



EL SUICIDIO

GUILLERMO AUGUSTO CEBALLOS OSPINO
YULI PAOLA SUAREZ COLORADO

Ceballos Ospino, Guillermo Augusto

El Suicidio / Guillermo Augusto Ceballos Ospino, Yuli Paola Suarez Colorado. -- 1a. ed. -- Santa Marta : Universidad del Magdalena, 2013.

86 p.

Incluye bibliografía.

ISBN 978-958-746-051-3

Primera edición, enero de 2013

Primera reimpresión, julio de 2018

© UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

Editorial Unimagdalena

Carrera 32 No. 22 - 08

(57 - 5) 4217940 Ext. 1888

Bloque 8 - Segundo Piso

Santa Marta D.T.C.H. - Colombia

editorial@unimagdalena.edu.co

Rector: Pablo Vera Salazar

Vicerrector de Investigación: Ernesto Amarú Galvis Lista

Coordinador de Publicaciones y Fomento Editorial: Jorge Enrique Elías-Caro

Diseño de portada y diagramación: Andrés Caiaffa Vidal

Corrección de estilo: William Hernández Ospino

Santa Marta, Colombia, 2018

ISBN: 978-958-746-051-3

Impreso y hecho en Colombia - Printed and made in Colombia

Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S. - Xpress Kimpres (Bogotá)

El contenido de esta obra está protegido por las leyes y tratados internacionales en materia de Derecho de Autor. Queda prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio impreso o digital conocido o por conocer. Queda prohibida la comunicación pública por cualquier medio, inclusive a través de redes digitales, sin contar con la previa y expresa autorización de la Universidad del Magdalena.

Las opiniones expresadas en esta obra son responsabilidad del autor y no compromete al pensamiento institucional de la Universidad del Magdalena, ni genera responsabilidad frente a terceros.

CONTENIDO

Prólogo	7
Nota de los autores	13
Capítulo Uno: RESULTADOS DE INVESTIGACIONES FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO EN • ADULTOS Y ANCIANOS • NIÑOS Y ADOLESCENTES	15
Capítulo Dos: EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN EL DISTRITO T.C. e H. DE SANTA MARTA Y EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA AÑOS 2004 - 2011 • SANTA MARTA • DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	25
Capítulo Tres: ALGUNAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	35
Capítulo Cuatro: LA MÚSICA, LAS TRIBUS URBANAS Y EL SUICIDIO	43
Capítulo Cinco: CARTILLA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	49
Referencias Bibliográficas	81

PRÓLOGO

“La muerte forma parte de la vida, y me asombra que se pretenda ignorarlo: su presencia despiadada la experimentamos en cada cambio al que sobrevivimos, pues hay que aprender a morir lentamente. Hay que aprender a morir: en esto consiste la vida. En preparar con tiempo la obra maestra de una muerte noble y suprema, una muerte en la que el azar no tome parte, una muerte consumada, felicísima, entusiasta como sólo los santos supieron concebirla; una muerte madurada desde antiguo, que borra su nombre odioso, no siendo más que un gesto que restituye al universo anónimo las leyes familiares, rescatadas de una vida intensamente cumplida”.

(De “Cartas a una amiga veneciana” de Rainer María Rilke)

El suicidio, un suceso tan cercano y tan habitual a la frágil condición humana, hoy en día, en los albores del siglo XXI, debe estudiarse y comprenderse con una lupa gigante, y situándonos en dos momentos históricos: la antigüedad clásica y la modernidad. De lo contrario, se corre el albur de encasillar la conducta de los hombres y mujeres que pueblan este planeta, en las implacables hipótesis de la ciencia. Es que, el ser humano es un nudo gordiano,¹ más de las veces imposible de desatar.

Desde la más remota antigüedad, el suicidio ocupa un lugar relevante en el curso de la vida. Y en ese momento histórico, no era visto, ni con los ojos actuales, ni analizado con las herramientas hermenéuticas de la Psicología, de la Psiquiatría o del Psicoanálisis. Por el contrario, abandonar la vida por decisión propia, era un acto de valentía, para aliviar el peso abrumador del deshonor, de la pobreza o del escarnio público.

En la Biblia, libro que, a partir del Emperador Teodosio I El Grande, luego del Edicto de Tesalónica en el año 380 de nuestra era, se convirtió en referencia sagrada para Occidente, el suicidio discurre complacido por sus páginas. De acuerdo con las teorías del sociólogo francés Émile Durkheim,² planteadas en su obra “El Suicidio”, las muertes voluntarias de algunos personajes bíblicos, son catalogadas dentro de la categoría del “suicidio altruista”. Doy comienzo a esta reflexión con ejemplos de La Biblia, dado que siglos más tarde, el suicida, por los conceptos judeo-cristianos, se transformará en un ser abominable, incomprendido, despreciado y excomulgado por las leyes eclesiásticas, desde el momento en que Agustín de Hipona, Padre de la Iglesia, en su libro “De civitate Dei (La Ciudad de Dios), 426 d. de C., ubica a los suicidas en el más abyecto círculo del infierno.

1. La expresión nudo gordiano procede de una leyenda según la cual un campesino de Gordión (actual Anatolia) llamado Gordias llevaba sus bueyes atados al yugo con unas cuerdas anudadas de modo tan complicado que era imposible desatarlas. Este hombre cumplió un augurio que promulgaba el hecho de que el futuro rey de Frigia vendría por la Puerta del Este acompañado de un cuervo que se posaría en su carro. Según las tradiciones, quien consiguiera desatar el nudo gordiano podría conquistar Oriente.

2. Émile Durkheim (Épinal, Francia, 15 de abril 1858 – París, 15 de noviembre 1917) fue un sociólogo francés. El estableció formalmente la disciplina académica y, junto con Karl Marx y Max Weber, es considerado uno de los padres fundadores de dicha ciencia. Su influyente monografía, El suicidio (1897), un estudio de los tipos de suicidios de acuerdo a las causas que lo generan, fue pionera en la investigación social y sirvió para distinguir la ciencia social de la psicología y la filosofía política.

El caso que más me atrae por su trascendencia colectiva es el suicidio de Sansón, citado en Jueces, Cap. 16. El héroe, prisionero y ciego en medio de los filisteos, enemigos de su pueblo ancestral, toma la decisión de acabar con su vida y con la de sus adversarios. El texto así lo describe: "Déjame palpar las columnas que sostienen la casa, para apoyarme en ellas". El edificio estaba repleto de hombres y mujeres. Allí estaban todos los príncipes de los filisteos, y en la azotea había unos tres mil hombres y mujeres que se divertían mirando a Sansón. Entonces Sansón invocó al Señor, con estas palabras: "Señor, acuérdate de mí y devuélveme la fuerza por esta sola vez, para que pueda vengarme de los filisteos, de un solo golpe, por la pérdida de mis dos ojos". Luego palpó las dos columnas centrales que sostenían el edificio, y se apoyó contra ellas, poniendo sobre una su brazo derecho y sobre la otra su brazo izquierdo. Y exclamó: "¡Muera yo junto con los filisteos!". Después empujó con toda su fuerza, y el edificio se desplomó sobre los príncipes y sobre toda la gente allí reunida. ¡Los que él mató al morir fueron más numerosos que los que había matado en toda su vida!".

El acontecimiento descrito, al igual que el suicidio de los mártires, es considerado legal por la cultura occidental, y no patológico. Sin embargo, para los expertos y eruditos de la materia en cuestión, el suicida Sansón, con esta "proeza" demostró una pérdida absoluta de individualismo, ha dado muerte a su Yo, y en su interior, se cree que forma parte indisoluble de su grupo social, y por lo tanto considera normal ofrecer su vida por la causa, aunque en su gesto heroico arrase con una multitud, en la que, con toda certeza estaban involucrados criaturas inocentes.

Otro modelo de suicidio altruista es el del rey Saúl, reseñado en el Primer Libro de Samuel, Cap. 31, V.4-5: "Saca tu espada y traspásame, no sea que lleguen esos infieles a burlarse de mí. Pero el escudero no se atrevió a hacerlo... Entonces Saúl se arrojó sobre su espada. Viendo que su jefe había muerto, el escudero se lanzó también sobre su espada y murió junto a él". Esta clase de suicidios, veinte siglos más tarde fue denominado con el nombre del "Efecto Werther", episodio tomado de la novela "Las desventuras del joven Werther" (Die Leiden des jungen Werthers) escrita por Johann Wolfgang von Goethe.

Al poco tiempo de publicada la novela, centenares de jóvenes europeos acudieron al suicidio para emular al protagonista. En la sociedad de esa época, año de 1774, los jóvenes desengañados por una traición amorosa, estimaron como un hecho normal, acabar con el sufrimiento, mediante el suicidio, imitando el mismo método usado por Werther.

Es muy probable que, el poeta Rainer María Rilke,³ impactado por la novela de Goethe se haya inspirado, para escribir sus "Elegías del Duino"⁴ y las "Cartas a una amiga veneciana", en cuyas páginas elabora con un lenguaje metafísico el tema de la muerte, pero no elogiando

3. Rainer Maria Rilke (también Rainer Maria von Rilke) (4 de diciembre de 1875, en Praga, Bohemia, República Checa (a la sazón Imperio Austrohúngaro) - 29 de diciembre de 1926, en Val-Mont, Suiza) es considerado uno de los poetas más importantes en alemán y de la literatura universal. Sus obras fundamentales son las Elegías de Duino y los Sonetos a Orfeo. En prosa destacan las Cartas a un joven poeta y Los cuadernos de Malte Laurids Brigge.

4. Es un libro de poemas del autor en lengua alemana Rainer Maria Rilke. Su nombre procede del castillo de Duino, cerca de Trieste (Italia), propiedad de la amiga y protectora de Rilke Marie von Thurn und Taxis. Fue durante una estancia en este lugar, en 1912, cuando el poeta comenzó la composición de las Elegías, si bien no las dio por terminadas hasta 1922, en el castillo de Muzot. La obra se publicó al año siguiente, en 1923.

la tendencia autodestructiva del ser humano, sino, por el contrario, elogiando el instante de la vida, y subrayando en cada verso que, el ser humano, a pesar del sufrimiento que produce vivir, debe trascenderlo y con resignación esperar que la muerte llegue por sí misma. En este sentido, el poeta Rilke es un defensor de la vida y un detractor del suicidio o muerte infligida.

¿Por qué se acude al suicidio?. ¿Por qué se interrumpe de manera violenta el hilo conductor de la vida?. La respuesta, la descubre el poeta, en la pérdida del sentido terrestre. Aquel ser humano que no sepa valorar el mundo de los fenómenos que lo rodea, no ama la vida, y como resultado, desconoce la alegría que ocasiona el sol, la lluvia, o el sencillo despertar de una flor. A finales del siglo XIX, una reflexión de esta índole filosófica sobre la existencia, tenía validez en la sociedad europea, todavía no marcada por el implacable e inhumano capitalismo. Y, los aportes del poeta Rilke, dirigidos a la juventud o a cualquiera que estuviera en trance del suicidio, prestaron en su momento, un indiscutible beneficio, porque la Ética ocupaba aún un papel de suma consideración, y no era despreciada como algo etéreo, sino como una regla tangible y generadora de excelentes frutos para la sociedades humanas.

Para Rilke, el suicida no reconoce en la tierra la posibilidad de la alegría, que a veces se esconde detrás de los dolores. En segundo lugar, el suicida se apresura a dar a la vida y a la muerte una interpretación definitiva, sin esperar que en el camino se nos revele el sentido de la existencia. Esta es una característica típica del suicida: la desesperanza, el cielo nublado de negros nubarrones, la creencia de que el sol no brillará más para él. No obstante, en contra de todos los principios promulgados por las religiones oficiales, el suicida no es un proscrito, sino un ser triste y desventurado. Esta proscripción del suicida, surgió en la Edad Media por la sacralización de la muerte, y por el desconocimiento del derecho a la libertad.

Por fortuna, cuando la ciencia tomó las riendas del fenómeno del suicidio, los actores fueron redimidos del castigo eterno, y la muerte descendió de su pedestal sagrado, como un paradigma intocable.

Entonces, el conflicto se analizó en el ámbito de la psiquis humana, desentrañando todos sus misterios, sus fortalezas y sus debilidades. Aquellos tribunales que en el siglo IV, por mandato del Concilio de Arles,⁵ ordenaron castigos ignominiosos contra los suicidas, perdieron vigencia, y cada protagonista de la muerte inducida pasó al plano del enfermo, ya fuera por perturbaciones mentales o influencias sociales.

¿Cómo juzgar la conducta humana desde el plano de los fanatismos religiosos?. Ahora, en el plano del derecho positivo, ¿acaso la ley que de él emana, no es muchas veces arbitraria y sujeta a las complacencias del poder político?. En el curso de la historia, las culturas han sufrido las contingencias del tiempo, ocasionadas por las permanentes interacciones sociales. En la Edad Media, la decisión del filósofo griego Sócrates de optar por el suicidio forzado, no era admisible en el contexto judeo-cristiano, y en nuestros días nos sorprende escuchar las

5. El Concilio de Arles fue el primer concilio convocado por Constantino, Emperador de los Romanos, en el año 314 de nuestra era, y fue el predecesor del Primer Concilio de Nicea. En este Concilio por iniciativa de Agustín de Hipona, los suicidas fueron proscritos y condenados a la excomunión y al infierno.

serenas palabras del filósofo, minutos antes de beber la cicuta, veneno letal con el que puso término a su vida.” Tampoco lo que ahora me ha sucedido ha sido por casualidad, sino que tengo la evidencia de que ya era mejor para mí morir y librarme de trabajos. Por esta razón, en ningún momento la señal divina me ha detenido y, por eso, no me irrito mucho con los que me han condenado ni con los acusadores. No obstante, ellos no me condenaron ni acusaron con esta idea, sino creyendo que me hacían daño. Es justo que se les haga este reproche. Sin embargo, les pido una sola cosa. Cuando mis hijos sean mayores, atenienses, castigadlos causándoles las mismas molestias que yo a vosotros, si os parece que se preocupan del dinero o de otra cosa cualquiera antes que de la virtud, y si creen que son algo sin serlo, reprochadles, como yo a vosotros, que no se preocupan de lo que es necesario y que creen ser algo sin ser dignos de nada. Si hacéis esto, mis hijos y yo habremos recibido un justo pago de vosotros. Pero es ya hora de marcharnos, yo a morir y vosotros a vivir. Quién de nosotros se dirige a una situación mejor es algo oculto para todos, excepto para el dios».

El discurso anterior es revelador para el juicio de la conducta suicida. El filósofo, prefiere el suicidio forzado a la pérdida del honor y del respeto de la comunidad. Empero, con el sarcasmo y causticidad que lo caracterizaba, Sócrates cuestiona: ¿Quién de ustedes conoce la verdad?. ¿Es mi elección a la muerte un castigo?. ¿No seré yo más feliz después de la muerte que ustedes en la vida?. Con este raciocinio, Sócrates acusa a la ley positiva, a la ley del Senado que lo ha sentenciado por desconocer a los dioses establecidos, y asimismo invalida los argumentos de la supuesta verdad que siempre favorece a los tiranos. El ser humano, en el pensamiento socrático no debe ser condenado, sino más bien comprendido. Y, me he extendido en el histórico incidente del filósofo ateniense, para desvirtuar el repudio que todavía en nuestros tiempos se exterioriza hacia el suicida.

¿Qué es, pues, el suicidio?. El término “suicidio” era desconocido hasta el siglo XVIII. El periodista, traductor e historiador francés conocido como el abate Pierre-François Desfontaines acuñó el vocablo, alrededor del 1735, en el diccionario de la Academia Francesa de la Lengua, y fue compuesto de dos palabras latinas: sui, que significa “si mismo”, y caedere, que significa “matar”.

Ya vimos que la historia de la humanidad está plagada de suicidios, y que desde los más remotos tiempos hubo motivos especiales para perpetrarlo: desengaños amorosos, religiosos, altruistas, políticos, y aquellos motivados por psicopatologías, para definirlos en el lenguaje de la modernidad. Aunque es en la postmodernidad o siglo XX, cuando el problema ha sido orientado de una manera más racional apartándolo de los juicios religiosos, o de la sacralización de la muerte en el plano metafísico.

Detrás del suicidio hay una serie de prejuicios como hemos sopesado en estas líneas. Para algunas personas, el suicidio no tiene lógica, carece de sentido. En cambio, otras personas alegan el derecho a la libre determinación, o sea, el derecho a la libertad de elegir y hacer con su vida lo que les plazca.

La Organización Mundial de la Salud, ha constatado que en el mundo se produce un suicidio cada 40 segundos y que, en el período de un año, se producen un millón de muertes de

esta forma, lo que sitúa al suicidio por encima de las muertes ocasionadas en guerras o los homicidios.

Entre las causas que inducen al suicidio, según los especialistas hay que destacar las siguientes: aislamiento y soledad, pérdida de apoyo en los lazos familiares, rechazo, abandono, estados depresivos caracterizados por ansiedad, insomnio, angustia, desesperanza, inutilidad de la existencia, deseo vengativo hacia otra persona, sentimiento de culpa o de pecado, búsqueda de la paz o tranquilidad para evadir los conflictos del mundo, desamor, deseos de gloria o martirio.

Por regla general, el suicida potencial busca comprensión, para evitar las paradojas que lo motivan a poner fin a su vida. Por desgracia, estamos inmersos en una sociedad capitalista desalmada que no escucha la voz del prójimo.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) es parca al respecto, porque su lenguaje proviene del “establishment”, y ninguna potencia practica el hermanamiento de los pueblos. Ninguna potencia reconoce que el capitalismo es una religión perversa, para sacar a relucir la expresión ingenitada por el filósofo italiano Giorgio Agamben, quien con acertada lucidez se refiere a este sistema económico: “El capitalismo es una religión, la más feroz, implacable e irracional que jamás haya existido, porque no conoce ni tregua ni redención. Ella celebra un culto ininterrumpido cuya liturgia es la obra y cuyo objeto es el dinero”.

La sociedad originada o fraguada en los moldes del capitalismo es indolente, y este malvado espíritu ha engendrado la desesperanza en las sociedades humanas, les ha robado el derecho a la felicidad. El capitalismo con su voracidad ha enfermado a los seres humanos. De tal manera que, ¿cómo evitar el suicidio permanente en una sociedad que padece del cáncer de la desesperanza?.

Como consecuencia del capitalismo brutal y despiadado, en pleno siglo XX han surgido sectas inductoras de suicidios como la Iglesia de la Eutanasia, fundada por Chris Korda, hijo de Michael Korda, editor jefe de Simon & Schuster y nieto de uno de los artífices de la industria cinematográfica británica. El lema de esta secta es: “una organización educativa sin ánimo de lucro dedicada a restaurar el equilibrio entre los humanos y el resto de las especies a través de la reducción voluntaria de la población”.

En vista de un mundo gobernado por un capitalismo inhumano, los que no somos partidarios del suicidio, debemos clamar que “es extraño no habitar más la tierra, no seguir practicando las costumbres apenas aprendidas, no dar el significado de un porvenir humano a las rosas y a tantas otras cosas llenas de promesas; no seguir siendo lo que uno era, porque es extraño el no seguir deseando los deseos” (Rainer María Rilke, Primera Elegía de Duino).

El suicidio significa interrumpir de manera violenta ese proceso natural que es el morir. En efecto, la muerte es el ocaso supremo de la vida, pero no debe cortarse el cordón umbilical que las une, pues, vida y muerte caminan juntas tomadas de la mano mientras discurrimos por la tierra. La certeza de la muerte inminente de cada ser humano debe otorgar la conciencia del

tiempo. Medimos la duración y la finitud del tiempo a través de ese final inevitable. El filósofo Heidegger afirmaba que "la muerte es la más propia posibilidad de la existencia". En esta misma valoración de la muerte, el poeta Goethe concluyó que es perentorio morir para llegar a ser, traducido en alemán como "Istirb und werde!".

La apreciación más asombrosa sobre la muerte la consignó el filósofo Hegel en la introducción de su tratado "Fenomenología del Espíritu" (Phänomenologie des Geistes):

"El botón desaparece con el surgimiento de la flor y se podría decir que aquél es negado por ésta; del mismo modo el fruto transforma a la flor en una falsa existencia de la planta, pues aparece en lugar de la flor como la verdadera planta...".

Los autores de este libro me han solicitado que prologue el resultado de sus rigurosas investigaciones. He aceptado con suma complacencia, a pesar del difícil esfuerzo epistemológico que demanda un ejercicio de esta magnitud.

Reconozco la labor emprendida por los autores, y su anhelo por ser fieles a la experiencia científica, sin menospreciar el valor cuantitativo y cualitativo de la intuición en un fenómeno tan humano y tan inasible como es el suicidio. De todas formas, en estas páginas se aprecia el cuidadoso estudio de ese duende que afecta la psiquis, motor de las acertadas e infortunadas acciones humanas.

William Hernández Ospino

En Santa Marta, el 1 de Noviembre del 2012

NOTA PRELIMINAR DE LOS AUTORES

Es una obligación moral y ética dar a conocer el contenido de este escrito, que pretende mostrar la realidad del suicidio, basado en resultados de investigaciones científicas y no en teorías especulativas. Por esto, no se puede atribuir el contenido de este manuscrito a una única teoría psicológica sobre el suicidio, ya que se comparte la óptica de la multicausalidad del mismo.

Hemos titulado este trabajo como “El libro-cartilla”, debido a que incluye una cartilla de prevención del suicidio, constituyéndose en pionero en la ciudad de Santa Marta y en el departamento del Magdalena en lo que respecta al tema. Para estos dos entes territoriales es mucho más valioso, puesto que contiene estadísticas del suceso consumado suicida de los últimos diez años. Si bien las estadísticas pasan año tras año, consideramos que, con el presente libro no pasará, dado al contenido distinto de los cuadros estadísticos. Éstos últimos son de fácil consecución y actualización por aquellos lectores que deseen aplicar los conocimientos que aportamos, y de este modo contribuir con la prevención del suicidio.

El comienzo del libro ha sido concebido y estructurado con los resultados de investigaciones efectuadas en el mundo, en Colombia y en nuestro suelo samario. Asimismo, se desarrolla el tema de los factores asociados al suicidio, dentro del cual se incluyen los temas del suicidio en diferentes etapas del ciclo vital, a saber, la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez, demostrado todo esto con las respectivas estadísticas.

En el segundo capítulo se hace referencia a la epidemiología del suicidio en el departamento y en la ciudad de Santa Marta. En este contexto, se presentan y se explican las tablas estadísticas por grupo étnico, género, ocupación, nivel académico, mecanismo utilizado para cometer el suicidio, escolaridad, entre otras.

En el capítulo tercero se expresan de manera general algunas medidas que se deben tener en cuenta para la prevención del suicidio.

En el capítulo cuarto se trata la influencia de la música, las tribus urbanas y su relación con el suicidio. Por último, en el capítulo quinto se da prioridad a la prevención del suicidio, con énfasis en la población adolescente. Pero, esto no impide que dichas observaciones puedan ser aplicadas a los demás grupos de edad.

La idea de plantear los resultados de esta investigación en forma de cartilla, tiene como objetivo primordial, una fácil comprensión en su lectura, y sobre todo para que estos conocimientos puedan ser aplicados en la gran labor que debe hacerse en la prevención y reducción del sui-

cidio como problema de las sociedades actuales. En principio, esta cartilla fue elaborada por el autor y una colega estudiosa del tema. Después, pensando siempre en servir a la comunidad, se actualizó y agrandó con la participación de una estudiante de último año de psicología.

Los autores



CAPÍTULO I

RESULTADOS DE INVESTIGACIONES

**Factores asociados al suicidio en
Adultos y ancianos
Niños y adolescentes**

RESULTADOS DE INVESTIGACIONES

En el año 2007, la OMS señaló que el suicidio constituye una de las tres principales causas de muerte en personas entre los 15 y 44 años, en ambos sexos. De otro lado, en los últimos 50 años las tasas de suicidio han aumentado un 60% en todo el mundo, lo cual ha motivado su investigación con el propósito de hallar cuáles son los principales factores (internos y externos) de riesgo para que se de este evento. Por ello, este capítulo está dedicado a presentar de manera sucinta los principales resultados de las investigaciones efectuadas en diferentes partes del mundo, incluido Colombia, y discriminando el acto suicida en las diferentes etapas de la vida (desde la infancia, pasando por la adolescencia, adultez hasta llegar a la vejez). Vale la pena informar que en Colombia, a pesar de que a partir del año 2000 ha venido dándose una disminución en el número de suicidios, en los dos últimos años (2008 y 2009) se nota un leve incremento con respecto a los años precedentes, aunque menor al del año 2000. En suma en el año 2009 se perdieron en Colombia, 66.114 años de vida potencial por el suicidio (Valenzuela, 2009). Debe resaltarse que el pico más alto de los suicidios en Colombia se originó en los años 1998-1999, concomitante con la crisis del UPAC, el desempleo y la crisis económica (Luna, Llanos y Sarmiento, 2006).

Con el fin de ilustrar lo anterior, a continuación se presentan dos tablas (Ver tabla 1 y 2), en donde en la primera se presentan las tasas de suicidios en Colombia durante algunos años comprendidos en el periodo 1950 a 2011 por cada 100.000 habitantes y en la segunda se incluye el número de suicidios en el periodo 1996 a 2011:

Tabla 1. Tasas de suicidio en Colombia

AÑOS	1950	1955	1960	1965	1970	1985	1990	1994	1999	2000	2005	2009	2010	2011
TASA	1.3	1.3	3.0	6.1	2.9	3.6	2.7	3.5	5.2	5.1	4.1	4.1	4.1	4.1

Fuente: OMS (2003) hasta 1994 y FORENSIS (2010) de 2000 a 2009

Tabla 2. Número de suicidios en Colombia desde los años 1996 a 2011

AÑOS	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
FREC.	1613	1692	2046	2089	2070	2056	2045	1938	1703	1786	1751	1771	1841	1845	1864	1889

Fuente: Autor recopiladas de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Los factores asociados al suicidio, tanto de riesgo como protectores, son múltiples, debido a su multicausalidad. En consecuencia, se decidió presentar aquellos que son más comunes en la literatura científica, discriminados por grupos de edad, en el siguiente orden:

FACTORES ASOCIADOS AL SUICIDIO POR ETAPAS DEL DESARROLLO DE LA VIDA

EN ADULTOS Y ANCIANOS

En este estudio se considera la adultez a partir de los 20 años, siguiendo la clasificación de la OMS.

El suicidio en personas ancianas es considerado como un evento complejo y multifactorial, el cual en los debates sobre suicidio no son considerados de interés, tal vez, debido a la carga económica que estas personas suponen para la sociedad y las creencias relacionadas con la vejez (O'Connell, Chin, Cunningham & Lawlor, 2004). Estos mismos autores manifiestan que los programas de detección, prevención y tratamiento del suicidio en ancianos deberían centrarse teniendo en cuenta el riesgo inherente en esta población, específicamente, en detectar y tratar eficazmente la depresión y la ideación suicida, especialmente en subgrupos con factores de riesgo adicionales, tales como, comorbilidad con enfermedad física y bajo apoyo social.

La mayor incidencia de los actos suicidas en Estados Unidos se ve en hombres en la cuarta década de la vida, en una relación de 4 a 1 con las mujeres, primando la raza blanca sobre otras. Los intentos suicidas, en contraste, son mayores en las mujeres que en los hombres (Sullivan, 2001).

El método más frecuente para cometer suicidio es el arma de fuego, seguido por el ahorcamiento (más frecuente en Europa), y el envenenamiento (más frecuente en las mujeres de todos los países). Por cada acto suicida llevado a cabo, se descubren de diez a veinticinco intentos de suicidio. Entre los factores de riesgo más importante para cometer suicidio, se encuentran, antecedentes familiares de suicidio y enfermedad psiquiátrica de base. Los factores psicosociales influyen de manera directa en la potencialidad suicida, al igual que la presencia de armas de fuego en la casa, y su accesibilidad (Abellán, 2005).

Pérez, Ros, Pablos y Calás (1997), encontraron que el 39,1 % de la población estudiada poseía algún factor de riesgo suicida. La diabetes mellitus, la hipertensión arterial, por sus consecuencias en la calidad de vida, el alcoholismo y la esquizofrenia, los antecedentes de tratamiento psiquiátrico, los antecedentes familiares de conducta suicida, la ideación suicida y el intento suicida previo son los factores de riesgo más frecuentes entre los individuos. Los conflictos de pareja y familiares, y la mala comunicación entre los miembros de las familias, fueron áreas conflictivas predominantes. Recomiendan en su estudio, realizar acciones de salud que disminuyan dichos factores de riesgo encontrados. Igualmente, Siomopoulos (1990), encuentra en su investigación con adultos, que ser hombre, tener más de 40 años, ser divorciado, soltero, viudo o separado, desempleado, con orientación sexual hacia el mismo sexo, con pérdida reciente de seres queridos o de *status* social, son factores que predisponen al suicidio en este grupo etáreo. La viudez también ha sido considerada como un factor de riesgo para el suicidio en los adultos (Cabra, Infante y Sossa, 2010; Luomas & Pearson, 2002; Siomopoulos, 1990).

En Colombia:

En Colombia, para el año 2009, en personas de 60 años y más se presentaron 217 casos (11.7%), siendo un grupo etáreo significativo y para el que deberían efectuarse estudios que logren prevenir su suicidio, enfatizando en los factores de riesgo, lo cual, como en otros países, es muy poco estudiado. En este mismo año, las tasas más altas se presentaron en los grupos de 20 a 24; 25 a 29 y 70 a 74 años, es decir son estas las edades de mayor riesgo para suicidarse. Por género se observó que este fenómeno acontece más en los hombres, ya que por cada cuatro hombres que se quitan la vida, tan sólo una mujer se suicida (Forensis, 2010). Mientras tanto para el año 2011, en personas de 60 años y más se registraron 214 casos de los cuales 186 pertenecían al *género femenino*, 26 al *género masculino*, y 2 de los que no se obtuvo información. Por otro lado las tasas más representativas siguen acentuándose entre los 20 a 24; 25 a 29; desciende hasta los 75-79 y se incrementa en el grupo de 80 años y más (Forensis, 2011).

Tuesca y Navarro (2003), hallaron que el suicidio en Barranquilla se incrementa con la edad y que la ansiedad, la depresión, la presencia de enfermedades crónicas y la hospitalización son factores de riesgo del suicidio en esta ciudad.

En Santa Marta

Aunque el suicidio en ancianos no es alto en Santa Marta, si lo es en el número de personas mayores de 20 años (adultos), y como en la gran mayoría de nuestro país, son muy pocas las investigaciones y menos las acciones que se efectúan para prevenirlo. Con referencia al sexo, la proporción es de 3:1, es decir por cada 3 hombres que se suicidan lo hace una mujer, e igual que el resto del país y el mundo, todo lo contrario sucede con el intento suicida (Ceballos, 2004; Judd, Jackson, Komiti, Bell & Fraser, 2010).

SUICIDIO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El suicidio en la adolescencia es un problema serio de salud pública (Ruiz-Pérez y Orly, 2006). No obstante su estudio para este período etáreo es muy poco abordado de manera independiente, y en la infancia la situación de su análisis es igual, tal vez porque es un hecho excepcional por su poca frecuencia (Biddle, Brock, Brookes & Gunnell, 2008; Parellada, Saiz, Moreno, Vidal, Llorente, Álvarez, et al. 2008).

La adolescencia es un período del desarrollo de mucho estrés lleno de cambios trascendentales: variaciones en el cuerpo, en las ideas y en los sentimientos. El intenso estrés, confusión, miedo e incertidumbre, así como la presión por el éxito y la competencia, y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influye en las capacidades del adolescente para resolver problemas y tomar decisiones, incrementando en ellos un sentimiento de falta de control que genera tendencias agresivas y autodestructivas que los hace reaccionar de forma impulsiva (Migonte, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004). Para algunos adolescentes, las evoluciones normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o sucesos en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, que traen como consecuencia nuevas amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadoras. Los problemas pueden apreciarse

como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar (Pérez, 2005). Para algunos, el suicidio puede parecer una solución. Del 12 al 25 por ciento de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. Cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de transiciones en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento de suicidio se incrementa (Cabra, Infante y Sossa, 2010; Rodríguez, García y Calíope, 2005).

El diagnóstico del suicidio en niños y adolescentes es más difícil de lo que se cree, debido, entre otros, por dificultades de diagnóstico diferencial entre acto suicida y accidental, imprudencia o conducta temeraria (Pedreira, 1998). Algunos estudios señalan que el suicidio en la infancia y la adolescencia no son una patología sino una conducta, y que su consumación muy esporádicamente se presenta antes de los 10 años, siendo más frecuente a partir de los 15 años, más en niños que en las niñas, y el método utilizado es el ahorcamiento y la ingesta de medicamentos u otro tipo de sustancias: en muy pocos casos es utilizada el arma de fuego para su consumación. Entre las causas señaladas para cometer el suicidio en este grupo etáreo se encuentran el desempleo juvenil, aumento de las tasas de divorcios, del clima de violencia social y de la tasa de homicidios, así como el incremento de la ingesta de alcohol y otras drogas y los cambios en las creencias religiosas y pertenencia a sectas o tribus urbanas, e igualmente el estado de salud física y mental (Cabra, Infante y Sossa, 2010; Hawton, 2000; Lewis & Slogget, 1998; Goldstein, Black, Nasrallah & Winokur, 1991; Pappas, Queen, Hadden & Fisher, 1993; Pedreira, 1998; Quin, Mortensen & Agerbo, 2000; Vallejo, 2006; Viilo, Hakko, Väisänen & Räsänen, 2001). Sin embargo, otro estudio plantea que el tener acceso a un arma de fuego incrementa la probabilidad de cometer suicidio para el grupo de edad entre los 5 y 14 años (Cabra, Infante y Sossa, 2010; Miller, Azrael & Hemmaway, 2002). No cabe duda que la edad influye en la conducta suicida. Empero, antes de la pubertad es excepcional que se manifieste dicha tendencia, argumentándose que se debe a la inmadurez cognitiva, pero aumenta en la adolescencia (Parellada, Saiz, Moreno, Vidal, Llorente, Álvarez, et al. 2008; Rice, Harold & Thapar, 2005).

El suicidio por imitación, en especial por la influencia que ejercen los medios de comunicación no puede dejarse de lado en este grupo etáreo, en especial si se trata de alguna celebridad (Cabra, Infante y Sossa, 2010; Castillo, González y Jiménez, 2007; Jonas, 1992; Philips, 1982; Rice, Harold & Thapar, 2005; Villain, 2001; Wasserman, 1984); igualmente, por estos medios se puede estar difundiendo el método para cometer el suicidio (Cabra, Infante y Sossa, 2010; Ceballos, 2005; Sánchez et al, 2002). Para Sánchez, Guzmán y Cáceres, (2005), los adolescentes con aislamiento social, trastornos de ansiedad y uso de sustancias psicoactivas tienen riesgo de imitación si el suicidio lo comete un amigo. Unos autores piensan que existe un periodo de 23 días en el cual se espera el efecto de la imitación (Phillips, 1974); otros estudiosos del tema plantean tiempo mucho menores (Phillips & Carstensen, 1986; Phillips & Sanzone, 1988; Platt, 1987). En este sentido algunos investigadores arguyen que esto es debido al efecto de la sugestión, teniendo en cuenta el escaso tiempo entre la publicación del suicidio y el incremento en el número de casos (Motto, 1967). Debe subrayarse que esta imitación no parece presentarse en pacientes psiquiátricos (Modestin & Wurmle, 1989). Lo que sí está comprobado, es que el suicidio por imitación existe y afecta primordialmente a los adolescentes (Rice, Harold & Thapar, 2005).

De otra parte, el suicidio en los adolescentes también está influido por problemas de depresión (Altamirano, 2001), aumentando su riesgo para ambos sexos (Rice, Harold & Thapar, 2005), ya que entre el 49 y 64% de los adolescentes que se han suicidado, los trastornos depresivos han estado latentes, especialmente si la desesperanza es uno de sus síntomas (Rice, Harold & Thapar, 2005).

Así mismo, no se descarta la presencia de algún trastorno mental en el momento de cometer el acto suicida, debido sobre todo a trastornos afectivos.

Muchas de las señales de aviso de posibles sentimientos suicidas son también síntomas de depresión. La observación de los siguientes comportamientos ayuda a identificar a las personas que pueden encontrarse bajo el riesgo de intento de suicidio:

- Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño.
- Pérdida de interés en las actividades habituales.
- Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.
- Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida.
- Uso de alcohol y de drogas.
- Descuido del aspecto personal.
- Situaciones de riesgo innecesarias.
- Preocupación acerca de la muerte.
- Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, cabeza y fatiga crónica.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento.
- Dificultad para concentrarse.
- Deseos de morir.
- Falta de respuesta a los elogios.

En este mismo contexto, el suicida potencial exterioriza algunas señales que se concretizan en los siguientes términos o frases comunes:

- Verbaliza: “Quiero matarme” o “Voy a suicidarme”.
- Da señales verbales como “No seré un problema por mucho tiempo más” o “Si me pasa algo, quiero que sepan que...”.
- Regala sus objetos favoritos; tira sus pertenencias importantes.
- Se pone alegre repentinamente luego de un período de depresión.
- Puede expresar pensamientos extraños.
- Escribe una o varias notas de suicidio.

Varios estudios han señalado diferentes factores de riesgo para el suicidio en los adolescentes. En este orden de ideas, encontramos que en cuanto al sexo, los estudios de Berman y Jobes (1991), citado en Castaceda 2003; Amado, Contreras, Chaparro, Echeverry, Guerra, Torres, Venegas y González, 2003, indican que los adolescentes varones cometen actos suicidas mayor que las mujeres en una relación de 4 a 1. El nivel socio-profesional de los padres parece

jugar un papel estadísticamente significativo (Castillo, González y Jiménez, 2007; Thompson, Eggert & Herting, 2000), al igual que la presencia o ausencia de las madres en el hogar. La incidencia del trabajo de la madre en el exterior también es significativo (Ajuriaguerra, 1999, citado en Castaceda, 2003). En un estudio realizado en Dinamarca por Agerbo, Nordentoft & Mortensen (2002), halló que el riesgo de suicidio era mayor entre jóvenes con historial parental de suicidio, ingreso por enfermedad mental, ser soltero, ser desempleado o beneficiario de ayudas sociales, con hermanos ingresados por enfermedad mental, cuya madre haya muerto o emigrado, y/o cuyo padre haya tenido una pobre educación o bajos ingresos. De manera similar encontraron que el riesgo de los factores relacionados con la situación socioeconómica del padre era más fuerte que los relacionados con la de la madre, siempre y cuando no estén relacionados directamente con el estatus de la madre o con la enfermedad mental de ésta. Se encontró una relación inversa entre el riesgo de suicidio y la educación. No obstante, el bajo rendimiento académico del adolescente está evidenciado en la literatura científica del suicidio (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001).

A pesar de lo anterior, Blum (citado en Carpenter, 2001), manifiesta que si se hacen predicciones basadas en la situación económica de los padres o el modo de su convivencia con éstos, se acertará en muy pocas ocasiones, es decir que estas variables no son factores predictores de la conducta suicida en los adolescentes, tal vez debido al hecho de lo multicausal de este.

En lo que concierne a la influencia de la parte neuroquímica del cerebro se destacan los estudios efectuados por Colucci & Martin, 2007; Pandey, Dwivedi, Rizavi, et al, 2002; Laje, Paddock, Manji, Rush, Wilson, Charney, et al. 2007; Thompson, Eggert & Herting, 2000. Estos autores manifiestan que los bajos niveles de serotonina podrían mediar en los problemas de comportamiento en el suicidio, ya que se ha visto que algunos pacientes con bajos niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), que es un metabolito de la serotonina, tienen más predisposición a cometer suicidio; e incluso el nivel del colesterol tendría incidencia en la conducta suicida. De otra parte, una investigación reciente (Gibbons, Brown, Hur, Davis & Mann, 2012) concluyó que en los jóvenes la fluoxetina no aumenta el riesgo de pensamientos o conductas suicidas; disminución de ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo (Thompson, Eggert & Herting, 2000). De igual modo, Olivia (2010), manifiesta que durante la adolescencia suelen ocurrir conductas de asumir riesgo, que conllevan una excitación fisiológica placentera inmediata, pero que se asocian a probables resultados indeseables, entre ellos el suicidio o los intentos suicidas.

Ha sido estudiado el suicidio en jóvenes por causa de su orientación sexual (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Fergusson, Horwood, & Beautrais, 1999; Garofalo, Wolf & Wissow, 1999; Thompson, Eggert & Herting, 2000), sobre todo en una sociedad homofóbica como la actual. Pero no hay una evidencia científica certera, tal vez debido a que intervienen otras variables (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). El bullying o acoso por parte de pares se ha relacionado con la conducta suicida en adolescentes (Laje, Paddock, Manji, Rush, Wilson, Charney, et al. 2007). También influye en la tendencia suicida, la forma como los adolescentes perciben su peso, más que el peso real, obesidad o demasiada delgadez, especialmente en las mujeres y en los varones con el abuso de sustancias psicoactivas (Eaton, Lowry, Brener, Galuska & Crosby, 2005; Rice, Harold & Thapar, 2005).

No se debe olvidar que la psicopatología de los padres (Castillo, González y Jiménez, 2007; Rice, Harold & Thapar, 2005; Thompson, Eggert & Herting, 2000), la estructura o funcionamiento familiar, vivir apartado de ellos (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001), los niveles de comunicación entre padres e hijos (Rice, Harold & Thapar, 2005), están ligados con la conducta suicida. También, es cierto que el abuso físico, psicológico como sexual, son factores de riesgo para el suicidio en este grupo etáreo (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Rice, Harold & Thapar, 2005; Thompson, Eggert & Herting, 2000).

Finalmente, Vallejo (2006), señala que en los adolescentes varones utilizan, por lo general, métodos más violentos y letales, tales como el ahorcamiento, salto de alturas o las armas de fuego. Además, el acto suicida es cuidadosamente planeado y de esta forma evitar ser descubiertos. Por el contrario, las mujeres utilizan con mayor frecuencia medios más pasivos, por lo tanto, presentan una mayor probabilidad de supervivencia y tienden a realizar intentos, de forma que permiten que aumente la posibilidad del descubrimiento, el rescate e incluso avisan que han hecho el intento precisamente para que se les brinde la ayuda médica requerida.

En Colombia:

Velasco y Castrillón (2010), manifiestan que la evolución psicosocial de la adolescencia reducen las resistencias psicológicas, aunado a las exigencias de su entorno académico, sentimentales y familiares conllevan fácilmente a la ideación suicida, intento de suicidio o al suicidio consumado. Según las estadísticas oficiales en Colombia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2009), la adolescencia empieza a presentarse como una preocupación para el suicidio. De los 1845 suicidios acaecidos en el año 2009, 304 corresponden a menores de 19 años, es decir el 16.4%. Del mismo modo, para el año 2011 se informa que los suicidios consumados por niños y adolescentes de 05 a 19 años de edad, representaron 301 casos de la suma presentada en el país, constituida en total por 1889 casos.

Estas autoras indican también que sólo en los últimos 25 años es cuando el suicidio entre los jóvenes ha cobrado importancia, y coinciden en señalar que no sólo los factores físicos, emocionales e intelectuales son los que conllevan al suicidio en este grupo etáreo, sino que es producto de una serie de factores en la familia, la escuela y las relaciones sociales, señalando la baja autoestima, la impulsividad, un llamado de auxilio mediante el suicidio, la imitación, factores genéticos, la depresión, la desesperanza, trastorno bipolar, la esquizofrenia, la carencia de habilidades sociales, la desestabilización familiar, el haber sido objeto de maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual, carencia de la figura paterna, el consumo de alcohol o de otras sustancias en los padres o en ellos mismos, entre otros, como factores predisponentes al suicidio en los adolescentes.

En un estudio efectuado en la ciudad de Bogotá, Amado, Contreras, Chaparro, Echeverry, Guerra, Torres, Venegas y González (2003), manifiestan que los adolescentes que cometen suicidio pretenden dejar en su familias un sentimiento de culpa, y basan esto en sus hallazgos ya que el 92% de los jóvenes se hubiera suicidado en el lugar de residencia, y que además el 62% de los suicidas proviniera de una familia nuclear completa y/o recompuesta.

Se ha encontrado que el intento de suicidio es un fuerte predictor del suicidio consumado, incrementando la tasa en 30 veces, aunque este incremento se nota más en adolescentes hombres que en mujeres (Cabra, Infante y Sossa, 2010). Estos mismos autores señalan en su estudio que aproximadamente el 90% de los suicidios en este grupo etáreo están asociados con trastorno psiquiátrico preexistente.

En Santa Marta y el Magdalena

En el medio local de Santa Marta (Colombia), aún no se han presentado suicidios en menores de 15 años. Pero cada año la tendencia es que se manifiesten casos de suicidio en menores de 19 años, lo cual implica que se debe trabajar en las familias, escuelas, universidades, y en general en todas las esferas para prevenir el-suicidio. A parte de esta apreciación, existen pruebas de que en el departamento del Magdalena si han ocurrido suicidios en menores de 18 años, tal como se verá más adelante, en el apartado de estadísticas del suicidio en la ciudad y el departamento.

Las estadísticas de suicidios totales para el año 2010 en el Departamento del Magdalena, muestran 33 suicidios con una tasa de 2.9 por 100.000 habitantes y para su capital Santa Marta 18 suicidios para una tasa de 4.0; como se decía anteriormente.

Sergio Andrés Pérez Barrero, en su libro “¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes?”, plantea que se debe suministrar literatura científica que trate sobre el comportamiento suicida y su prevención como una medida de utilidad no despreciable, ya que daría elementos a los adolescentes para ayudarse ellos mismos y a sus pares que se encuentren en una situación de crisis suicida. De igual provecho sería para los padres, las madres, familiares, maestros y profesores, puesto que los dotaría de herramientas cognitivas para detectar prematuramente la ocurrencia del suicidio y de esta manera evitar que se realice. En sentido estricto, uno puede concluir que hablar del suicidio con los adolescentes en vez de ser dañino hace bien, porque les abre un horizonte positivo y les da a entender que uno se preocupa por ellos. De manera tal que es desacertado y es un tabú el hecho de afirmar que hablar del suicidio incita a cometerlo (Ceballos y Del Toro, 2008).

Un pilar básico e imprescindible en la prevención de la conducta suicida en niños y adolescente es la disponibilidad de una red de Salud Mental adecuada, adaptada a las necesidades específicas de este grupo etáreo, suficiente y específicamente formada y experimentada en su evaluación y tratamiento (Gastaminza, Herreros, Ortiz, Gracia y Sánchez, 2006). En esta red de Salud Mental es perentorio vincular a la familia, a la escuela, a los miembros del barrio donde se reside, a los equipos de deportes y/o actividades culturales.



CAPÍTULO II

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

**EN EL DISTRITO T.C. e H.
DE SANTA MARTA
Y EN EL DEPARTAMENTO
DEL MAGDALENA
AÑOS 2004 - 2011**

SUICIDIO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA

En el Distrito Turístico, Cultural e Histórico de Santa Marta, capital del departamento del Magdalena, durante los años comprendidos entre 2004 y 2010, se reportaron 112 suicidios, para un promedio anual de 16 suicidios. De esta suma total, 16 correspondieron al sexo femenino (14%) y 96 de sexo masculino (86%). Lo que significa que el promedio de suicidios masculinos es superior al femenino, ya que por cada mujer que se suicida 6 hombres lo hacen. Durante los años 2007 y 2008 no se presentó suicidio femenino.

El último informe del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2011) reportan 19 casos en total para la ciudad de Santa Marta, de los cuales 2 corresponden al género femenino y 17 a masculino.

Respecto a la edad, no se presentó suicidio en menores de 15 años durante los años estudiados. Los autores determinaron de manera arbitraria categorías de edad para el número de suicidios, encontrando que para la etapa de la adolescencia tardía (15 y 19 años) se presentaron 9 casos (8.2%); entre los 20 y 34 años, 50 (44.6%) casos; de 35a 49 años, 28 (25.0%) casos; 50 a 64 años, 17 casos (15.1%) y en mayores de 65 años, 8 casos equivalentes al 7.1% del total (Ver tabla 3).

Es notorio que la tasa de suicidios por año no representa estabilidad en el tiempo, teniendo en cuenta los rangos de edad establecidos. Sin embargo, se evidencia que este fenómeno sobresale de manera longitudinal en jóvenes entre 20-34 años de edad, seguido de sujetos entre 35-49 años de edad. Estos registros confirman de manera aproximada lo que la Organización Mundial de La Salud (1995) ya había reconocido: la mortalidad del suicidio se ha incrementado cerca del 60% en los últimos 45 años, y durante estos el mayor índice de suicidios ha pasado de una población de edad avanzada a una más joven (35 y 45 años, e incluso 15-25 años en algunos lugares). Por el contrario, se identifica una menor cantidad de suicidios consumados en los extremos de rangos de edades (15-19) y (+65).

Tabla 3. Edad de los que consumaron suicidio 2004 -2010

RANGO EDAD	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
15 – 19	1	3	1	1	0	0	3	9
20 – 34	5	7	9	5	11	4	9	50
35 - 49	6	3	3	5	4	3	4	28
50 – 64	2	1	5	3	2	3	1	17
65 o más	1	0	0	3	2	1	1	8
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

Durante el período de estudio, las mayores frecuencias y porcentaje de suicidios entre 2004-2010 se dieron según el mes: en marzo 15 casos (13%) y diciembre con 13 casos (12%). En abril, mayo y junio se reconocieron 10 casos cada uno 9%, equivalente en su totalidad al 27%). Finalmente en julio, agosto y septiembre se establecieron 9 casos cada uno para un porcentaje de los tres meses del 24%. Los meses con menos decesos por este concepto fueron noviembre con 5 casos (4%), febrero con 7 casos (6%) y enero con 8 casos (7%) (Ver tabla 4).

Aunque no existan grandes diferencias en la totalidad de casos entre los años 2004-2010, si se observa que de acuerdo al momento del suceso, los índices son constantes en algunos meses, mientras que en otros aumentan o disminuyen. La incidencia de que los casos de suicidio se destaquen en el mes de marzo y diciembre, es decir, al inicio y final de un año, puede estar relacionado no sólo con las evaluaciones negativas que las personas realizan sobre las experiencias de vida ocurridas en un largo periodo generándose un profundo cansancio existencial, sino también en la desesperanza que puede establecerse al empezar una nueva etapa cuando han existido fracasos previos.

Tabla 4. Mes en que se consumaron los suicidios

MES	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
ENE	2	0	2	1	0	1	2	8
FEB	2	1	1	2	0	0	1	7
MAR	1	1	5	4	2	2	0	15
ABR	1	1	1	2	2	2	1	10
MAY	2	0	3	2	1	0	2	10
JUN	0	2	2	1	2	2	1	10
JUL	2	2	0	2	1	2	0	9
AGO	3	2	1	0	2	0	1	9
SEP	0	1	0	0	5	0	3	9
OCT	0	1	0	0	0	0	5	6
NOV	1	1	1	1	0	0	1	5
DIC	1	1	2	2	4	2	1	13
SIN DATOS	0	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

El domingo, se ha caracterizado como el día de la semana en que se presenta el fenómeno con una incidencia de 21 sucesos (18.8%). En esta misma secuencia, se señalan el lunes y viernes con 19 casos cada uno (17.0%), el jueves con 15 (13.3%), el sábado con 14 (12.5%) y los días martes y miércoles con 12 casos cada uno (10.7%) (Ver tabla 5). Por lo general, durante los domingos se presentan en todo el país y en gran parte del mundo el mayor número de suicidios, debido en parte a que es un día de descanso, en contacto consigo mismo y posiblemente el sujeto experimente intensamente soledad, e igual podría pensarse del día viernes, al encontrarse la persona deprimida que volverá a la soledad del fin de semana. El impulso suicida se produce los lunes en aquellas personas que no laboran y entran en crisis por no saber cómo devengar el sustento, al menos propio.

La importancia del día en que se efectúa el suicidio no se refleja significativamente por año, pero sí al revisar el comportamiento de las cifras a lo largo de los 7 años comprendidos entre el 2004-2010, manifestándose el posible vínculo al azar o causal entre la consolidación del acto suicida y el día de la semana sea domingo, lunes o viernes.

Tabla 5. Día en que se consumó el suicidio

DÍA	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
LUNES	3	4	3	3	3	0	3	19
MARTES	3	0	5	2	0	1	1	12
MIÉRCOLES	0	0	4	5	1	0	2	12
JUEVES	2	1	0	2	4	2	4	15
VIERNES	3	5	2	1	2	3	3	19
SÁBADO	2	3	1	3	3	1	1	14
DOMINGO	2	1	3	1	6	4	4	21
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

En 56 casos (50%) de la ciudad, no se pudo determinar la hora en que se cometen. Entre las 6 de la mañana y las 11 y 59 a.m. surgieron 28 casos (25%). En lo que respecta al resto de los incidentes, se precisaron en estos tiempos: 12 casos entre las 6 de la tarde y las 11 y 59 de la noche (11.0%); entre las 12 del día y las 5 y 59 de la tarde 9 casos (8.0%), y 7 casos entre las 00:00 horas y las 05:59 a.m. (6.2%) (Ver tabla 6). Estos resultados corroboran lo hallado en el resto del país. Los datos desconocidos representan una considerable parte de la población que se ha suicidado en la ciudad de Santa Marta.

Tabla 6. Hora en que se consumó el suicidio

RANGO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
00-05:59	3	1	2	0	1	0	0	7
06-11:59	10	6	4	3	3	1	1	28
12-17:59	0	1	3	1	0	1	3	9
18-23:59	2	2	2	3	1	1	1	12
SIN DATO	0	4	7	10	14	8	13	56
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

El estado civil de las personas que consumaron suicidio durante los años 2004 – 2010, muestra que el 29.4% (33) eran solteros, 10.7% casados (12), 16% (18) estaban en unión libre, 1.8% (2) estaban separados y de un 42% (47) no se tuvo información (Ver tabla 7). La literatura científica sobre el suicidio, señala que el matrimonio o relación de pareja es un factor protector contra el suicidio. Sin embargo, en los datos recolectados falta información de un número representativo de los suicidios consumados (47 casos sin información a este respecto), pero se puede notar un 30% de los datos completos eran solteros o separados. La revisión de los guarismos por año muestra en su mayoría que el estado civil de mayor riesgo es el soltero.

Tabla 7. Estado civil de quienes consumaron suicidio

ESTADO CIVIL	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
CASADO	3	1	1	3	0	3	1	12
SEPARADO	0	0	0	0	1	1	0	2
SIN INFORMACIÓN	2	2	8	11	18	3	3	47
SOLTERO	3	6	6	2	0	4	12	33
UNIÓN LIBRE	7	5	3	1	0	0	2	18
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

Con respecto a la escolaridad se halló que el 15.1% (17) tenía secundaria completa, un 7.1% (8) cursó hasta básica primaria, un 4.5% (5) eran profesionales, con un 1.7% (2) habían cursado secundaria incompleta y otro tanto no tenía ningún estudio, un 0.9% (1) curso hasta nivel pre-escolar; de 77 (69.0%) casos no se obtuvo información sobre el nivel educativo (Ver tabla 8). Al igual que en la tabla anterior, de manera desafortunada en 77 casos no se tiene información. Empero, con los datos restantes se puede corroborar que el nivel educativo bajo está ligado a la conducta suicida, por lo menos en los casos reportados, tal como lo señalan, entre otros, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (2001); Castillo, González y Jiménez, (2007); Thompson, Eggert & Herting. (2000).

Tabla 8. Nivel de escolaridad de quienes consumaron el suicidio

ESCOLARIDAD	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
PREESCOLAR	1	0	0	0	0	0	0	1
BÁSICA PRIMARIA	3	0	0	1	0	1	3	8
SECUNDARIA	4	1	1	1	0	1	9	17
SEC. INCOMPLETA	0	2	0	0	0	0	0	2
NINGUNO	1	0	0	0	0	1	0	2
PROFESIONAL	2	1	0	0	0	0	2	5
SIN INFORMACIÓN	4	10	17	15	19	8	4	77
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

El método o mecanismo más utilizado para consumir el suicidio en la ciudad fue el ahorcamiento con 72 casos (64%), el arma de fuego sigue con 20 casos (17.8%), luego con un 11.6% (13 casos) el envenenamiento con sustancias químicas, las caídas de altura en 3 casos (2.6%), y con un caso cada una (.8%) la sobredosis, inmersión o ahogamiento, arma corto punzante y arma cortante (Ver tabla 9). Estos datos concuerdan con los hallazgos de diferentes investigaciones, nacionales e internacionales, entre otras tenemos las de Forensis, (2010); Schmidtke, Sarro y de la Cruz, (1991); Ulloa, (1993). No obstante, Vallejo (2006) indica que los métodos utilizados varían de una cultura a otra, debido a que para seleccionar el método interviene diferentes factores.

La selección del método para llevar a cabo el acto suicida puede verse influido al intervenir distintas variables: cultura, personalidad, recursos, entre otros. De todas formas, la diferencia entre ejecutar o no el acto de autolesión estará en tener o no tener acceso al método (Sánchez, Guzmán, Cáceres, 2005).

Tabla 9. Mecanismo utilizado para consumir el suicidio

MECANISMO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
AHORCAMIENTO	11	6	10	13	12	7	13	72
ARMA FUEGO	3	3	3	4	4	1	2	20
INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO AGENTE QUIMICO	0	4	3	0	1	3	2	13
SOBREDOSIS DE PSICOTRÓPICOS	0	1	0	0	0	0	0	1
ARMA CORTANTE	1	0	0	0	0	0	0	1
CAIDA ALTURA	0	0	1	0	1	0	1	3
INMERSIÓN	0	0	1	0	0	0	0	1
CORTO PUNZANTE	0	0	0	0	1	0	0	1
TOTAL	15	14	18	17	19	11	18	112

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

Por último, en la siguiente tabla se presentan las tasas del suicidio por cada 100.000 habitantes por año (Ver tabla 10). Los datos revelan una tasa mínima de 2.4 y una máxima de 4.3 entre los años 2004-2010.

Tabla 10. Tasas suicidio por cada 100.000 habitantes

AÑO	# HABITANTES	# SUICIDIOS	TASA
2004	409.374	15	3.7
2005	415.404	14	3.3
2006	421.603	18	4.2
2007	428.018	17	3.9
2008	434.539	19	4.3
2009	441.198	11	2.4
2010	447.963	18	4.0

Fuente: Para el número de suicidios por año el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011; y para el número de habitantes DANE 2011.

SUICIDIO EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

Durante el período 2004 a 2010, en el departamento del Magdalena se presentaron 208 suicidios de los cuales 34 (16.34%) corresponden a mujeres y un 174 (83.6%) a personas del género masculino, los adolescentes, grupo etario de interés mundial por su incremento paulatino dentro del problema del suicidio presentó 23 de los 208 casos, equivalente al 11.2%, lo cual lo hace significativo para su prevención, aunado a que vino creciendo aceleradamente para el año 2010 (Ver tablas 11 y tabla 12).

Tabla 11. Suicidios de mujeres en el departamento del Magdalena 2004-2010

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA								
AÑOS	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
TOTAL SUICIDIOS DPTO	22	26	22	29	37	39	33	208
TOTAL ADOLESCENTES	2	5	2	3	1	4	6	23
TASA DEPARTAMENTO	1.9	2.3	1.7	2.5	3.1	3.3	2.7	N/A

Fuente: autor basado en estadísticas ICMLCF.

De la tabla anterior se puede deducir que del total de suicidios de adolescentes (23) para el período estudiado, dos (2) correspondieron a personas del género femenino, lo cual representa a un 8.69%.

Tabla12: Suicidio de menores en el Departamento en el período 2005 – 2010*

SUICIDIOS EN MENORES DE EDAD OCURRIDOS EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA SEGÚN MUNICIPIO DEL HECHO DE LA VÍCTIMA AÑOS 2005 – 2010																			
MUNICIPIO	2005			2006			2007			2008			2009			2010			TOTAL
	H	M	TTAL	H	M	TTAL	H	M	TTAL	H	M	TTAL	H	M	TTAL	H	M	TTAL	
CIÉNAGA			0	1		1			0	1		1			0			0	2
EL BANCO			0			0			0			0	1		1	2		2	3
SANTA MARTA	1		1		1	1	1		1			0			0		1	1	4
ARIGUANÍ															0	1		1	1
EL RETÉN																1		1	1
PLATO																1		1	1
TOTAL	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	5	1	6	12

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011.

*: Tener en cuenta que en esta tabla no aparece el año 2004, como si lo tiene tabla anterior, aunado, a que la tabla 1 fue adaptada por los autores de la fuente y cambiaron a su criterio los primeros y últimos años de la vida.

De esta tabla se infiere que durante el año 2010 ocurrieron seis suicidios en menores, lo cual es el equivalente del periodo reportado a un alarmante 50%, de este porcentaje su capital, Santa Marta, representó un 33.3%. Asimismo, tres municipios que no habían reportado este fenómeno en menores, aparecen en las estadísticas. El suicidio en menores de edad sucede entre los 15 y 17 años, y su frecuencia es mucho más alta en los hombres que en las mujeres (Ver tabla 13)

Tabla13. Suicidios en el departamento según edad y género

SUICIDOS EN EL DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA RESPECTO A EDAD y SEXO 2004 – 2010																						
	2004		TTAL	2005		TTAL	2006		TTAL	2007		TTAL	2008		TTAL	2009		TTAL	2010		TTAL	TOTAL
RANGO EDAD	M	F		M	F		M	F		M	F		M	F		M	F		M	F		
15 – 17	0	0	0	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	5	1	6	12
18-19	2	0	2	3	1	4	0	0	0	0	2	2	0	0	0	3	0	3	1	0	1	12
20-24	1	0	1	2	0	2	6	0	6	5	0	5	10	2	12	4	0	4	7	0	7	37
25-29	4	0	4	3	3	6	2	1	3	3	0	3	4	0	4	6	3	9	5	1	6	35
30-34	0	1	1	0	1	1	1	0	1	2	1	3	4	0	4	1	0	1	2	0	2	17
35-39	1	0	1	1	2	3	0	1	1	5	0	5	2	0	2	4	0	4	3	1	4	20
40-44	5	1	6	2	1	3	1	0	1	1	0	1	4	0	4	1	0	1	1	1	2	18
45-49	2	0	2	2	0	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	3	1	4	0	1	1	12
50-54	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	0	2	0	0	0	3	0	3	1	0	1	7
55-59	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	4	0	4	0	0	0	9
60-64	1	0	1	1	1	2	2	4	6	0	0	0	2	0	2	1	0	1	1	0	1	13
65-69	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	1	3	0	0	0	7
70 Y MAS74	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1	5	4	0	4	1	0	1	2	0	2	13
TOTAL			22			26			20			29			37			39			33	208

Fuente: Adaptada por el autor del original suministrado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Regional Norte, Barranquilla Colombia. 2011

De acuerdo con el rango de edad se han identificado en el Departamento del Magdalena entre el 2004 y 2010 doce (12) casos de suicidio en adolescentes entre 15-17 años y 18-19 años de edad respectivamente. De manera sobresaliente treinta y cinco (35) y treinta y siete casos (37) para los grupos entre 20-24 y 25-29 años de edad. Por otro lado, se reconocen diecisiete (17) sujetos entre 30 y 34 años de edad que consumaron suicidio en este periodo, así como en el rango entre 35-39 se encuentran veinte (20) sujetos. En el rango de 40-44 años dieciocho (18) personas ejecutaron su plan suicida. Los datos descienden de tal manera que para el rango entre 45-49 años de edad se registran doce (12) casos, para el rango 50-54 se observan siete (7) casos, de 55-59 nueve (9) casos, de 60-64 once (11) casos. Finalmente entre 65-69 siete (7) casos, y 70+ trece (13) casos.

Como puede notarse de lo anterior, los suicidios en el departamento del Magdalena no difieren sustancialmente de las características que se presentan en la capital (Distrito de Santa Marta).

Pero, se debe subrayar que en ambas zonas este fenómeno del suicidio ostenta un pico elevado a partir de los 20 años de edad, personas recién salidas de la adolescencia, y empieza a notarse un declive hacia los 44 años de edad.

Los sujetos que están seleccionando al suicidio como alternativa para resolver problemas corresponden a ciudadanos magdalenenses en edades productivas, estas cifras son útiles para que instituciones competentes ejerzan acciones en busca del desarrollo psicosocial de la región. Se espera que la cartilla que contiene este libro permita mirar estas tablas desde la óptica de lo que se debe hacer en materia de promoción de una vida saludable y en prevención del suicidio.

Las estadísticas oficiales más recientes de suicidios consumados en el departamento, corresponden al 2011, y estas se encuentran distribuidas de la siguiente manera teniendo en cuenta el género:

SUICIDIOS CONSUMADOS 2011						
	Hombres		Mujeres		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Santa Marta	17	7,69	2	0,86	19	4,18
Ciénaga	2	3,88	1	1,93	3	2,9
Fundación	2	7,1	0	0	2	3,5
Algarrobo	2	31,25	0	0	2	16,34
Chibolo	1	11,61	0	0	1	6,19
Aracataca	0	0	1	5,35	1	2,65
Plato	1	3,58	0	0	1	1,85
El Banco	1	3,57	0	0	1	1,82
Zona Bananera	1	3,27	0	0	1	1,7
Magdalena	27	4,41	4	0,67	31	2,56



CAPÍTULO III

ALGUNAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

ALGUNAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Teniendo en cuenta que, en el capítulo quinto, la cartilla de prevención del suicidio enfatiza en estos temas, en este apartado sólo se enunciarán algunos apartes que los autores han considerado de interés. En el mundo, en especial en Europa, la prevención del suicidio ha sido considerada una prioridad. Es así como se proponen trabajos de manera multidisciplinar entre el sistema de salud con el educativo, familiar, la comunidad y los medios de comunicación, al igual que promover la investigación científica y la identificación de personas en riesgo de cometer suicidio (Ruiz-Pérez y Olry de Labry-Lima, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) además de reconocer al suicidio como un fenómeno epidemiológico mundial y un problema de salud pública, acepta la necesidad de ejecutar acciones para la prevención o control en los distintos núcleos sociales. Este organismo mundial manifiesta que es factible la prevención, involucrando el mejoramiento de la educación, el tratamiento de los trastornos mentales y la vigilancia de los factores de riesgos ambientales. De esta manera sería indispensable incluir grupos específicos sociales como: consejeros, médicos, medios de comunicación, educadores, entre otros.

Prevención del Suicidio dirigido a Consejeros

El paciente suicida suele ser el más común para estos profesionales, y en el caso que el paciente llegue a suicidarse (se calcula que a un 25% de consejeros se les ha suicidado un paciente) se considera un “riesgo ocupacional” debido a los efectos negativos (culpa, ira, deterioro del autoestima) que se genera en estos.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) (2006) ofrece a los consejeros de escuelas, medios de comunicación y grupos de sobrevivientes, herramientas para la prevención del suicidio, considerando que a través de ellos la comunidad puede concientizarse y educarse con la finalidad de reducir la frecuencia de los suicidios. Para llevar a cabo la prevención es necesario considerar los tres niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria.

Nivel de Intervención Primaria: grupos de personas que no dan señal de perturbación suicida, o perturbación limitada, disminuyendo la incidencia.

Nivel de Intervención Secundaria: grupo de personas que dan señales de perturbación suicida, teniendo como objetivo detener, retardar el progreso en cualquier momento de aparición, reduciendo la prevalencia.

Nivel de Intervención Terciaria: se implementan medidas para reducir la aparición de secuelas del fenómeno, mejorando la calidad de vida.

Como se mencionara en otros apartados del texto, el desencadenamiento de los comportamientos suicidas están influidos por factores y situaciones de riesgo, así como por

los factores protectores. No obstante a continuación no se hará mención de estos sino a algunas pautas que puede tener presente el consejero durante una crisis suicida del paciente:

- Reflejar tranquilidad.
- Demostrarse tolerante.
- No emitir críticas, ni juicios.
- Escuchar de manera activa
- Reforzar cuidado personal
- Inducir a la auto-revaloración.
- Mostrar el suicidio como opción, sin exponerlo como la salida.
- Informarse si el paciente posee alguna red de apoyo: familia.
- Realizar preguntas acerca de la letalidad de la decisión.
- Eliminar métodos letales al alcance.
- Tomar decisiones para llegar a controlar la crisis.
- La orientación debe centrarse en el momento actual del paciente
- Análisis del riesgo suicida: entrevista medica; observación del comportamiento; información de padres, maestros, amigos; evaluación de factores situaciones de riesgo; evaluación de ideación, plan, intención, razones para vivir; diagnóstico de trastornos mentales; clasificar el riesgo de acuerdo a la gravedad: inexistente (no hay riesgo), leve (ideación, no existe plan, ni intención), moderado (preparación del plan, posibles intentos previos, factores de riesgos, intención suicida pero no claridad en el plan, deseo de mejorar su estado emocional), grave (plan cuidadoso, intentos previos, factores de riesgos, intensa desesperanza).
- Involucrar, si es necesario, tratamiento farmacológico y hospitalización.
- La evaluación general o integral de los comportamientos suicidas es la base para iniciar procesos de prevención e intervención, cualquiera fuese esta, debe contener: Identificación de riesgos relevantes, historias personal y familiar de intentos previos, estado de las condiciones biológicas, psicosociales, ambientales, signos suicidas, grado de desesperanza, estresores, nivel de impulsividad, autocontrol, factores protectores.

Prevención del Suicidio dirigido a Médicos Generales

Sin duda, resulta difícil para un profesional de la medicina enfrentarse ante el caso de un paciente suicida, generalmente asaltan dudas acerca de la insuficiente competencia para abordar, e invade el temor de no saber cómo reaccionar adecuadamente manteniendo el control y aguardando la integridad del sujeto. Por tal razón la OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000) expide un instrumento dirigido a médicos generales para el manejo de pacientes suicidas:

Más allá de la importancia epidemiológica, de la interacción de factores sociales, genéticos, ambientales, psicológicos, y del impacto psico-social sobre cualquier espacio de interacción es necesario resaltar el papel fundamental de los médicos generales. Los estudios reflejan que entre el 40%-60% de los individuos que cometen suicidio han consultado a un médico el mes anterior. De allí lo fundamental de la labor médica en la prevención, añadiendo lo primordial de la actividad valorativa-evaluativa de la manifestación de los trastornos mentales (trastornos del estado del ánimo: depresión, bipolar; trastornos de ansiedad: pánico, obsesivo compulsivo, somatomorfos; trastornos de la conducta alimentaria: bulimia, anorexia; trastornos de personalidad: histriónico y narcisista; trastornos relacionados con sustancias; esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) fuertemente asociados al suicidio. Del mismo modo, la atención sobre factores sociodemográficos (edad, estado civil, ocupación, residencia, migración) y la presencia de enfermedades neurológicas o terminales donde se hace manifiesto el riesgo suicida.

Claves para la identificación de pacientes con alto riesgo suicida

- Trastornos psiquiátricos
- Enfermedad física (terminal, dolorosa)
- Intentos suicidas previos.
- Historia familiar de suicidio.
- Vivir solo (divorcio, soltería, viudez)
- Desempleo
- Problemas familiares.

¿Cómo manejar pacientes suicidas?

1. Identificar estado actual (ambivalencia, impulsividad y rigidez respecto al pensamiento suicida).
2. Evaluar sistemas de apoyo (amigo, pareja, padre, hermanos).
3. Contratación (emplear un contrato de “no suicidio”)
4. Remitir al especialista.

Prevención del Suicidio dirigido a Profesionales de los Medios de Comunicación

La OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000) comunica la relación entre obras de teatro-musicales y el suicidio que por ser poco investigada puede llegar a ser estimada como ficción. Sin embargo, algunos documentos informan sobre la influencia de los medios de comunicación en las detonaciones de suicidios. Algunas obras por mencionar: “las penas del joven Werther” publicada en 1774, posteriormente a ella aumentaron los suicidios en jóvenes con el método descrito en el libro, de aquí surge el [Efecto Werther] utilizado para hacer referencia a la imitación suicida (un suicido como modelo imitable de suicidios posteriores), así también con “Salida Final”, “Suicidio, modo de empleo” que fueron retirados del mercado por las extrañas consecuencias. Así también se estima el impacto de las noticias televisivas de celebridades que se suicidan, aunque aún no esté demostrado. Por otra parte medios como el internet contiene información que facilita la preparación para ejecutar el plan, mientras otros colaboran a la prevención.

Recomendaciones:

- No publicar fotografías o notas suicidas.
- No informar detalladamente sobre el método.
- No presentar al suicidio como un espectáculo.
- No usar estereotipos culturales-religiosos.
- Publicar información sobre líneas telefónicas de ayuda y servicios de salud mental.
- Anunciar sobre las señales de riesgo suicida.
- Resaltar alternativas diferentes al suicidio.

Prevención del Suicidio dirigido a Docentes

En el medio escolar se persigue perfeccionar el rendimiento escolar de los estudiantes, como también mejorar su calidad de vida implementando diferentes programas (Ruiz-Pérez et al, 2006) con el fin de disminuir el suicidio en jóvenes escolarizados, pero a la fecha muy pocos de estos programas han sido evaluados científicamente, motivo por el cual no se conoce su impacto, mucho menos su efecto específico sobre la conducta suicida (Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez, 2006). Estos mismos autores señalan la importancia de programas en los que se entrena, brinda apoyo, tiempo y recurso a los profesionales que intervienen en el mismo.

De acuerdo con los informes de la OMS (2001) los suicidios en menores de 15 años de edad son pocos frecuentes, aún más en menores de 12 años. Sin embargo las cifras en algunos países muestran un alarmante crecimiento en menores de 15 años de edad, en especial en el rango de 15 a 19. Es válido recordar que no todos los suicidios son registrados como tal en esta población, puesto que muchas de las muertes en jóvenes y adolescentes no es posible determinar la intencionalidad, es el caso de las muertes por accidentes de tránsito,

sobredosis, caídas, ahogamiento, etc. La prevención del suicidio en la escuela debe llevarse a cabo de manera multidisciplinar, incluyendo en el equipo de trabajo: maestros, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, hasta organizaciones comunitarias.

Situaciones de riesgo:

- Situaciones experimentadas como daño.
- Problemas familiares.
- Separaciones (amigos, pareja).
- Muertes de una persona querida.
- Perdidas.
- Conflictos interpersonales-intrapersonales.
- Presión de grupos.
- Victimización.
- Fracaso escolar.
- Altas exigencias académica.
- Problemas disciplinarios.
- Embarazo no deseado, aborto.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Enfermedad física grave.
- Desastres naturales.

Identificación de estudiantes en riesgo suicida

Es importante estar atento a cualquier cambio imprevisto y exagerado en el comportamiento personal y desempeño escolar: falta de interés en actividades cotidianas y escolares, descenso en el rendimiento académico, decaimiento de la motivación y esfuerzo, comportamiento inadecuado en el salón de clases, ausentismo, consumo de sustancias psicoactivas.

Estrategias de la escuela para la prevención del suicidio:

- Fortalecimiento de la salud mental de docentes y otros miembros
- Fortalecimiento de la autoestima de los estudiantes.
- Promoción de la expresión de emociones.
- Prevención de la intimidación o violencia en el centro educativo.
- Proveer información sobre servicios de atención.
- Mejoramiento de habilidades del equipo institucional.
- Restringir acceso a métodos.
- Remisión a profesional especializado.

Cuando ya ha sucedido el acto suicida, se recomienda proporcionar apoyo y orientación, tanto a la familia como a los miembros de la comunidad, en especial si esta es escolar (Thompson, Eggert & Herting, 2000). Aliaga, Rodríguez, Ponce, Frisancho y Enríquez (2006); Biddle, Donovan, Hawton, Kapur & Gunnell (2008), manifiestan que este tipo de intervención es recomendable cuando se ha llevado a cabo un intento de suicidio, ya que puede tener consecuencias con el resto de estudiantes, familiares, profesores y miembros de la comunidad. De esta forma se estaría evitando los casos de suicidio por imitación. De igual modo, estos programas deben iniciarse de forma inmediata y su duración debe ser a largo plazo.



CAPÍTULO IV

LA MÚSICA, LAS TRIBUS URBANAS Y EL SUICIDIO

LA MÚSICA, LAS TRIBUS URBANAS Y EL SUICIDIO

La música ha ocupado un lugar de alta significación en la formación cultural de los pueblos, y sin duda ha desempeñado un papel de interacción social en el aprendizaje de los individuos (Palacio, 2001). Generalmente se ha denominado a la música como el lenguaje universal, pues, independientemente del espacio geográfico siempre llega a ser sugestiva para cualquier oyente. En cada momento histórico, los individuos desarrollan un género musical que representa los valores y paradigmas de las sociedades humanas.

Los efectos de la música sobre la mente o el cuerpo enfermo mantienen, desde tiempo inmemorial, notables semejanzas. Se han utilizado como procesos curativos los que se relacionan con la magia, con la religión y con el pensamiento racional.

En la antigüedad clásica, la música estaba relacionada con la mitología, y era un medio de catarsis o de purificación del espíritu. Para los griegos, la música era un vehículo expedito de comunicación con la divinidad. Por intermedio de los sonidos de una flauta, de un arpa o incluso de un tambor los humanos de las épocas remotas, trascendían la inmediatez para entrar a otros planos espirituales.

Uno de los dioses del olimpo griego, Orfeo tenía el poder de conjurar a los hombres y a todas las criaturas vivientes. Cuando tocaba su lira, los hombres se reunían para oírlo y hacer descansar su alma.

Hasta finales del siglo XIX, la música se regía por patrones de suprema armonía. Pero, en el siglo XX, época en que el humano fue desplazando el sentido de la belleza por lo grotesco y lo satánico, para significar con satánico, lo que perjudica al progreso de la especie, los géneros musicales perdieron el equilibrio armónico para sumirse en el ruido y en la desarmonía. A esta decadencia se suma, la pérdida del sentido estético en el lenguaje, y como consecuencia, el lenguaje se hizo instrumento de mensajes que, en vez de producir tranquilidad y equilibrio, conducen a la insania y a la violencia, es lo que se conoce como mensajes subliminales.

Debido a los efectos que produce la música en los seres humanos, muchos psicólogos y psicoanalistas la han utilizado como material de investigación, para estudiar muchos de sus efectos fisiológicos. Se observó que propicia cambios en la respiración, la presión sanguínea y la digestión, entre otros. Esto significa que la música despierta emociones profundas, que llevan al hombre a crear, como un medio de solucionar conflictos inconscientes. De acuerdo con Freud, “el hombre representa sus conflictos o sus deseos insatisfechos a través del trabajo artístico”.

En nuestros días, con el fenómeno de la globalización cultural del planeta, hay géneros musicales que son comunes en todos los países, a pesar de las diferencias de cada idioma vernáculo. De estas formas musicales del siglo XXI, herencia de la segunda mitad del siglo XX, cabe destacar al rock, heavy, blues, jazz, punk, flamenco, tango, rap, pop, salsa, clásica, electrónica, y muchas otras. Es amplia la diversidad de géneros musicales que adolescentes, jóvenes y adultos prefieren, pero sobre todo son variados los fines por los cuales las eligen,

entre ellos: la socialización, formación de identidad, identificación con iguales-grupos, o simple relajación y entretenimiento (Redondo, 2000).

El Centro de Investigaciones Internacionales (Centro de Investigaciones de la Realidad Social, Centro de Investigaciones Sociológicas y Eurostat) registran que el 78% de los jóvenes entre 18 y 24 años escuchan música todos o casi todos los días. En otros estudios se ha encontrado que jóvenes entre 14 y 16 años de 10 ciudades urbanas del sudeste de Estados Unidos escuchan música en un promedio de 40 horas a la semana. Por otra parte se ha comprobado que escuchar música es la tercera actividad familiar de los jóvenes y adolescentes en su tiempo libre, después de los amigos y la televisión (Redondo, 2000).

En los informes de algunas investigaciones sobre este puntual asunto se ha constatado que ciertos géneros musicales, como heavy-metal y rock-punky están asociados con pensamientos suicidas, auto-daño, abuso de sustancias y falta de respeto a la autoridad, aunque otros autores encuentren riesgos independientemente del género, pero si en relación con la experimentación de emociones negativas intensas (Klein, 1993 citado en Redondo, 2000; Kendall, 1998). No se refuta el efecto de la música traducido en pensamientos, emociones y conductas (Palacios, 2001). Esta atribución se encuentra determinada por la percepción que tengan los sujetos acerca de la influencia de este arte (Redondo, 2000).

A continuación algunos antecedentes investigativos referentes al vínculo entre géneros musicales y el suicidio:

Stack (2000) concluyó que el blues por el énfasis en temas tristes (desamor, agresión, conflictos, rabia) puede atraer a personas con tendencias suicidas y reforzarlas, así también con frecuencia quienes escuchan ópera (centrada en temas como la muerte, e incluso suicidio por deshonor) acepta más fácilmente el suicidio.

Stack y Gundlach (1992) manifiestan que a mayor frecuencia de escucha del género country, mayor es el índice de suicidas blancos, pero que por sí solo este género no ocasiona los suicidios, sino en las subculturas que lo adoptan como elemento de su identidad. El autor señala que también está relacionado con el índice de divorcios.

Stack (1994) citado en Scheel Westefeld (1999); Scheel, Westefeld (1999) encontraron en sus estudios que el Heavy Metal fomenta ideaciones suicidas y sentimientos de desesperanza. Estos investigadores también identificaron que existe una relación entre el número de suscripciones a revistas de heavy metal y el índice de suicidios en adolescentes, este último resultado fue constante incluso al controlar variables como divorcio, nivel socioeconómico y religión.

Durand y Del Castillo (2007) examinaron la influencia de la música en universitarios residentes de la Ciudad de México y la Zona Metropolitana con tendencias suicidas, a través de la aplicación de dos instrumentos, uno para medir tendencias suicidas (IRV), y otro para conocer los distintos gustos musicales (STOMP). En este estudio no se detectó correlación alguna entre géneros musicales mencionados anteriormente y el índice de tendencias suicidas, pero

si descubrió correlación positiva débil entre la música Internacional, Pop y Sound tracks/ Theme. También se identificó correlación entre la música en general y las personas con tendencias suicidas. Los autores concluyen que la música en general es un factor de influencia en la predisposición suicida, sin embargo no se encontró que la música sea un detonante para el suicidio. En la población estudiada no se le puede atribuir a un género específico las tendencias suicidas.

En Brasil, se realizó un estudio similar en estudiantes de pregrado de una universidad pública en la ciudad de João Pessoa, teniendo en cuenta los antecedentes en las relaciones halladas con sobre todo con géneros como el Heavy. Los autores aplicaron a la muestra la Escala Abreviada de Preferencia Musical (Short Test of Music Preference- STOMP), que mide la preferencia de la música con respecto a catorce géneros de la música, y la Escala Razones para Vivir. Los resultados indicaron relación entre la puntuación total de la Escala Razones para Vivir y la preferencia por los géneros musicales mencionados como convencional (positivo) y alternativa (negativo). El estudio reveló que la preferencia de los jóvenes universitarios a los estilos clásica, jazz, folk y el blues correlacionan inversamente las razones para vivir y, a pesar de ser estadísticamente significativa no fueron de gran magnitud (Pimentel, Gouveia, Lima, Chaves, Andrade, 2009).

De acuerdo a la heterogeneidad de los estudios realizados, no se puede instaurar que un género musical específico pueda predisponer al suicidio, más si que la música (ritmo, melodía, armonía, métrica; letra de las canciones; sonido: altura, duración, timbre, intensidad) pueden llegar a inducir al mismo, no como factor único y definitivo, pues el suicidio como bien se ha dicho en capítulos anteriores es un fenómeno multifactorial.

Cuando el género musical predilecto y otros se establece por la pertenencia a una sub-cultura o tribu urbana, el riesgo para el suicidio se potencializa:

La dinámica visible y aparente de estas llamadas tribus urbanas es reproducir un estilo de vida en sus miembros obteniendo una identidad y distinción, y es así como adolescentes y jóvenes al hacer parte de estas sub-culturas también comparten factores predictores del comportamiento suicida.

Pimentel, Gouveia, Lima, Chaves y Andrade (2009) consideran la interrelación entre algunos factores de riesgo en adolescentes como: preferencia musical, tatuajes, baja autoestima, abuso de sustancias psicoactivas, comportamiento sexual de riesgo, participación en ritos, la conducta suicida y las tribus urbanas. Las características anteriormente mencionadas usualmente corresponde a los elementos de la cultura o a las culturales juveniles alternativas como rockers, moteros, hippies, punks, skins, entre otras.

El estado del arte refleja, sin duda, el vínculo entre pertenecer a una tribu urbana, preferencia musical y los comportamientos de autolesión. Bajo estas ideas es importante considerar la relación entre emociones y conducta, así como entre las emociones y la música:

La música sin distinción del género, se convierte en una facilitadora emocional (generadora de emociones). De esta manera las evaluaciones (procesos mentales) que realizan los sujetos

desencadenan respuestas fisiológicas y comportamentales que son etiquetadas luego como emociones, sentimientos, estados de ánimo. En este sentido se destaca que las emociones que experimenta el paciente con riesgo suicida en cualquier fase o estado del fenómeno, se caracterizan por ser negativas, intensas, y por consiguiente intolerables. En etapa de crisis ciertos géneros musicales con alto contenido desesperanzador y/o depresivo, acompañamiento con acordes menores, entre otros aspectos de forma y fondo (estructura musical) constituiría una componente precipitario para el suicidio. Esta situación se complejiza, cuando además el sujeto ha adoptado ideas, imágenes, representaciones rígidas e inflexibles propias de una cultura alternativa.

Antes de plantear ideas definitivas entorno al vínculo de las tendencias suicidas, géneros musicales, y tribus, sería de gran utilidad para el campo de investigación en psicología, adelantar estudios empíricos que logren apoyar estos supuestos, y especulaciones de la misma índole, y de esta manera tener en cuenta y valerse de estos factores para la prevención en poblaciones con riesgo suicida.



CAPÍTULO V

CARTILLA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

CARTILLA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
GUILLERMO AUGUSTO CEBALLOS OSPINO
YULI PAOLA SUÁREZ COLORADO
(ADAPTACIÓN MEJORADA DE LA VERSIÓN DEL AÑO 2009
ELABORADA POR GUILLERMO AUGUSTO CEBALLOS OSPINO
Y JENNIFFER MARÍA DEL TORO GRANADOS)

PRESENTACIÓN

El suicidio es un fenómeno real, las estadísticas suministradas por entidades como la OMS (Organización Mundial de la Salud) señalan que cada hora 90 personas se suicidan, y por cada persona que se suicida 20 más lo han intentado. Esta realidad pone de manifiesto varias situaciones objeto de interés científico, preguntarse ¿por qué alguien es capaz de pasar por encima de su inclinación natural por sobrevivir y preferir la muerte?, ¿Por qué estos seres humanos no son capaces de contemplar soluciones alternativas?, ¿Quiénes están más propensos a cometer suicidio?. Estos y muchos otros interrogantes, se constituyen en puntos de partida para formular estudios que ayuden a conocer o aproximarse a este complejo problema.

La realidad, es que más allá de la natural y positiva curiosidad científica, el suicidio es una situación dolorosa, empezando por quien padece el malestar, que es interpretado como “insostenible” (aunque para la perspectiva del otro no lo sea), también es doloroso para la familia, quien soporta la pérdida de un ser querido y el estigma social que acarrea el hecho de ser considerados “malos o “disfuncionales”, y finalmente doloroso para la sociedad en general, y particularmente para aquellos miembros de la comunidad formados para prevenir e intervenir este fenómeno.

Con toda seguridad, existen múltiples caminos para hacer prevención del suicidio, y en este punto, donde los índices son cada vez más elevados y en franjas etáreas menores, consideramos como miembros de un grupo de investigación dedicado por años al estudio de este fenómeno que es necesario trascender los límites teóricos, que si bien nos han servido para conocer y entender, son inútiles si no se canalizan al servicio de la comunidad.

La certeza de que el suicidio es un fenómeno real, que no discrimina sexo, origen, estrato socio económico, religión o escolaridad, va acompañada del saber que es un fenómeno prevenible. La ciencia nos indica por ejemplo, que al brindar contención afectiva y apoyo psicológico en alguien que acaba de cometer un intento, reduce drásticamente las probabilidades de que lo vuelva a intentar. De igual modo, se conoce que las pautas de crianza, estilos de afrontamiento y las competencias afectivas son factores que median las conductas adaptativas o inadaptativas (como el comportamiento suicida), y en este punto es preciso señalar que la familia, el sistema educativo en general, el sistema de salud, los grupos e instituciones sociales TODOS tenemos mucho que aportar en la contención de esta problemática. La prevención es

posible, y basados en esta premisa, sale a la luz pública la segunda edición de la cartilla titulada “Prevención del suicidio en adolescentes” una herramienta didáctica, fácil de manejar, diseñada intencionalmente para ser comprendida por todo aquel que la lea y que en su primera edición contó con la aceptación de toda la comunidad, logrando ser socializada en Municipios apartados de nuestro Departamento del Magdalena.

Como novedad para la segunda edición, encontramos un mayor énfasis en el apartado que hace referencia a los pasos o protocolo de intervención en crisis suicida. Este cambio obedece a la necesidad que tienen las personas de saber qué hacer en caso de tener que intervenir con una persona en riesgo suicida. Además de la inclusión de la educación socio-emocional para la prevención.

En definitivas, es para nosotros motivo de satisfacción, contar con un producto que reúne de manera breve y manejable los frutos de años de estudio e investigación, y la certeza de que el camino de la extensión comunitaria ha empezado a trazarse. A partir de este momento, creemos que el conocimiento es egoísta si no está al servicio de las personas, la comunidad por la cual existimos, y a la que nos debemos.

Esta herramienta está constituida por temáticas que contribuyen al conocimiento e identificación de factores y situaciones de riesgo, y también, permite tipificar las características de una persona en riesgo de cometer suicidio y poder hacer todo lo posible por su prevención.

El uso apropiado de esta cartilla aportará beneficios para toda la comunidad magdalenense, resaltando así el amor por la vida y estrechando los lazos y vínculos entre los miembros de la sociedad.

INSTRUCCIONES

La presente es una cartilla dirigida inicialmente a profesionales de la salud, educación, medios de comunicación, padres de familia, estudiantes universitarios. Su contenido especial permite que estos puedan aprehender la información y convertirse en los principales actores que puedan ejercer incidencia en poblaciones de riesgo suicida.

Se sugiere:

1. Que psicólogos, trabajadores sociales, docentes y afines integren el contenido de esta cartilla: diferenciación de términos, prejuicios sobre el suicidio, factores protectores, factores de riesgo, ¿Qué hacer cuando alguien dice que quiere suicidarse?, educación socio-emocional para la prevención.
2. Realizar actividades de psico-educación orientadas a la transmisión de la información de la cartilla, teniendo en cuenta herramientas pedagógicas que faciliten la asimilación y acomodación del material por parte de la población en riesgo.
3. Es importante que la psico-educación culmine con las actividades para desarrollar habilidades emocionales y competencias sociales, proporcionando un panorama esperanzador a la población, entendiendo que en las personas con riesgo suicida subyace la experimentación de intensas emociones negativas, una invalidez para tolerarlas e incapacidad para regularlas, de manera que resulta importante entrenar en el manejo adecuado de las mismas.
4. Finalmente, es indispensable difundir la cartilla terminada la labor.

Nota: esta cartilla constituye una herramienta de sumo valor para padres de familia en la identificación y manejo de miembros en riesgo.

*Si piensas que está todo mal,
y un gran peso en tus hombros,
casi no te deja caminar,
no te rindas, cambia de camino,
no por ello, tu ideal has de cambiar.
¡Paciencia! todo tiene un final...*

*tanto lo bueno como lo malo,
lo dulce como lo amargo;
todo depende del esfuerzo,
que tú hagas por cambiarlo.*

*Como “las astas del molino
no se extravían en busca del viento,”*
como el “lecho del río,
no se pierde en busca del mar.”**

*Te digo,
tú no te pierdas,
en busca de la felicidad.*

Ella, vendrá.

Javier R. Cinacchi

*“La verdad, es que siempre, y aunque suene vacío,
después de la tormenta viene la calma.
Recuerda, aunque ahora no veas solución,
espera, busca de alguien y confía en ti,
existe aún mucho por conocer, mucho por hacer”. **

***Nota de un paciente con cuatro intentos suicida,
actualmente en proceso de recuperación**

Es importante saber, que el suicidio es entendido como un continuum, es decir algo que empieza y se desarrolla siguiendo unas etapas más o menos específicas. Entender y diferenciar estas etapas contribuye en el proceso de prevención, pues nos permite identificar de manera temprana a un sujeto en riesgo, así como la gravedad del mismo; lo que facilita la toma de decisiones terapéuticas, que pueden variar desde la hospitalización, hasta terapia de consejería y seguimiento especializado. A continuación se presentan las diferencias entre distintos conceptos que demarcan el continuum del suicidio.

DIFERENCIACIÓN DE TÉRMINOS

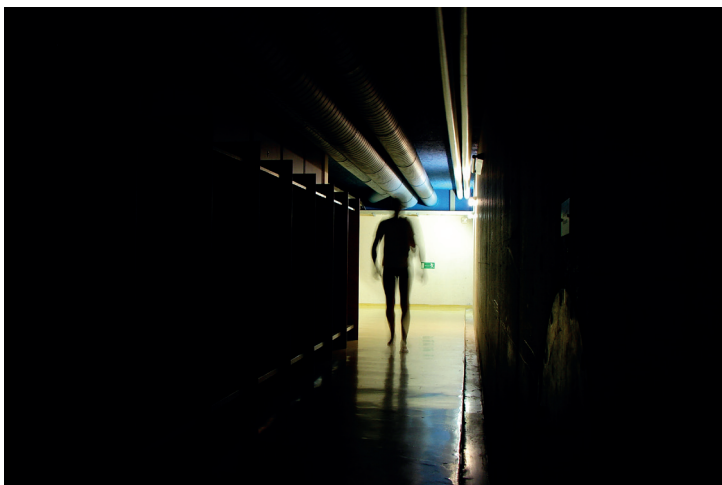
Las principales manifestaciones del comportamiento suicida, sin ser exhaustivas, son:

El deseo de morir. Es aquella manifestación de inconformidad o insatisfacción de la persona con su modo de vivir en el momento presente.

Las ideas suicidas. Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia; sean estas ideas sin un método específico o con él, y con o sin planificación del mismo.

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

Suicidio consumado. Es cualquier lesión autoinflingida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues, en este último caso, aunque el resultado haya sido la muerte no existen deseos de morir.



La visión de túnel, es un fenómeno psicológico que logra que tu atención se centre sobre aspectos o situaciones negativas, CONCÉNTRATE, aunque sea difícil al comienzo, en recordar lo positivo, tus logros, los momentos buenos... ırecupéralos, son tuyos y te los mereces ı

PREJUICIOS SOBRE EL SUICIDIO

Son criterios equivocados que obstaculizan la prevención de la conducta suicida, generalmente se encuentran arraigados en la comunidad y se perpetúan por factores culturales. Estos “mitos” muchas veces impiden que se brinde atención oportuna a quién la necesita, y el sufrimiento se desvaloriza o se ridiculiza, promoviendo mayores sentimientos de rechazo e inadecuación en aquel que sufre.

Los “mitos” no significan, que las personas alrededor del paciente en riesgo suicida sean malas o negligentes, sólo que por falta de conocimiento se actúa con base en supuestos personales o “lo que yo creo” con consecuencias fatales en muchos casos.

ATENCIÓN

- Las personas que dicen que se van a suicidar lo hacen por llamar la atención. **FALSO**. El llamado de atención es el medio de comunicación que utiliza como pedido de ayuda y que espera sea atendido por el interlocutor a quien se dirige. Por tanto, debe prestársele atención.
- La gente que habla o expresa su idea de suicidarse en realidad no lo hace. **FALSO**. La mayoría de las personas que comete suicidio o lo intenta ha avisado directa o indirectamente.
- Cualquiera que intenta matarse está loco. **FALSO**. El dolor emocional extremo no es necesariamente un signo de enfermedad mental.
- Si una persona tomó la decisión de matarse nadie puede impedirlo. **FALSO**. La mayoría de los suicidas no quiere morir; sólo quieren librarse del dolor emocional y pueden tener sentimientos ambivalentes de vida y muerte hasta el último momento, a pesar de que manifiesten lo contrario.
- La recuperación después de la crisis suicida significa que ya no existe riesgo de suicidio. **FALSO**. A pesar de empezar a sentirse mejor, los pensamientos suicidas pueden persistir durante un tiempo o reaparecer. Debe ser tratado profesionalmente y elaborar los conflictos que lo provocaron para de esta manera salir fortalecidos del suceso y poder afrontar nuevos compromisos de la vida y su particular “ración” de estrés.
- Si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante del último piso de un edificio bastante alto. **FALSO**. Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir.

- Todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida. **FALSO.** Entre el 1 % y el 2 % de los que intentan el suicidio lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10 al 20 % lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días y hasta años, por lo que es importante reconocerla para su prevención.
- Todo el que se suicida está deprimido. **FALSO.** Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, económicos, sociales, culturales, familiares, entre otros.
- El suicidio se hereda. **FALSO.** No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, como por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.
- El suicidio no puede ser prevenido pues ocurre por impulso. **FALSO.** Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que consiste en la disminución de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad, la cual ya no es dirigida hacia otras personas reservándola para sí, y la existencia de fantasías suicidas, todo lo que puede ser detectado a su debido tiempo y evitar se lleven a cabo sus propósitos.
- Al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice. **FALSO.** Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos, ya que le permite alivio al sacarlo de su aislamiento y le permite hablar de cuestiones que lo mortifican en esos momentos y evita la impulsividad que puede ser peligrosa en algunos casos.
- El acercarse a una persona en crisis suicida sin la debida preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado. **FALSO.** Si el sentido común nos hace asumir una postura de empatía

(paciente y atenta escucha), con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención, lo cual no implica que no se envíe a la persona para ayuda especializada, de hecho es la conducta a seguir.

- Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio. **FALSO.** Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención, sin dejar de solicitar ayuda profesional especializada luego de ese primer momento.
- Los niños no se suicidan. **FALSO.** Después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y de hecho ocurre este acto a estas edades.
- Si se reta un suicida no lo realiza. **FALSO.** Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse. Debe tenerse muy en cuenta los actuales fenómenos de los grupos EMO, satánicos, entre otros, que empiezan a surgir en nuestra sociedad, por ello a estos debe tratársele como potenciales suicidas.
- Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. **FALSO.** Con este mito se pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.

Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las siguientes sugerencias de los suicidólogos sobre como difundirlas:

1. Publicar los signos de alarma de una crisis suicida: Entre estos signos de alarma se encuentran los siguientes: Llanto inconsolable, tendencia al aislamiento, las amenazas suicidas, deseos de morir, desesperanza, súbitos cambios de conducta, afectos y hábitos, aislamiento, conductas inusuales, consumo excesivo de alcohol o drogas, realizar notas de despedidas, etc.
2. Publicar las fuentes de salud mental a las que se pudieran acudir en caso de situación de crisis suicida.

3. Divulgar los grupos de riesgo suicida.
4. Divulgar medidas sencillas que permita a la población saber qué hacer en caso de detectar un sujeto con riesgo de suicidio.

FACTORES PROTECTORES CONTRA EL SUICIDIO



En la medida de lo posible, el mejor enfoque de las actividades de prevención de la conducta suicida lo constituye el trabajo de equipo que incluya docentes, religiosos, psicólogos, médicos y trabajadores sociales que trabajen en estrecha relación con las organizaciones comunales.

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida, establecidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud), deben ser desarrollados desde la más tierna infancia y en la adolescencia por el padre, la madre y otras personas significativas en el hogar y por los docentes, así como por todas las personas que tengan que ver con la responsabilidad de educarlos e inculcarles una personalidad antisuicida.

Entre los principales factores protectores tenemos:

Patrones familiares

- Buena relación con los miembros de la familia
- Apoyo de la familia

La familia es el primer espacio de socialización que tenemos los seres humanos, a partir de las pautas adquiridas en etapas tempranas de nuestras vidas logramos forjar habilidades y repertorio de comportamientos que nos van a permitir hacer frente a las presiones que

supone etapas posteriores del desarrollo (adolescencia, adultez, senectud). Comúnmente se entiende la importancia de gozar de un ambiente familiar adecuado, pero se desconoce la magnitud de la impronta o marca que generan estas primeras experiencias. De acuerdo con todos los modelos existentes en la psicología, los eventos y aprendizajes ocurridos en la infancia son determinantes para el resto de nuestras vidas. No quiere decir lo anterior que sea imposible superar traumas o eventos adversos, al contrario, el ser humano cuenta con la facultad maravillosa de recuperarse, de salir adelante aun en las peores condiciones... pero esto no es una facultad de todos... existen personas con vulnerabilidad o predisposición genética, hereditaria que al ser sumadas con condiciones ambientales desfavorables, derivan en comportamientos autodestructivos o heterodestructivos, según una escuela psicológica, aun el suicidio es una manifestación de agresividad .

De acuerdo con lo anterior, es trascendental entender que el fomento de la confianza, en sí mismo y en los demás, es un aspecto vital para que las personas puedan hacer frente a las demandas de su entorno.

Estilo cognitivo y personalidad

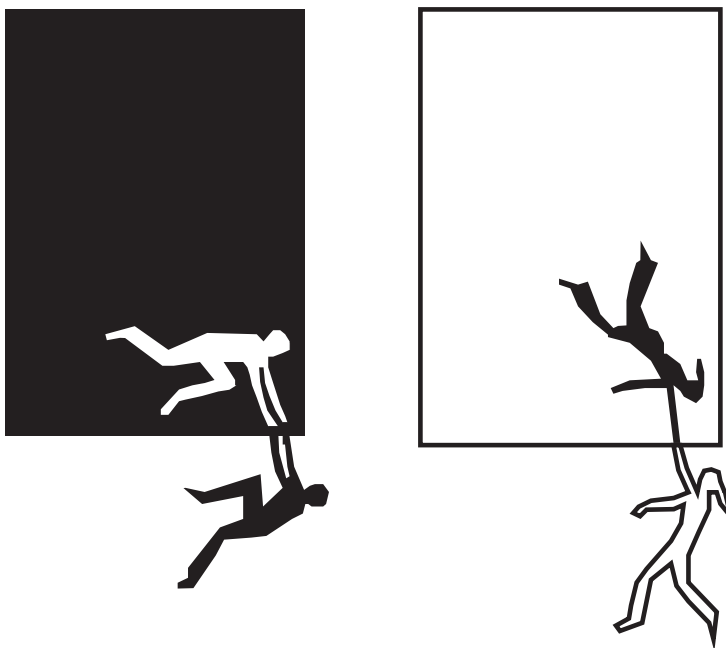
- · Buenas habilidades sociales
- · Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros
- · Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar
- · Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes
- · Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas
- · Receptividad hacia conocimientos nuevos

Los factores mencionados anteriormente, se constituyen en habilidades aprendidas, generalmente en la familia y en etapas tempranas donde se forjan estas habilidades. Los padres que favorecen el dialogo y la confianza, favorecen también el habito de buscar ayuda y consejo.

Factores culturales y sociodemográficos

- · Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades
- · Buenas relaciones con sus compañeros
- · Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos
- · Apoyo de personas relevantes

FACTORES Y SITUACIONES DE RIESGO



En circunstancias particulares, el comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales, o culturales. El análisis muestra que todos los factores y situaciones descritas más adelante, se asocian frecuentemente con intentos de suicidio y suicidios entre niños y adolescentes; pero es necesario recordar que no necesariamente están presentes en todos los casos.

Es importante destacar, también, que los factores y situaciones de riesgo descritas a continuación varían de un país a otro y de un continente a otro, dependiendo de los rasgos culturales, políticos y económicos que difieren aún entre países vecinos, y es lógico porque también difieren entre regiones de un mismo país como el nuestro COLOMBIA.

RIESGOS GENERALES:

- Intentos previos, propios o de familiares
- Fracaso escolar o académico
- Insomnio crónico o hipersomnia no acostumbrada
- Rupturas afectivas (especial en hombres, sin descuidar las de las mujeres, pero está demostrado en la literatura científica colombiana que se suicidan más por amor los hombres que las mujeres)

- Problemas económicos
- Tendencia a tener accidentes
- Enfermedad mental no atendida
- Sociopatías
- Cualquier tipo de adicción (incluyendo el uso excesivo de la Internet, en especial a las redes sociales y juegos; y el celular con derivaciones de lo anterior)
- Marginación social (elegida o forzada)
- Gusto por las armas
- Enfermedades terminales
- Abuso y maltrato de cualquier tipo
- Estar privado de la libertad

Factores culturales y sociodemográficos

El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo. No obstante, los hijos de familias con excelentes ingresos también están en riesgo de cometer suicidio. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo, dado que a menudo experimentan no sólo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. En muchos casos estos factores se combina con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento. Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos.

Específicamente, estos conflictos de valores entre grupos es un factor poderoso para las jóvenes nacidas o criadas en un país nuevo y más libre pero que retienen fuertes raíces en la cultura de sus padres aun profundamente conservadora.

El crecimiento de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva. Los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio. Hay un riesgo más alto de comportamiento suicida entre los pueblos indígenas que entre los no indígenas.

Los atributos de inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para los comportamientos suicidas.

QUE HACER CUANDO ALGUIENE DICE QUE QUIERE SUICIDARSE:



- Averiguar si existe un riesgo inmediato de suicidio: preguntarle si tiene intención de hacerlo o sólo lo ha pensado, si tiene un plan y cuando lo llevaría a cabo. La mayoría de las veces no hay un riesgo inminente de suicidio, pero si es así, no dude en solicitar ayuda especializada.
- No lo deje solo. Escucha atentamente lo que tenga que decir sin juzgarlo. No trate de minimizar sus problemas e intente ponerse en su lugar y entender lo que siente. Lo importante no es si lo que le dice es realista, sino cuáles son sus sentimientos. Recuerde que para esta persona sus problemas son tan graves como para preferir la muerte antes que seguir soportándolos.
- No haga que se sienta culpable diciendo, por ejemplo, que hará un daño enorme a su familia.
- No desestime sus sentimientos. No le diga cosas como: "Olvídate de eso".
- Muéstrole cariño; permita que exprese sus sentimientos.
- Dígale que lo que le sucede tiene tratamiento, que se le va a ayudar en todo lo posible y hágale sentir que puede contar usted.
- Saque de su casa cualquier cosa que pudiera usar para hacerse daño, como pastillas, venenos y todo tipo de armas.
- Ayúdele a encontrar un psicólogo, psiquiatra o consejero. Dígale que no pierde nada con intentarlo, que para suicidarse siempre hay tiempo.

- Dígle que los pensamientos y deseos de suicidio siempre son temporales.
- Recuerde que una persona con deseos de suicidio debe ver a un especialista inmediatamente.
- Toque a la persona, pues el contacto piel con piel facilita la comunicación (Ej. ligera presión manual del antebrazo mientras le invita a que se desahogue).
- Hable usted lo menos posible para que predomine siempre la voz de la persona que sufre.
- No se ponga de ejemplo, ni le hable de usted ni sus experiencias personales.
- No le dé las soluciones que fueron buenas para usted, pues pueda ser que para el otro no sirva en lo absoluto.
- Si no se sienta seguro en lo que está haciendo, pida ayuda. No es aconsejable el manejo en solitario de personas con riesgo de suicidio cuando haya inseguridad.

ACONTECIMIENTOS QUE PUEDEN DESENCADENAR SUICIDIOS O INTENTOS DE SUICIDIOS:



Se debe tener en cuenta que los factores de riesgo suicida son individuales y lo que para algunos son un factor de riesgo para otros es posible que no lo sea, sin embargo, a continuación se detallan de manera general los principales factores que la bibliografía especializada señala como posibles desencadenantes de la conducta suicida.

- Situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio. Los niños y adolescentes vulnerables pueden percibir aún acontecimientos triviales como altamente dañinos y reaccionar con ansiedad y comportamiento caótico, mientras que los jóvenes suicidas perciben estas situaciones como amenazas directas contra su propia imagen y sufren un sentimiento de dignidad personal herida
- Problemas familiares

- Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc.
- Muerte de una persona querida u otra persona importante
- Término de una relación amorosa
- Conflictos interpersonales o pérdidas
- Problemas legales o disciplinarios
- Presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos
- Sometimiento y victimización
- Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios
- Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes
- Desempleo y problemas económicos
- Embarazo no planeado, aborto
- Infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual;
- Enfermedad física grave
- Desastres naturales.

CÓMO IDENTIFICAR PERSONAS EN RIESGO SUIDIDA, EN ESPECIAL DE JÓVENES ESTUDIANTES

Identificación de la angustia o desesperación y cualquier cambio repentino o dramático que afecta el desempeño de un niño o de un adolescente, su concurrencia al colegio o su comportamiento personal deben ser considerados seriamente.

Es el caso de:

- Depresiones y desesperanza
- Falta de interés en las actividades cotidianas
- Cortes o golpes en el cuerpo
- Ideas, fantasías o intentos previos
- Descenso general en las calificaciones
- Disminución del esfuerzo
- Comportamiento inadecuado en la clase
- Ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso

- Fumar excesivamente, beber o abuso de sustancias
- Incidentes que conducen a violencia estudiantil o a intervención de la policía

Estos factores ayudan a identificar los estudiantes en riesgo de aflicción mental y social que puedan albergar pensamientos de suicidio que finalmente conduzcan a comportamientos suicidas.

Si estos signos fueran identificados por un profesor o consejero del colegio, debería alertarse al equipo docente o departamento de psicología del Centro Educativo. Estos deberán recomendar las acciones a emprender y llevar a cabo una evaluación concienzuda del estudiante, ya que a menudo estos síntomas son indicación de una aflicción severa que puede conducir, en algunos casos, al comportamiento suicida.

EDUCACIÓN SOCIO-EMOCIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Desarrollo de habilidades emocionales y competencias sociales:

Una alternativa para la salud, el desarrollo humano y la calidad de vida



INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo la educación ha enfocado su atención en introducir el conocimiento de la ciencia desarrollando en los estudiantes habilidades cognitivas, y en verdad que estas son importantes. Empero, se ha ignorado o se le ha restado importancia a la dimensión *afectiva-emocional* en los individuos, fracasando en el alcance del objetivo principal de educar: *la formación de ciudadanos competentes para la sociedad*. Las colectividades necesitan individuos no solo hábiles intelectualmente en el área laboral sino también individuos que tengan habilidades para la vida que propicien su adaptación social, que afronten las demandas del ambiente, que se recuperen ante la adversidad. Es así como en los últimos tiempos se ha cambiado la forma de interpretar las emociones desde la educación, las organizaciones, la clínica, entre otras. Ahora se sabe que la palabra emoción no es simple sinónimo de pasión o irracionalidad, tampoco es necesario ni saludable reprimirlas, por el contrario los seres

humanos pueden llegar a dominar sus emociones, basados en la adecuada identificación, expresión y comprensión de las mismas, estas mismas habilidades pueden llegar aprenderse, de allí la razón de la educación a las emociones. En los últimos años se ha hecho manifiesta la necesidad de la inclusión de la educación emocional a los currículos académicos, siendo de gran interés para países como Estados Unidos y Reino Unido quienes han comenzado a comprender que muy a pesar de estar en la lista de los 8 países más industrializados, ricos e influyentes no tienen garantía de que sus ciudadanos estén satisfechos y felices, su interés los ha conducido a la implementación de la educación socio-emocional en instituciones públicas y privadas (Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008 citado en Suárez, 2011).



*“Educad a los niños y no será necesario castigar a los hombres”
Pitágoras*

Como lectores de la realidad, en algún momento ha sido perceptible observar que ante una misma situación “adversa” los individuos no aprecian, entienden y responde de la misma manera, lo que significaría la existencia de algún tipo de “habilidad y/o competencia. Bien es sabido el suicidio como fenómeno es causado por multi-factores, sin embargo es indudable que el manejo de emociones tiene un rol fundamental para su causa. Los estudios registran que la inteligencia emocional se asocia con mayor bienestar psicológico, estabilidad y equilibrio emocional, no hay duda que un sujeto saludable emocionalmente y que usa y maneja inteligentemente sus emociones no recurrirá a cualquier tipo de comportamiento de autolesión (Suárez, 2012).

Es pertinente destacar que la educación emocional no corresponde a una responsabilidad primaria de la escuela, sino que se constituye inicialmente en el interior de la familia a partir de las experiencias tempranas, estilos de crianzas, el aprendizaje social (por observación), el contexto ambiental, entre otros. La trascendencia de estos dos ambientes (familia como escuela) radica en que los niños encuentran en estos espacios sus primeros modelos tales como cuidadores y educadores, quienes introducirán las pautas para que los infantes aprendan a expresar correctamente las emociones, las identifiquen e interpreten en sí y otros, y las regulen.



“No le evitéis a vuestros hijos las dificultades de la vida, enseñadles más bien a superarlas”

Louis Pasteur

La educación en emociones responde a las necesidades que el saber ordinario no puede satisfacer (Bisquerra 2003, citado en Suárez, 2011). El objetivo de la educación emocional es el desarrollo de competencias sociales: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales; habilidades emocionales: percepción, comprensión, facilitación, autorregulación de las emociones, convirtiéndose en una herramienta básica para la supervivencia.

El papel de la promoción en salud ante el suicido debe incluir el desarrollo de la inteligencia emocional en los sujetos con el objetivo de alcanzar la recuperación de las frustraciones y el desarrollo de la personalidad resistente a los obstáculos (Reyes, 2001), es así como hace algún tiempo investigaciones y revisiones teóricas han considerado que la inteligencia emocional funciona como factor protector ante el suicido, y que la educación en emociones podría reducir la probabilidad de acciones suicidas (Suárez, 2012).

Ser conscientes de nuestras propias emociones y sentimientos, llegar a manifestarlos en el momento correcto, con la intensidad apropiada, lograr reponernos ante las dificultades generando emociones positivas aun por encima de las negativas, mantener la energía y razones para realizar nuestras tareas, conseguir comprender el estado o situación del otro, mostrar calidad en nuestras relaciones con los demás, así como saber qué, cuándo, cómo y por qué “siento”, son indispensables para la vida. Llegar a la aplicación de estas suele convertirse complejo en la práctica, solo la voluntad y el ejercicio te harán un maestro.



“El ejercicio de las habilidades emocionales te hará un maestro de tus propias emociones”

DESARROLLA TU INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SOCIAL

A continuación encontrarás la descripción de las habilidades emocionales y competencias sociales que puede desarrollar mediante su ejercicio constante generando el re-direccionamiento de sus emociones para la adaptación y el éxito. Es posible el auto-domino de las emociones, adelante:

HABILIDADES EMOCIONALES (INTRAPERSONALES)

Percepción emocional: Habilidad para identificar, etiquetar y expresar las propias emociones. Ejercicio: *¿Recuerdas algún evento o situación de tu niñez antes de los 10 años? Describe detalladamente a continuación dos (2) de los más importantes acontecimientos de tu infancia mencionando especialmente las emociones que experimentaste. Realiza un análisis de ellas y compártelas con alguna persona de tu preferencia. Este ejercicio te ayudará a aprender a identificar y expresar tus emociones desde acontecimientos pasados, puedes hacerlo también con situaciones actuales.*

<i>Descripción Detallada del Acontecimiento</i>	1.
	2.
<i>Emociones que experimentaste</i>	1.
	2.
<i>Persona Seleccionada a Compartir</i>	1.
	2.

Adaptado de Fernández-Berrocal y Ramos (2004)

Comprensión emocional: Habilidad para tener claridad y comprensión sobre las emociones. Ejercicio: *Sobre esta matriz registra diariamente (de Lunes a Domingo) las emociones, sentimientos y estado de ánimo que experimentas a lo largo del día, ten en cuenta agregar que te ocurrió en esa jornada y porque te sentiste así. De esta forma podrás monitorear tus sentimientos y emociones tomando conciencia ante que eventos aparecen, y porque se generan, es un paso esencial para autorregularlas.*

D								
S								
V								
J								
M								
M								
L								
	¿Qué te ocurrió?		¿Qué pensaste?		¿Qué sentiste?		¿Por qué te sentiste así?	

Adaptado de Fernández-Berrocá y Ramos (2004)

Facilitación emocional: Habilidad para generar, producir, provocar, re-direccionar las emociones.

Ejercicio: *lee el siguiente escrito, es bueno que estés atento a las emociones que vas experimentando mientras vas leyendo, posteriormente te darás cuenta como estos pueden generar en ti emociones positivas que influirán en tus pensamientos. Cuando no te sientas muy bien puedes buscar algún tipo de estímulo de tu gusto (poesías, poema, letras musicales positivas, consumir dulces, entre otros) que provocarán aumento del afecto positivo.*

ABRAZA LA VIDA

*Abraza la vida,
el aire que respiras,
el cielo que miras,
el camino por donde caminas,
no importan las espinas,
las heridas del dolor,
siempre existe solución,
para sanar cualquier aflicción.
Suelta la rosa negra
y toma la rosa del amor
veras como los cuervos parten
y las palomas, traen vida e ilusión.
Aún en tinieblas existe la luz,
del jardín de girasoles,
de pastos verdes de esperanzas,
de gotas de agua de templanza.
“Que la lagrima y caída, no sean partida
Sino de lucha y batalla por la vida”*

Claudina Anaya (2012)

Auto-regulación emocional: Habilidad para repararse emocionalmente ante eventos aversivos, así como de anteponer a las emociones negativas, emociones positivas.

Ejercicio: en el siguiente gráfico registra cuáles son tus reacciones cuando sientes rabia, enfado, ira contigo mismo o con los demás. Este ejercicio lo puedes hacer con otras emociones: ira, sorpresa, tristeza, desagrado, asco, miedo, entre otras.



Si te has dado cuenta que tus reacciones son inadecuadas por su intensidad, por el contexto, por la persona incorrecta a la cual diriges tus reacciones, ahora utilizarás tus pensamientos (autorregulación cognitiva) para re-orientar tus emociones y sentimientos, esta llamada autorregulación se logra cuando puedes restaurar las emociones negativas (anteponer emociones positivas a las negativas). Recuerda que es necesario experimentar estas últimas, sin embargo puedes desarrollar destrezas para modificarlas en un determinado momento a través de los pensamientos positivos:

Pensamientos Positivos

- Hoy es un buen día para empezar
- Vuelve a empezar
- Eres capaz de hacerlo
- Inténtalo ahora
- Puedo y quiero

COMPETENCIAS SOCIALES

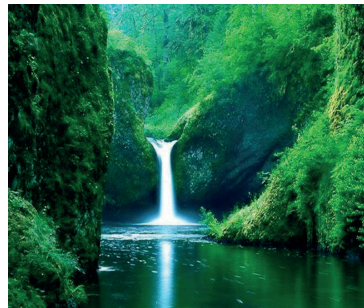
Autoconciencia: Capacidad para reconocer las emociones propias y en los demás.

Ejercicio: A continuación encontraras algunas imágenes, sobre las líneas escribe que emociones y sentimientos te inspira o reconoces en cada cuadro. En tu cotidianidad la autoconciencia de emociones debe ser una práctica permanente pues estas continuamente interactuando con diversos estímulos. Sólo recuerda monitorear tus sentimientos y emociones sobre las cosas, personas, así como reconocerlos en los demás.









Auto-regulación: Capacidad para controlar los impulsos.

Ejercicio: *¿Has sentido alguna vez que pierdes el control sobre tus emociones? Inténtalo una vez más con este ejercicio.*

Técnicas de Relajación y respiración

1. Inicialmente comienza relajando tu cuerpo y tu mente, para ello es necesario que encuentres un lugar cómodo y tranquilo. Primeramente realiza movimientos suaves y circulares desde los dedos de los pies, tobillos, piernas, cadera, cintura, hombros, brazos, manos, siguiendo posteriormente con la cabeza. Es decir utiliza las partes de tu cuerpo de forma ascendente y descendente. Puedes ser muy creativo a la hora de llevar a cabo tu rutina de relajación muscular.
2. *Tomamos aire por la nariz, simulando que te acercas a una rosa para sentir su aroma y lo dirigimos a la parte más baja del tórax, notando como se separan las últimas costillas y se hincha el abdomen. Retenemos el aire 3 segundos, y comenzamos a soltarlo por la boca con los labios levemente cerrados, como si sopláramos suavemente. Repetimos, varios ciclos respiratorios durante un tiempo de unos 5-10 minutos.*

Empatía: Capacidad para comprender el punto de vista, o la situación del otro.

Ejercicio: *El siguiente ejercicio debes realizarlo en grupo de cuatro (4) u ocho (8) personas. Cada uno deberá iniciar una carta describiendo sus emociones, sentimientos y estado de ánimo respecto a una situación, persona, cosa o experiencia. Esta descripción deberán hacerla solo en tres líneas. Seguidamente recolectan las cartas del grupo y se depositan en un cofre, baúl o caja, para luego removerlas y repartirlas a personas diferentes. Cuando cada uno tenga la carta iniciada de su compañero, deberá continuarla, comprendiendo que es exactamente lo que ellos están sintiendo, deberás ponerte en su lugar y seguir coherentemente expresando las emociones que consideras está experimentando tu compañero.*



<i>Comprendiendo a los demás: La empatía</i> MI CARTA	
<i>Experiencia, situación, persona, o cosa</i>	
<i>Emociones, sentimientos, estado de ánimo</i>	
<i>Continuación...</i>	

Habilidades Sociales: Capacidad para establecer, entender, manejar y mantener las relaciones sociales.

Ejercicio: *Todos los días recuerda que...*

- *La asertividad es saber comunicar de manera clara tus deseos y necesidades a otra persona mientras respetas su punto vista...se asertivo...*
- *El escuchar no es solo mantener silencio mientras otro habla. El que emite la información debe recibir señales que le indiquen que el receptor le escucha, señales en nuestra postura corporal, expresión facial, tono de la voz... Escucha activamente...*
- *Sonríe, saluda, pide el favor, se cortés, amable con las personas que te rodean, realza, coopera y comparte con los demás.*
- *Inicia, mantén, termina y únete a las conversaciones en grupo.*
- *Identifica el problema, busca soluciones, anticipa consecuencias, elige una solución efectiva.*

ENTRETENIMIENTO

Sopa de Letras

A	D	E	P	R	E	S	I	O	N
M	E	G	J	A	R	O	N	J	O
I	I	A	M	A	D	I	T	O	I
T	D	T	M	M	E	D	E	S	C
S	E	A	O	O	U	I	N	E	N
E	C	I	Z	S	R	C	T	F	E
O	I	D	E	A	C	I	O	N	V
T	I	M	O	H	S	U	N	Y	E
U	R	T	P	A	P	S	H	N	R
A	T	F	A	M	I	L	I	A	P

- *INTENTO*
- *SUICIDIO*
- *FAMILIA*
- *PREVENCIÓN*
- *AUTOESTIMA*
- *DEPRESIÓN*
- *IDEACIÓN*
- *AMOR*
- *MITOS*

*Porque al recuperar la
pasión por la vida, tendrás
deseos de vivirla.*

Continuará...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, A. (2005). El suicidio entre las personas de edad. *Rev Mult Gerontol*, 15, 1, 65-67.
- Agerbo, E., Nordentoft, M., Mortensen, P.B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ.*, 325, 7355- 7374.
- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. y Enríquez, J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*, 9, 1, 69-79.
- Altamirano, M. (2001). Depresión y Suicidio en la Adolescencia. Conferencias magistrales y talleres. Panamá.
- Amado, L., Contreras, A., Chaparro, A., Echeverry, C., Guerra, N., Torres, C., Venegas, L. y González, J.O. (2005). Factores relacionados con suicidio en hombres menores de edad. Bogotá D.C. 2003. Centro de Referencia Nacional contra la Violencia, 10, 2, 5-8.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 7 Suppl, 24S-51S.
- Andrés Pérez Barrero, en su libro "¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes?" *Semiología Psiquiátrica y psicopatía*. Sitio del Dr. Hugo Marietan. www.marietan.com marietanweb@gmail.com.
- Arroyave, J., Díaz, S., Del Toro, J. y Ceballos G. (2007). Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Duazary*, 4, 2, 112-118.
- Biddle, L., Brock, A., Brookes, S.T. & Gunnell, D. (2008). Suicide rates in youngmen in England and Wales in the 21st century: time trendstudy. *BMJ*, 336, 7643, 539-42.
- Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K., Kapur, N. & Gunnell, D. (2008). Suicide and the internet. *BMJ*, 336, 7648, 800-802.
- Bjaneason, TH. & Thorlindsson, TH. (1994). Manifest predictors of past suicide attempts in population of Icelandic adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 24, 4, 350.
- Blumenthal, S. (1988). Suicidio: Guía sobre factores de riesgo, valoración y tratamiento de los pacientes suicidas. *Clín de Norteam*, 4, 999-1002.
- Cabra, O., Infante, D. y Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev. Medica. Sanitas*, 13, 2, 28-35.
- Carpenter, S. (2001). Teens' risky behavior is about more than race and family resources. *Monitoron Psychology*, 32, 1, 22.
- Castillo, I., González, H.I. y Jiménez, Y. (2007). Caracterización de intentos suicidas en adolescentes en el municipio de rodas. *Rev Psiquitr Psicol Niño Adoles*, 7, 1, 125-142.
- Cataldo, A., Cardoso, BM., Torres, CM., et al. (1998). O médico e o paciente suicida. *Rev Med PUCRS*, 8, 82-90.
- Ceballos, G. y Del Toro, J. (2008). Cartilla para la prevención del suicidio. Ed. Unimagdalena. Santa Marta.
- Ceballos, G., Arroyave, J. Díaz, S. y Vegara, K. (2005). Características psicosociales del suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2002-2003. *Boletín Electrónico Psicología Clínica y de la Salud* – Febrero 2005. <http://www.abacolombia.org.co>.
- Ceballos, GA. (2007). Ideación suicida en adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría de enlace Junio*, 7-10.
- Colucci, E. & Martin, G. (2007). Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 37,2,222-237.

- Cueva, C. y García, E. (2006). Relación entre clima social familiar y riesgo suicida en estudiantes del Centro Preuniversitario Sipán – Vallejo de la ciudad de Chiclayo. Universidad Señor de Sipán.
- Durand, L. y Del Castillo, M. (2007). Influencia de la música en jóvenes con tendencias suicidas. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 10 (2),12-30.
- Eaton, D., Lowry, R., Brener, N., Galuska, D. & Crosby, A. (2005). Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among us high school students. *Arch PediatrAdolesc Med.*, 159,513-519.
- Fernández-Berrocal, P y Ramos, N. (2004). *Desarrolla tu inteligencia emocional (primera edición)*. Barcelona: Editorial Kairos.
- Fergusson, D., Horwood, L. & Beautrais, A. (1999). Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?. *Arch Gen Psychiatry.*, 56, 876-880.
- Garofalo, R.C., Wolf, L.S. & Wissow, E. (1999). La orientación sexual y el riesgo de intentos de suicidio entre una muestra representativa de la juventud. *Arch PediatrAdolesc Med*, 153, 487-493.
- Garrison, ZC., Lewinsohn, P., Marsteller, F., Langhinrichsen, J. & Laan, I. (1991). The asseasment of suicidal behavior in adolescent.Suicide Life Theat Behav, 21, 217-231.
- Gastaminza, X., Herreros, O., Ortiz, V., Gracia, R. y Sánchez, F. (2006). Suicidio e intento de suicidio en niños y adolescentes: Intervenciones terapéuticas. *Interpsiquis*.
- Gibbons, R.D., Brown, C.H., Hur, K., Davis, J.M. y Mann, J.J. (2012). Pensamientos y conductas suicidas con el tratamiento antidepressivo: El reanálisis de los aleatorios controlados con placebo de fluoxetina y la venlafaxina. *Arch Gen Psychiatry*, [Epub ahead of print]. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22309973/p
- Goldstein, RB., Black, DW., Nasrallah, A. & Winokur, G. (1991). The prediction of suicide.*Arch Gen Psychiatry*,48, 418-22.
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento del suicidio en la población colombiana. *Revista colombiana de psiquiatría*, 31, 4: 271-286.
- González, J. y Hernández, H. Suicidios Colombia, 2006. (2007). FORENSIS: Datos para la vida. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Pimente, C., Gouveia, V., Lima, N., Chaves,W y Andrade, C. (2009). Preferencia musical e risco de suicídio entre jovens. *J Bras Psiquiatr*. 58(1):26-33.
- Halfors, D., Waller, M., Ford, C., Halpern, C., Brodish, P, Iritani, B. (2004). Adolescent Depression and Suicide Risk. *Am J Prev Med*, 27, 3, 224- 230.
- Hawton, K & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*, 330, 891-894.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide. *Br J Psychiatry*, 177, 484-485.
- Herrell, R., Goldberg, J., True, W., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S. Tsuang, M. (1999). Sexual Orientation and Suicidality A Co-twin Control Study in Adult Men. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 867-874.
- Jacobs, D., Deutsch, N. & Brewer, M. (2001). Suicide, depression, and isotretinoin: Is there a causal link?. *J Am Acad Dermatol*, 45, S168-75.
- Jonas, K. (1992). Modeling and suicide: a test of the Werther effect. *British Psychological Society*, 31,295-306.
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Bell, R. & Fraser, C. (2010). The profile of suicide: changing or changeable?. *Soc. Psychiatr Epidemiol*. Publisehed on line: 30 October 2010.
- Kendall, R. (1998). Adolescent Emotional Response to Music and his Realationship to Risk-Taking Behaviors. *Joojournal of Adolescent Health*, 23,49-54
- Laje, G., Paddock, S., Manji, H., Rush, A.J., Wilson, A.F., Charney, D.S., et al. (2007). Genetic markers of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of major depression. *Am J Psychiatry*. 164, 10, 1530-1538.
- Lewis, G. & Slogget, A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*, 317, 1283-1286.

- Llanos Rivera, J.E. Sarmiento Anzolan, L. Luna Vargas, J.A. (2006) El suicidio en Colombia, una lectura desde el Análisis Existencial y la Logoterapia. *Sentido y Existencia*. 1(2): 112-130.
- Luoma, JB. & Pearson, JL. (2002). Suicide and marital status in the United States, 1991-1996: is widowhood a risk factor? *Am J Public Health*, 92, 1518-1522.
- Macana, N. (2011). Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Recuperado de <http://www.medicinallegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/6-F-11-Suicidio.pdf>
- Migonte, J., Jiménez, A., Osorio, R. y Palomo, T. (2004). SUICIDIO, Asistencia Clínica, Guía Práctica de Psiquiatría Médica. Capítulo 5, Pacientes que Presentan Problemas Especiales. Conducta Suicida en Adolescentes. Pp. 35-36.
- Miller, M., Azrael, D. & Hememway, D. (2002). Firearm availability and Unintentional firearm deaths, Suicide, and homicide among 5-14 year olds. *J Trauma*, 52, 267-75.
- Moberg, DO. (2002). Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *J Adult Dev*. 9, 47-60.
- Modestin, J. & Wurmle, O. (1989). Role of modeling in in-patient suicide: a lack of supporting evidence. *Br J Psychiatry*, 155, 511-514.
- Motto, J. (1967). Suicide and suggestibility. *American Journal of Psychiatry*, 124, 252-256.
- Nock, MK., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruhaerts, R., Chiu, WT., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, JM., Huang, Y., Karam, E., Kessler, RC., Lepine, JP., Levinson, D., Medina-Mora, ME., Ono, Y., Posada-Villa, J. & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*, 192, 2, 98-105.
- O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C. & Lawlor, B. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*, 329, 895-899.
- Olivia, A. (2010). Cambios en el Cerebro adolescente y Conductas Agresivas y de Asunción de Riesgos. *Estudios de Psicología*. Disponible en: <http://personal.us.es/oliva/04.%20OLIVA.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. (2001). *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1995). Estudios de Intervención Multicentro sobre Comportamientos Suicidas- *Supre-Miss: Protocolo Supre-Miss*. Recuperado de <http://www.who.int/es//>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Prevención del suicidio un instrumento Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. *Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud.*, Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. *Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud.*, Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional. *Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud.*, Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Prevención del suicidio recursos para consejeros. *Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud.*, Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
- Palacio, J. (2001). El concepto de musicoterapia a través de la historia. *Revista Inter-universitaria de Formación del Profesorado*, 42, 19-31.

- Pandey, G.N., Dwivedi, Y., Rizavi, H.S., Ren, X., Pandey, SC., Pesold, C., Roberts, RC., Conley, RR. y Tamminga, CA. (2002). "Higher Expression of Serotonin 5-HT_{2A} Receptors in the Postmortem Brains of Teenage Suicide Victims". *Am. J. Psychiatry*, 159, 419-429.
- Pappas, G., Queen, S., Hadden, W. & Fisher, G. (1993). The increasing Disparity Between Socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *N Engl J Med*, 329, 103-109.
- Parellada, M., Saiz, P., Moreno, D., Vidal, J., Llorente, C., Álvarez, M., et al. (2008). Is attempted suicide different in adolescent and adults?. *Psychiatry Res.* 157, 1-3, 131-137.
- Pedreira, J. (2006). Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia: Aproximación actualizada al tema. Paidó psiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad autónoma de Madrid.
- Pedreira, J.L. (1998) Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia. En J. Rodríguez-Sacristán (Dir.): *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Prensas Universitarias de la Universidad de Sevilla, (2ª ed.), tomo I, págs. 689-708.
- Pérez, S. (2005). Cómo evitar el suicidio en adolescentes. *Psicom Editores*.
- Pérez, S., Ros, L., Pablos, T. y Calas, R. (1997). Factores de riesgo suicida en adultos. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 13, 1, 7-11.
- Phillips, D.P. (1982). The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. *American Journal of Sociology*, 87,1340-1359.
- Phillips, DP. & Carstensen, L.L. (1986).Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med.*, 315, 11,685-689.
- Phillips, DP. & Sanzone, AG. (1988). A comparison of injury date and death date in 42,698 suicides. *Am J Public Health.*, 8, 5,541-543.
- Phillips, DP. (1974). The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev*, 39, 340-354.
- Platt, S. (1987g). The aftermath of Angie's overdose: is soap (opera) damaging to your health. *Br J Psychiatry*, 294, 11, 954-959.
- Prevención del Suicidio un Instrumento para Docentes y demás personal institucional. Trastornos Mentales y Cerebrales. (2001). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Prevención del Suicidio: Un Instrumento para Médicos Generales. Trastornos Mentales y Cerebrales. (2000). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
- Quin, P., Mortensen, PB. & Agerbo, E. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*, 177, 546-550.
- Raheb, C., Bielsa, A., Battle, S., Rafael, A. y Tomás, J. (2006). *Psicopatología y conducta suicida en la adolescencia*. Interpsiquis.
- Reyes, W. (2002). La promoción de salud ante el suicidio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (1), 33-45.
- Redondo, A. (2000). Papel de la música en los jóvenes. Recuperado de http://www.scpfte.com/microsites/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/Antonio_Redondo.htm
- Rice, F., Harold, G.T. & Thapar, A. (2005).The Link between depression in mothers and offspring: an extended twin analysis. *Behav Genet*, 35, 5, 565-577.
- Rochais, A. (2004). La Persona y su Crecimiento, Fundamentos Antropológico y psicológicos de Formación de la Personalidad y Relaciones Humanas. Editorial PRH Internacional, 6ta Edición. Madrid, España.
- Rodríguez, A. (2006). El suicidio y su prevención. *Revista Forensis Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-DRIP*. 275-282.
- Rodríguez, H., García, I. y Calíope, C. (2005). Resultados de la aplicación dela autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Revista Medicina Uruguay*, 21, 141-150.

- Rosenfeld, B. (2000). Actitudes hacia el Suicidio en pacientes terminales *Cancer*, 15, 88, 12, 2868-2875.
- Ruiz-Pérez, I. y Olry de Labry-Lima A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gac Sanit*, 20 (Suppl 1), 25-31.
- Salguero, J. (N/D). El suicidio es previsible y prevenible. Asociación Argentina de Prevención del Suicidio. Buenos Aires.
- Sánchez R., Guzmán Y. y Cáceres H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV / 1, 1-25.
- Sánchez, R., Orejarena, S., Guzmán, Y. y Forero, J. (2002). Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica*, 22, 417-424.
- Stack, S. (2000). Blues fans and suicide acceptability. *Death Studies*. 24 (3). 223-231.
- Stack, S. y Gundlach, J. (1992). The effect of country music on suicide. *Social Forces*. 71 (1), 211-218.
- Scheel, K., & Westefeld, J. (1999). Heavy metal music and adolescent suicidality: an empirical investigation. *Adolescente*, 34, 134.
- Siomopoulos V. (1990). When patients consider suicide?. Risk factors to watch for. *Postgrad Med*, 88, 3, 205-213.
- Steinber, I. & Morris AS. (2001). Adolescent development. *Annu Rev Psicol*. 52: 83-110.
- Sullivan D. (2001). Suicide Preventions Should be Crucial Public Health Priority, US. Surgeon General Says. *CMAJ*, 165, 2, 201-209.
- Suárez, Y. (2010). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio. *Duazary*, 7(2), 282-283.
- Suárez, Y. (2011). La educación emocional como componente de la formación integral. Una alternativa para el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida. *Duazary*, 8(2), 124-126.
- Suárez-Colorado, Y. (2012). La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 182 - 200.
- Thompson, E.A., Eggert, L.L. & Herting, J.R. (2000). Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors. *Suicide Life Threat Behav*, 30, 3, 252-271.
- Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio *Salud Uninorte*, 17, 19-28.
- Ulloa, F. (1993). Tentativas y Consumación de Suicidio en niños y Adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 64. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n4/art06.pdf>.
- Vallejo J. (2006). Introducción a La Psicopatología y la Psiquiatría. Capítulo 20. Conducta suicida. Métodos utilizados. Sexta edición. Pp. 274.
- Valenzuela, DM. (2009). Epidemiología del suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Recuperado de: http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=60.
- Velasco, O. y Castrillón E. (2010). Suicidio de niños y adolescentes... Situaciones de riesgo, alternativas de prevención. Ed. Universidad del Cauca.
- Viiio, K., Hakko, H., Väisänen, E. & Räsänen, P. (2001). Risk of suicide related to income level in mental illness. *Letter. BMJ*, 323:232.
- Villain, S. (2001). Impact of media on children and adolescents: a 10 year review of the research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology*, 40, 4, 392-401.
- Wasserman, D. (1984). Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 49, 427-436. World Health Organization. (1999). Figures and facts about suicide WHO, Geneva.



Esta edición consta de 50 ejemplares.
Se diseñó y diagramó en la Editorial Unimagdalena.
Se imprimió en julio de 2018 en los talleres de
Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S. - Xpress Kimpres
Carrera 69H No. 77-40. Bogotá D.C., Colombia.

En su composición se utilizaron caracteres Swis721 Cn BT.
Su portada va en papel propalcote 240 gramos y las páginas interiores
en papel bond bahía 70 gramos.
Formato 17 x 24 cm.