted a alguien cercano que se haya suicidado o que lo haya intentado?
12. ¿Sabe porque lo hizo?
13. ¿Por qué cree usted que lo hizo?
14. ¿Qué otras cosas cree usted que lleva a las personas a tomar la decisión de suicidarse?
15. ¿Consume o ha consumido usted con frecuencia licor o sustancias psicoactivas?
16. ¿En el momento en que intentó suicidarse se encontraba bajo el efecto de alguna?
17. ¿Cree que estos dos eventos están relacionados?
18. ¿Pertenece o ha pertenecido usted a algún grupo de actividades deportivas, recreativas, lúdicas o religioso?
19. En los momentos en los que se siente triste, o abatido, ¿qué le ha ayudado a salir de dichos momentos difíciles?
20. ¿Cómo aconsejaría a una persona que se encuentre en una situación similar y piense en suicidarse?
21. ¿Cómo cree usted que se puede ayudar a las personas para evitar suicidios?

22. ¿Cómo cree usted que debería intervenir el estado? ¿La familia?

23. ¿Qué pensaba usted sobre el suicidio antes y que le genera pensar en ello ahora?

Anexo 4. Cronograma de actividades desarrolladas.

Fase	Fechas	Actividades
Fase 1	Septiembre 2010 - Marzo de 2011	Elaboración del marco conceptual y toma de información epidemiológica para el análisis cuantitativo.
Fase 2	Abril 2011 a Julio de 2011	Visitas domiciliarias; observaciones y consignación en DC.
Fase 3	Octubre 2011	Entrevista y diálogo con el GF.
Fase 4	Enero 2012	EP a una personas de la localidad con intento suicida.
Fase 5	Enero 2012	Transcripción y análisis de los datos obtenidos.