

**PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE LOS MUNICIPIOS DE PASTO,
IPIALES, TUMACO Y LA UNION ACERCA DEL CONCEPTO DE SUICIDIO Y
DE FACTORES ASOCIADOS A ÉSTE Y APORTES A LA CONSTRUCCIÓN
DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR SUICIDIOS EN EL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

IVÁN DARÍO TEJADA CÓRDOBA

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA**

San Juan de Pasto, Octubre de 2007

Percepción del Suicidio en Nariño, 2

**PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD DE LOS MUNICIPIOS DE PASTO,
IPIALES, TUMACO Y LA UNION ACERCA DEL CONCEPTO DE SUICIDIO Y
DE FACTORES ASOCIADOS A ÉSTE Y APORTES A LA CONSTRUCCIÓN
DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA PREVENIR SUICIDIOS EN EL
DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

IVÁN DARÍO TEJADA CÓRDOBA

Asesora

NUBIA ROCÍO SÁNCHEZ MARTÍNEZ

Psicóloga Especialista

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

San Juan de Pasto, Octubre de 2007

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	3
LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
ABSTRACT	12
RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN	14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
Tema	16
Descripción del problema	16
Formulación del problema	26
Sistematización del problema	26
Justificación	27
Objetivos	29
Objetivo General	29
Objetivos Específicos	29

MARCO REFERENCIAL	30
Marco Contextual	30
Departamento de Nariño	30
Ubicación Geográfica	30
Morbilidad, Natalidad y Mortalidad en Nariño	31
Características Sociodemográficas	32
Educación, Economía y Cultura en Nariño	34
Municipio de Pasto	37
Ubicación Geográfica	37
Características Sociodemográficas	37
Educación	38
Economía	39
Salud y Servicios Públicos	39
Municipio de Ipiales	41
Ubicación Geográfica	41
Educación	42
Economía	42
Salud y Servicios Públicos	43
Municipio de Tumaco	45
Ubicación Geográfica	45
Características Sociodemográficas	46
Educación	47
Economía	48

Percepción del Suicidio en Nariño, 5

Salud y Servicios Públicos	48
Municipio de La Unión	50
Ubicación Geográfica	50
Características Sociodemográficas	50
Educación	51
Economía	52
Salud y Servicios Públicos	52
Marco Teórico	54
Psicología Social	54
Percepción social	57
Psicología Social de la Salud	63
Psicología Social de la Salud Mental	66
Concepto de comunidad	70
Conducta Suicida	71
Factores Protectores	78
Factores y Situaciones de Riesgo de Suicidio	79
Factores Culturales y Sociodemográficos	80
Patrones Familiares y Eventos Negativos Durante la Niñez	81
Estilo Cognitivo y Personalidad	82
Trastornos Psiquiátricos	83
Intentos Previos de Suicidio	85
Situaciones de Riesgos y los Acontecimientos que Pueden Desencadenar Suicidios o Intentos de Suicidios	86

Promoción de la Salud	87
Antecedentes de la Promoción de la Salud	87
Carta de Ottawa	88
Concepto de Promoción de Salud	89
Agenda de la Promoción de la Salud	92
Prevención de la enfermedad	97
Prevención Primaria	98
Prevención Secundaria	98
Prevención Terciaria	99
Modelo Ecológico	99
Modelo de Intervención	104
METODOLOGIA	111
Perspectiva epistemológica	111
Momentos investigativos	112
Participantes	118
Unidad de Análisis	118
Unidad de Trabajo	118
Técnicas e Instrumentos	118
RESULTADOS	120
Análisis descriptivo de resultados municipio de Pasto	120

Percepción del Suicidio en Nariño, 7

Concepto de suicidio	120
Factores de riesgo	122
Factores individuales	122
Factores familiares	124
Factores sociales	127
Factores culturales	131
Factores protectores	133
Familia, pareja y amigos	133
Educación	134
Cultura, arte, recreación y deporte	136
Análisis descriptivo de resultados municipio de Tumaco	143
Concepto de suicidio	143
Factores de riesgo	145
Factores individuales	145
Factores familiares	147
Factores sociales	148
Factores culturales	156
Factores protectores	159
Familia, pareja y amigos	159
Educación	159
Cultura, arte, recreación y deporte	160
Análisis descriptivo de resultados municipio de Ipiales	169

Concepto de suicidio	169
Factores de riesgo	171
Factores individuales	171
Factores familiares	172
Factores sociales	173
Factores culturales	177
Factores protectores	179
Familia, pareja y amigos	179
Educación	179
Cultura, arte, recreación y deporte	180
Análisis descriptivo de resultados municipio de La Unión	187
Concepto de suicidio	187
Factores de riesgo	189
Factores individuales	189
Factores familiares	191
Factores sociales	192
Factores culturales	197
Factores protectores	199
Familia, pareja y amigos	199
Cultura, arte, recreación y deporte	200
INTERPRETACION DE RESULTADOS	209
Concepto de suicidio	209

Factores de riesgo	215
Factores protectores y elementos que pueden contribuir a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en el departamento de Nariño	229
Aproximación al concepto “Percepción Comunitaria”	248
CONCLUSIONES	256
RECOMENDACIONES	259
REFERENCIAS	260
ANEXOS	271
ANEXO A. MATRIZ DE CATEGORÍAS DEDUCTIVAS	272
ANEXO B. GUÍA DE PREGUNTAS ORIENTADORAS	274

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Lista de conteo respecto al concepto de suicidio manejado por la comunidad del municipio de Pasto.....	123
Tabla 2. Lista de conteo respecto a los factores familiares asociados a la ocurrencia del suicidio, comunidad del municipio de Pasto.....	127
Tabla 3. Matriz de análisis municipio de Pasto.....	139
Tabla 4. Lista de conteo respecto al concepto de suicidio manejado por la comunidad del municipio de Tumaco.....	146
Tabla 5. Matriz de análisis municipio de Tumaco.....	164
Tabla 6. Lista de conteo, respecto al concepto de suicidio manejado por la comunidad del municipio de Ipiales.....	172
Tabla 7. Matriz de análisis municipio de Ipiales.....	183
Tabla 8. Lista de conteo, conceptos de suicidio manejados en la comunidad del municipio de La Unión.....	191
Tabla 9. Matriz de análisis municipio de La Unión.....	203

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comparación de las tendencias de las tasas de suicidio de Colombia y Nariño en el período 1995 y 2004.....	18
Figura 2. Suicidios en el Municipio de Pasto en los años 2005 y 2006 de acuerdo con el Observatorio del Delito de Pasto.....	21
Figura 3. Porcentaje de suicidios según mecanismo utilizado en los años 2005 y 2006 (primer semestre) en el municipio de Pasto.....	22
Figura 4. Porcentaje de eventos desencadenantes en casos de suicidio en 2005 y 2006 (primer semestre) en el municipio de Pasto.....	23
Figura 5. Esquema Modelo Ecológico de Bronferbrenner (2006).....	101
Figura 6. Esquema Modelo Ecológico (adaptación para la investigación de la Universidad de Nariño y de la Universidad del Valle).....	105
Figura 7. Taxonomía de factores individuales asociados por la comunidad del municipio de Pasto con la ocurrencia del suicidio.....	126
Figura 8. Taxonomía factores individuales asociados por la comunidad del municipio de Tumaco con la ocurrencia del suicidio.....	149
Figura 9. Taxonomía factores individuales asociados por la comunidad del municipio de Ipiales con la ocurrencia del suicidio.....	174
Figura 10. Taxonomía factores individuales asociados por la comunidad del municipio de La Unión con la ocurrencia del suicidio.....	192

ABSTRACT

With the purpose of knowing the perception of the community of the municipalities of Pasto, Tumaco, Ipiales and La Union, regarding the suicide concept and of the factors associated to this phenomenon, it was appealed to the technique of focal groups. in each municipality they were carried out three focal groups that were classified keeping in mind the ages of the participants: adolescents, young adults and adults. the obtained results show that in the four municipalities the suicide concept that the community manages is similar to the commonly accepted definition, although also, they are meanings peculiar of the term. the associate factors for the community with the phenomenon of the suicide, were classified as factors of risk and protective factors, starting from the analysis and qualitative interpretation of these of it looked for to identify elements that can contribute to the construction of an intervention model to prevent suicides in the department of Nariño. Finally, a conceptual approach was elaborated to the definition of community perception, starting from the community concept and of the vision and the investigator's considerations.

RESUMEN

Con el fin de de conocer la percepción de la comunidad de los municipios de Pasto, Tumaco, Ipiales y La Unión, respecto al concepto de suicidio y de los factores asociados a este fenómeno, se recurrió a la técnica de grupos focales. En cada municipio se realizaron tres grupos focales que se clasificaron teniendo en cuenta las edades de los participantes: Adolescentes, adultos jóvenes y adultos. Los resultados obtenidos muestran que en los cuatro municipios el concepto de suicidio que la comunidad maneja es similar a la definición comúnmente aceptada, aunque también, se encuentran acepciones particulares del término. Los factores asociados por la comunidad con el fenómeno del suicidio, se clasificaron como factores de riesgo y factores protectores, a partir del análisis e interpretación cualitativa de estos se buscó identificar elementos que pueden contribuir a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en el departamento de Nariño. Finalmente, se elaboró una aproximación conceptual a la definición de *Percepción Comunitaria*, a partir del concepto de comunidad y de la visión y consideraciones del investigador.

INTRODUCCIÓN

El Proyecto de Investigación denominado “Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de Intervención en Población Juvenil en Nariño”, que actualmente desarrollan la Universidad de Nariño en convenio con la Universidad del Valle y con financiación de COLCIENCIAS y el Instituto Departamental de Salud de Nariño, plantea como principal objetivo “identificar factores de riesgo asociados a suicidio, así como factores protectores que contribuyan a desarrollar y validar un modelo de intervención efectivo y replicable, mediante el cual se prevengan muertes prematuras debidas al suicidio en Nariño” (Departamento de Psicología e Instituto CISALVA, 2006).

El Proyecto de Investigación se organiza metodológicamente en dos componentes principales, uno cualitativo asociado a la identificación de la percepción comunitaria del suicidio y la ruta crítica de la atención del suicidio, y otro cuantitativo asociado al perfil epidemiológico y al estudio de casos y controles.

El componente cualitativo, al cual busca aportar el presente proyecto de investigación, plantea como objetivo principal “lograr una mejor comprensión del individuo, su familia, la comunidad y los aspectos culturales del suicidio en Nariño, los significados atribuidos a esta experiencia y los recursos disponibles en la comunidad para responder al problema” (Departamento de Psicología e Instituto CISALVA, 2006). Por lo tanto, el propósito de este trabajo es hacer aportes que contribuyan al cumplimiento de tal objetivo a partir del análisis e

interpretación de la información recolectada gracias al desarrollo de entrevistas a grupos focales y entrevistas a profundidad relacionadas con el tema de suicidio, que se desarrollaron con diferentes sectores de la comunidad en los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión.

Específicamente, el proyecto de investigación “Percepción de la Comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión, acerca del Concepto de Suicidio y de Factores Asociados a éste y Aportes a la Construcción de un Modelo de Intervención para Prevenir Suicidios en el Departamento de Nariño”, se orienta a la interpretación de la percepción social de la comunidad acerca del concepto de suicidio y de factores asociados a éste, y la identificación de elementos que contribuyan a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en Nariño. Para ello se recurrirá a la metodología de investigación cualitativa, que según Bonilla y Rodríguez (1997) consiste en hacer una aproximación a las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera integral.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Tema

Percepción social del concepto de suicidio y de factores asociados a éste.

Descripción del problema

Según datos de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP por su sigla en inglés), en lo corrido del siglo XXI se han presentado más de cinco millones de suicidios en todo el mundo, y se estima que por cada suicidio consumado podrían existir entre 10 y 20 intentos de suicidio (Alcaldía de Ipiales, 2006).

Mundialmente, el suicidio es una de las cinco causas de mayor frecuencia de mortalidad en la franja de edad entre 15 a 19 años. En muchos países, el suicidio encabeza como primera o segunda causa de muerte tanto en los hombres como en las mujeres de este grupo de edad. La prevención del suicidio entre los niños y adolescentes es, por lo tanto, de alta prioridad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

En nuestro país, el problema del suicidio, a pesar de ser considerado de baja magnitud en relación con el promedio mundial, muestra una tendencia ascendente en la última década, principalmente en algunas regiones del sur occidente, como Huila, Valle y Nariño. Durante el periodo 1995 a 2003, según datos del DANE, se observa un ligero incremento del fenómeno del suicidio en el departamento de Nariño (pasa de 3 por 100.000 a 7 por 100.000 en el periodo), que contrasta con la tendencia a la baja en el nivel nacional en el

último quinquenio, en el que las tasas oscilan entre 4 y 6 por cada 100.000 habitantes. El comportamiento histórico hasta el año 2000 mostraba a Colombia con tasas más elevadas que Nariño, pero a partir del 2001 estas diferencias disminuyen y, por el contrario, el Departamento supera ampliamente a la Nación en el mismo período. (Ver Figura 1)

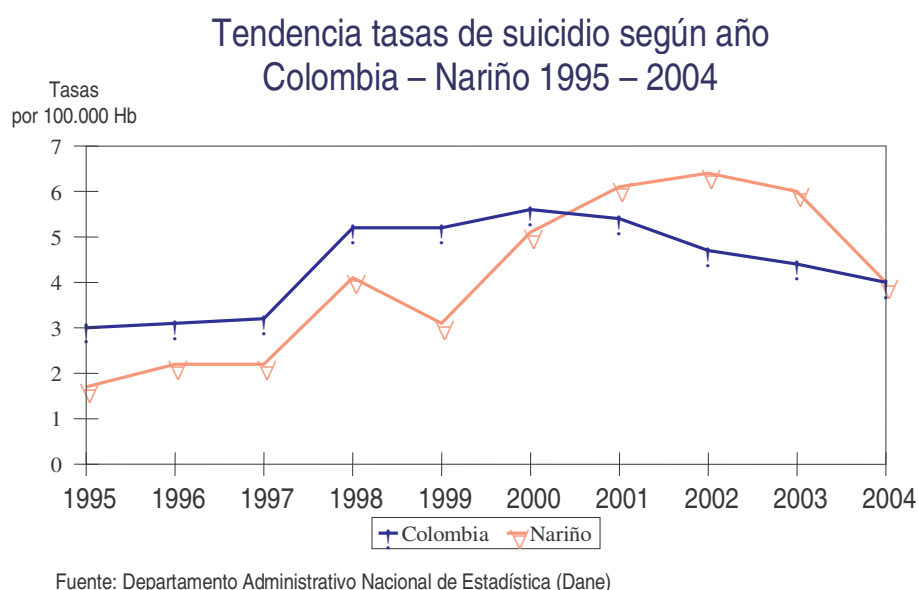


Figura 1. Comparación de las tendencias de las tasas de suicidio de Colombia y Nariño en el período 1995 y 2004. Tomado de Departamento de Psicología e Instituto CISALVA (2006)

Para el año 2003, en relación al número de casos ocurridos en el país según el sexo, los datos indican que el 63% de los casos ocurridos corresponde al sexo masculino y la diferencia entre los sexos permanece relativamente

estable durante el período comprendido entre 1995 a 2003 (Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño e Instituto CISALVA, 2006).

Según datos del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, para el año 2002, en el nivel nacional la tasa de suicidios fue de 5 por 100.000 Hbt, (2.405 casos en el país) siendo el sexo masculino el más implicado (77%). Con respecto a los grupos de edad, el comportamiento es plurimodal, es decir, hay dos grupos que tienen los más altos índices: los de 15 a 34 años y los mayores de 60. Llama la atención que las mujeres menores de 14 años presentan más casos que los hombres de esta misma edad. Para el mismo año, los departamentos con las tasas más altas fueron: Huila 7.3 (70 casos), Valle 7.2 (309 casos) y Nariño 6.9 (116 casos). Para 2003, el Instituto registró 1.938 suicidios, 107 casos menos que en el 2002, manteniendo el mismo comportamiento por sexo. La tasa de suicidios para el nivel nacional fue de 4.4 por 100.000 Hbt. y una vez más los jóvenes aportan la mayor proporción. Más de la mitad de las mujeres que se suicidaron durante 2003 tenía menos de 25 años. Según los datos del Instituto, para 2004 se presentaron en el país 1.817 casos de muertes por suicidio, cifra menor a la del año anterior para una tasa nacional de 4 por 100.000 Hbt. pero se debe tener en cuenta que problemas de cobertura nacional podrían estar sesgando la cifra. El 79% de los suicidas fueron hombres, con una razón hombre: mujer de 4:1. Huila, Valle y Nariño nuevamente aportan la mayor tasa en el país (Departamento de Psicología Universidad de Nariño e Instituto CISALVA, 2006).

Municipios del área andina del departamento de Nariño, según datos del Instituto, presentan tasas superiores al promedio nacional, especialmente en la región de la exprovincia de Obando (conformada por Ipiales, Iles, Gualmatán, Contadero, Guachucal, Pupiales, Potosí, Funes, Cumbal, entre otros) donde las tasas doblan el promedio nacional.

En el Municipio de Pasto, durante los últimos años la incidencia de suicidios igualmente ha presentado un claro aumento. Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, las tasas han incrementado de 5.81 por 100.000 habitantes en 1997 a 19.8 en el año 2002. Es necesario señalar el aumento progresivo de la incidencia de este evento que se ha dado durante 4 años consecutivos: en el año 1997 la tasa es de 5.81 por 100.000 habitantes, en el año 1998 alcanza los 11.36, en el año de 1999 es de 10.57, en el año 2000 de 14.2 por cada 100.000 hab. En 2001, la tasa es de 17.4 por cada 100.000 habitantes, es decir, en cuatro años la tasa se triplica (Chávez y cols., 2002).

Un punto que cobra especial importancia son los datos encontrados en relación al suicidio en jóvenes, pues según el observatorio del delito desarrollado en Nariño por CISALVA, para el 2002, el 63% de los suicidios ocurre en jóvenes de 15 a 29 años, siendo el 74% del total de casos de hombres (Departamento de Psicología e Instituto CISALVA, 2006). (Ver Figura 2)

Suicidios según edad de la víctima

Pasto, Colombia. 2005 - 2006

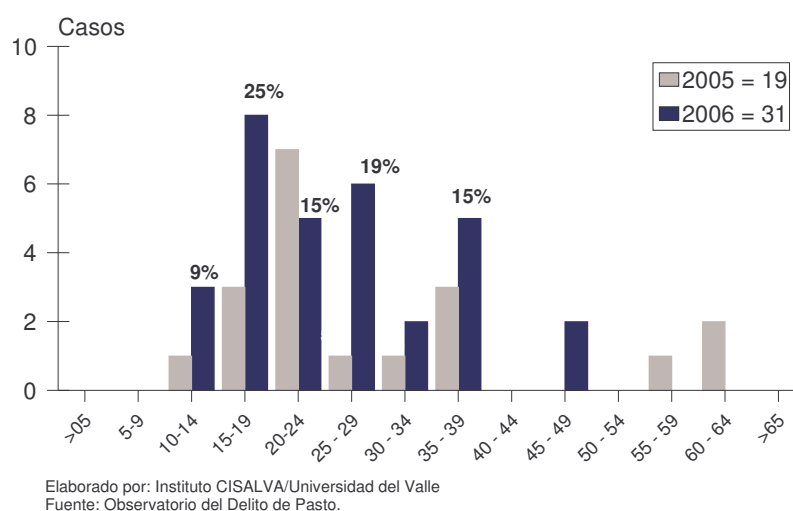


Figura 2. Suicidios en el Municipio de Pasto en los años 2005 y 2006 de acuerdo con el Observatorio del Delito de Pasto. Tomado de Departamento de Psicología e Instituto CISALVA (2006)

En cuanto a intentos de suicidio, en el Municipio de Pasto se notificaron 192 casos de intento de suicidio durante el año 2002, de los cuales aproximadamente el 57% corresponden al Municipio de Pasto y 43% restante son casos remitidos de otras localidades. En el sexo femenino se presentó mayor número de intentos de suicidio, con un 59.3%, frente al masculino con un 40.7%, lo que contrasta con los casos de suicidio consumado, donde la proporción hombres y mujeres es 4 a 1. El grupo etario con mas intentos correspondió al de 15 a 19 años con un 42.8%, seguido por el de 20 a 24 años en un 22%, siendo los jóvenes los de mayor riesgo, al igual que en el caso de los suicidios consumados. En relación al estado civil, el 67% son solteros,

16.5% viven en unión libre y casados corresponden al 13.2% (Chávez y cols., 2002).

Una particularidad de la problemática del suicidio en el departamento de Nariño, es el tipo de arma o método utilizado. A diferencia del nivel nacional, en la región prima la intoxicación sobre cualquier otro método, como arma cortopunzante, arma de fuego, ahorcamiento o salto al vacío. Esto podría estar relacionado con la facilidad de acceso con que cuenta la comunidad a este tipo de sustancias, por ser esta una zona eminentemente agrícola (Instituto de Medicina Legal, 2005). En la Figura 3 se puede apreciar un ejemplo de esto, para el municipio de Pasto en los años 2005 y 2006.

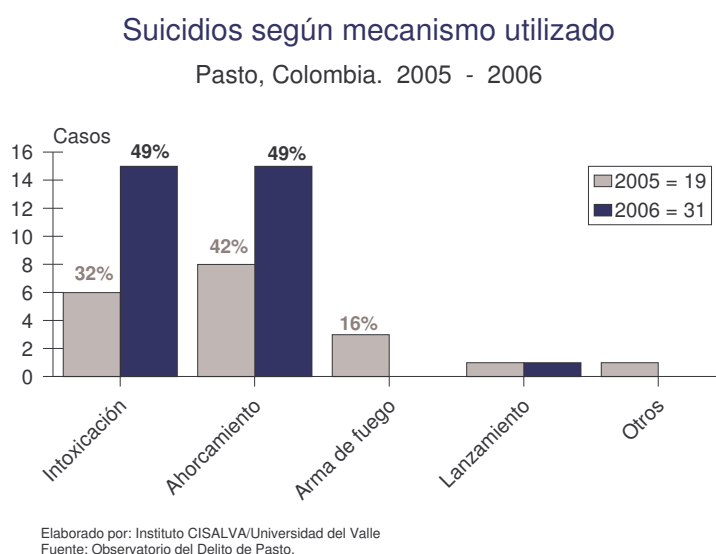


Figura 3. Porcentaje de suicidios según mecanismo utilizado en los años 2005 y 2006 (primer semestre) en el municipio de Pasto. Tomado de Departamento de Psicología e Instituto CISALVA (2006)

En el municipio de Pasto, además, se encuentran algunos eventos desencadenantes como conflictos sociales y duelo (Departamento de Psicología e Instituto CISALVA, 2006). (Ver Figura 4)

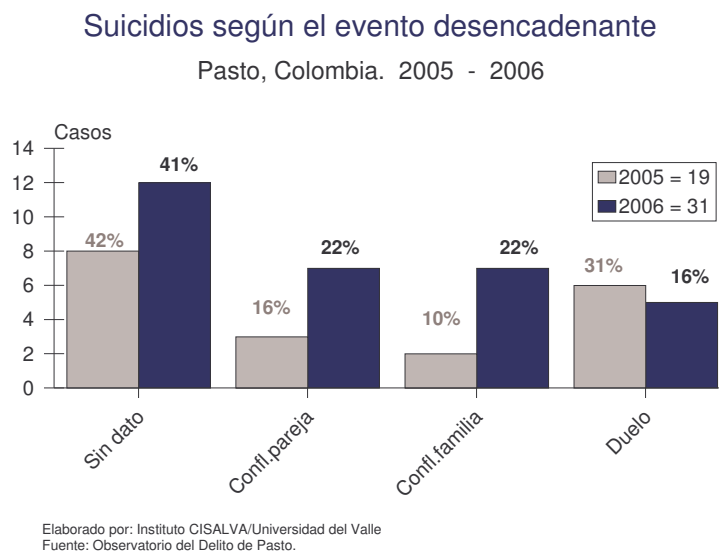


Figura 4. Porcentaje de eventos desencadenantes en casos de suicidio en 2005 y 2006 (primer semestre) en el municipio de Pasto. Tomado de Departamento de Psicología e Instituto CISALVA (2006)

Estos datos estadísticos representan un insumo fundamental al proponer estrategias de intervención social que busquen prevenir el suicidio en Nariño, pues permiten visualizar la magnitud de la problemática, así como también algunos factores asociados a la ocurrencia del fenómeno, claro está que en términos eminentemente epidemiológicos.

Sin embargo, resulta importante que en el desarrollo y estructuración de tales estrategias, se considere el carácter e impacto social de un fenómeno

como el suicidio, que en la actualidad puede considerarse como un grave problema de salud pública (Alcaldía de Ipiales, 2006).

Desde la percepción de la sintomatología o percepción de la probabilidad de tener un problema, hasta la rehabilitación de la enfermedad o mejora del estado de salud, ocurre toda una serie de procesos y comportamientos de carácter psicosocial. En este sentido, la Psicología Social es una de las disciplinas que incorpora el estudio y la intervención en ese ángulo de la salud muchas veces desatendido por otras disciplinas: su carácter social (Morales, Huici, Moya, Gaviria, López-Sáez, Nouvillas, 1999).

Desde que cambió el término de salud como ausencia de enfermedad y se incorporaron a él los componentes psicológicos y sociales a los biológicos, entendiéndola según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el estado de absoluto bienestar físico, mental y social”, se hace imposible la comprensión de la salud y de la enfermedad exclusivamente desde lo individual, sin tener en cuenta los fenómenos de interacción que ocurren en el proceso salud-enfermedad. Actividades como la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la política sanitaria pueden entenderse como eminentemente psicosociales, si se consideran el resultado de la interacción entre los usuarios del sistema de salud, las percepciones de las mismas personas implicadas (percepción del rol, explicaciones de la enfermedad, por ejemplo) y del marco sociocultural en el que ocurre. Por lo que el carácter social de la salud, de la enfermedad y de sus conductas es algo que las define y que permite abordarlas en su integridad (Morales y cols, 1999).

Por ejemplo, el estudio de problemáticas de salud como el SIDA no es posible sin conocer la medida en que las personas conocen esta infección, sus creencias al respecto, sus actitudes y su comportamiento hacia ella. Así como tampoco podrían obviarse los aspectos psicosociales de un trastorno tan habitual como el de la hipertensión; conocer los determinantes psicosociales que influyen en su determinación, tales como el estrés, la forma en que los afectados la perciben y la medida en que estas percepciones influyen en el comportamiento de salud del hipertenso, puede ser imprescindible dentro de un programa para la mejora del cumplimiento terapéutico de estos pacientes y para el control de su presión. De esta manera y de acuerdo con Stroebe y Taylor (1995, citados por Morales y cols, 1999), las teorías e investigación en Psicología Social constituyen una de las aportaciones más importantes en el área de la salud pública.

Tanto en términos generales como en términos específicamente referidos al binomio salud/enfermedad, la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no pueden comprenderse si se las separa de su circunstancia sociocultural. Las personas viven formando parte de grupos y definen su realidad personal y social por referencia a sus propias circunstancias (Rodríguez-Marín; Martínez y Valcárcel, 1990).

En muchos casos, sin duda, es difícil, o no resulta pertinente, separar la aportación de la Psicología Social de la de otras disciplinas en el análisis de los comportamientos de salud/enfermedad, o de los diferentes problemas de salud mental. En el análisis y estudio de problemáticas de salud mental, la Psicología

Social ha contribuido a la investigación de las distintas variables y procesos que intervienen en la instalación y mantenimiento de conductas saludables, en el abandono de hábitos perjudiciales, así como en la influencia de procesos psicosociales (creencias, actitudes, percepción social, roles, entre otros), en la manifestación de los comportamientos de salud/enfermedad que predominan en una comunidad determinada (Rodríguez,1995).

Teniendo en cuenta lo anterior, el desarrollo de una propuesta de intervención encaminada a prevenir la aparición de enfermedades o problemáticas de salud mental, necesita precisamente, partir del estudio y análisis de los aspectos psicosociales que influyen sobre dicha problemática y que en ocasiones pueden representar ventajas, obstáculos o una mezcla de ambos en cuanto al desarrollo de la intervención.

En el presente proyecto, se busca interpretar la percepción de la comunidad de cuatro municipios del departamento de Nariño, acerca del concepto de suicidio y de factores asociados a éste, con el fin de aportar elementos que contribuyan a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en el departamento; el cumplimiento de este objetivo aporta elementos valiosos al objetivo general del proyecto de investigación “Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de Intervención en Población Juvenil en Nariño”, ya que el análisis e interpretación de dicha percepción acerca del suicidio y de los factores asociados a éste, permitirá identificar elementos que contribuyan a la comprensión del fenómeno.

Por lo tanto, si el suicidio es entendido como una problemática actual de gran impacto, resulta pertinente y necesario, estudiar y analizar a partir de la Psicología Social, la percepción que la comunidad ha otorgado a este fenómeno, más aún si el fin último del estudio se dirige a aportar elementos que contribuyan a la construcción de un modelo de intervención dirigido a la prevención del suicidio, pues el análisis e interpretación de la percepción social de la comunidad acerca del suicidio y de los factores asociados a éste, permitirá orientar con mayor claridad y pertinencia las acciones encaminadas a prevenirlo.

Formulación del problema

¿Cuál es la percepción de la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión, acerca del concepto de suicidio y de factores asociados a éste, y qué elementos derivados de dicha percepción, pueden contribuir a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en Nariño?

Sistematización del problema

¿Qué conceptos de suicidio se identifican en la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión?

¿Qué factores individuales, familiares y sociales asocia la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión, con el fenómeno del suicidio?

¿Qué elementos derivados de la percepción social de la comunidad acerca del concepto de suicidio y de factores asociados a éste, pueden contribuir a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en Nariño?

Justificación

El Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño, pensando en el fortalecimiento de las competencias y habilidades investigativas de sus estudiantes de pregrado, en la vinculación de éstos a procesos de investigación formal y en el crecimiento del Grupo Psicología y Salud, ha posibilitado el desarrollo de trabajos de grado dentro de los procesos investigativos que actualmente lidera. La presente investigación “Percepción Social en la Comunidad acerca del Concepto de Suicidio y de Factores Asociados a éste y Aportes a la Construcción de un Modelo de Intervención para Prevenir Suicidios en el Departamento de Nariño”, es un claro ejemplo de ello.

El objetivo de esta investigación se dirige específicamente a interpretar la percepción social de la comunidad acerca del concepto de suicidio y de factores asociados a éste, y aportar elementos que contribuyan a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en Nariño. El planteamiento de este objetivo se relaciona con la necesidad e importancia de vincular a la comunidad en el proceso investigativo, con el fin de estudiar la percepción social del fenómeno, el modo como las personas ven el suicidio, y como perciben la influencia de su entorno sobre esta problemática. Además, se busca brindar elementos que contribuyan a la construcción de un modelo de

intervención, partiendo de la comprensión de la problemática desde la perspectiva de los propios actores sociales.

Se busca que con este proyecto la comunidad del departamento de Nariño sea beneficiada, pues el desarrollo de la propuesta de intervención para prevenir el suicidio en el departamento, que se constituye como uno de los principales objetivos del Proyecto de Investigación liderado por la Universidad de Nariño y la Universidad del Valle, tendrá en cuenta la visión comunitaria y social del fenómeno, que en muchas ocasiones es obviada en el desarrollo de estos procesos y que, sin embargo, puede incrementar considerablemente la efectividad y el alcance de la intervención, ya que el análisis e interpretación de dicha percepción acerca del suicidio y de los factores asociados a éste, permitirá orientar las acciones encaminadas a prevenirlo de acuerdo a las características contextuales propias de la comunidad a la que se dirigen.

Finalmente, los resultados de este trabajo, pueden contribuir además, a la lectura crítica de esta problemática, a la interpretación y complementación de información proveniente de otros subproyectos que componen el Proyecto de Investigación “Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de Intervención en Población Juvenil en Nariño” y a la identificación de recursos comunitarios que faciliten el desarrollo de la intervención.

Objetivos

Objetivo General

Interpretar la percepción de la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión, acerca del concepto de suicidio y de factores asociados a éste, y aportar elementos que contribuyan a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en Nariño.

Objetivos Específicos

Interpretar la percepción de los conceptos de suicidio presentes en la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión.

Interpretar la percepción de los factores individuales, familiares, sociales y culturales que la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión, asocia con el fenómeno del suicidio.

Aportar elementos que contribuyan a la construcción de un modelo de intervención basado en los factores individuales, familiares, sociales y culturales percibidos como factores asociados al fenómeno del suicidio por la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión.

MARCO REFERENCIAL

Marco Contextual

Departamento de Nariño

Ubicación Geográfica

El departamento de Nariño se encuentra localizado al sur occidente colombiano, latitud norte de 00° 31' 08'' y 02° 41' 08'' y longitud oeste de 76° 51' 19'' y 79° 01' 34''. Su superficie es de 33.265 Km², correspondiente al 2,9% de la extensión territorial del país; limita al norte con el departamento del Cauca, hacia el sur con la república del Ecuador, al oriente con el departamento del Putumayo y al occidente con el Océano Pacífico; su capital es San Juan de Pasto (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Dentro del Plan de Desarrollo Gubernamental de la Gobernación de Nariño, según datos del DANE (2003, citado por Asamblea Departamental de Nariño, 2004), el departamento de Nariño está conformado por: (a) 64 municipios, (b) 67 resguardos indígenas y (c) 56 concejos comunitarios. Cuenta con una población total de 1.719.162 habitantes distribuida así: el 45.2% vive en zonas urbanas y el 54.8% restante en zonas rurales. La tasa de crecimiento anual es de 1.69 (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

En municipios como Pasto, Ipiales y Tumaco, el mayor porcentaje de la población habita en las áreas urbanas con 89%, 79,67% y 50,51% respectivamente. En el resto de municipios la mayoría de la población habita en las áreas rurales (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Morbilidad, Natalidad y Mortalidad en Nariño

Tomando como base referencial los tres últimos censos, se observa que la tendencia en términos generales es hacia una disminución en las tasas de natalidad, al pasar de 31,58 por mil entre 1973/1985 al 22,8 en 1993. El DANE (2003, citado por Asamblea Departamental de Nariño, 2004) proyecta para el periodo 2005-2010 que esta llegue al 22,1 por mil (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Un proceso de transición lenta tanto epidemiológica como demográfica define, por un lado, el cambio de la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas al de las enfermedades crónicas y degenerativas, el incremento de las enfermedades de la violencia social y la aparición de enfermedades nuevas (emergentes) y otras que luego de haber sido controladas nuevamente son problemas de la salud pública (reemergentes). Por otro, la reducción de las tasas de fecundidad y natalidad, los desplazamientos y migraciones, el incremento de la esperanza de vida y la modificación lenta de la composición demográfica (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Sin embargo, las primeras causas de morbilidad continúan siendo entre los grupos etarios menores, la infección respiratoria aguda y las enfermedades diarreicas y parasitarias, al igual que los problemas odontológicos principalmente la caries dental.

La tasa bruta de mortalidad para Nariño fue de 6,4 por 1000 habitantes para 2003, muy alta si se tiene en cuenta que para Colombia es de 4,4 por

1000 habitantes para el mismo año (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

La tasa de mortalidad infantil 53,1 por 1000 niños(as) menores de un año, casi duplica la nacional que es de 25,6.

La mortalidad analizada por grupos de edad específicos identifican en el grupo menor de un año a las afecciones del recién nacido y las relacionadas con el posparto (Binomio madre-hijo) como primeras causas. La infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda complicadas afectan al grupo entre 1 y 4 años (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Si bien es cierto, no figura entre las primeras causas de morbilidad, la salud mental es un aspecto de gran importancia dentro del perfil epidemiológico del departamento, aquí este componente es afectado en gran parte por el conflicto social, donde los desplazamientos: 35.018 personas desplazadas en 2004, son su principal consecuencia (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Características Sociodemográficas

Según la distribución etárica, Nariño es un departamento eminentemente compuesto por jóvenes, característica de las regiones en vía de desarrollo, precedidas por patrones altos de fecundidad y natalidad lo que genera una pirámide poblacional de base amplia que se va reduciendo en los rangos de mayor edad (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

El grupo poblacional comprendido entre los 5 y los 17 años, es decir, el grupo de la población objeto de la educación preescolar, primaria, y secundaria va reduciendo su participación, con tendencia a continuar en esa dinámica. Es igualmente destacable el crecimiento del grupo de 65 y más años (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

De la población total (1.719.162 habitantes), 53% presentan Necesidades Básicas Insatisfechas y 27,4% se encuentran en situación de miseria. De la población con NBI, únicamente el 72,2% están afiliados al Régimen Subsidiado en Salud; con altos niveles de concentración en diez municipios: (a) Pasto, (b) Ipiales, (c) Túquerres, (d) Tumaco, (e) Barbacoas, (f) Sandoná, (g) Samaniego, (h) La Unión, (i) Guachucal y (j) Cumbal (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

En el Departamento de Nariño del total de la población, el 15% carece de vivienda adecuada, el 20,1% carece de servicios públicos adecuados, el 32,6% viven en hacinamiento crítico, el 11,3% reportan inasistencia escolar, el 16,6% tienen alta dependencia económica. En general el 27,4% de la población vive en miseria absoluta y el 53% en pobreza. Estos resultados permiten concluir que a nivel ponderado es la Costa (sin tener en cuenta a Tumaco) la que mayor índice de pobreza y miseria presenta con el 76% y 40% respectivamente, seguido de la zona occidente con el 73% y 45%. Le sigue la zona norte muy de cerca con el 65% y 37% y la zona centro (sin Pasto) con el 62% y 32% (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Educación, Economía y Cultura en Nariño

La educación, que constituye una herramienta eficaz para la transformación de la estructura social, en el departamento presenta una cobertura deficitaria, así: 28% en preescolar, 11,5% en básica primaria y 53,96% en básica secundaria y media. El índice de analfabetismo es de 19,5% siendo la zona rural la más afectada (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

En Nariño se carece de espacios suficientes para el encuentro, la recreación y el deporte, capacitación de personal y la formulación de planes, programas y proyectos de recreación y deporte extramurales, en donde se aproveche la riqueza paisajística y la naturaleza como elementos que posibiliten la práctica de actividades encaminadas a fortalecer valores y actitudes positivas.

Los rasgos distintivos del departamento de Nariño contrastan en su cultura, economía y sociedad, con los de otros complejos del país como el antioqueño, santandereano o valluno, por ejemplo. Sin embargo, la región tampoco es homogénea. Se distinguen, al menos, dos grandes subculturas: la de la zona Andina y la de la llanura y costa del Pacífico (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

La subcultura de la zona Andina desde el punto racial tuvo como bases la población indígena y la hispana que, confundidas biológicamente, gestaron un nuevo tipo: el mestizo, elemento que hoy predomina en la región. En ella

sobreviven comunidades indígenas agrupadas en resguardos con un reconocimiento y una audiencia política cada vez más significativa.

La subcultura de llanura y costa del Pacífico tiene un sustrato biológico distinto: el negro, cuya presencia está ligada a la minería de aluvión. Tanto racial como culturalmente, constituye la impronta de la costa del Pacífico. La población afrodescendiente de Nariño habita la región pacífica en un total de 10 municipios: Barbacoas, El Charco, La Tola, Magüí Payán, Mosquera, Olaya Herrera, Francisco Pizarro, Roberto Payán, Santa Bárbara, Tumaco. Estos municipios representan el 15,6 % del total del Departamento de Nariño y seis de ellos tienen acceso al mar (La Tola, El Charco, Olaya Herrera, Mosquera Francisco Pizarro y Tumaco (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

En cuanto a las ramas de la actividad económica en el año 2000, según el DANE (2003, Asamblea Departamental de Nariño, 2004): el 30.87% de la población adquiere ingresos económicos de la actividad agropecuaria y pesca, el 3.79% de las manufacturas, el 3.34% de la construcción, el 9.55% del comercio y venta de servicios, el 7.4% del transporte, el 10.4% de la actividad financiera y el 34.63% de servicios (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Una economía en crisis, como la nariñense genera tendencias crecientes de desempleo: 9,5% en el año 2001 y 15,2% para el 2002; subempleo: 43% e informalidad, con índices de desocupación de 4,2% (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Por otro lado, a nivel histórico y cultural en Nariño se observa, en el Siglo XXI, el tránsito paulatino de una sociedad dogmática y tradicionalista a una de corte liberal, abierta a las nuevas ideas. Si bien aún predomina un fuerte sentimiento religioso, la cosmovisión está alejada del espíritu confesional de los tiempos pasados (Montezuma, 1982).

De otra parte, las élites señoriales que reclamaban superioridad por pureza de sangre y largas extensiones de tierra ya no existen, en el nuevo escenario social los actores han sido reemplazados por otros cuya valía se sustenta en factores de poder distintos a la sangre y la tierra. La mujer, de arraigados patrones de sumisión, dedicada al hogar, fiel, de valores marianos, sin mayor preparación, ahora compite con el hombre en todos los campos de la actividad humana y, a nivel social, no sólo exige para sí las mismas prerrogativas del varón sino que reclama su propio espacio y los derechos que como mujer le corresponden (Montezuma, 1982).

El cambio cultural ha sido marcado no tanto por el progreso económico, cuanto por dos agentes de naturaleza distinta: los medios masivos de comunicación y la Universidad de Nariño. Si bien es imposible señalar de manera empírica hasta que punto los medios modificaron el mapa cultural, sin duda los impresos, el cine, la radio y la televisión contribuyeron de manera eficiente a romper la vieja cultura y a modificar valores ancestrales. La Universidad, por su parte, desde su fundación hasta este momento ha sido uno de los motores del progreso económico, social, político e ideológico. Con la Universidad llegó a Pasto, en los albores del siglo XX, el pensamiento científico

y la técnica se puso a la orden de las demandas sociales (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Municipio de Pasto

Ubicación Geográfica

El municipio de San Juan de Pasto se encuentra ubicado sobre el Valle de Atriz, a 795 kilómetros al sur occidente de la capital de la república. Limita al norte con la Florida, Chachaguí y Buesaco, por el sur con el departamento de Putumayo y Funes, por el oriente con Buesaco y el departamento de Putumayo y por el occidente con Tangua, Consaca y la Florida. Su altura sobre el nivel del mar es de 2.559 metros, la temperatura media es de 14 grados centígrados, su área es de 1.181 kilómetros cuadrados y su precipitación media anual es de 700 milímetros (Plan de Desarrollo Municipal de Pasto, 2004).

Como principales accidentes geográficos se encuentran: el Volcán Galeras, el Cerro Bordoncillo, Morasurco, Patascoy, entre otros. Lo bañan ríos como el Río Bobo, Jurado, Esteros, y Pasto. Administrativamente Pasto se divide en 11 comunas, 11 corregimientos, y 118 veredas (Plan de Desarrollo Municipal de Pasto, 2004).

Características Sociodemográficas

De acuerdo al último reporte del DANE censo general 2005, del total de la población el 46.8% son hombres y el 53.2 % mujeres (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2005).

En lo que respecta a desarrollo y calidad de vida urbana, según lo expuesto en el plan de desarrollo municipal de Pasto para el año 2005, se

identifica como una de las principales problemáticas del municipio, la deficiencia en las condiciones de: infraestructura básica, movilidad, espacio público, ambientales, de ordenamiento territorial y de convivencia ciudadana, que dificultan el desarrollo de la ciudad y deterioran la calidad de vida urbana (Plan de Desarrollo Municipal de Pasto, 2004).

En lo que hace referencia a desarrollo y calidad de vida rural se identifica una deficiencia de las condiciones sociales, educativas, culturales, económicas, ambientales, de infraestructura básica y de ordenamiento territorial que perjudican la calidad de vida de los habitantes del sector rural (Plan de Desarrollo Municipal de Pasto, 2004).

En lo referente a lo que el plan de desarrollo municipal denomina cultura y autoestima colectiva se identifica: la escasa comprensión y valoración de la riqueza pluricultural de Pasto, debilidad en el sentido de pertenencia e insuficiente promoción del patrimonio cultural (Plan de Desarrollo Municipal de Pasto, 2004).

Educación

Respecto al contexto educativo, el 38.8% de la población que reside en Pasto a alcanzado el nivel de básica primaria y el 34.7% secundaria; el 10.9% a alcanzado el nivel profesional y el 1.9% a realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo, es del 5.6%. El 57.8% de la población de 3 a 5 años de edad asisten a un establecimiento educativo formal, al igual que el 95.9% de la población de 6 a 10 años de edad y el 80.2% de la población de 11 a 17 años. Por otra parte,

los datos suministrados por la Secretaria de educación de Pasto indican que actualmente el municipio cuenta con 97 Instituciones Educativas pertenecientes al sector privado y 47 Instituciones educativas del sector oficial. A su vez el sector oficial cuenta con un total de 163 sedes distribuidas entre las distintas Instituciones de las cuales 67 se encuentran ubicadas en el sector urbano y 96 en el sector rural (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2005).

Actualmente en el municipio, 33.321 estudiantes se encuentran matriculados en Básica primaria, de los cuales 16.911 son hombres y 16.410 mujeres; 22.371 estudiantes matriculados en Básica secundaria, 11.217 hombres y 11.154 mujeres; y 8.107 estudiantes matriculados en educación media de los cuales 3.820 son Hombres y 4.287 mujeres (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2006).

Economía

En cuanto al sector económico, los habitantes de Pasto dependen del comercio, los servicios y la Industria, destacando el procesamiento de alimentos y bebidas, las artesanías como talla en madera, barnices, muebles, y cerámicas; el sector rural depende de la agricultura y la ganadería, siendo los principales productos la papa, el maíz, el fique, cebolla y frijol (Plan de Desarrollo Municipal de Pasto, 2004).

Salud y Servicios Públicos

Con relación a los servicios de salud en Pasto existe un progresivo aumento de los mismos, pero persisten dificultades para su accesibilidad,

siendo condicionado por factores de tipo geográfico, económico y cultural, como: zonas de difícil acceso, concentración en el ámbito urbano, entre otras; con una oferta que todavía tiene componentes de cobertura y calidad que limitan su adecuada y equilibrada disponibilidad (Plan de Desarrollo Municipal de Pasto, 2004).

En cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud está dada por diferentes aspectos tales como la afiliación progresiva al Sistema de Seguridad Social, que contempla la afiliación al Régimen Subsidiado y Contributivo, que se constituye en elemento importante que va a condicionar la prevención de la enfermedad o mantenimiento de la salud, al brindar acceso a la población, estableciendo el proceso salud enfermedad. La cobertura del Sistema de Seguridad Social es del 33% (Plan de Desarrollo Municipal de Pasto, 2004).

De acuerdo al censo general 2205 suministrado por el DANE, en cuanto a los servicios con los que cuentan las viviendas, el 99.3% tiene conexión a Energía Eléctrica, el 96.3% posee servicio de acueducto, el 87.2% alcantarillado y el 51.9% tiene acceso al servicio telefónico (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2006).

Al respecto, de acuerdo al diagnóstico realizado por la alcaldía para el actual Plan de Desarrollo Municipal se reconoce la exclusión de un sector de la población de Pasto, especialmente en el área rural, en cuanto a la prestación de los Servicios Públicos Domiciliarios, de alumbrado público y de gas, altas tarifas en los servicios y deficiencia de la oferta de agua potable y de usos

múltiples para atender el crecimiento de la ciudad (Plan de Desarrollo Municipal de Pasto, 2004).

Municipio de Ipiales

Ubicación Geográfica

El municipio de Ipiales se halla localizado en el departamento de Nariño, al sur occidente del país, franja fronteriza con la República del Ecuador; Ipiales se encuentra localizado a 87 kilómetros al sur de la ciudad de Pasto. Limita por el norte con Pupiales, Gualmatán y Contadero, por el sur con la República del Ecuador, por el oriente con Potosí y el Departamento de Putumayo y por el occidente con Cuaspud y Aldana. Tiene una área municipal de 1.707 kilómetros cuadrados y una precipitación media anual de 870 milímetros. El número de veredas que integran esta localidad es alrededor de 59 y el perímetro urbano de Ipiales encierra alrededor de 789.37 hectáreas, ocupando el 0.47 % del área total (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de Ipiales, 2004).

Geográficamente, el municipio de Ipiales se ubica a 0 grados 52 minutos de latitud Norte y a 77 grados, 58 minutos de longitud Oeste. La ciudad de Ipiales, se encuentra a una altura de 2.897 metros sobre el nivel del mar, su temperatura promedio es de 12 grados centígrados y la topografía es predominantemente ondulada (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de Ipiales, 2004).

Educación

El municipio de Ipiales cuenta con 76 establecimientos que brindan educación formal; de los cuáles 68 pertenecen al sector oficial y 8 al sector privado, además, el municipio cuenta con un instituto de educación especial y 4 establecimientos de educación no formal (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de Ipiales, 2004).

Dado que en el municipio los índices de deserción escolar son relativamente altos (5,7%), se ha diseñado estrategias como el proyecto de incentivos, programas de alimentación escolar y fortalecimiento de escuelas para padres, con lo que se busca disminuir en más de tres puntos porcentuales dicha problemática (Plan de Desarrollo Municipal de Ipiales, 2004).

En lo referente a educación superior, la estrategia de calidad se fundamenta en el fortalecimiento y optimización del Centro de Estudios Superiores de Ipiales (CESI) y el Centro Educativo Municipal (CEM), a través de la suscripción de convenios con las Instituciones de educación superior existentes y las que deseen brindar educación superior con programas acordes a las necesidades de la región (Plan de Desarrollo Municipal de Ipiales, 2004).

Economía

La economía local se fundamenta en actividades agropecuarias, comerciales, de transporte, microempresariales y turísticas, orientadas a la atención de mercados regionales, del interior del País y de la República del Ecuador. Su situación de frontera determina una alta dependencia de la economía ecuatoriana, que se refleja en las cíclicas recesiones económicas

producidas por los problemas cambiarios. Además, por considerarse Centro Urbano Regional de la Exprovincia de Obando, la ciudad de Ipiales concentra una gran cantidad de servicios, los cuales dinamizan su carácter urbano: funciones de educación (universidades y colegios de educación superior), salud (hospital civil), económicas (comercio y sistemas bancarios), culturales (bibliotecas y museos), político administrativas (sede de la Asociación de Municipios de la Provincia de Obando) y equipamientos (mercado, plaza de ferias, terminal de transporte de pasajeros en construcción) (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de Ipiales, 2004).

El turismo se ha convertido en una fuente de trabajo para los habitantes del municipio de Ipiales, gracias al intenso flujo de personas hacia el Santuario de Las Lajas, monumento nacional y punto de generación de actividades de intercambio y de servicios, los cuales incrementan la dinámica social y cultural de la localidad y de la región. De igual forma, áreas urbanas como la Frontera, la salida a Pasto y el eje de desarrollo de Puenes se constituyen en sitios que potencializan el crecimiento y desarrollo de la ciudad (Plan de Desarrollo Municipal de Ipiales, 2004).

Salud y Servicios Públicos

En lo referente a salud, la ciudad de Ipiales cuenta con la prestación de este servicio en el primero y segundo nivel, los cuales se atienden en el Hospital Regional. Los de primer nivel se prestan específicamente en los puestos de salud localizados en las veredas y/o corregimientos y en los centros

de salud, a través de los programas de atención primaria (Plan de Desarrollo Municipal de Ipiales, 2004).

Con respecto a los servicios básicos con los que cuenta la ciudad, las deficiencias en la conducción, planta de tratamiento y redes de distribución, hacen que el servicio de acueducto sea insuficiente para cubrir la demanda de la población actual. En cuanto al servicio de alcantarillado, la información disponible permite afirmar que actualmente alcanza una cobertura del 80.0% para el sector urbano y del 20.3% para el rural (Plan de Desarrollo Municipal de Ipiales, 2004).

La energía eléctrica es suministrada por Centrales Eléctricas de Nariño S.A., CEDENAR, como un servicio público domiciliario que se adecua para las actividades domiciliarias, comerciales, industriales e institucionales generadas dentro del desarrollo social y económico de la región. Internamente, la cobertura de redes en el casco urbano es del 95.0% y 90.0% en el sector rural, pero el alumbrado público es muy deficiente y en algunos sectores no existe. La vinculación de ISA a la ciudad, posibilita mayor cobertura y se convierte en una potencialidad de dotación adecuada de este servicio (Plan de Desarrollo Municipal de Ipiales, 2004).

El servicio de aseo urbano es prestado por el Municipio a través del Instituto de Servicios Varios de Ipiales – ISERVI, quien coordina, ordena y ejecuta diferentes acciones relacionadas con la recolección y disposición final de basuras, aseo y cuidado de calles, parques y avenidas. Aunque se ha tratado de ampliar la cobertura del servicio y mejorar la calidad del mismo, se

estima que alcanza un 76.0%, implicando deficiencia para la población beneficiaria de los sectores marginales de la ciudad particularmente (Plan de Desarrollo Municipal de Ipiales, 2004).

El servicio de telefonía local tanto domiciliaria como pública, es prestado en la ciudad por la empresa TELEOBANDO, la cual tiene localizada su planta en el centro urbano, presentando algunas dificultades de carácter técnico en la red de telecomunicaciones nacionales debido al cambio del sistema operativo y ampliación del mismo (Plan de Desarrollo Municipal de Ipiales, 2004).

Municipio de Tumaco

Ubicación Geográfica

Tumaco está ubicado a 294 Km de Pasto en las coordenadas, latitud 01° 48' 53" N., longitud 77° 47' 59" W.; su altura se encuentra a 0.5 metros al nivel del mar. Tumaco limita: al norte con la Bahía Tumaco, al sur con el Estero de Agua Clara, al oriente con el Municipio de Barbacoas y al occidente con el Océano Pacífico (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del Municipio de Tumaco, 2004).

El municipio de Tumaco, es un archipiélago conformado por las islas de Tumaco, La viciosa y Del Morro comunicadas entre sí por un viaducto, la mayor parte de su territorio es plano o ligeramente ondulado y se ubica en la región del océano pacífico al sur de Colombia. Esta región se caracteriza por sus numerosos esteros, caños, e islas cubiertas de mangle. A lo largo del litoral pacífico se encuentran algunos accidentes geográficos notables, entre ellos Cabo Manglares, La Ensenada de Tumaco, Isla del Gallo, La Barra, El Morro y

las Puntas Brava, Cascajal, Cocal, Duran, Guayaquil y La Playa (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del Municipio de Tumaco, 2004).

Según Dueñas (1997), los ríos más importantes que vierten sus aguas al océano pacífico son Alwabí, Cavay, Chagûi, Mataje, Mexicano, Mira, Nulpe, Patía, Pulgande, Rosario, san Juan y Tablones. Esta región es una de las más ricas del mundo en biodiversidad y pluviosidad; en la producción de agua y oxígeno, en captura de carbono; en riquezas naturales continentales y marítimas.

El clima es húmedo tropical, con influencia de vientos marinos, con una humedad relativa superior al 75%. Se caracteriza por su abundante precipitación y una temperatura promedio de 27° C (Universidad de Nariño, 2005).

Características Sociodemográficas

De acuerdo al Plan de Desarrollo del Municipio de Tumaco 2004 – 2007, este municipio alberga hoy a más de doscientos mil habitantes, su población ha tenido un crecimiento cercano al 50% en menos de diez años, entre otros factores debido a los permanentes flujos migratorios, a la alta tasa de natalidad, a la riqueza y perspectivas de la región y, últimamente, por las migraciones masivas de personas desplazadas por la violencia de otras regiones del país y, otros, deslumbrados por el dinero dañino de los cultivos ilícitos (Plan de Desarrollo Municipal de Tumaco, 2004).

La población del municipio de Tumaco, se encuentra distribuida en un 60% en la capital del municipio, mas de 150.000 habitantes y, el excedente,

cerca de 50.000 habitantes que se localizan en los más de 375 centros poblados rurales dispersos a lo largo y ancho de las 380.000 hectáreas de extensión del municipio (Plan de Desarrollo Municipal de Tumaco, 2004).

Por su posición geográfica, el municipio tiene comunicación con toda la región del Pacífico siendo sus principales vías el medio marítimo y fluvial, caracterizándose el uso de los esteros que hacen más fácil el recorrido entre las poblaciones. Existe una carretera que une a San Andrés de Tumaco, con Pasto y de allí con todo el territorio Colombiano, por la vía Panamericana. Es la única vía que se encuentra pavimentada, de la cual se desprenden trochas por las cuales se movilizan vehículos tipo escalera, que comunican los diferentes corregimientos. Cuenta con aeropuerto, cuya pista se encuentra pavimentada, a este aeródromo arriban 2 vuelos todos los días. (Plan de Desarrollo Municipal de Tumaco 2004-2007).

Educación

A nivel de educación el municipio de Tumaco posee: 7 colegios públicos, 10 escuelas privadas, 54 escuelas públicas y una sede de la Universidad de Nariño. Con relación a los 113 corregimientos y las 54 inspecciones de policía, que comprenden la zona rural del municipio de Tumaco, se cuenta con escuelas pequeñas en donde a veces se reúnen dos o tres corregimientos para recibir la educación, la cual es precaria en ciertas áreas y muy difícil de sostener por falta de presupuesto (Universidad de Nariño, 2005).

El Plan de Padrinos y el Plan Internacional han contribuido en forma excelente con la construcción de muchas escuelas para esta región, pero

desafortunadamente es una región muy extensa y los recursos no alcanzan para subsanar todos los requerimientos educativos (Universidad de Nariño, 2005).

Economía

A nivel económico las principales actividades que se desarrollan corresponden al sector agrícola, destacándose la producción de plátano, cacao, chontaduro, coco y caña. El sector ganadero está subdesarrollado ya que el suelo es pobre para los pastos y los animales que se crían son para el sustento familiar. El sector manufacturero se destaca por diferentes microempresas dedicadas a la confección de artículos artesanales. Por último, la industria extractiva tiene como principales productos la madera, la pesca y la cría de camarones en forma industrializada la cuales ocupan un gran porcentaje de mano de obra (70% de personal). Con relación al comercio exterior existen en el Municipio algunas empresas dedicadas especialmente a la cría de camarones y la explotación de la palma africana (Universidad de Nariño, 2005).

Salud y Servicios Públicos

Con relación al área de salud Tumaco actualmente cuenta con nueve centros de atención médica divididos en: dos hospitales, el Instituto de Seguro Social, tres centros de salud, y dos centros asistenciales. Con relación a servicios públicos San Andrés de Tumaco, cuenta con el servicio de interconexión eléctrica con la ciudad de Pasto, por lo cual tiene el servicio en forma permanente; aunque con algunas dificultades pues la capacidad de la subestación eléctrica está siendo casi copada por el consumo que tiene la

ciudad, lo que hace que en algunos casos el fluido eléctrico sea suspendido por periodos de tiempo, en algunas oportunidades significativo (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

El municipio cuenta con un acueducto, situado en el KM. 20 de la vía que conduce a Pasto, está dotado con planta de tratamiento la cual clorifica el líquido que es traído desde el río Mira y procesado en toda su dimensión para luego ser bombeado por medio de seis turbinas hacia el casco urbano. El Batallón Fluvial de Infantería de Marina N° 70 ayuda en este servicio con el carro tanque, el cual lleva el líquido desde el mismo acueducto y lo deposita en los tanques subterráneos ubicados en toda la unidad para luego ser elevado a los tanques de las casas por medio de electro bombas (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

El servicio de alcantarillado existe en gran parte de la ciudad, pero este servicio no es continuo, igualmente no cubre todo el casco urbano; debido a la estructura particular de las casas que están ubicadas sobre el mar, a las cuales por factor de las mareas no se pueden adecuar a un sistema efectivo de alcantarillado, siendo el mar el que recibe todas las aguas servidas de forma directa (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

El municipio cuenta con un relleno sanitario, para la recolección de basuras pero es muy precario y no tiene muy buena acogida por la ciudadanía, la cual utiliza el mar como su principal basurero, al cual arrojan miles de toneladas de basura al año (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

El sistema de recolección de basuras, se efectúa en 3 camiones, con los que cuenta la administración municipal, haciéndose cada vez más evidente la falta de más vehículos para lograr subsanar las necesidades de la población (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005).

Por último, en cuanto a medios de comunicación existe en el municipio una oficina principal de TELECOM y unas 20 sucursales ubicadas en todo el casco urbano. Estas prestan servicios de llamadas nacionales, internacionales y servicio de fax, además de la amplia cobertura del servicio de comunicación celular (Departamento de Psicología, Universidad de Nariño, 2005) .

Municipio de La Unión

Ubicación Geográfica

El Municipio de La Unión está ubicado en el sur occidente del Departamento de Nariño a una distancia de 90 Km de la capital. La superficie es de 163 km² y su altura es de 1.847 metros sobre el nivel del mar. Al norte limita con el Municipio de Mercaderes (Cauca), al sur con el Municipio de San Pedro de Cartago, al Oriente con los Municipios de Belén, Colón (Génova) y San Pablo y al Occidente con el Municipio de San Lorenzo (Plan de Desarrollo Municipal de La Unión, 2004).

Características Sociodemográficas

En el municipio de La Unión, según el censo realizado por el DANE en el 2006, la población es de 42.398 habitantes de los cuales el 50.4% son hombres y el 49.6 % son mujeres. En el municipio, según el DANE, la tasa de alfabetismo en la cabecera municipal es de un 89.7%, de los cuales el 54.3%

alcanza el nivel de básica primaria y el 25.3% el nivel secundaria; el 2.3% ha alcanzado el nivel profesional y el 0.3% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado (DANE, 2006).

Como problemáticas sociales se destacan la violencia como consecuencia de la migración, la desigualdad social, la falta de oportunidades de trabajo, la drogadicción, alcoholismo y delincuencia común; de igual manera, se advierte la presencia de grupos armados de justicia privada que atemorizan a la comunidad (Plan de Desarrollo Municipal de La Unión, 2004).

Educación

La organización del sector educativo del municipio de La Unión corresponde al sistema de Nuclearización que opera en el departamento de Nariño. Actualmente cuenta con dos núcleos educativos, La Unión y la vereda la Playa, y los 45 establecimientos educativos están adscritos a ellos (Plan de Desarrollo Municipal de La Unión, 2004).

El sector educativo carece de aspectos fundamentales para mejorar su calidad educativa; la infraestructura se encuentra incompleta y en mal estado, los centros educativos no disponen de suficientes ayudas educativas; los existentes se encuentran desactualizados y los docentes no están suficientemente capacitados para asumir todas las áreas (Plan de Desarrollo Municipal de La Unión, 2004).

En referencia a la educación superior, la presencia de universidades estatales y privadas es una muestra de la importancia del municipio de La Unión como eje regional. Las universidades presentes son: La Universidad de

Nariño, La Universidad Cooperativa de Colombia, La Universidad Antonio Nariño y La Universidad Mariana. Así mismo, existen dos institutos de educación no formal en las modalidades de bachillerato por ciclos y capacitación para el manejo de Internet. Sin embargo, no ha sido posible el desarrollo de un centro de educación no formal, aunque existen varias propuestas y planes. El municipio actualmente no dispone de un espacio para la posible creación de un centro de artes y oficios para el fomento de la educación informal (Plan de Desarrollo Municipal de La Unión, 2004).

Economía

Por otra parte, la base de la economía del municipio, es esencialmente agraria, sobresaliendo mayoritariamente la agricultura tradicional, extensiva y de baja capacidad productiva. Las limitantes de las explotaciones son la escasa tecnología empleada en los procesos, el tamaño de las propiedades y el agotamiento paulatino de los suelos. Además, en la región, no existen industrias ni manufacturas que destaquen su importancia relativa (Plan de Desarrollo Municipal de La Unión, 2004).

Más del 80% de la población se dedica o depende directa o indirectamente de la actividad agrícola cafetera, la cual a su vez dinamiza las demás actividades como el comercio y los servicios de educación, bancarios y otros (Plan de Desarrollo Municipal de La Unión, 2004).

Salud y Servicios Públicos

Con respecto a los servicios públicos con los que cuenta la región, la energía eléctrica cubre al 96.1% de la población; en alcantarillado la cobertura

es del 42% y en acueducto el 70.6% de la población tiene acceso a este servicio (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de La Unión, 2003).

Las Centrales Eléctricas de Nariño, CEDENAR, con sede en La Unión registra la información de las subestaciones energéticas de los municipios del Norte de Nariño que están interconectados a la red nacional de Interconexión, ISA (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de La Unión, 2003).

La Central Telefónica adscrita a la empresa TELECOM, de igual manera, tiene una cobertura técnica de nivel regional. El municipio de La Unión se encuentra interconectado a la red nacional de Telecomunicaciones, TELECOM, a través de una central telefónica automática que ofrece una cobertura de 1000 líneas telefónicas aproximadamente, sin embargo, la demanda es mucho mayor (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de La Unión, 2003).

El municipio de La Unión asumió la dirección y prestación de los servicios de salud del primer nivel de atención y organizó su Sistema Municipal de Seguridad Social en Salud. Cuenta con cuatro instituciones prestadoras del servicio de salud: El Hospital Eduardo Santos, Clínica La Inmaculada, El Centro Médico La Unión y el E.S.E Luís Acosta, que tienen cobertura en el nivel de atención I y II, en el caso del Hospital Eduardo Santos (Plan Básico de Ordenamiento Territorial del municipio de La Unión, 2003).

Marco Teórico

Psicología Social

La Psicología Social es definida como la disciplina que se vale de métodos científicos para “entender y explicar la influencia que la presencia real, imaginada o implícita que los otros tienen en las ideas, los sentimientos y la conducta de los individuos” (Allport, 1985, citado por Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002).

En otros términos, la Psicología Social estudia como el entorno social influye directa o indirectamente en el comportamiento de los individuos. Es importante recalcar, que la psicología social, se concentra en el individuo y no en un grupo o en una institución, pues quienes piensan, sienten y actúan son los individuos; así, la psicología social, pretende conocer el efecto de los sucesos sociales en los individuos (Worchel, Cooper, Goethals y Olson, 2002).

La Psicología Social comparte muchas áreas de estudio con otras disciplinas, principalmente con la sociología y la antropología, sin embargo difieren en cuanto al objeto de estudio en el que centran sus investigaciones. La sociología, generalmente, estudia la estructura y funcionamiento de los grupos e instituciones, la antropología se ocupa del estudio de las culturas humanas, mientras que la Psicología Social, se interesa en como los grupos sociales, las instituciones y la cultura influyen sobre la conducta de los individuos. Así, cuando el psicólogo social se interesa por el grupo, es casi siempre, con ánimo de averiguar en qué y cómo influye el grupo en el individuo, y también, a veces, en qué forma un individuo puede afectar a un grupo (Myers, 1991). Este interés

particular por los individuos, es lo que vincula a la psicología social con la psicología, más que con alguna otra rama de las ciencias sociales.

Si bien su objeto de estudio es el individuo, su propósito es comprender como actúan la mayoría de las personas en determinada situación; su interés no se centra en las particularidades o diferencias individuales, sino en entender las tendencias generales de actos, sentimientos e ideas de las personas.

Según Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santoro y Villegas (1997), las principales áreas o problemas de investigación de la psicología social son: estudio de las bases biológicas de la conducta social, desarrollo de la psicología ambiental, estudio de los grupos, proceso de socialización, afiliación social, comunicación, poder e influencia social, actitudes y valores, percepción social, carácter nacional y desarrollo económico-social.

En cuanto a sus antecedentes históricos, la Psicología social nace como una disciplina en el siglo XX, su crecimiento y desarrollo se dio principalmente en Estados Unidos, aunque en la actualidad los estudios y trabajos investigativos en psicología social, se practican en diferentes lugares del mundo. Los acontecimientos sociales y mundiales han ejercido una gran influencia en cuanto a los temas y asuntos estudiados por los psicólogos sociales. El primer estudio de psicología social (en 1897) examinó los efectos de desempeñarse solo y de hacerlo frente a un grupo. En 1908 se publicaron los primeros textos de psicología social (Worchel y Cols., 2002).

Durante los años 30, la Psicología Social se ocupó de medir y estudiar las funciones de las actitudes. En 1935, Kurt Lewin presentó su teoría del campo y

demonstró la importancia de realizar investigaciones controladas de los fenómenos sociales. La Segunda Guerra Mundial trajo consigo la preocupación por estudiar temas relacionados con la dinámica de grupos, el liderazgo y la influencia social. Entre las décadas de 1950 y 1960, la atención de los psicólogos sociales, se centro en el estudio de la conformidad, la obediencia y los conflictos (Worchel y cols., 2002).

En 1975 Leon Festinger planteó la teoría de la disonancia cognoscitiva, teoría que retuvo la atención de los psicólogos sociales durante los siguientes 15 años. A finales de la década de los sesenta y comienzos de los setenta, la teoría de la atribución fue un tema que atrajo una gran cantidad de investigaciones. Además, los psicólogos sociales crearon nuevos métodos para reunir y analizar datos (Worchel y cols., 2002).

La década de 1980 dio auge a las investigaciones sobre la cognición social, los estudios se concentraron en la forma en que los individuos guardan y procesan la información acerca de su medio social y en el efecto que tiene en su interpretación de los hechos y de su conducta. Durante los noventa y aún en la actualidad, el interés por la cognición social continúa marcando la pauta en cuanto a los estudios e investigaciones, aunque el estudio de las repercusiones de la cultura en el comportamiento humano ha empezado a abrirse camino (Worchel y cols., 2002).

Es importante mencionar, que durante su evolución histórica, metodológica y conceptual la psicología social ha expandido su campo de aplicación. Según Salazar (1997), las áreas de aplicación de esta disciplina

son: Psicología social aplicada a la salud mental, Psicología social aplicada a la educación, Psicología social aplicada al estudio de las relaciones internacionales, Psicología aplicada a la industria, entre otras. En el presente proyecto, se hace especial énfasis en la Psicología social aplicada a la salud mental o también llamada Psicología social de la salud mental.

Percepción social

Como parte de la interacción hombre-ambiente, se realizan ajustes permanentes en el individuo. Los continuos cambios en el medio físico y social obligan al individuo a desplegar complejos mecanismos adaptativos que tienden a la emisión de respuestas óptimas respecto a las transformaciones del medio. Como parte de este proceso, es fundamental, además de la percepción del medio físico, la evaluación de la conducta de los demás y de los propios estados o expectativas. Los psicólogos sociales han abordado este fenómeno denominándolo percepción social (Salazar y cols, 1997).

Inicialmente, el término percepción social se utilizó para indicar la influencia de los factores sociales y culturales en la percepción; la forma en que el medio social afecta los procesos perceptuales. Posteriormente el campo se extendió e incluyó los mecanismos de percepción de los otros, la formación de impresiones, el reconocimiento de las emociones, la percepción que el individuo tiene de su medio físico y social, y más recientemente, el mecanismo de atribución. De acuerdo con lo anterior, el concepto de percepción social puede entenderse de tres maneras: los efectos del medio sobre la percepción, la percepción de las personas y la percepción del medio ambiente. En el primer

caso, el medio ambiente físico y social influye sobre la percepción determinando procesos diferenciales de carácter cultural. Las investigaciones sobre percepción de colores, imágenes pictóricas, ilusiones perceptuales demuestran algunos de los efectos del medio sobre la percepción. La percepción de la persona plantea importantes interrogantes en cuanto a las funciones de los mecanismos de interpretación cognoscitiva y asignación de atributos a los objetos percibidos; el proceso de percepción de la persona supone mecanismos particulares de recepción y procesamiento de la información. Por último, se menciona el aspecto relativo a la percepción del medio social, área que ha sido asimilada por la psicología ambiental, y que muestra de manera clara las relaciones del individuo con su medio ambiente. La llamada percepción social pone de manifiesto la dinámica cognoscitiva implícita en la relación individuo-ambiente, por una parte, y por la otra, en los procesos de interacción social. La conclusión evidente por si misma señala que en la percepción de la realidad social el sujeto no actúa como un reproductor de la realidad, sino que se enfrenta a ella asimilándola a sus sistemas cognoscitivos (Salazar y cols, 1997).

La percepción social, es más amplia que el proceso perceptivo que se desarrolla a nivel individual, ya que implica la percepción de los procesos y fenómenos sociales. Los objetos de la percepción social son las relaciones de la persona con los demás, incluyendo su percepción de grupos, instituciones y fenómenos sociales. Es así como el proceso perceptivo puede considerarse como una parte de la necesidad de dar sentido a la experiencia. Sin embargo,

no todos los sujetos actúan de igual manera a pesar de estar expuestos a los mismos estímulos externos; su conducta no es similar, esto se relaciona con las experiencias previas, influencias disposicionales (causas internas) y con influencias situacionales (causas externas) propias del momento. Este último aspecto hace referencia a ciertos estados particulares del receptor en un momento dado. Estados de hambre, sed, depresión, cansancio, etc., pueden influir en la percepción del estímulo. Así como la experiencia pasada influye sobre el proceso perceptivo, factores presentes de tipo situacional son también capaces de predisponer a una persona, tanto a determinadas clases de percepción como a dar determinados tipos de respuesta (Rodríguez, 1997, citado por Delgado y Quintero, 2006).

Heider (1958, citado por Rodríguez, 1997), propone que una de las mayores causas de error en la percepción social es la tendencia a ver a las personas, y no a las situaciones como las causas de acción. Por lo general, se atribuye demasiada significación a la conducta y a los efectos, y muy poca al contexto situacional; en consecuencia, eventos que en la realidad están controlados externamente, son vistos como si dependiesen del propio control del individuo.

Es importante mencionar la influencia que ejercen los factores socioculturales sobre los procesos perceptuales. El estudiar los efectos de este tipo de factores sobre la percepción supone una definición precisa del medio que vamos a denominar social o cultural. Ya los psicólogos de la Gestalt habían introducido la distinción entre el medio geográfico y el psicológico (Koffka, 1930,

citado por Salazar y cols., 1997) para establecer una diferenciación entre el medio físico, objetivo y el medio tal como es percibido por el individuo. Tradicionalmente se han distinguido varios medios: cultural (que recoge la totalidad de las obras o producciones humanas), social (las relaciones entre los hombres), físico (geográfico, las características estables del medio ambiente). Recientemente, Moos (1973, citado por Salazar y cols., 1997), Insel y Moos (1974, citados por Salazar, 1997), han presentado una clasificación de los ambientes humanos; se puede suponer que cada uno de ellos ejerce algún tipo de influencia sobre los procesos perceptuales y cognoscitivos. Ellos distinguen seis tipos de ambientes:

Ecológico. Características geográficas, meteorológicas, físicas y arquitectónicas en las cuales se desenvuelven los hombres. Suponen una influencia relativamente permanente.

Organizacional. Las organizaciones con sus estructuras y funciones determinan tipos de ambiente que afectan de un modo u otro la conducta.

Características personales. Los miembros de una determinada comunidad o cultura poseen ciertos caracteres predominantes tanto en su apariencia física como en sus rasgos de tipo demográfico (edad, sexo, etc.) y en sus habilidades, organizaciones o grupos, etc.

Conductuales. En su relación con otros individuos y con los objetos del medio ambiente, se generan determinados patrones de comportamiento que pueden ser típicos para un determinado contexto social, afectando a sus

miembros. Estas conductas se pueden considerar como unidades ecológicas que afectan a los procesos cognoscitivos.

Propiedades reforzantes. En cada medio predominan determinadas contingencias reforzantes, sistemas de premios y castigos que generan un mecanismo de discriminación selectiva frente a la realidad.

Características psicosociales y “clima” organizacional. Trata de las dimensiones predominantes en la cultura que generan sistemas de información y expectativas frente a la realidad. Afectando la interacción de los individuos y su relación con el medio.

En cada uno de estos ambientes, se puede suponer la existencia de algún tipo de influencia sobre los procesos de percepción, ya sea de manera directa, proporcionando un tipo predominante de agregados estimulativos, o mediante la inducción de mecanismos de selección perceptual que generen hábitos de búsqueda u orientación hacia determinados aspectos del ambiente (Salazar y cols.,1997).

Tajfel (1969, citado por Salazar y cols., 1997) ha resumido los mecanismos de influencia de los factores sociales y culturales sobre la percepción mediante tres criterios:

Familiaridad. El mayor o menor contacto (frecuencia y duración) con determinados artefactos o estímulos típicos de una cultura conforman hábitos perceptuales.

Valor funcional. La importancia que tienen para el individuo o grupo las distintas propiedades del ambiente, las cuales desarrollan mecanismos de selectividad, predisposición o rechazo respecto a la estimulación.

Sistemas de comunicación. La información proveniente del medio se codifica en sistemas que suponen el uso de categorías; estas categorías lingüísticas suponen un tipo particular de segmentar o clasificar las experiencias sensoriales. Se plantea entonces una relación entre el número y tipo de categorías verbales y la fineza discriminativa de los integrantes de una cultura.

La percepción resulta afectada por las características permanentes o estables del medio físico, social y cultural, y por el tipo de relaciones que el individuo establece con dicho medio. La relación no es unidireccional; el medio afecta las percepciones de los hombres, pero éstos, a su vez, afectan y transforman el medio ambiente en función de su desarrollo cultural y social, en base a preconcepciones y expectativas sobre la realidad.

Otro concepto importante dentro del campo de la psicología social y del estudio de la percepción social, es el concepto de cultura subjetiva (Osgood, 1964; Triandis, 1972, citados por Salazar y cols., 1997), la cual hace referencia a la forma en que un grupo cultural percibe el ambiente construido por el hombre (Triandis, 1972, citado por Salazar y cols., 1997), así como la percepción de las normas sociales, los roles y los valores predominantes en el contexto cultural. El supuesto implícito en el estudio de la cultura subjetiva se basa en que las diferencias sociales, económicas, políticas, etc., determinan

ambientes diferentes que presentan irregularidades y características específicas, las cuales, a su vez, conforman patrones de comportamiento y percepción. Los mecanismos de la cultura subjetiva han sido descritos por Triandis (1972, citado por Salazar y cols., 1997), y pueden analizarse en distintos niveles de abstracción y complejidad comenzando con el estudio de las formas elementales de discriminación de estímulos hasta llegar al sistema de valores predominantes dentro de una comunidad particular. Los determinantes, de naturaleza histórica o contemporánea, tienen una base ambiental, económica, de organización social y política, que constituyen el medio cultural en el cual se desenvuelven los sujetos (Salazar y cols., 1997).

Mediante estudios transculturales es posible encontrar relaciones entre cultura subjetiva y ciertas características conductuales o psicológicas. Así, Osgood (1964b, 1975) ha reafirmado sus planteamientos sobre la utilización de la asignación de significados en función de mecanismos universales y particulares de cada cultura (Salazar y cols., 1997).

Psicología Social de la Salud

La psicología social de la salud es la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco. La esencia de su aportación es el análisis de las posibles interacciones implicadas en el proceso del mantenimiento de la salud y de la enfermedad (Morales, 1985; Rodríguez-Marín, Martínez y Valcárcel, 1990; Blanco y León, 1990, citados por Rodríguez, 1997). Aplicar la psicología social

al campo de la salud significa el estudio de la conducta de salud/enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervención estresantes, organizaciones de cuidado de salud, etc. Actividades como la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la mejora del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud son el resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud, y se desarrollan en dicha interacción (Rodríguez, 1995).

La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en un contexto social, por lo que un abordaje psicológico puramente individual probablemente sólo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad (Rodríguez-Marín; Martínez y Valcárcel, 1990, citados por Rodríguez, 1997).

Por otro lado, la circunstancia sociocultural determina, entre otras muchas cosas, las actitudes y comportamientos del individuo en relación a la salud y a la enfermedad, puesto que da contenido a los propios conceptos de salud y de enfermedad. También, es el contexto sociocultural el que asigna un contenido “estigmatizante” a determinadas enfermedades, como lo pudieron ser en su momento la lepra, la tuberculosis, el cáncer y ahora, lo es el SIDA; y el que puede establecer la “bondad” de determinadas causas para otras tantas enfermedades. Así, actualmente, parece que en medios urbanos, el estrés, “los nervios”, la tensión, etc., son los causantes de muchos de los problemas de

salud y, además, “no están mal vistos” o se consideran como algo normal (Rodríguez, 1995).

La influencia del contexto sociocultural y más concretamente de los grupos sociales, sobre el campo de la salud/enfermedad se puede determinar, entre otras, en las siguientes áreas:

1. Las teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad (que pueden influir en la mejor o peor utilización de los servicios, retrasando el acudir a ellos o potenciando su uso indiscriminado, afectando el cumplimiento de las prescripciones, al uso de medicinas alternativas o de procedimientos populares, a la automedicación, actitud negativa hacia los servicios de salud, etc.). La familia como “unidad básica de comportamiento de enfermedad y salud”, tiene, por ejemplo, un papel relevante en la interpretación de los síntomas del enfermo, en la prescripción de determinados tratamientos, en el hecho de que produzca o no automedicación, en la decisión de buscar o no ayuda profesional y de cumplir o no un tratamiento, en la práctica de conductas preventivas, etc.

2. Las conductas de expresión de síntomas. Por ejemplo, el grupo social influye claramente en las manifestaciones de dolor en la medida en que “permite” o no su expresión e influye, en consecuencia, en la tolerancia o resistencia al dolor.

3. Las conductas orientadas a la salud.

4. La interacción entre el profesional de la salud y el enfermo, en la medida en que el sistema social y cultural establece los roles correspondientes y sus demandas específicas para cada uno de los participantes.

5. Los hábitos comportamentales saludables, en la medida en que son desarrollados y mantenidos por las influencias sociales y culturales (Huici, 1985, citado por Rodríguez).

En suma, tanto en términos generales como en términos específicamente referidos al par antitético salud/enfermedad, ninguno de sus componentes puede comprenderse si se separa de su circunstancia sociocultural. Vivimos formando parte de grupos y definimos nuestra realidad personal por referencia a nuestra circunstancia. Además, los servicios sanitarios se articulan en organizaciones que determinan, y son determinadas por multitud de procesos sociales. Comprender estos aspectos nos proporciona herramientas para promover la salud, prevenir la enfermedad, facilitar la experiencia de la misma, evitando la aparición de concomitantes psicosociales negativos, y mejorando su tratamiento y la recuperación, y facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria (Barriga, León, Martínez y Rodríguez-Marín, 1990, citados por Rodríguez, 1995).

Psicología Social de la Salud Mental

Los síntomas o procesos que se utilizan para designar a una persona o a un grupo de personas como mentalmente normal varían según los esquemas sociales y paradigmas científicos imperantes. Por lo mismo, se hace imposible la constitución de un modelo integrativo al respecto. El concepto de salud mental que se maneja no es universalmente aceptado y presenta ciertos problemas: incorpora aspectos valorativos y confunde las categorías esenciales de salud y enfermedad. Además, las estimaciones sobre este ámbito se ven

afectadas por la capacidad de diagnóstico, el juicio de realidad y nivel subjetivo en la conciencia de enfermedad de la persona, la variedad de enfoques metodológicos y los propios instrumentos de medición de la salud mental. Tomando en consideración estas objeciones, convencionalmente se habla de cuatro concepciones (Escobar y Cova, 1997):

1. La salud mental como ausencia de síntomas. Es así como los criterios diagnósticos utilizados en psiquiatría consideran la presencia de síntomas, el funcionamiento alterado y la duración de tales síntomas. Dentro de este concepto, el trastorno psicológico se mide de dos formas: que el propio individuo refiera sus síntomas, confrontándose con índices predeterminados, o que personal especializado evalúen el trastorno mediante entrevistas estructuradas. Así, se excluye un número de personas que manifiestan una disminución de su nivel de salud mental sin llegar a constituir un cuadro digno de ser diagnosticado.

2. La salud mental como bienestar físico y emocional. Se refiere a un equilibrio positivo de afectos en el que los positivos predominan sobre los negativos. Bradburn supone que estas dos dimensiones son independientes y tienen distintos fines, Mirowsky y Ross (1989) consideran que son los dos polos de un continuo dimensional y, en general, las personas consideran que lo normal es un equilibrio afectivo con un predominio de niveles moderados de afectos positivos.

3. La salud mental como calidad de vida. Se refiere tanto a aspectos objetivos del nivel de vida como los subjetivos, incluyéndose aspectos sociales,

físicos y psicológicos. Desde esta perspectiva, la satisfacción vital y de las necesidades psicosociales son esenciales para el logro de la salud mental. Las escalas inscritas dentro de esta concepción se preocupan de medir síntomas, bienestar y el funcionamiento integral de la persona.

4. La salud mental como presencia de atributos individuales positivos. Autores como Jahoda consideran la salud mental como determinada por el éxito logrado en múltiples áreas de la vida como por ejemplo, las relaciones interpersonales, el trabajo y la resolución de conflictos.

Dentro de los modelos teóricos preocupados por la concepción de la salud mental, se distinguen (Escobar y Cova, 1997):

1. El Modelo de Salud Mental de Warr (1987), por el cual la salud mental se compone del bienestar activo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Resulta del intercambio entre las características del medio, los procesos que las originan y ciertos atributos de personalidad. Además, otras características personales que afectan a la salud mental son la edad, el género, el status socioeconómico, los valores personales y las habilidades psicomotoras, intelectuales y sociales. Según Warr (1987, citado por Escobar y Cova, 1997), las características del medio que inciden favorablemente en el nivel de salud mental son: la oportunidad de ejercer control sobre el medio, la oportunidad de utilizar y desarrollar los propios conocimientos y capacidades, la existencia de objetivos generados por el medio, la variedad de actividades, la disponibilidad económica, la seguridad física, las oportunidades para el desarrollo de las relaciones interpersonales y

una posición social valorada; mismos que si llegaran a faltar o darse exageradamente, incidirían desfavorable o menos positivamente en el logro de la salud mental.

2. Modelo de la Causacion Social (Mirowsky y Ross, 1989, citados por Escobar y Cova, 1997), que observa que una disminución en los niveles de salud mental se manifiesta en un estado subjetivo de malestar evidenciado por síntomas de depresión y ansiedad. Vinculan las condiciones sociales objetivas de los sujetos con su bienestar: las diferencias sociales, de alienación, de autoritarismo, de control personal y de flexibilidad cognitiva afectarían significativamente los niveles de salud mental.

3. Teoría de la Indefension, Atribucion de causalidad y Depresion (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978, citados por Escobar y Cova, 1997), teoría en la que los depresivos tienen un estilo atributivo llamado estilo pesimista de causalidad, que consiste en atribuir los eventos aversivos incontrolables a factores internos, globales y estables. Sin embargo, a raíz de diversas investigaciones en el tema, parece ser que este estilo de causalidad es más un efecto de la depresión que una causa y que la diferencia sustancial con los sujetos no depresivos es la falta del sesgo autoreforzante.

4. El Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck (1983, citado por Escobar y Cova, 1997), explica la depresión como consecuencia de las experiencias infantiles que inducen al sujeto a tener una imagen negativa de sí, los demás y el futuro. Los depresivos manifiestan una triada cognitiva negativa y varios sesgos cognitivos, entre ellos inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico,

abstracción selectiva, errores evaluativos de la magnitud de un acontecimiento y personalización - generalización.

5. Sesgos Sociocognitivos y Salud Mental, Ellis (1987, citado por Escobar y Cova, 1997) sostiene que los sujetos que presentan trastornos emocionales poseen formas de pensamiento irracionales. Al respecto, investigaciones posteriores agregan que los sujetos que presentan una leve depresión muestran ser más realistas en la visión de si mismos, no presentan un estilo atributivo autoreforzante ni ilusión de control, tampoco presentan la tendencia a verse mejor que otros en habilidades ni a creer que comparten sus creencias y sentimientos; y tienen una creencia realista de la probabilidad de sufrir acontecimientos aversivos. Por lo tanto, el estado de ánimo negativo predispone a un estilo convergente, reduccionista y conservador; de contraste, explicación y readecuación realista con el medio. De hecho, no es que los sujetos con baja salud mental tengan estilos irracionales de pensamiento, sino que no presentan los sesgos autoreforzantes que utilizan los sujetos no depresivos.

Concepto de comunidad

Dada la complejidad de su constitución, la comunidad es objeto de reflexión, investigación y práctica para muchas ciencias sociales, pudiendo ser comprendida desde la sociología, la historia, la epidemiología, la antropología, entre otras (Tovar, 2001).

Se trata de un concepto con reconocida naturaleza multidimensional, existiendo un alto grado de consenso en torno a que exige ser explorado tanto

teórica como empíricamente, en una aproximación que las contenga e interrelacione (Hunter y Riger, 1986, citados por Tovar, 2001).

Una aproximación de interés a la conceptualización del término es la que destaca a la comunidad como espacio de construcción de determinadas identidades de pertenencia, lo que implica el compartir en algún grado cierto universo simbólico y de naturaleza afectiva, que es común a sus miembros (Mc Millan y Chalvis, 1986, citados por Tovar).

Ezequiel Ander-Egg (2003), define el término comunidad a partir de los elementos o dimensiones que la componen, entre ellos: la agrupación de personas, la base geográfica en la que habitan, las interacciones sociales, el sentimiento de colectividad y los intereses comunes de sus miembros. De acuerdo con Ander-Egg (2003), una comunidad es:

“Una agrupación o conjunto de `personas que habitan un espacio geográfico delimitado y delimitable, cuyos miembros tienen conciencia de pertenencia o de identificación con algún símbolo local y que interaccionan entre sí más intensamente que en otro contexto, operando en redes de comunicación, intereses y apoyo mutuo, con el propósito de alcanzar determinados objetivos, satisfacer necesidades, resolver problemas o desempeñar funciones sociales relevantes a nivel local” (Ander-Egg, 2003, Pág. 33).

Conducta Suicida

Esta sección se basa en el Marco Teórico del Proyecto de Investigación “Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de

Intervención en Población Juvenil en Nariño”, que actualmente desarrollan el Grupo Psicología y Salud del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño y el Instituto de Investigaciones y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social, CISALVA de la Universidad del Valle.

El término suicidio fue desarrollado por Sir Thomas Brown (1642, citado por OPS, 2003), el cual se estructura del latín Sui; sí mismo y Caedere; matar, es decir, matar a sí mismo. Sin embargo, frente al abordaje del suicidio, es necesario hacer una diferencia entre el comportamiento o acto suicida y el suicidio como tal.

La OMS define la conducta suicida como la acción mediante la cual el individuo se causa una lesión con la intención real o aparente de morir, independientemente de la letalidad del método empleado y del resultado. (Ártales y cols., 1997; Fernández, 2000). El espectro del término abarca comportamientos que van desde la ideación suicida, pasando por el parasuicidio y terminando en el acto consumado.

En esta definición de la conducta o acto suicida se pueden identificar tres características básicas de este tipo de comportamiento, estas son (a), la autoagresión; (b), el carácter activo o pasivo del comportamiento y (c), el objetivo del acto suicida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003).

Ártales y cols., (1997) definen esta conducta como toda acción en la cual el individuo se causa daño a sí mismo, siendo este el aspecto fundamental del acto suicida. Álvarez, Bastidas, Mejía y Sánchez (2003), sostienen que el comportamiento violento implica agresión a personas, objetos o hacia el mismo

sujeto que realiza este comportamiento. Esto implica que la autoagresión implícita en la conducta suicida es una manifestación de violencia, que en este caso se ejerce contra el mismo individuo, por lo cual se habla de violencia auto infligida

Partiendo del concepto de comportamiento que plantea Watson (1924, citado por Hernández, sin dato), se puede afirmar que comportarse implica actividad o pasividad, por lo cual, la conducta suicida no solamente se define en cuanto a las acciones activas del sujeto suicida, sino también aquellas de tipo pasivo. Anselmo (1997), resalta este aspecto al considerar que todo caso de muerte que resulte directamente o indirectamente de un acto positivo o negativo que realiza la propia víctima se puede denominar como suicidio.

Otro de los aspectos definatorios de la conducta suicida es su independencia frente a la consecución de la muerte, es decir, que no importa si el individuo consigue quitarse la vida o no, ni tampoco la letalidad del método utilizado para realizarlo. Castañeda (2003, citado por Delgado e Insuasty, 2004) afirma que en ocasiones la conducta suicida no tiene como objetivo causar la muerte, sino mas bien es un medio de comunicación o expresión de emociones o sentimientos como rabia, cólera o frustración ante situaciones conflictivas.

Dentro de la conducta suicida se puede hacer una diferenciación entre las conductas suicidas mortales y no mortales, de acuerdo con el resultado de la misma (OPS, 2003). Las conductas suicidas no mortales han sido llamadas también parasuicidios. Estos implican conductas variadas, que constituyen comportamientos aparentemente dirigidos a quitarse la propia vida, pero que

realmente están motivados por una intención manipuladora. Pese a ello, estas conductas pueden causar daños significativos en el propio sujeto que las ejecuta.

El suicidio se puede definir entonces como la muerte que se causa el individuo a sí mismo como resultado de una conducta suicida mortal. De acuerdo con León Silva (sin dato), los criterios operativos del suicidio son los siguientes: (a), acto con resultado letal; (b), deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; (c), el sujeto sabe o espera el resultado letal; y (d), busca la muerte como instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente o en el medio social.

A nivel individual se han descrito diferencias con respecto al sexo, siendo más frecuente en los hombres, y con respecto a la edad siendo más frecuente en la población que termina la etapa productiva de la vida. Sin embargo, en Colombia y especialmente en Nariño, el suicidio se presenta con mayor frecuencia en jóvenes con edades que oscilan entre los 14 y 25 años (Chávez y cols, 2002).

Especial interés han cobrado los aportes de las neurociencias que describen como la esquizofrenia, la depresión mayor, los trastornos de personalidad y el abuso de sustancias, se encuentran fuertemente relacionados con la conducta suicida a través de factores genéticos y neuroquímicos como el déficit del ácido 5-hidroxiindolacético y alteraciones en el sistema dopaminérgico y serotoninérgico. García y Peralta (2002) identifican tres fases

en el suicidio: (a), la ideación suicida; (b), la duda o fase de ambivalencia; y (c), la decisión de cometer suicidio.

Las ideaciones suicidas son aquellas cogniciones relacionadas con la elaboración de planes de autodestrucción, falta de sentido de la vida, pensamientos acerca de las reacciones de los demás frente a su muerte, entre otros.

En la fase de duda y ambivalencia el sujeto se ve enfrentado a la posibilidad de pasar a la acción suicida como respuesta a sus problemas. Evalúa las consecuencias y evidencia la muerte como una solución. Esta fase no tiene una duración determinada y puede no presentarse en individuos impulsivos.

En la tercera fase el sujeto toma la decisión del suicidio y ejecuta una conducta suicida (García y Peralta, 2002).

Desde el aspecto sociológico, cabe resaltar el estudio de la conducta suicida desarrollado por Durkheim (sin dato, citado por Anselmo, 1997), quien sostiene que la relación entre integración y la cifra social de suicidios se resume en las siguientes tres proposiciones: (a), el suicidio varía en razón del grado de desintegración de la sociedad religiosa; (b), el suicidio varía en razón del grado de desintegración de la sociedad doméstica; y (c), el suicidio varía en razón del grado de desintegración de la sociedad política.

De acuerdo con el concepto de regulación social de Durkheim (sin dato, citado por Anselmo, 1997). Se presentan tres tipos de suicidio de acuerdo a la motivación social del individuo: egoísta, altruista y anónimo.

El suicidio egoísta se presenta cuando un individuo toma la decisión de quitarse la vida como reacción frente a la imposibilidad de alcanzar objetivos personales impuestos por la sociedad. Existe frustración frente a los esquemas y modelos sociales que posee el sujeto. En el suicidio altruista, el sujeto da su vida por una causa social, debido a su profundo compromiso con los valores que implican a esta causa. Un ejemplo claro son los camicazes o los terroristas suicidas. Generalmente, estos individuos tienen una estima mayor por sus creencias que por su propia vida. Los suicidios de tipo anónimo se presentan básicamente por crisis de valores y la ética de la sociedad. Son aquellos suicidios en los cuales se evidencia el desligamiento del sujeto con el grupo social y con los esquemas que lo integran (Durkheim sin dato, citado por Anselmo, 1997).

Frente a los factores de riesgo implicados en la conducta suicida, es importante destacar que existen diversos factores implícitos. Arlaes (1998) afirma que este es un hecho de causa multifactorial, de tipo biológico, psicológico y social, producto de la interacción de estas variables. Éste evidencia fallas en el mecanismo de adaptación del sujeto, las cuales son causadas por situaciones estresantes que activan respuestas conductuales, psicofisiológicas y cognitivas que manifiestan estados de tensión emocional prolongados. Es por ello que se hace necesaria la identificación de los factores que causan estas fallas en la adaptación del sujeto. Dichos factores pueden ser personales o ambientales. El riesgo de suicidio se refiere a la predisposición a realizar algún tipo de conducta autolesiva (intento de suicidio o suicidio

consumado) presente en un individuo afectado o no por una psicopatología (Pérez, sin dato). Por lo tanto, se puede establecer que la conducta suicida “no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos.” (García y Peralta, 2002, párrafo 6).

Los factores de riesgo constituyen situaciones, condiciones o eventos que en conjunto pueden aumentar la probabilidad de que una persona emita conductas voluntarias y conscientes dirigidas a causarse la muerte (Fernández, 2002). La identificación y análisis de estos factores permite tener cierto grado de predicción de los posibles comportamientos suicidas de una persona, lo cual es básico para el diseño e implementación de estrategias de intervención.

Es importante resaltar la naturaleza de los factores individuales frente a la presentación de una conducta suicida, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno. Existe además un importante rasgo a nivel generacional, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. De igual manera, es importante destacar el componente genético, ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Además, es importante el factor cultural, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras (Rogers, 2003).

Factores Protectores

Pianta (1990, citado por la Organización Mundial de la Salud, 2001) define los factores protectores como aquellos que distinguen individuos en situaciones de alto riesgo que obtienen unos buenos resultados de aquellas que, tal como se había predicho, presentan problemas. Los factores protectores pueden proceder del mismo individuo, de las relaciones con las demás personas y del entorno social. Tomar en consideración los factores protectores conduce a hablar de un fenómeno que en los últimos años ha llamado la atención de muchos investigadores sobre la infancia y la adolescencia. Es el fenómeno que se ha denominado "resiliencia". Este término hace referencia a "la capacidad de los individuos para resistir acontecimientos adversos en la experiencia vital sin consecuencias negativas o perturbadoras a largo plazo para su desarrollo o su socialización" (Rutter, 1990, citado por la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). Para Manciaux (1994, citado por la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001) "una persona resiliente es el que en condiciones difíciles y desestabilizadoras se rehace, continua su camino, se comporta de manera eficaz y llegar a ser, así, un adulto competente" (p. 53). La comprensión de los mecanismos que explican que ciertas personas vulnerables encuentran en sí mismas recursos para enfrentarse a la adversidad es un tema de gran interés para la prevención.

Según la OMS (2001), los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son:

1. Patrones familiares: buena relación con los miembros de la familia; apoyo de la familia.

2. 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.

3. 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 de Suicidio

En circunstancias particulares, el comportamiento suicida es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales. 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 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

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 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Factores Culturales y Sociodemográficos

El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo. 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 combinan 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, este conflicto 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 aún profundamente conservadora.

El crecimiento individual 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.

Los niños y los adolescentes que no son aceptados abiertamente en su cultura, por su familia y sus compañeros o por su escuela y otras instituciones tienen serios problemas de desintegración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo, esto puede convertirse en un potencial factor de riesgo para los comportamientos suicidas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Patrones Familiares y Eventos Negativos Durante la Niñez

Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, desde ese momento en adelante, especialmente si no pudieron superar el trauma.

Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son: psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales; abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia; antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio; familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño); escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia; peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones; divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores; mudanzas frecuentes a áreas residenciales

diferentes; expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores; padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada; falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo descuido; rigidez familiar; familias adoptivas o afines.

Estos patrones familiares, muchas veces pero no siempre, caracterizan las situaciones de los niños y adolescentes que intentan o cometen suicidio. La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo vienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos son acumulativos. Dado que son leales a sus padres y algunas veces no desean revelar secretos familiares o se les prohíbe hacerlo, frecuentemente se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Estilo Cognitivo y Personalidad

Los siguientes rasgos de personalidad se observan frecuentemente durante la adolescencia, pero también se asocian con el riesgo de intento de suicidio o de suicidio consumado (a menudo con trastornos mentales), de forma que su utilidad para predecir el suicidio es limitada: a) humor inestable, enojo o agresividad, b) comportamiento antisocial, c) conductas irreales, representación de fantasías, d) alta impulsividad, e) irritabilidad, f) rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones, g) escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades, h) dificultad para entender la realidad, i) tendencia a vivir en un mundo ilusorio, j) fantasías de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización, k) se defrauda fácilmente, l) ansiedad

excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones, ll) petulancia, m) sentimientos de inferioridad y de incertidumbre que se esconden bajo manifestaciones abiertas de superioridad, comportamiento provocador o de rechazo hacia los compañeros y adultos incluyendo a los padres, n) incertidumbre con relación a la identidad de género u orientación sexual, y o) relaciones ambivalentes con los padres, otros adultos y amigos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Mientras que existe mucho interés en las relaciones entre el despliegue extensivo de la personalidad y los factores cognitivos y de riesgo en el comportamiento suicida de los jóvenes, la evidencia de las investigaciones disponibles para rasgos específicos es generalmente escasa y a menudo equívoca.

Trastornos Psiquiátricos

El comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001):

Depresión. La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes. Diversos informes establecieron que casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida, muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante. Los estudiantes de colegio que sufren de depresión a menudo presentan síntomas físicos cuando consultan al médico. A menudo se quejan de que tienen dolor de

cabeza, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el pecho. Las jóvenes con tendencia depresivas tienden a ensimismarse, volverse silenciosas, pesimistas e inactivas. Los jóvenes deprimidos a su vez tienden a comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención por parte de sus padres y maestros. La agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida. A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes suicidas, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas. Los adolescentes pueden matarse sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin matarse.

Trastornos de ansiedad. Según los hallazgos, se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión, en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes, con riesgo de, comportamiento suicida. Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida.

Abuso de alcohol y drogas. El consumo excesivo de drogas y alcohol también es muy frecuente entre los niños y adolescentes que cometen suicidio. En este grupo de edad, la cuarta parte de los pacientes suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto.

Trastornos alimentarios. Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer. Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general. Hallazgos recientes muestran que también los varones pueden sufrir de bulimia o anorexia.

Trastornos psicóticos. A pesar de que pocos niños y adolescentes sufren de trastornos psiquiátricos severos tales como esquizofrenia o trastornos maniaco depresivos, entre los afectados por estas patologías, el riesgo de suicidio es muy alto. La mayoría de los jóvenes psicóticos se caracterizan por presentar varios factores de riesgo tales como problemas con la bebida, fumar excesivamente y abusar de las drogas.

Intentos Previos de Suicidio

Los antecedentes de intentos de suicidio singulares o recurrentes con o sin los trastornos psiquiátricos mencionados más arriba, son factores de riesgo importantes para el comportamiento suicida.

Acontecimientos negativos de la vida cotidiana como disparadores del comportamiento suicida. Generalmente se observa en niños y adolescentes suicidas, una susceptibilidad marcada frente al estrés, junto al estilo cognitivo y los rasgos de personalidad arriba mencionados (debido a factores genéticos hereditarios y también a patrones de familia y situaciones estresantes negativas experimentadas muy temprano en la vida). Esta susceptibilidad, hace difícil

manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida está precedido, a menudo, de algún acontecimiento estresante. Se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).

Situaciones de Riesgos y los Acontecimientos que Pueden Desencadenar Suicidios o Intentos de Suicidios

Según la OMS (2001), las situaciones de riesgo y los acontecimientos que pueden desencadenar suicidios o intentos de suicidio son las siguientes: a) Situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (sin serlo necesariamente cuando son evaluadas objetivamente), b) Problemas familiares, c) Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc., d) Muerte de una persona querida u otra persona importante, e) Terminación de una relación amorosa, f) Conflictos interpersonales o pérdidas, g) Problemas legales o disciplinarios, h) Opresión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos, i) Sometimiento y victimización, j) Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios, k) Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes, l) Falta de empleo y problemas económicos, ll) Embarazo no deseado, aborto, m) infección con VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, n) Enfermedad física grave y o) Desastres naturales.

Promoción de la Salud

Antecedentes de la Promoción de la Salud

La historia más reciente que antecedió a la renovación de los principios y a la construcción teórico práctica de la Promoción de la Salud, se inicia con Henry Sigerist (1941), éste destacado salubrista fue el primero en usar el término de Promoción de la Salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria y a las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida (Restrepo, 2001).

Para Sigerist (1941), un programa óptimo de salud debería constituirse teniendo en cuenta aspectos relacionados con la educación para toda la población, con mejores condiciones de trabajo y de vida para la gente, con mejores medios de recreación y descanso, con un sistema de instituciones de salud y de personal médico accesible para todo el mundo así como la creación de centros médicos de investigación y capacitación. De igual manera, Sigerist aportó con un concepto que hasta la actualidad se mantiene vigente que es el relacionado con Escuelas Saludables, puesto que para éste, la escuela es una de las instituciones más importantes de formación para la salud.

Otro nombre destacado en el desarrollo de la Promoción de la Salud es el de Thomas McKeown, quien documentó científicamente que entre las razones que incidieron en la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, se encuentran una mejor nutrición en la población, un mayor desarrollo económico que se reflejó en mejores condiciones de vida para los Ingleses y no, exclusivamente a las intervenciones de tipo médico. Los argumentos de

McKeown, se consideran fundamentales en el marco teórico de la Promoción de la Salud que centra sus intervenciones en los determinantes de la salud (Evans, 1998). Lo que ha surgido después, pertenece a la construcción del marco de referencia de la nueva disciplina de la Promoción de la Salud en las últimas dos décadas. En dicho marco, se destacan diversos documentos con planteamientos, declaraciones, informes y conferencias internacionales, de las que se han retomado los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la teoría a la acción en salud pública.

Carta de Ottawa

La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, organizada por la OMS y realizada en Canadá en el año de 1986, reunió a más de doscientos delegados de treinta y ocho países y aprobó el documento conocido como Carta de Ottawa, la cual se considera uno de los más relevantes marcos de referencia para las acciones de la Promoción de la Salud (Restrepo, 2001). En dicha carta, se plantea la agenda para impulsar las acciones de la Promoción de la Salud en cinco grandes áreas: a) Construcción de políticas públicas saludables, b) Creación de entornos físicos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales), c) Fortalecimiento de la acción comunitaria, d) Desarrollo de aptitudes personales y e) Reorientación de los servicios de salud.

De igual manera, se hace énfasis en concebir a la salud como un proceso holístico, que exige contemplar las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste en que se necesitan estrategias definidas como la

“abogacía o cabildeo”, la cual se orienta a promover la participación y la acción política, para que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas. Da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y de las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud y a la mediación, para que intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía puedan modificar las acciones que se oponen al bienestar (Carta Ottawa, 1986).

A la Conferencia de Ottawa, le siguieron otras Conferencias Internacionales que produjeron declaraciones y planteamientos importantes entre las que se destacan: Conferencia de Adelaida Australia en 1998, Grupo de Trabajo de la OMS en 1989, Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogota, 1992, Conferencia y Declaración de Yakarta en 1997, considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud después de Ottawa. En esta se planteo la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países desarrollados; así como en la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.

Concepto de Promoción de Salud

Como preámbulo de la descripción sobre las contribuciones más notables a la nueva teoría de la Promoción de la Salud, es fundamental señalar que su desarrollo se inicia con un cambio trascendental del concepto de salud, gestado en los últimos cuarenta años. En este sentido, se ha planteado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que

integra todas las características del bienestar humano (Restrepo, 2001). Dentro de este contexto, la salud es considerada no como un estado abstracto, sino como un proceso dinámico resultado de la interacción de diversos factores de índole biológico, psicológico, ambiental, social, cultural, político y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano y grupo desea poseer. Es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud, tales como los derechos humanos, las opciones de vida digna, la calidad de esa vida, la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer, de tener acceso al arte y a la cultura y en sí de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine (Carta Ottawa, 1986).

Ahora bien, del mismo modo como ha ido ampliándose el concepto de salud los conceptos de la promoción de la salud también han pasado por un proceso similar y en este sentido, existen varias definiciones entre las cuales se citan las siguientes:

La Promoción de la Salud, consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (Carta Ottawa 1986), más que una definición, es una propuesta para empoderar a la gente frente a su proceso de salud. La OPS/OMS en 1990, define a la Promoción de la Salud como “la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores

sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de calidad de vida individual y colectiva” (p. 20). En esta definición se contempla la participación de los entes gubernamentales para incluir la promoción de la salud dentro de las políticas nacionales de la salud.

Por otra parte, durante el seminario llevado a cabo en la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS/OMS, en Washington en 1994, Hancock definió al Promoción de la Salud como “la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder. Con respecto al poder el experto lo plantea en dos niveles, el primero el que se extiende al individuo y a la comunidad para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud y en el segundo en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política”.

En esta definición se enfatiza la interrelación entre la salud y el poder, reflejada en la capacidad de los grupos para incidir en las políticas públicas que mejoren sus condiciones de vida y para tomar decisiones con respecto a su salud y en general a su propia vida.

Lo interesante de las anteriores definiciones es encontrar los aspectos comunes a los cuales ellas hacen alusión, referidos a modificar fundamentalmente los determinantes de la salud y las dimensiones a las cuales se enfocan las intervenciones individual y colectiva, vislumbrando la necesidad de articular las dos dimensiones porque no se puede pretender desarrollar actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su

comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento.

Así también, la promoción de la salud ha sido definida por Barra (2003) como un proceso dirigido a ayudar a las personas a conseguir un control de su propia salud cambiando hábitos perjudiciales por otros favorables y adoptando un estilo de vida que lleve hacia un estado de salud óptimo. No obstante, las labores de promoción no deben centrarse exclusivamente en modificar conductas a nivel individual, sino que deben adoptar un enfoque ecológico prestando atención a los factores que afectan las conductas de salud de una comunidad. Así entonces, se puede decir que la promoción de la salud se concretiza en la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros actores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Agenda de la Promoción de la Salud

La agenda de la Promoción de la Salud contenida en la Carta de Ottawa, implica que su implementación no puede ser factible sin la participación de interventores de diferentes sectores, instituciones, organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, y por su puesto de los ciudadanos. La Promoción de la Salud requiere que haya conciencia sobre la necesidad de crear alianzas estratégicas, vínculos con instituciones a través de proyectos concretos, formación de equipos multidisciplinarios y diferentes perfiles ocupacionales y no un “especialista de la Promoción de la Salud”, según

Ashton (2001, citado por Restrepo, 2001) se necesita “el profesionalismo de muchos y no el profesional de la promoción”.

Como se mencionó anteriormente la agenda de la Promoción de la Salud, implica cinco grandes áreas de trabajo las cuales se describen a continuación:

Construcción de políticas públicas saludables. En el campo de la Promoción de la Salud y de la Salud Pública, ha surgido a partir de Ottawa, el concepto de Política Pública Saludable, para referirse específicamente a aquellas políticas que tienen un reconocimiento y fuerte influencia en los determinantes de la salud. Las Políticas Publicas de Salud, tienen un efecto crucial en la salud de generaciones actuales y futuras como responsables de modelar tanto los patrones de vida modernos como los ambientes (Carta Ottawa, 1986).

Los mecanismos para activar los procesos de construcción o formulación de las Políticas Publicas son varios y se derivan obviamente del trabajo político en salud pública. Entre ellos son muy importantes los mecanismos de abogacía o cabildeo para llamar la atención y trabajar por causas de interés común y los mecanismos para incentivar la participación ciudadana y el diálogo entre sociedad y gobierno, en especial el local, para la identificación de problemas que así lo requieran. El proceso de construcción de Políticas Públicas de Salud, exige de la aplicación de instrumentos técnicos y metodológicos de información, educación y comunicación necesarios para llevar los problemas sociales prioritarios a los funcionarios responsables de la formulación de las políticas públicas. La creación de una conciencia social sobre las grandes inequidades y

sus condicionantes constituye una de las más poderosas estrategias para el abordaje político en la práctica de la Promoción de la Salud (Carta Ottawa, 1986).

Creación de entornos favorables a la promoción de la salud. Esta segunda área de acción de la Carta de Ottawa (1986), implica un trabajo concreto en el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, etc, haciéndolos más sanos, no solo para proteger la salud sino para contribuir a la calidad de vida de la población. Es necesario pensar en el mejoramiento de microambientes estrechamente relacionados con la salud, tales como las viviendas, edificios, lugares de trabajo, escuelas, universidades, medios de transporte y recreación, los cuales pueden convertirse en objetos de la Promoción de la Salud.

Así mismo, la interrelación entre los ambientes y los estilos de vida y comportamientos saludables es a su vez muy estrecha, de tal manera que ambientes amenazantes determinan una mayor probabilidad que los niveles de salud individual y colectiva sean deficientes (Back, 1995, citado por OPS/OMS, 1996). Las intervenciones para crear entornos saludables pueden ser muy creativas, además de ser un área que atrae la participación de las personas y grupos porque son ellos los que conocen las necesidades específicas de su comunidad.

Fortalecimiento de la acción comunitaria. La participación social es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la Promoción de la Salud. Por lo tanto, las estrategias, mecanismos y estímulos que incrementen la

capacidad de la gente para actuar y decidir sobre sus vidas, forma parte de toda agenda operativa de la Promoción de la Salud (Restrepo, 2001).

El empoderamiento de individuos y grupos es una herramienta valiosa dentro de la promoción. El empoderamiento como proceso social (Wallerstein, 1992 citado por Restrepo, 2001) está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos, porque no basta con el discurso y la retórica del sector salud, sino que es necesario activar los mecanismos dialógicos, crear espacios de concertación y de negociación y sobre todo crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas. Los procesos participativos en el sector salud muchas veces han sido débiles y en otras ocasiones, manipulados por dirigentes y autoridades sanitarias, pero también se encuentran verdaderos procesos participativos que han buscado el desarrollo de las comunidades más pobres.

La definición más aceptada de empoderamiento en el marco de la Promoción de la Salud es la de Wallerstein (1992, citado por Restrepo, 2001), que lo toma como “el proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora la calidad de vida en comunidad y justicia social”. La Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad, en la identificación de prioridades, en la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades y de los grupos y de los

individuos para ser cada vez más competentes frente al cuidado y mantenimiento de su salud.

Desarrollo de aptitudes personales. Este aspecto hace referencia específicamente al concepto de estilos de vida saludable y a las estrategias pertinentes para desarrollarlos. El término estilo de vida saludable se utiliza para asignar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales”(Nutbeam, 1996 citado por OPS/OMS, 1996). De acuerdo a este concepto, los estilos de vida comprenden no solo algunos comportamientos reconocidos como saludables, sino también otras actitudes y prácticas tales como tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, participación, etc, los cuales inciden en la vida comunitaria. Las estrategias y mecanismos para lograr implantar el desarrollo de aptitudes están ligados con el autocuidado, la autogestión y el amplio campo de la educación.

Reorientación de los servicios de salud. La reorientación de los servicios de salud es muy discutida hoy en día por el movimiento en los sistemas de salud, que buscan hacerlos más eficientes y efectivos, y que hagan más prevención de enfermedades y promoción de la salud, aún cuando para este logro siguen conspirando las deficiencias en la comprensión de los conceptos, principios e instrumentos metodológicos de la Promoción de la Salud, así como la escasez de los recursos técnicos y financieros para ella (Restrepo, 2001).

Con respecto a la forma de operativizar la Promoción de la Salud, ésta varía de un lugar a otro, sin embargo se puede afirmar que a pesar de existir en ocasiones la voluntad política para privilegiar el trabajo de promoción en los sistemas de salud, esto no es posible por la fuerte tendencia a la privatización.

Esta se refleja en la orientación primordial a reforzar actividades de educación sanitaria para influir en conductas individuales y a programas de intervención en prevención secundaria y terciaria y con enfoque individualista, sin considerar los alcances de la salud pública que deben tener dichos programas para lograr impactos importantes en los índices de morbimortalidad. En los casos de los servicios de salud, es indispensable la capacitación de todo el personal frente a la promoción de la salud, para que incorporen en su trabajo, estrategias que faciliten el acercamiento con actores sociales y políticos que puedan contribuir a mejorar la calidad y las condiciones de vida de la población.

Desde la atención primaria es posible fortalecer intervenciones de salud preventivas y promocionales, siempre y cuando se hagan proyecciones comunitarias, es decir, para impactar la salud colectiva (Acero citado por Restrepo, 2001).

Prevención de la enfermedad

Buela, Casal y cols (1997) señalan que la prevención es la “preparación, disposición y acción anticipada para evitar la aparición de un fenómeno indeseable o disminuir al máximo sus consecuencias si ya están presentes; busca reducir el nivel de los factores de riesgo o de la posibilidad de ocurrencia y busca evitar los peligros para la salud, para el bienestar individual y

comunitario". De esta manera la prevención es considerada como una estrategia que facilita el proceso de cambio social, mediante el equilibrio de las relaciones entre el individuo y el medio ambiente. Es importante resaltar que esta estrategia es efectiva si se basa en el conocimiento de la multiplicidad de variables (biológicas, psicológicas, sociales y ambientales) que interactúan en el proceso de salud-enfermedad (Buela Casal y cols, 1997) .

Las actividades preventivas, en la actualidad se clasifican en tres niveles, estos son: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Prevención Primaria

Dentro de este nivel de prevención, se pretende identificar y modificar los factores de riesgo antes de que se presente la enfermedad o problema de salud. Este tipo de prevención contribuye a disminuir los costos que supone el tratamiento de una enfermedad o problema de salud en general, cuando este ya se ha presentado. Lastimosamente, las acciones de prevención implican costos a corto plazo, que aunque relativamente pequeños, interfieren con el desarrollo e implementación regular de dichas acciones, infravalorando los beneficios a largo plazo de los mismos (Barra, 2003).

Prevención Secundaria

En este nivel de prevención se busca implementar estrategias destinadas a detener el proceso de las enfermedades o problemas en sus etapas iniciales, mediante el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y seguimiento logrando prevenir complicaciones secundarias e incapacidades (Barra, 2003).

Prevención Terciaria

Se refiere a las “intervenciones de rehabilitación para detener la progresión de una enfermedad ya sintomática. Las acciones pueden tener como objetivo evitar la muerte, limitar el daño de la enfermedad, o bien lograr una recuperación integral del individuo” (Winett, 1995, p. 56). Su objetivo es volver al individuo afectado a un lugar útil en la sociedad y utilizar las capacidades de funcionamiento. La rehabilitación contiene elementos físicos, psicológicos y sociales. El éxito de ella dependerá de adecuados recursos dentro de la institución familiar, hospitalarios, industriales y la comunidad.

Estos niveles preventivos no son incompatibles entre sí, no se excluyen sino que se complementan, enriqueciéndose mutuamente en su implementación conjunta con el fin de mejorar la calidad de vida de la gente y de la sociedad en su conjunto.

Modelo Ecológico

Esta sección se basa en el Marco Teórico del Proyecto de Investigación “Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de Intervención en Población Juvenil en Nariño”, que actualmente desarrollan el Grupo Psicología y Salud del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño y el Instituto de Investigaciones y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social, CISALVA de la Universidad del Valle.

Según Miranda (2004) el Modelo Ecológico, propuesto por Bronfenbrenner en 1979, plantea que:

El estudio de la persona no solo implica el análisis del individuo o individuos, sino también el análisis de la interacción que se da entre diversos contextos que incluyen a los y las personas, y del análisis de contextos que influyen directa e indirectamente sobre el comportamiento de los y las personas. (p. 6)

De acuerdo con lo anterior, el modelo ecológico propone que el desarrollo humano supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Tal acomodación mutua se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por la relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos (García, 2001).

García (2001), complementa esta definición resaltando varios aspectos. En primer lugar, señala que se entiende a la persona no sólo como un ente sobre el que repercute el ambiente, sino como una entidad dinámica y en desarrollo, que se implica progresivamente en el ambiente y por ello reestructura el medio en el que vive. Y en segundo lugar, el autor señala que el concepto de “ambiente” es en sí mismo complejo, ya que se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y las influencias que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios.

Esta aproximación conceptual y metodológica, ha sido utilizada desde los años ochenta para explicar diversos problemas cuya etiología es multi-causal

como por ejemplo la violencia juvenil, las enfermedades infecciosas, los trastornos mentales, las lesiones producidas por tránsito, entre otros. A través de múltiples niveles, el modelo explora la relación entre factores individuales y colectivos, considerando el evento como el producto de estos niveles sobre el comportamiento humano (Miranda, 2004). En la Figura 5 se hace un esquema que resume el modelo.

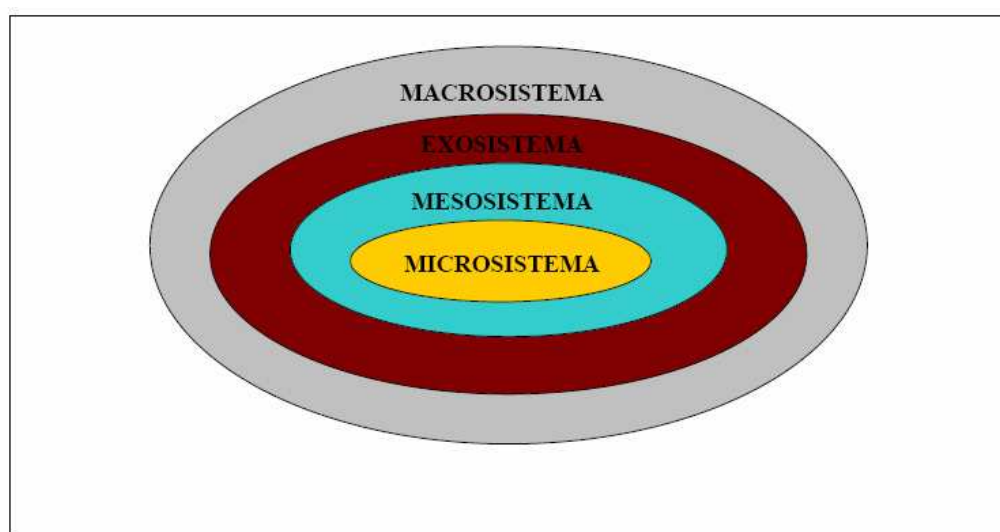


Figura 5. Esquema Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (2006). Tomado de Departamento de Psicología e Instituto CISALVA (2006)

En los párrafos siguientes se definen cada uno de los niveles del modelo ecológico:

1. El Macrosistema se refiere a los marcos culturales e ideológicos de toda organización social que pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (microsistema y exosistema) (García, 2001). Teniendo en cuenta la complejidad de una problemática como el suicidio, es necesario considerar la

influencia de factores ligados a las características culturales, ideológicas y las creencias que rigen a los otros tres sistemas (Torrico y cols, 2002). Por otro lado, el macrosistema hace referencia a la correspondencia que existe entre los subsistemas micro y exo (Miranda, 2004).

2. El Exosistema está compuesto por el entorno social inmediato de la familia, como instituciones religiosas, judiciales, educativas, laborales, recreativas, entre otras, que constituyen un contexto donde la persona no juega un papel directo, pero que influyen sobre su conducta a través del efecto que ejercen sobre otros escenarios. Es decir “comprende los entornos donde la persona no se ve incluida directamente pero que influyen en su comportamiento” (Miranda, 2004. p. 6). Según Ayyash-Abdo (2002) los medios de comunicación son uno de los factores mas relevantes que se han identificado puesto que el tipo de manejo que se haga de ellos se puede constituir en un alto riesgo para el suicidio, principalmente de adolescentes.

3. Mesosistema, este elemento del modelo ecológico comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente (familia, trabajo y vida social). Es por tanto un sistema de microsistemas. Se forma o amplía cuando la persona entra en un nuevo entorno (Bronfenbrenner, 1979, citado por Miranda, 2004). Es importante resaltar que en este nivel se presentan relaciones entre los microsistemas, y las condiciones en las que estas se establecen influyen significativamente en el sujeto.

4. El Microsistema corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno determinado en el que participa (García, 2001). Según Torrico y cols (2002):

El Microsistema es el lugar mas cercano al sujeto, el cual incluye los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos en los que éste pasa sus días, es el lugar en el que la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como el hogar, el trabajo, sus amigos” (p. 47).

En la adaptación que se realizó del modelo ecológico para el abordaje de la conducta suicida, dentro del microsistema se distinguen dos niveles, el nivel relacional y el nivel individual. En el nivel relacional, se indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas, como amigos, pareja y familia, aumentan el riesgo de presentación de conductas suicidas. En el nivel individual se pretende identificar los factores biológicos, sociales y psicológicos que hacen parte de la historia personal de un individuo y que influyen en su comportamiento, mas directamente en la conducta suicida. La adaptación del modelo se representa en la Figura 6.

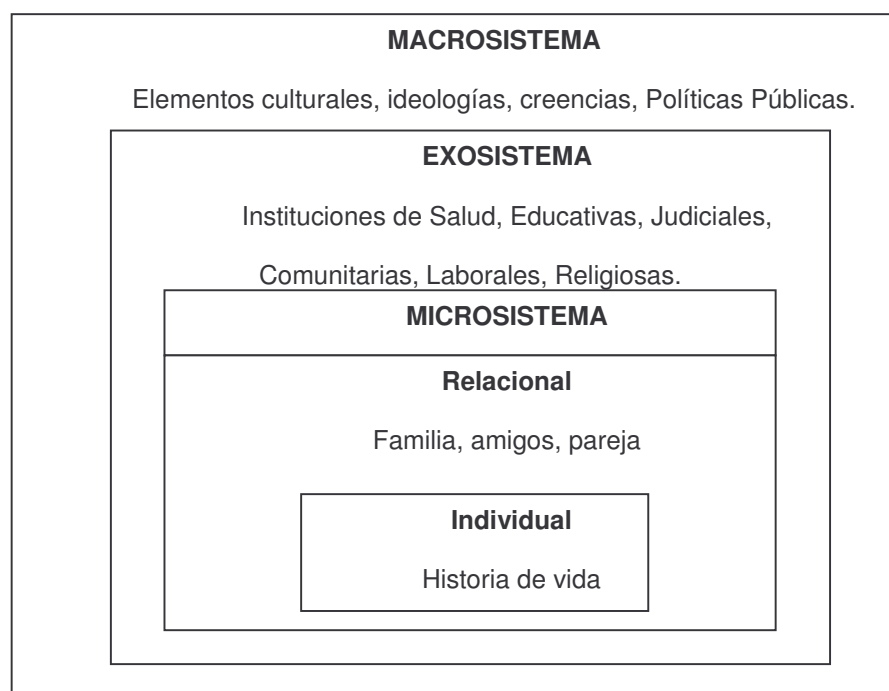


Figura 6: Esquema Modelo Ecológico, según adaptación para la investigación de la Universidad de Nariño y de la Universidad del Valle (2006).

Aplicando este modelo al problema del intento de suicidio y suicidio se trata de analizar como influyen diversos factores en cada uno de los tres niveles. Este modelo evita la tendencia a centrarse en la historia personal de cada individuo y muestra al suicidio como consecuencia de la interacción de varios factores que están directa y/o indirectamente relacionados (Ayyash-Abdo, 2002).

Modelo de Intervención

Esta sección se basa en el Marco Teórico del Proyecto de Investigación “Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de Intervención en Población Juvenil en Nariño”, que actualmente desarrollan el

Grupo Psicología y Salud del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño y el Instituto de Investigaciones y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social, CISALVA de la Universidad del Valle.

De acuerdo con un informe suministrado por la OPS (2006) el paso inicial para planificar una intervención para la prevención de la conducta suicida es comprender la naturaleza del problema en la región objetivo, para lo cual se requerirá revisar todas las posibles fuentes de datos disponibles.

Teniendo en cuenta la perspectiva de salud pública, la prevención del comportamiento suicida está basada en los avances en el conocimiento sobre los factores de riesgo, factores de protección y las características propias del desarrollo de cada región, tratando de identificar las situaciones que podrían hacer más vulnerables a las personas de determinada comunidad (OPS, 2006).

Entre los actuales desarrollos en el área de prevención de suicidio se encuentran:

1. Programas en colegios y escuelas para la prevención de suicidio, incorporando, instrumentos, orientación teórica e instrumental para su diseño y aplicación (cf., Garland et al 1989; Hazell and King, 1996). Varios estudios han demostrado que los programas educativos mejoraron las habilidades de los adolescentes para la resolución de conflictos y afrontamiento del estrés. En estos estudios identificaron como otro aspecto positivo “un incremento de la resiliencia y de los factores protectores”. (OPS, 2006).

2. Un marco de intervención de acuerdo a donde están orientadas las acciones: entonces se habla de intervenciones de orden universal, selectiva o indicada (cf.,Gordon, 1987;IOM,1994).

3. Investigación sobre programas de prevención dirigidos a población de alto riesgo.

4. Desarrollo de herramientas de tamizaje y medidas de suicidio y comportamiento suicida y modelos de evaluación de los cambios logrados por modelos de intervención. Los programas de tamizaje se dirigen a identificar personas con alto riesgo para ser remitidos a instituciones de salud mental para que puedan tener acceso a la atención que requieran según el caso. El tamizaje puede estar enfocado a la detección de factores de riesgo relacionados con el proceso suicida. Varios estudios han demostrado que el tamizaje en áreas geográficas localizadas, produce un mayor número de tratamientos para depresión y una disminución en las tasas de suicidio. Por otro lado, el tamizaje focalizado se utiliza posterior a un caso de suicidio consumado, y este tiene como propósito identificar los adolescentes en mayor riesgo para que sean atendidos evitando el “contagio del suicidio” (OPS, 2006).

La investigación más reciente señala que la prevención del suicidio si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los jóvenes y los niños, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. Se considera importante la adopción de medidas que han mostrado ser útiles relacionadas con políticas públicas, las

cuales consideran el manejo adecuado del tiempo libre, la planificación de las áreas residenciales y la restricción del alcohol, el control de la disponibilidad de las sustancias tóxicas (incluidos medicamentos farmacéuticos), la legislación sobre la seguridad en edificios y puentes altos (OPS, 2006).

De igual manera, se menciona, que la difusión apropiada de la información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención. Sin embargo, se describen mejores efectos alcanzados con intervenciones multidimensionales (IOM, 2001), dada la superposición de los factores protectores y de riesgo en los grupos definidos de riesgo biopsicosociales, ambientales y socioculturales.

Otros modelos, plantean la posibilidad de afectar cambios de comportamiento en poblaciones vulnerables. Uno de ellos, Alfred Bandura, propone un modelo teórico de cambio de comportamiento, el cual ha sido aplicado por Alfred McAlister a situaciones de salud. En este modelo se trata de actuar de manera simultánea sobre los conocimientos, normas y actitudes de la persona y aquellos factores que lo inducen a actuar de una manera determinada. Comportamiento, que está mediado por otro concepto que es la autoeficacia la cual consiste en la capacidad que tienen las personas de observar comportamientos en otros, similar a ellos, y creer que son capaces de aprender la conducta observada. La gente suele realizar acciones que les conducen hacia las metas que creen que son capaces de conseguir; no realizan dichas acciones si creen que no son capaces de conseguirlas (Brody & Erhlichman, 2000). El aspecto fundamental del modelo es la asunción de que

las creencias en la autoeficacia controlan el comportamiento (Bandura, 2001 citado por Garrido y cols, 2005).

Tomando como base la perspectiva ecológica, las acciones que se desarrollen o el modelo de intervención que se pretenda plantear debe ir encaminado a cubrir cada uno de los tres niveles. Aunque no existe total acuerdo de que acciones son las más indicadas para la prevención del suicidio, se presentaran algunas de las estrategias que comúnmente se desarrollan: A nivel del macrosistema, la formulación de políticas de salud públicas tiene un papel relevante en el la prevención del suicidio, en diversos estudios se ha encontrado que el control en el acceso o disponibilidad de métodos esta correlacionado positivamente con la disminución del suicidio (Ayyash-Abdo, 2002; OPS, 2006). A nivel del exosistema, según lo encontrado por Ayyash-Abdo (2002), a pesar de que las estrategias de intervención directas son implementadas comúnmente en el microsistema (nivel relacional e individual), las intervenciones indirectas son posibles en el exosistema. Por ejemplo, los profesionales de los medios de comunicación pueden ayudar en el proceso de prevención de suicidio adolescente; la investigación demuestra una asociación entre informes de las tasas de suicidio y el comportamiento suicida. El [CDC](1994) ha desarrollado una serie de pautas en su esfuerzo por minimizar el impacto contagioso negativo y el potencial de la publicidad sobre el suicidio. En general, estas pautas indican que los reportes sobre suicidios no deben ser repetitivos, por que la exposición prolongada puede aumentar la posibilidad del contagio. Se debe mostrar al suicidio como el resultado de diversos factores

complejos, por lo tanto, el reportaje de los medios debe ser simplificado como un evento negativo reciente en la vida de la persona bajo una situación estresante aguda. Los reportajes no deben divulgar una descripción detallada del método utilizado para evitar la posible repetición del uso del mismo (OPS, 2006. P. 31). De esta manera los profesionales de los medios de comunicación pueden tomar un papel activo en la prevención del suicidio. En el microsistema, las intervenciones en el grupo familiar y la implementación de programas educativos o comunitarios son estrategias que se utilizan en el nivel relacional. Mientras que en el nivel individual se hacen intervenciones para disminuir los factores de riesgo, como lo indica Ayyash-Abdo (2002):

Muchas de las señales de advertencia conductuales y verbales pueden ayudar a los miembros de la familia y profesionales escolares como profesores, rectores, enfermeras y psicólogos a reconocer el potencial de suicidio en los jóvenes y en consecuencia intervenir antes de que el intento tenga lugar” (p. 468).

Por último, es importante señalar que el modelo ecológico permite que todos los niveles tengan un papel central en la prevención del suicidio, ya que una persona con riesgo de suicidio no siempre puede estar frente a un profesional de la salud, sino que se le puede encontrar en el barrio, la escuela, el trabajo, etc., por lo cual la primera ayuda puede y debe ser brindada por aquel que esté más cerca de él en el momento de crisis. Además, se considera que la prevención de este acto no es un problema exclusivo de las instituciones

de salud mental sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos (Pérez, 1999).

METODOLOGIA

Perspectiva epistemológica

Este trabajo se realizó con base en un enfoque de investigación cualitativo. Según Bonilla y Rodríguez (1997), este tipo de investigación consiste en hacer una aproximación a las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera integral.

Desde esta perspectiva, se reconoce que la relación del ser humano con el medio en el cual está inmerso, está matizada por su dimensión cualitativa; es decir, por sus valores, sus actitudes y sus creencias; así como también, por sus emociones, sus sentimientos y sus pensamientos, aquellos componentes que no aparecen en lo dado a simple vista, pero que están actuando como modeladores de una determinada realidad y que aparecen ocultos por la realidad aparente; y que interactúan dialécticamente en su sistema de personalidad, motivando y configurando su estilo de actuación (Gutiérrez, 1995).

La metodología cualitativa de investigación es un enfoque que permite obtener comprensión y conocimientos en el campo de las Ciencias Humanas. Estudia el lado subjetivo de la vida, el modo cómo las personas se ven a si mismas y como perciben su entorno. Busca descubrir el sentido y el significado de los fenómenos objeto de estudio. Su objetivo es la aprehensión de procesos subjetivos, en los propios términos de los sujetos que los experimentan, por medio de la comprensión, la interpretación, la descripción exhaustiva, y la dilucidación de la estructura del fenómeno. Trata de entender los fenómenos

desde la perspectiva de los propios actores sociales, estudiando el modo en que las personas experimentan el mundo. Para este tipo de metodología, la realidad que importa es la que las personas perciben como importante (Gutiérrez, 1995).

Todos los estudios cualitativos contienen datos descriptivos sustanciales: las propias palabras pronunciadas o escritas por la gente, las actividades que realiza, el contexto y los significados de los acontecimientos, así como las escenas que son importantes para los involucrados en los mismos (Gutiérrez, 1995).

El tipo de estudio que se empleó en la ejecución de este trabajo, es de corte descriptivo, pues lo que se buscó fue describir e interpretar la percepción de la comunidad de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión, frente al concepto de suicidio y a los factores asociados a éste, con el fin de aportar elementos que contribuyan a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en Nariño.

Momentos investigativos

El desarrollo del Subproyecto “Percepción Comunitaria del Suicidio” que forma parte de el Proyecto de Investigación “Análisis de los Factores de Riesgo para Suicidio y Validación de un Modelo de Intervención en Población Juvenil en Nariño”, que actualmente desarrollan el Grupo Psicología y Salud del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño y el Instituto de Investigaciones y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social, CISALVA de la Universidad del Valle , y que se constituyó

como uno de los principales insumos para llevar a cabo la presente investigación, se dividió en los siguientes momentos investigativos:

1. Contextualización. Dentro de la fase de contextualización realizada en cada municipio, se recopiló información en diferentes entidades y sectores, como Instituciones Educativas, de Salud, Religiosas; Alcaldías Municipales, Juntas de Acción Comunal, Policía Nacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Medicina Legal, Observatorio del delito, Fiscalía, Casa de la Cultura y Medios de Comunicación.

Esta etapa permitió realizar un primer acercamiento a los municipios y entablar contactos con la comunidad, con el fin de motivar la participación de algunas personas “informantes clave”, dándoles a conocer el objetivo de las entrevistas.

2. Elaboración de categorías y guía de preguntas orientadoras. Para llevar a cabo la categorización, se tuvieron en cuenta los siguientes elementos: a) el objetivo general de la investigación, b) los objetivos específicos de la investigación, relacionados con la metodología de Grupos Focales, c) los objetivos del componente cualitativo de la investigación, relacionados con Grupos Focales, d) la categorizaciones propuestas por los miembros del equipo investigador y e) la adaptación del Modelo Ecológico. Posteriormente se diseñó una guía de preguntas orientadoras, en la que se incluyó una serie de tópicos que guiaron el desarrollo de las sesiones (Ver anexo B). A continuación se describe brevemente las categorías deductivas de análisis (Sánchez y cols, 2007):

(a) Salud: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social de la persona, y no sólo simplemente la ausencia de enfermedad o afección (Introducción a la Psicología de la Salud, Francisco Morales Calatayud)

(b) Educación: La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y sus deberes (Ley General de Educación, título I, Art. 1).

1. Educación Formal: Se entiende por educación formal aquella que se imparte en establecimientos educativos aprobados, en una secuencia regular de ciclos lectivos, con sujeción a pautas curriculares progresivas o conducente a grados y títulos. (Ley General de Educación, título II, Cap. 1 Art. 10).

2. Educación No Formal: Es la que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados establecidos en el artículo 11 de la Ley 115. (Ley General de Educación, título II, Cap. 2 Art. 36).

3. Educación informal: se considera educación informal , todo conocimiento libre y espontáneamente adquirido, proveniente de personas , entidades, medios masivos de comunicación, medios impresos, tradiciones, costumbres, comportamientos sociales y otros no estructurados. (Ley General de Educación, título II, Cap. 3 Art. 43).

(c) Economía: Hace referencia a las relaciones sociales de producción y distribución que se establecen en un medio determinado.

(d) Cultura: La cultura se entiende como el conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado. El término cultura engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias.

(e) Relaciones Socio- Familiares: Conjunto de relaciones interpersonales que el individuo experimenta en el ámbito familiar y en el ámbito social inmediato (compañeros, amigos, pareja).

(f) Medios de Comunicación: Son aquellos que posibilitan el proceso de transmisión y recepción de ideas, información y mensajes. Entre ellos se pueden destacar la radio, la televisión, los medios impresos, el teléfono y el Internet que se constituyen en medios masivos de comunicación. (Enciclopedia Ilustrada Cumbre 1978).

A partir de estas categorías deductivas, se elaboró una matriz de análisis (Ver anexo A) que facilitó la sistematización de la información.

3. Validación de la guía de preguntas orientadoras. Con base en la matriz de categorías deductivas para analizar la percepción de suicidio en los municipios, se diseñó una Guía de preguntas orientadoras para la entrevista a los grupos focales. Esta guía se validó en su contenido por medio de jueces expertos (integrantes del Grupo Psicología y Salud de la Universidad de

Nariño); así mismo se validó en contenido y lenguaje a través de un pilotaje con personas procedentes de los municipios abordados

El pilotaje realizado con los tres grupos pertenecientes a los municipios de Tumaco, Ipiales y Pasto, tuvo como objetivo validar la guía de preguntas orientadoras, así como la metodología empleada en el desarrollo de las sesiones.

La población que participó en esta actividad, fue seleccionada con base en los siguientes criterios: a) ser oriundo de cada municipio incluido en la investigación, b) ser estudiante universitario y estar cursando entre 1 y 5 semestre de pregrado y c) participar voluntariamente en este proceso.

Una vez desarrollado el pilotaje, se pudo determinar que las preguntas orientadoras eran comprensibles para la población objetivo y que cubrían en su totalidad las dimensiones propuestas en las categorías deductivas. En cuanto a la metodología para el desarrollo de las sesiones, se realizaron ajustes relacionados con el orden de presentación de las preguntas, frente a lo cual se determinó que éstas se formularan de acuerdo al tipo de información que emerja en el transcurso de la entrevista.

4. Desarrollo de entrevistas en cada municipio. Las entrevistas en los cuatro municipios determinados (Tumaco, Ipiales, La Unión y Pasto), se llevaron a cabo durante el mes de Septiembre del año 2006 y en cada uno de ellos se desarrollaron tres grupos focales integrados por adolescentes (hombres y mujeres entre 14 y 18 años), jóvenes (hombres y mujeres entre 19 y 25 años), y adultos (hombres y mujeres de 26 años en adelante).

Debido a la dificultad que representó el conformar los grupos en el limitado tiempo con que se contó en cada municipio, se optó por recurrir a grupos ya conformados que contaran con las características anteriormente mencionadas, por ejemplo, grupos juveniles, grupos de educación para adultos, grupos de estudiantes de colegios públicos y privados y beneficiarios de fundaciones.

Las entrevistas a funcionarios vinculados al sector gubernamental, salud y educación, estuvieron a cargo de los integrantes del equipo investigador. Esta información contribuyó a la comprensión comunitaria de este fenómeno, sin embargo, no se incluyó en el análisis de la información. Dado el cargo de las personas entrevistadas se decidió considerar esta información como insumo para el desarrollo del componente de Ruta Crítica.

En el caso de las entrevistas se diligenciaron guías de observación, especificando la fecha, el lugar, el tiempo de duración, el número de participantes y algunas observaciones sobre la dinámica de las sesiones de trabajo.

5. Análisis de la información. El análisis descriptivo de la información obtenida se realizó a partir de la matriz de categorías deductivas, que permitió ordenar y distribuir adecuadamente la información. Esta matriz se elaboró teniendo en cuenta los niveles que componen el modelo ecológico, pues tal elaboración permitió explorar la relación existente entre factores individuales y colectivos, considerando el fenómeno como el producto de la interacción y relación entre estos niveles y su influencia sobre el comportamiento humano.

6. La interpretación de la información se realizó a partir de diferentes modelos teóricos, buscando enriquecer la comprensión del fenómeno y de los factores que a él se asocian.

Participantes

Unidad de Análisis

Comunidad en general de los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión.

Unidad de Trabajo

Las entrevistas en los cuatro municipios determinados (Tumaco, Ipiales, La Unión y Pasto), se desarrollaron a partir de la organización de tres grupos focales integrados por adolescentes (hombres y mujeres entre 14 y 18 años), jóvenes (hombres y mujeres entre 19 y 25 años), adultos (hombres y mujeres de 26 años en adelante).

Técnicas e Instrumentos

Para reconocer la percepción comunitaria frente al suicidio, se recurrió a la estrategias de grupos focales.

Básicamente, un Grupo Focal es una entrevista grupal. El Grupo Focal es una estrategia de la Investigación Cualitativa que permite recolectar y validar información en corto tiempo, agrupando personas de acuerdo con criterios definidos y propiciando el diálogo colectivo en torno a tópicos de interés dentro de un estudio (Sánchez y cols, 2007).

Los Grupos Focales requieren de una cuidadosa planeación en cuanto a la selección de sus integrantes, la convocatoria a las sesiones de entrevista y el diseño de ésta, así mismo de un adecuado manejo de grupo en la entrevista. Con lo anterior, se espera que se logre el objetivo central de esta estrategia de reproducir en micro la dinámica comunitaria (Sánchez y cols, 2007).

Para el desarrollo del componente de entrevistas a grupos focales, se diseñó una guía de preguntas orientadoras, en la que se incluyó una serie de tópicos que guiaron el desarrollo de las sesiones.

RESULTADOS

Para llevar a cabo este análisis de la información, se recurrirá a diferentes recursos como: listas de conteo, taxonomías, descripción textual de la información y matrices descriptivas. El uso de cada uno de estos recursos dependerá del tipo de información que se recolectó y de la pertinencia que del uso de ellos, resulte en cuanto a la comprensión y visualización de la misma.

Además, es necesario aclarar que la referencia a grupos etarios específicos se hará cuando el caso así lo requiera; pues fue una constante durante el desarrollo del proceso investigativo, que la mayoría de la información recolectada sea similar entre los diferentes grupos de edad de cada municipio.

Análisis descriptivo de resultados municipio de Pasto

Concepto de suicidio

En términos generales, el concepto de suicidio que se maneja en la comunidad, se ajusta a la definición comúnmente aceptada, que toma al suicidio como el acto voluntario de quitarse la vida. Sin embargo, es necesario considerar otro tipo de acepciones que los participantes de la investigación atribuyeron a dicho concepto.

Se maneja una connotación negativa acerca del suicidio, traducida en la opinión de que es un acto de cobardía, falta de ánimo y valor para enfrentar las vicisitudes propias de la vida humana. No obstante, también se le atribuye una connotación positiva al mismo, al considerarlo como un acto de valentía que no todo ser humano puede llegar a concretar.

Por otro lado, se atribuye a este concepto una significación personal o existencial que implica una decisión, por lo tanto, el suicidio es visto como una opción o una alternativa, que aunque inadecuada, se justifica en la imposibilidad de resolver una dificultad.

Por último, se considera que la concreción de un suicidio, alberga sentimientos egoístas, que niegan la vida y restan atención a las repercusiones que de dicho acto se derivan sobre familiares y seres queridos.

En la tabla 1 se presenta una clasificación jerárquica (lista de conteo) respecto a los conceptos de suicidio que la comunidad de Pasto atribuye a este fenómeno:

Tabla 1. Lista de conteo respecto al concepto de suicidio manejado por la comunidad del municipio de Pasto.

Concepto de suicidio
1. Quitarse la vida (15)
2. Un acto cobarde (12)
3. Opción de escape o salida, cuando las cosas no salen bien (10)
4. No querer vivir (10)
5. Acto de valentía (8)
6. No pensar en nada ni en nadie (8)
7. Una decisión mal tomada por un ser humano (5)

Factores de riesgo

Factores individuales

Presencia de trastornos mentales, déficit en habilidades y competencias personales y atributos de la personalidad, son considerados por la comunidad participante como factores individuales que pueden influir en la ocurrencia de una conducta suicida.

En el primer caso, los trastornos mentales que se asocian con el suicidio son: la depresión, el abuso de sustancias (drogas y alcohol) y lo que comúnmente se conoce como locura. Los siguientes textos ejemplifican esta afirmación: a) *La depresión los lleva a buscar otras salidas aunque sean erróneas, como el suicidio,* b) *Las drogas y el alcoholismo, son salidas para desahogarse, para alejarse de los problemas, pero después resulta peor.*

En el segundo caso, se hace alusión a la carencia de cierto tipo de habilidades o competencias personales tales como: autoestima, capacidad para resolver problemas y tomar decisiones y la falta de madurez para afrontar situaciones adversas como elementos que puede incidir sobre la ocurrencia de esta conducta: a) *La falta de tomar decisiones, o sea, la capacidad de saberse defender por si mismos,* b) *Porque siempre buscan la manera más fácil de salir de las cosas.*

Por último, se mencionan atributos personales como la introversión y la dependencia afectiva, como factores que influyen en la determinación de cometer el acto suicida. Además, se percibe una relación directa entre la

introversión y tres situaciones interconexas, no contarle los problemas a nadie, ahogarse en los problemas y buscar la soledad. Los siguientes fragmentos ejemplifican tal relación: a) *Hay personas que hacen que los demás se alejen de ellos, buscan la soledad, les gusta sentirse solos, ahogarse en sus problemas y no ven soluciones a sus problemas,* b) *Nos aferramos tanto a otras personas, que no creemos en nosotros mismos, creemos más en el otro que en nosotros... cuando lo dejan, ahí se puede matar,* c) *La gente se suicida porque ha vivido mucho tiempo solo, tienen un problema pequeño y se centran en él, no ven más allá,* d) *Probablemente el hecho de que yo no pueda expresar mis cosas, me las guarde para mi mismo empieza a generar como una bomba de tiempo y eso empieza a influenciar, a tomar decisiones a no contarle algo a alguien, no desahogar, no buscar una alternativa de solución o golpear puertas para mis problemas y eso haga que en alguna medida, haga que la gente tome este tipo de decisiones.*

En la figura 7 se presenta una taxonomía que ordena respuestas referidas a los factores individuales asociados a la ocurrencia del suicidio.

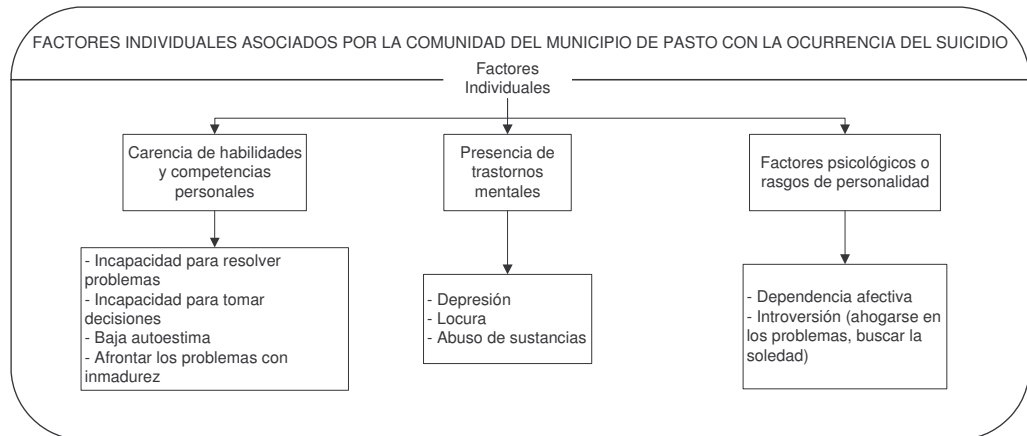


Figura 7. Taxonomía de factores individuales asociados por la comunidad del municipio de Pasto con la ocurrencia del suicidio.

Factores familiares

Situaciones tensas y agobiantes que se experimentan al interior del núcleo familiar primario, son consideradas por la comunidad en general, como factores de gran peso e influencia, que pueden derivar principalmente, en el comportamiento suicida de aquel individuo que las vive en el papel de hijo, (es interesante observar que respecto a estos factores, es aquel individuo que asume el rol de hijo, quien por lo general está en condición de riesgo frente al suicidio, mientras que aquellos que ejercen funciones paternas, son excluidos *per se* de tal condición).

En este sentido, sensaciones de rechazo, temor, presión, falta de apoyo, indefensión, incomprensión, desamor, y negligencia por parte de los padres respecto a los hijos, son percibidas como posibles desencadenantes de una conducta suicida; o en su defecto, de estados anímicos como la depresión o de

comportamientos adictivos (drogas, alcoholismo), que igualmente son considerados como factores de riesgo para suicidio. Los siguientes textos permiten visualizar tal situación: a) *Yo creo que el conflicto se da a nivel familiar, los problemas a nivel familiar lo afectan a uno mucho y la presión de la mamá, del padre, de la familia, hace que uno se deprima o que entre uno en una crisis emocional y después chao*, b) *A veces hacen eso por falta de apoyo de los familiares, porque ellos se sienten solos, a veces se echan a la drogadicción, se echan al vicio por falta de cariño de los padres.*

En la tabla 2 se muestra la recurrencia de las respuestas más comunes frente a este tema:

Tabla 2. Lista de conteo respecto a los factores familiares asociados a la ocurrencia del suicidio, comunidad del municipio de Pasto.

Factores familiares asociados al suicidio en la comunidad del municipio de Pasto
1. Falta de comprensión de los padres (14)
2. Falta de apoyo familiar (12)
3. Presión de los padres (12)
4. Falta de afecto y comunicación (10)
5. Negligencia por parte de los padres (rechazo, desinterés) (8)
6. Temor a los padres (5)

Cabe señalar que a diferencia de las situaciones familiares que se relacionan con la falta de comprensión, falta de apoyo, etc., aquellas que tienen que ver con presión por parte de los padres y temor a los padres, se asocian a situaciones de otra naturaleza. En el primer caso, la presión de los padres se asocia a exigencias académicas que no corresponden a los intereses o preferencias de los hijos, o a sus capacidades y posibilidades para cumplirlas. En el segundo caso, el temor a los padres se vincula con las represalias que estos pueden tomar contra un hijo que transgredió las normas o principios establecidos en el núcleo familiar: a) *Pues yo también pienso que es la familia porque también me pasó un caso en mi barrio que, pues una muchacha ya estaba en once y por andar así por la noche lo perdió y pues por el miedo que le iban a dar, a pegar, qué sería ¿no?, ella se envenenó, b) O la muchachita que quedo embarazada, si... no se cuidó o pensó que su cuerpo era para el placer entonces no puede afrontar eso, no tiene la capacidad para decirle al papá quedé embarazada y muchas piensan en eso y van, acaban dos vidas ahí.*

En estas dos frases textuales, aunque se reconoce la marcada influencia de la presión y coerción de las figuras parentales, implícitamente se menciona la influencia de otro tipo de factores relacionados con el ámbito educativo y con las relaciones de pareja, como elementos que incrementan las posibilidades de que una persona opte por el suicidio.

Factores sociales

Los factores sociales fueron delimitados como aquellas situaciones y relaciones personales que el individuo experimenta fuera del núcleo familiar primario (la situación económica familiar y sus implicaciones, son consideradas producto de circunstancias sociales-estructurales que trascienden el ámbito familiar, por tanto no se incluyeron en el análisis de los factores familiares asociados a la problemática del suicidio).

Entre ellas tenemos las relaciones de pareja, el vínculo con amigos, las experiencias propias del ámbito escolar y laboral, situaciones derivadas de la pertenencia a determinada clase social, y demás situaciones que la región y el país viven actualmente (violencia, crisis económica, etc.).

Relaciones con pareja y amigos. En lo respectivo a situaciones de pareja, se identifica la ruptura conflictiva de una relación amorosa como uno de los principales factores asociados a la ocurrencia del suicidio. La explicación que los participantes sugieren respecto a este tipo de rupturas se asocia principalmente con la infidelidad y la no correspondencia amorosa. Además se reconoce que la dependencia afectiva y los sentimientos de soledad y minusvalía ante la separación o rechazo del ser amado, incrementan las posibilidades de que una persona cometa una conducta suicida: a) *En la pareja, si yo estoy muy enamorada de una persona y siento que la pierdo, que se fue con otra, ya no me quiere, sólo sentir que lo quiere, lo ama, y que no está contigo, le hace cometer un suicidio...*, b) *Lo otro son cuestiones amorosas, ya*

buscan el noviecito, la noviecita los deja por otro, entonces empiezan con el sufrimiento, el decaimiento hasta que llegan al suicidio.

El rechazo por parte de amigos como un factor asociado al suicidio, se atribuye a situaciones económicas desfavorables, que podían suscitar el rechazo y aislamiento por parte de estos, la siguiente frase ilustra esta situación: *A veces, cuando uno no tiene lo que los demás y los amigos como que ya lo empiezan a mirar feo, como que lo rechazan, por no tener lo que ellos tienen.*

Nivel socioeconómico. Aunque los participantes no reconocen que este tipo de factores ejerzan una influencia determinante sobre el comportamiento suicida, llama la atención el hecho de que atribuyan a la pertenencia a un estrato socioeconómico específico, el incremento o disminución de los riesgos ante la ejecución de este tipo de conducta.

Se considera que situaciones económicas desfavorables pueden influir, más no determinar la ocurrencia de un suicidio. Sin embargo, la mayoría de los participantes manifiesta que hay mayor número de suicidio en las familias que pertenecen a estratos socioeconómicos altos, puesto que dichas familias no acogen afectivamente a sus hijos, la prioridad que dan a las “*cosas materiales*”, limita el contacto afectivo con los miembros de la familia, especialmente con los hijos. En el caso de estratos socioeconómicos bajos, aunque se acepta que estas familias pasan apuros para conseguir el sustento diario, se reconoce en ellas mayor proximidad y calidez en el trato con los hijos, situación que es percibida como un factor protector ante la ocurrencia del suicidio: *O sea, en los*

estratos altos es donde que más casos pasan, porque la falta de afecto, de cariño, eso, o sea, uno no puede tener riquezas, pero que uno, o sea, sentirse importante al lado de la familia, del hermano, de la mamá, del esposo, es una cosa que es inexplicable y yo creo que es feo sentirse un cero a la izquierda, que sólo me compren a mí con regalos o me tengan con regalos.

Situación socioeconómica nacional y regional. La situación socioeconómica que vive el país y específicamente el departamento de Nariño, es concebida negativamente, pues de ella se derivan situaciones acuciantes como la pobreza, la falta de oportunidades para los jóvenes, el desempleo, la presión social y familiar por conseguir dinero, la competencia, la individualidad, etc. Sin embargo, tales situaciones no se asocian directamente con la conducta suicida, sino con aspectos que tienen que ver con la satisfacción de necesidades básicas, la consecución de oportunidades laborales y educativas y el establecimiento de condiciones de vida favorables: a) *Yo creo que es más el nivel de pobreza, definitivamente porque Nariño es uno de los departamentos mas pobres del país, y esto definitivamente afecta muchísimo de la calidad de vida,* b) *Por el alto nivel de pobreza, de desempleo, por la falta de oportunidades, el desempleo ha llegado hasta el 20% o de pronto más, los jóvenes se capacitan y luego no encuentran que hacer, no, entonces como difícil, el subempleo, las condiciones de vida, lo de vivienda propia, el hacinamiento, hay una cantidad de situaciones de orden social que creo yo influyen negativamente en estos comportamientos.*

En este caso, el grupo de adultos que participó en el desarrollo de la investigación, llegó a consenso respecto a dos opiniones particulares que no se repitieron en los otros grupos (adolescentes y adultos jóvenes). La primera, hace referencia a problemas de índole afectivo y familiar, derivados de dificultades económicas, desempleo o deudas, que al conjugarse pueden ser considerados como factores de riesgo: *Lo otro, la parte económica, si, padres de familia sin trabajo con deudas que no pueden pagar, problemas económicos, problemas afectivos, problemas de familia, problemas de todo sentido, entonces no ven salida, si, la única salida que ven es eso, el suicidio*

La segunda, se relaciona con la influencia negativa que la situación actual de nuestro país provoca en la mentalidad de las personas y en su proyección a futuro: *La gente no tiene esperanza, la gente piensa que lo que existe es lo que vemos, nadie ve más allá, entonces cuando no hay esperanza ante una realidad bien dura y bien angustiada, entonces viene el desespero y viene el suicidio, eso es verdad.*

Por otro lado, la situación de orden público que el país afronta, no fue considerada por los participantes, como un elemento de mayor relevancia en cuanto a la ocurrencia del fenómeno del suicidio.

Educación. En este caso, situaciones relacionadas con la pérdida de años escolares que suscitan temor ante las represalias de los padres, la presión de padres de familia o de miembros de instituciones educativas respecto al rendimiento académico, y la incompatibilidad entre las preferencias de padres e hijos ante la elección profesional de estos últimos, son

considerados por la comunidad participante como factores de riesgo: a) *Presión de los padres, lo idealizan y no se puede cumplir*, b) *Presión por los papás o la sociedad, por cumplir una metas que no son las que se propone uno*.

Igualmente, las escasas oportunidades educativas que ofrece la sociedad y que en ocasiones se traducen -en el peor de los casos- en analfabetismo o en limitantes ante las aspiraciones personales, se perciben como factores asociados al suicidio: *Obvio que influye la educación, porque es que él, el ser analfabeta, el no poder ascender y salir adelante y ser alguien en la vida, lo afecta a uno mucho y lo hace cometer cosas como el suicidio*.

En el grupo de adultos jóvenes, se presento consenso respecto a una opinión que no se relaciona con las opiniones dadas en los otros grupos (adultos y adolescentes). Según este grupo no se establece una relación clara y directa entre el nivel de escolaridad y la ocurrencia de suicidios: *Relacionar educación con suicidio es algo ambiguo, porque se han suicidado personas sin educación y grandes pensadores*.

Factores culturales

No se reconoce una relación directa y significativa entre los patrones culturales e idiosincrásicos propios de los nativos de la ciudad de San Juan de Pasto y la ocurrencia del fenómeno del suicidio; es más, se manifiesta que la categoría “seres humanos”, mucho más inclusiva que la categoría “cultura”, implica en si misma la posibilidad de asumir la muerte voluntaria como una decisión personal: a) *No, yo tampoco creo que influya porque es que no, porque un pastuso, un caleño son la misma persona, es un ser humano y*

cualquiera puede hacerlo si así le parece, b) Pero no, yo creo que no sé cómo será la, la cuenta de los suicidios, pero yo creo que en todo lado hay problemas y que la forma de ser de las personas no influye en el suicidio, c) Pues así sea uno alegre o triste, pero siempre han tomado esa decisión de suicidarse, podrán ser como uno quiera, pude ser de acá o de allá, pero siempre toman una decisión así, donde sea.

No obstante, se reconoce que ciertas características del pastuso, como la timidez, la pasividad, la introversión y la introyección de figuras de autoridad que culpabilizan y castigan, son factores que cohiben la espontaneidad y provocan rigidez mental respecto a la búsqueda de soluciones ante situaciones conflictivas, por ejemplo: a) *Somos como muy dejados, dejamos que las cosas pasen, tragamos, tragamos y nos refugiamos en la soledad, b) Hemos sido educados en un mundo donde la formación es de las autoridades castigadoras, donde papá y mamá enseñaron a formarse a punta del regaño, del castigo, a punta de la culpa, del fute y eso tiene mucho que ver con las posibilidades de yo enfrentar o no estas problemáticas, c) Nuestra cultura tiene mucha influencia religiosa, Dios, donde hablamos igual frente al pecado, la culpa, el no poder responder frente a muchas cosas de la vida, el Dios castigador, entonces creo yo que la espontaneidad en ese sentido no es tan amplia como uno quisiera como para buscar otras alternativas en la vida.*

Medios de comunicación. El papel que desempeñan los medios de comunicación como factores asociados a la ocurrencia del fenómeno del suicidio, no es percibido como relevante o significativamente influyente; sin

embargo si se reconoce que a través de ellos, se comercializan ideales de vida que no corresponden a la realidad colombiana y que además privilegian y proliferan una exagerada vanidad corporal y la necesidad artificial de acceder y poseer bienes materiales que bajo una pequeña etiqueta pretenden asegurar un trozo de “felicidad”. Las siguientes expresiones manifiestan esta situación: a) *La televisión debe mostrar la vida más real, no color de rosa,* b) *Mirando la televisión la gente se ilusiona y no puede llegar a eso, cree que siendo o haciendo lo que hacen en la televisión, o teniendo lo que ellos tienen, pueden ser felices,* c) *Se comercializan productos para mantener la figura y la gente que los mira no encaja.*

A pesar de tal situación, existen expectativas positivas frente al papel educativo que los medios de comunicación podrían cumplir frente a la prevención del suicidio y la facilitación de soluciones y alternativas eficaces frente a esta problemática: *En Colombia se hicieran más programas educativos, eso es lo que le falta más, yo creo, a la televisión nacional y mundial porque eso es en todo lado, que más que todo se preocupan por las películas y las novelas.*

Factores protectores

Familia, pareja y amigos

El apoyo y el afecto positivo recibido en el núcleo familiar primario, son los elementos que la comunidad asocia en mayor medida con los factores protectores ante el suicidio, a continuación se citan frases alusivas a esta percepción: a) *Pues en la familia, digamos el apoyo que te brinde, digamos tal*

problema ¡venga hija, no se quede sola!, todos están ahí, b) No si, en la familia desde que a uno lo apoyen, lo estén aconsejando, lo estén queriendo, brindándole ese amor que uno siempre quiere.

Igualmente, el mantener una relación de pareja estable, también se incluye como uno de los factores que evitan la ocurrencia del suicidio: En el amor también, si uno está con la persona que uno quiere, no piensa en nada de matarse ni eso, sino que quiero mi vida, mi vida es bella.

Finalmente, en términos generales, un factor protector al que la comunidad otorga gran valía, es la posibilidad de ser escuchado por alguien (familiar, pareja o amigo) que permita a la persona “*desahogarse*”.

Educación

La educación es percibida como el pilar fundamental sobre el que ha de erigirse la formación personal y social, el instrumento que permite al individuo alcanzar un desarrollo integral que le facilitará adaptarse a las cambiantes situaciones que ha de enfrentar.

La comunidad reconoce en la familia y en la escuela institutrices primordiales, gracias a las cuales el individuo adoptara nociones, valores y principios morales que nutrirán su personalidad: a) *Acá (institución educativa) te enseñan normas, te enseñan ética, te enseñan todo; en tu casa te tienen que educar también, no sólo en el colegio te van a educar sobre la autoestima, te van a dar lo que son deberes, derechos, todo lo que vas a hacer y todo lo que no puedes hacer, b) Que uno se suicide o no depende de la formación de cada persona. Gente que no ha tenido formación moral de parte de nadie, cuando*

hay problemas no tienen pensamientos de que las cosas pueden salir adelante que se pueden solucionar.

Respecto a la educación que se imparte en el núcleo familiar (educación informal), se resalta la importancia que representan las palabras de ánimo, las expresiones de afecto y el apoyo incondicional hacia los hijos, pues a partir de estos el individuo se reconocerá a sí mismo como una persona capaz, que posee las herramientas necesarias para afrontar cualquier tipo de situación: a) *Eso es, la formación de la familia, es importante que papá y mamá den a sus hijos autoestima, valoración, todas esas palabras 'usted puede', b) Los principios se aprenden desde la infancia, familias estables inculcan valores optimistas, lo ayudan a salir y a ver que las cosas siempre se pueden solucionar.*

El contexto educativo institucional es percibido como un entorno en el cual se facilita al individuo la adquisición de una serie de herramientas cognitivas y personales, que contribuyen a su crecimiento personal. Así, la enseñanza de normas, principios éticos, deberes y derechos, se constituyen en el complemento ideal de la formación impartida en el hogar. Además, la institución educativa (escuela, colegio, universidad, etc.), se concibe como un espacio de encuentro e interacción, donde el individuo disipa sus preocupaciones, al mismo tiempo que elabora o concreta su proyecto de vida y visualiza el alcance de metas y objetivos personales: a) *Como en el aislamiento de los problemas, muchas veces uno viene aquí al colegio y con los compañeros de clase, con los profesores, se hacen a un lado los problemas y se concentra como en lo del*

colegio, en la charla, en clase, b) En la forma de uno de alcanzar las metas, de uno decir, ¡listo!, yo me quiero graduar, quiero ser alguien en la vida, eso influye positivamente pues a uno le da opciones, c) Se empiezan ya a cimentar en el sector educativo con el ánimo de que se fortalezca los proyectos de vida de los muchachos, que creo yo que es bueno, eso les da ganas de continuar, de seguir adelante.

Cultura, arte, recreación y deporte

La práctica de deportes y la música son consideradas como benéficas para los individuos que las practican, ya que además de fuente de entretenimiento y distracción, son consideradas actividades que brindan salud, emociones gratificantes y a su vez, promueven la cooperación, el trabajo en equipo y el establecimiento de nuevas redes de interacción social. Sin embargo se hace alusión a que en ocasiones el acceso a este tipo de actividades es limitado, debido a que implican gastos monetarios que no todos pueden asumir:

a) Como en el aislamiento de los problemas digamos, yo creo que lo del deporte forma parte de eso, de esa forma de que, se concentran en eso y van aislando los problemas que ellos tienen, b) Por ejemplo, si los utilizan en lo positivo, de pronto por decir algo, crean escuelas deportivas para jóvenes, para niños, entonces los niños no tendrían que pensar en otras cosas, pensarían en estarse divirtiendo y tienen la mente ocupada , c) Igual en las escuelas de música, pero el problema, es otro problema que la, que esas actividades por decir algo, son caras, entonces ahí sólo pueden ir las personas que tienen recursos.

En la siguiente tabla se presenta la organización de la información recolectada de acuerdo a las categorías y subcategorías planteadas.

Tabla 3. Matriz de análisis municipio de Pasto.

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
1. CONDUCTA SUICIDA		
Concepto de suicidio	Acto voluntario de quitarse la vida	Definición de suicidio comúnmente aceptada
	Un acto cobarde	Connotación negativa del concepto de suicidio
	Opción de escape o salida, cuando las cosas no salen bien	
	Acto de valentía	Connotación positiva del concepto de suicidio
	Una decisión mal tomada por un ser humano	Significación personal o existencial que implica una decisión
	No querer vivir	
	No pensar en nada ni en nadie	
2. FACTORES DE RIESGO		
2.1. Factores individuales		
Factores biológicos y psicológicos	La depresión, el abuso de sustancias (drogas y alcohol) y lo que comúnmente se conoce como locura, son factores individuales asociados con la ocurrencia del suicidio.	Trastornos mentales relacionados con el suicidio

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	Baja autoestima, incapacidad para resolver problemas y tomar decisiones y la falta de madurez para afrontar situaciones adversas son elementos que pueden incidir sobre la ocurrencia de esta conducta.	Carencia de habilidades y competencia personales
	La introversión y la dependencia afectiva, son factores que influyen en la determinación de cometer el acto suicida.	Factores psicológicos y rasgos de la personalidad asociados con el fenómeno del suicidio
2.2. Factores familiares		
Relaciones familiares	Falta de apoyo, incomprensión, desamor, y negligencia por parte de los padres respecto a los hijos, son percibidas como posibles desencadenantes de una conducta suicida.	Factores de riesgo derivados de situaciones familiares
	Sensaciones de presión, temor e indefensión de los hijos respecto a los padres, también se constituyen en situaciones de riesgo.	
2.3. Factores sociales		
Relaciones de pareja	Se identifica la ruptura conflictiva (infidelidad) de una relación amorosa como uno de los principales factores asociados a la ocurrencia del suicidio.	Factores de riesgo asociados a relaciones de pareja
	La dependencia afectiva y los sentimientos de soledad y minusvalía ante la separación o rechazo del ser amado, incrementan las posibilidades de que una persona cometa una conducta suicida.	

Percepción del Suicidio en Nariño, 139

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Relaciones con amigos	El rechazo y el aislamiento por parte de amigos, es considerado un factor de riesgo.	Factores de riesgo asociados a relaciones con amigos
Situación económica	Hay mayor número de suicidios en las familias que pertenecen a estratos socioeconómicos altos puesto que: no acogen afectivamente a sus hijos, la prioridad que dan a lo material limita el contacto afectivo con los miembros de la familia.	Factores de riesgo asociados a la pertenencia a estratos socioeconómicos altos
	La situación socioeconómica que vive el departamento trae consigo situaciones como pobreza, escasas oportunidades para los jóvenes, desempleo, presión social y familiar por conseguir dinero, competencia, individualidad, etc.	Factores de riesgo asociados a la situación actual del país y de la región
	Dificultades económicas, desempleo o deudas, traen consigo problemas de índole afectiva y familiar, que pueden ser considerados como factores de riesgo.	Factores de riesgo asociados a la pertenencia a estratos socioeconómicos bajos
Educación	Pérdida de años escolares que suscitan temor ante las represalias de los padres.	Factores de riesgo asociados a los procesos de educación formal
	Presión de padres de familia o miembros de instituciones educativas respecto al rendimiento académico.	
	Incompatibilidad entre las preferencias de padres e hijos ante la elección profesional de estos últimos.	

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	Escasas oportunidades educativas que se traducen en analfabetismo o limitantes a las aspiraciones personales, son consideradas situaciones de riesgo	Factores de riesgo asociados a las escasas oportunidades educativas
2.4. Factores culturales		
Forma de ser del pastuso	Características del pastuso, como la timidez, la pasividad, la introversión y la introyección de figuras de autoridad que culpabilizan y castigan, son factores que cohíben la espontaneidad y provocan rigidez mental respecto a la búsqueda de soluciones ante situaciones conflictivas.	Factores de riesgo asociados a la forma de ser del pastuso
Medios de comunicación	La comercialización por los medios de comunicación de ideales de vida que no corresponden a la realidad colombiana y que además privilegian y proliferan una exagerada vanidad corporal y la necesidad artificial de acceder y poseer bienes materiales, es considerada un factor de riesgo.	Factores de riesgo asociados a la información que brindan los medios de comunicación
3. FACTORES PROTECTORES Elementos que contribuyen a la prevención del suicidio		
Fuentes de apoyo social (familia, pareja y	El apoyo y el afecto positivo recibido en el núcleo familiar primario, son los elementos que la comunidad asocia en mayor medida con los factores protectores ante el suicidio.	Factores protectores asociados a la familia

Percepción del Suicidio en Nariño, 141

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
amigos)	Palabras de ánimo, expresiones de afecto y el apoyo incondicional que se recibe en la familia, permite al individuo reconocerse a sí mismo como una persona capaz, que posee las herramientas necesarias para afrontar cualquier tipo de situación	
	Una relación de pareja estable, también se incluye como uno de los factores que evitan la ocurrencia del suicidio.	Factores protectores asociados a la relación de pareja
	La oportunidad de ser escuchado por alguien, y de comentar los problemas, se constituye en un factor protector.	Soporte social
Educación	La educación es el pilar fundamental sobre el que ha de erigirse la formación personal y social, el instrumento que permite al individuo alcanzar un desarrollo integral que le facilitará adaptarse a las cambiantes situaciones que ha de enfrentar.	Factores protectores asociados a los procesos educativos (formales e informales)
	La comunidad reconoce en la familia y en la escuela institutrices primordiales, gracias a las cuales el individuo adoptara nociones, valores y principios morales que nutrirán su personalidad.	
	La enseñanza de normas, principios éticos, deberes y derechos, se constituyen en el complemento ideal de la formación impartida en el hogar.	

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	La institución educativa, se concibe como un espacio de encuentro e interacción, donde el individuo disipa sus preocupaciones, al mismo tiempo que elabora o concretiza su proyecto de vida y visualiza el alcance de metas y objetivos personales.	
	Existen expectativas positivas frente al papel educativo que los medios de comunicación podrían cumplir frente a la prevención del suicidio y la facilitación de soluciones y alternativas eficaces frente a esta problemática.	Función educativa de los medios de comunicación
	En el caso de familias que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, se reconoce en ellas mayor proximidad y calidez en el trato con los hijos, situación que es percibida como un factor protector ante la ocurrencia del suicidio.	Factor protector asociado a la pertenencia a estratos socioeconómicos bajos.
Cultura, arte, recreación y deporte	El deporte y la música son consideradas actividades benéficas para los individuos que las practican, ya que además de fuente de entretenimiento y distracción, son actividades que brindan salud, emociones gratificantes y a su vez, promueven la cooperación, el trabajo en equipo y el establecimiento de nuevas redes de interacción social.	

Nota: Algunos datos presentados en la tabla 3, hacen parte de la investigación "Análisis de factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en el departamento de Nariño" (Sánchez y cols, 2007).

Análisis descriptivo de resultados municipio de Tumaco

Concepto de suicidio

Aunque todos los participantes reconocen el suicidio como la acción voluntaria mediante la cual un individuo se quita la vida, se observan otro tipo de acepciones que revisten vital interés. Por ejemplo, es aceptada cierta connotación ambivalente respecto al suicidio, pues se lo considera un acto que en sí mismo implica cobardía y valentía del ejecutor. Otra significación particular, denota al suicidio como un acto pasivo, es decir como un proceso lento, que en apariencia no afecta notoriamente la salud, pero que sin embargo, trae consecuencias nefastas, las siguientes frases dan testimonio de estas afirmaciones: a) *Pero no se sabe la balanza a donde se equilibra más, hacia la cobardía o hacia la valentía, o la pendejada, porque a veces no es más que pendejada*, b) *Para eso creo que hay que ser valiente y cobarde; o sea no se que es más si es cobarde o valiente*, c) *El suicidio no es quitarse la vida en un segundo, puede hablarse de un suicidio lento en el caso de aquellos que pudiendo alimentarse bien no lo hacen para gozar de algunos beneficios de otro tipo*, d) *Hay otros que se matan a pedazos*.

Además, se reconoce al suicidio como una posibilidad de escape, una acción evasiva ante los problemas o como la forma de ponerle fin a una situación particular. A continuación se presenta la clasificación jerárquica de estas concepciones.

Tabla 4. Lista de conteo respecto al concepto de suicidio manejado por la comunidad del municipio de Tumaco.

Concepto de suicidio
1. Quitarse la vida uno mismo (13)
2. Acto de valentía y cobardía al mismo tiempo (10)
3. Proceso lento, que aparentemente no afecta la salud (9)
4. Evadir los problemas (8)
5. Una forma de escape a los problemas (6)
6. Ponerle fin a algo (5)

Es necesario mencionar que la comunidad tumaqueña, no percibe el suicidio como una problemática significativa propia de su municipio, puesto que la ocurrencia de este fenómeno es poco frecuente. Sin embargo, resulta curioso el hecho de que a los casos de suicidio que la comunidad conoce, se atribuyen características particulares: Son personas provenientes de otro municipio o personas que siendo oriundas de Tumaco, han salido a realizar sus estudios a otras ciudades o municipios: a) *Se escuchan casos, pero son de personas que llegan al municipio, no se puede decir que son de personas nacidas acá,* b) *Los que se suicidan, son personas que siempre han estudiado en Pasto o fuera de aquí de Tumaco.*

Otro elemento intrigante, es que la mayoría de participantes percibe como algo común, que los casos de suicidio sean precedidos o acompañados de homicidio(s): a) *Por la traición de un amigo, hacen lo mismo, primero homicidio y después suicidio*, b) *Pueden llegar a casos de desesperación y comete homicidio o suicidio*, c) *Cuando la pareja tiene una enfermedad como el SIDA, contagia a la pareja, la mata y después se mata*, d) *Si yo estoy con mi pareja y me engaña, la mato a ella y me mato yo*.

Factores de riesgo

Factores individuales

Los factores personales que la comunidad asocia con el fenómeno del suicidio, pueden ser divididos en cuatro categorías que los abordan. El orden en la presentación de cada una de ellas no implica ningún tipo de clasificación jerárquica, pues todas las respuestas fueron representativas, es decir, se presentaron con similar frecuencia en todos los grupos.

La categoría “carencia de habilidades y competencias personales”, hace alusión a dificultades o incapacidad para afrontar problemas o tomar decisiones, baja autoestima, (relacionada con sentimientos de rechazo, fracaso e indefensión), baja tolerancia a la frustración y tendencia al facilismo, las siguientes frases ilustran esta percepción: a) *El mismo sentimiento de fracaso, el mismo sentimiento de rechazo, no sentirse capaz de lograr cierto tipo de cosas, por ejemplo de pronto no sentirse capaz de sacar adelante la familia, no sentirse capaz de sacar adelante una carrera, no sentirse capaz de responder en el trabajo, o... si cosas como esas básicamente*, b) *Esa falta de aprecio y de*

valor a sí mismo, baja autoestima, c) Eso se da por la falta de tomar decisiones, o sea, la capacidad de saberse defender por si mismos, d) Porque siempre buscan la manera más fácil de salir de las cosas, El suicidio se da por una incapacidad para resolver una dificultad.

“Presencia de trastornos mentales”, es una categoría que a diferencia de lo observado en la comunidad del municipio de Pasto, tan solo incluye los estados depresivos como factores asociados a la problemática del suicidio.

La categoría “factores psicológicos y rasgos de personalidad”, abarca factores como dependencia afectiva e introversión. Es importante resaltar que la introversión, al igual que en el caso del municipio de Pasto, se asocia a situaciones como *ahogarse en los problemas o encerrarse en su propio mundo*, los siguientes fragmentos ilustran esta situación: a) *De pronto en otras partes el suicidio se da porque las personas no comparten sus problemas, no se desahogan, se saturan hasta que cometen esos actos*, b) *El suicidio se da por una incapacidad para resolver una dificultad, o encerrarse en su propio mundo.*

Por último, la categoría “enfermedades terminales”, que se relaciona evidentemente con la presencia de alguna patología física que no tiene cura y que además provoca demasiado dolor, es asociada con la ocurrencia de suicidios. Claro está, que la comunidad reconoce que el apoyo social y la forma como la persona se entera de su padecimiento (como lo asume su entorno sociofamiliar, actitud del personal de salud para comunicar la noticia y las acciones para sobrellevar tal situación), influyen sobre la determinación de quitarse la vida: a) *Hay personas que piensan que para no morir se sufriendo*

(enfermedad terminal), es mejor matarse de una, b) Cuando uno tiene una enfermedad terminal y le dicen que tiene poco tiempo de vida, se acongoja y más si no tiene a quien contarle, por eso hay que ver como se lo dicen.

En la figura 8 se esquematiza la relación entre estas categorías y los factores individuales que la comunidad asocia con el fenómeno del suicidio.

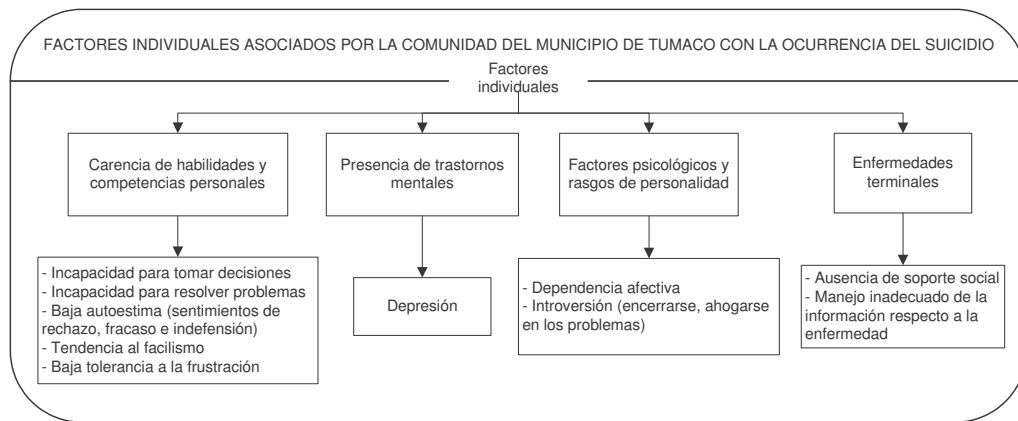


Figura 8. Taxonomía factores individuales asociados por la comunidad del municipio de Tumaco con la ocurrencia del suicidio.

Factores familiares

Los factores o situaciones familiares que los participantes de la comunidad de Tumaco asocian con esta problemática, se refieren en términos generales, a la negligencia por parte de los padres (descuido, preferencia por uno de los hijos, falta de apoyo), conflictos entre las figuras parentales o fraternales y muerte de un familiar cercano. Esta última situación, se relaciona con la dependencia afectiva hacia el ser querido que ha fallecido, por lo tanto puede vincularse al mismo tiempo con uno de los factores individuales anteriormente mencionados: a) *Los problemas familiares, por lo menos que no se lleven bien*

los hermanos, o que los padres no les pongan atención, la preferencia por los otros hijos, celos, b) Cuando uno está en su casa con su mamá y su papá y uno siente como que ya no le paran bolas, que uno no es nadie en esa casa, y se siente como un individuo ahí y no como un hijo, o una hermana, que se yo, entonces yo diría que en ese caso, para mi es como más fuerte a que uno llegue a pensar o a querer quitarse la vida, c) Problemas intrafamiliares, en las casas, sobretodo entre el marido con la mujer, eso es lo que más se da... y por eso pasa, d) Porque algunos son muy dependientes de la mamá, el papá, la novia, algunos se matan cuando se les muere la mamá, se echan a la depresión, no comen y eso los lleva a que tengan una enfermedad y también al suicidio”.

Factores sociales

Relaciones de pareja y con amigos. En el caso específico de la comunidad de Tumaco, los factores que en mayor grado se asocian a la ocurrencia del suicidio, son aquellos que tienen que ver con situaciones sentimentales a nivel de pareja, o -según palabras de los participantes- “*motivos pasionales*”, entre ellos tenemos: decepción amorosa (no correspondencia del ser amado), infidelidad y dependencia afectiva, los siguientes fragmentos ilustran esta percepción: a) *En Tumaco, la mayoría de suicidios son por motivos pasionales, b) Cuando uno empieza a analizar uno podría decir de pronto problemas pasionales, sentimentales, por amor han muerto muchas personas, se han suicidado muchas personas, c) Hay casos de mujeres, cuando las abandonan con sus hijos, es más por la parte pasional que*

cometen ese horror que de pronto por la situación económica en que estén, d) El ego tiene una gran parte en el suicidio, porque hay personas que no soportan por ejemplo que tenga mi novia y venga otro y me la quite, o sea, que yo un hombre dejarme quitar de otro hombre, que puede ser hasta menos que yo, hiere porque yo no sirvo, e) Las personas no solo se suicidan por las cosas materiales, sino también por que la mujer los dejó, porque la mujer los quemo.

En la última frase, el vocablo “*quemo-quemar*”, es una expresión que en el contexto tumaqueño significa ser infiel a la pareja.

En lo que respecta a relaciones de amistad, se observa que la comunidad tumaqueña atribuye gran valor a este tipo de interacción, pues reconocen en la figura del amigo a una persona que escucha (permite “*desahogarse*”), comprende y brinda apoyo, por tanto, reconocen que el aislamiento o la traición que un individuo puede recibir por parte de sus amigos, puede convertirse en un factor de riesgo: a) *De pronto cuando los amigos lo aíslan, hacen que la persona se cohíba y tome esas decisiones,* b) *No precisamente sentimentales en el sentido de una pareja, si no también porque uno a veces siente que está muerto por dentro, se siente triste, se siente solo, siente que no hay nadie y no precisamente la pareja, sino un amigo o una amiga que se ha ido.*

Nivel socioeconómico. Al igual que en el caso de la comunidad de Pasto, para la comunidad tumaqueña, la situación económica y el pertenecer a determinada clase social, no representa un factor de riesgo determinante para la ocurrencia de este fenómeno: *Aquí en Tumaco no influye la situación*

económica para el suicidio, si para problemas, rencillas, conflictos, pero no hasta el punto extremo del suicidio.

Sin embargo se mencionan ciertos aspectos que dependiendo de la clase social o el nivel económico del individuo, pueden convertirse en factores de riesgo.

En el caso de personas que pertenecen a estratos socioeconómicos altos, se identifican factores de riesgo relacionados con la excesiva preocupación por los bienes materiales y con la tendencia a solucionarlo todo por el “*camino más fácil*”, que según esta comunidad, implica emplear dinero para solventar carencias que no requieren de este (falta de afecto, comprensión, etc.). Además, se acepta que la pérdida de status económico y social que una persona de clase alta puede experimentar, es un factor de riesgo, pues -según la comunidad- a estas personas les cuesta demasiado afrontar circunstancias de este tipo: a) *Los de alta se suicidan por las cosas materiales, son personas facilistas, para ellos todo se soluciona con plata, están acostumbrados a solucionarlo todo fácilmente,* b) *Una persona de clase alta que pierde su dinero, vive otra situación, bajar de nivel, de posición donde hay carencias, de pronto siente impotencia, no es la vida que quiere y deciden quitarse la vida, no se sienten capaces de afrontar esa nueva situación.*

Para la clase baja, se identifican situaciones de riesgo como la pobreza extrema y la no satisfacción de necesidades básicas que esta implica. La siguiente frase, además de ejemplificar tal situación, hace referencia a un elemento particular que se percibe en esta comunidad (en muchos casos a un

suicidio lo precede o acompaña un homicidio): *Una persona estrato uno que no tenga con que darle de comer a sus hijos, puede llevarlo al suicidio y cometer homicidio con los hijos, que también ha pasado.*

Por otro lado, la imposibilidad de pagar deudas, acompañada de sentimientos de impotencia e inutilidad y de amenazas del cobrador, es considerada otro factor de riesgo para las personas que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos: *Pueden ser deudas y que no pueda pagar, pero aunque tenga valores, sino puede cumplir las deudas, puede intentar el suicidio, lo hace sentirse acosado, irresponsable, inútil y puede encontrar en el suicidio la única salida.*

Por otro lado, la imposibilidad de pagar deudas, acompañada de sentimientos de impotencia e inutilidad y de amenazas del cobrador, es considerada otro factor de riesgo para las personas que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos: *Pueden ser deudas y que no pueda pagar, pero aunque tenga valores, sino puede cumplir las deudas, puede intentar el suicidio, lo hace sentirse acosado, irresponsable, inútil y puede encontrar en el suicidio la única salida.*

Por último, se reconoce en el “pobre” cierto tipo de fortaleza, producto de las privaciones y condiciones a las que ha tenido que adaptarse por pertenecer a un estrato socioeconómico bajo o menos favorecido: *El pobre siempre ha tenido resignación, siempre le toca aguantar.*

Situación de orden público a nivel regional. En la actualidad, ciertas características observadas en los jóvenes son consideradas por la comunidad

como factores que pueden incidir sobre la ocurrencia del suicidio. Entre ellas están la preocupación excesiva por la obtención de bienes materiales, la construcción de proyectos de vida sustentados en la denominada “plata fácil” y el narcotráfico y el rechazo hacia las posibilidades de formación académica y laboral. Esta situación es asociada por la comunidad, con la influencia que el narcotráfico ha ejercido sobre la cotidianidad del municipio, pues muestra al joven la posibilidad de obtener dinero y poder fácilmente: a) *Para ellos todo es la moto, el celular, así no haya comida en la casa, tiene que haber la moto o el último celular con cámara; comiéndose un cable, pero la moto y el celular están ahí,* b) *Los muchachos ven que llegan de otras partes sobre todo de la región Nororiental, mostrando todo el poderío que da el narcotráfico y quieren imitar y empiezan ellos a buscar esa gente y que mejor oportunidad piensan ellos de poder tener un dinero para sus gastos, y sus comodidades y la mente del joven es así que le gusta tener las cosas ya, inmediatamente y no como debe ser, construyéndolo poco a poco con su trabajo entonces ellos piensan que esa es una forma de vida,* c) *Eso de no estudiar y preocuparse por las cosas materiales, está pasando a raíz de lo que está viviendo la región, con todo lo de los cultivos y esas cosas, la plata fácil, nos tienen llevados; entonces ven y viene un joven y mira que el vecino de la noche a la mañana apareció con plata, entonces dice el joven, si mi vecino hizo lo mismo, como yo no voy a poder hacer lo mismo; entonces esa cultura de los cultivos a influido bastante, entonces ya miran la moto, los celulares, entonces dicen, si mi vecino tiene, yo también puedo,* d) *Muy pocos son aquí los jóvenes que dicen salí del colegio*

voy a estudiar, de superarse; solo es la moto, para los quince la moto, para el grado la moto, no me hagan la fiesta, quiero moto”.

Violencia. Los tumaqueños reconocen su municipio como una zona violenta y destacan tres formas principales en las que esta violencia se manifiesta.

La violencia asociada a los cultivos ilícitos y al manejo que de estos hacen los grupos armados al margen de la ley. Este tipo de violencia es la que más muertes provoca, debido al llamado “ajuste de cuentas”, los siguientes textos ilustran esta situación: a) *Eso de los cultivos si ha traído demasiada violencia, en cantidad,* b) *Aquí en Tumaco la gente se moría de vieja, ahora todos son disparos en la cabeza, eso no los dejan vivir, y mucha muerte joven, es a gente muy joven, casi todas las muertes se relacionan con esto de los cultivos,* c) *También se da mucha muerte por ajuste de cuentas, es que eso es, estamos hablando ahí no más bajo cuerda, para dejar los cultivos quietecitos.*

La violencia intrafamiliar, asociada a pautas de crianza donde el castigo y el maltrato físico y verbal son una constante. Y finalmente, la violencia sexual, de la que son participes y víctimas niños y niñas de la región: a) *Muchísimo abuso, muchísimo abuso sexual, Inclusive entre los mismos niños, no solamente de adulto a adulto, sino entre los mismos niños porque además tradicionalmente la cultura viene abierta y habla mucho de sexo, y los niños empiezan a jugar también con el sexo,* b) *Prostitución se está viendo ahorita muchísimo incitado por los mismos padres o madres, o sea la mamá es la que lleva a la niña al prostíbulo.*

Educación. El concepto de educación que manejan los Tumaqueños alude fundamentalmente a la educación que se imparte en el hogar y en el entorno social inmediato, considerando que la función de la educación formal es complementar estos aprendizajes: a) *Todo viene desde casa pero es labor de la escuela y el colegio complementar lo que viene de casa, ampliar conocimientos y dar una visión global de las cosas; pero todo viene de casa,* b) *Los niños se desarrollan con lo que les ofrece el ambiente, el entorno, esa es su escuela.*

La educación formal que se brinda en el municipio es calificada como “una educación mediocre”. Por un lado, muchos docentes que la imparten no se encuentran lo suficientemente capacitados para ello; por otro lado, se considera que las metodologías y contenidos, no se adaptan a los intereses y expectativas de los jóvenes, pues se centran únicamente en el aspecto académico, descuidando la formación en valores y en resolución de conflictos: a) *Aquí la educación más que todo es difícil acá la educación tiene que pasar por el mejoramiento de los educadores, y entonces ahorita estamos muy graves con ello, hay muchos educadores que no saben leer y escribir incluso educadores que en el año 2006, están educando a punta de golpes,* b) *Al joven casi no le interesa, se aburre, las practicas educativas no están adecuadas para los jóvenes, los métodos, las metodologías, los temas, al joven no le interesa, entonces, no mira nada interesante, por que si hubieran unos métodos unas metodologías adecuadas seria interesante y seria una forma de retención del joven, pero el sale del sistema educativo, por aburrimiento, que no va*

acorde como con su edad, sus expectativas, c) Es que a uno se lo debe formar para enfrentar los problemas de la vida si, la Matemática, la Biología y todo eso está muy bien pero también se lo debe formar a uno para enfrentar o para adquirir elementos y capacidades para enfrentar los retos y los problemas que la vida nos plantea, y nos plantea a diario entonces si, si hay que empezar a poner eso en los currículos educativos.

Las oportunidades educativas, tanto a nivel básico como superior, con las que cuenta la comunidad, son consideradas escasas. A esto se suman las dificultades económicas que vive un amplio sector de la población, y que en muchos casos impiden el acceso y permanencia en determinada institución educativa: a) *Aquí hay mucha demanda de estudio, pero pocas oportunidades,* b) *La posibilidad de ingresar a la Educación Superior si la hay, lo que no hay es recursos económicos para ingresar a la Educación Superior.*

Aunque los tumaqueños no consideran el nivel educativo de una persona como un factor influyente en la incidencia de la conducta suicida, se reconoce que las exigencias y presiones de padres de familia y de la sociedad en general, respecto al rendimiento académico de los jóvenes, pueden constituirse en un factor de riesgo para estos: a) *Eso es relativo, el nivel educativo no influye en que alguien se suicide o no,* b) *Otra puede ser por problemas académicos, hay estudiantes que son muy aferrados a ciertas cosas, y se sienten mal o no aceptan perder una materia o quedarse habilitando o perder un examen, que ahora mi papá me pega, me regaña, ahora no me regalan la*

moto, no me regalan esto porque perdí una materia, entonces yo creo que eso predispone.

Factores culturales

Según manifestaciones de la comunidad, el sistema familiar monoparental (madresolterismo) predomina en el municipio, ya que es común que la mujer sea abandonada por el hombre y ésta deba responsabilizarse totalmente de la crianza de los hijos.

Las pautas de crianza predominantes se caracterizan por el abandono, el maltrato físico y verbal, la poca afectividad y el machismo. No obstante, aunque la comunidad reconoce la influencia negativa de estas características culturales, estas no son asociadas con fenómeno del suicidio: a) *La tipología familiar más frecuente es, la monoparental, con la figura femenina, con madresolterismo, los abuelos padres son demasiado comunes y las mamás son abandonadas, entonces como no vamos a generalizar, pero si se presenta mucho en nuestro medio, b) La forma de relacionarse es agresiva, no hay una cultura de buen trato, las mamás con los niños, las palabras soeces, los niños desde muy pequeños, desde muy pequeñitos empiezan a... a si yo toco a alguien entonces la forma de reaccionar es como a la defensiva, me están atacando, me están atacando, c) Culturalmente, las personas ven el maltrato como una forma de castigar, de educar, de hacer entre sí como una forma de comunicación en la familia y en la parte social también.*

En cuanto a los roles de género, el machismo es la actitud que prevalece en todo tipo de relación entre hombres y mujeres, incluso es considerado como

un factor de riesgo para suicidio en mujeres: a) *A los hombres desde pequeños se les está enseñando cómo es que deben manejar sus relaciones de poder frente al dominio hacia las mujeres, el hombre si puede tener muchas mujeres mientras que las mujeres se les dice que no se pueden acercar a los hombres, el hombre si puede dormir hasta las diez de la mañana, eh... un día que no tenga clases por ejemplo el fin de semana, mientras que la mujer se tiene que levantar a las seis de la mañana a, a hacer todos los oficios de la casa y, y a servirle el desayuno cuando el hombre se levante, el hombre si puede salir a bailar los fines de semana a altas horas de la noche, mientras que a las mujeres se les prohíbe, b) El machismo es un riesgo también para el suicidio en el sentido de que la mujer aquí es muy fuerte como un objeto sexual, entonces el hombre es quien puede ante la sociedad y ante todo el mundo y ante su familia, puede tener varias relaciones simultáneas, relaciones afectivas inclusive no afectiva sino por estar con una mujer y punto. Mientras que la mujer no, la mujer es mal vista por eso... entonces puede señalarme el suicidio y además porque es un rasgo, es un rasgo importante que muchos de los hombres a pesar de no responder por sus hijos con cada mujer que están quieren engendrar un hijo, entonces se ha puesto a la mujer un poco minimizada”.*

A pesar de que la salud es considerada como un estado de bienestar integral, físico y emocional, la manifestaciones de los participantes demuestran que en Tumaco no se presta la atención necesaria a la salud mental; pues se hace mucho más énfasis en el aspecto físico, al concebir la salud como la

ausencia de enfermedades, problemas o molestias en el organismo: a) *Es el completo bienestar físico, tanto emocional, como también la ausencia de enfermedad,* b) *Para mi la salud es como estar sano, sentirse bien físicamente, de pronto no tener problemas en cuanto al organismo o partes del cuerpo.*

Aunque se reconoce que en algunas instituciones de salud se presta el servicio de atención psicológica, se reconoce que la población no hace uso de éste debido a la concepción errada que existe respecto al rol del psicólogo y a la estigmatización de que son objeto aquellas personas que requieren este tipo de atención: a) *La gente acá le tiene como un tabú al psicólogo por que no lo han enfocado como algo necesario para la formación del niño, del adolescente y del joven,* b) *A la gente no le gusta ir donde el Psicólogo; y como la gente tiene esa concepción de que el Psicólogo trata es a los locos, entonces dicen pero si yo no estoy loco, el Psicólogo solo es para los locos,* c) *Hay un mal manejo de la palabra Psicología, se la relaciona con locura.*

Medios de comunicación. La comunidad no percibe la información brindada por los medios de comunicación como un elemento que influya directamente sobre la ocurrencia del suicidio, sino que relacionan la ocurrencia de este fenómeno con la forma en que cada persona interpreta dicha información: *En el suicidio no influyen tanto los medios de comunicación, sino la forma de asimilar las noticias las personas, la capacidad para no hacer lo que ve en televisión.*

Factores protectores

Familia, pareja y amigos

Al igual que en el municipio de Pasto, el apoyo social que ofrecen familiares, pareja y/o amigos, es considerado uno de los principales factores protectores ante el suicidio. Dicho apoyo se relaciona con la posibilidad de ser escuchado, comprendido y valorado por otro significativo. En el caso específico de la familia, la necesidad de este apoyo va más allá de lo afectivo y contempla el apoyo material que los padres pueden brindar a sus hijos: a) *Es necesario tener alguien que lo escuche, sea familia o no, lo importante es que este ahí y escuche, que lo comprendan a uno,* b) *Que los papás estén pendientes de uno, que le den para lo que necesite... amor y lo necesario para uno.*

Educación

La educación que se imparte en la familia y en la escuela, son reconocidas como elementos primordiales en la contribución a la prevención del suicidio. La complementariedad que puede originarse entre tales procesos educativos es reconocida y valorada, además, se identifica en el personal docente a subrogados de las figuras parentales que por asumir tal función, pueden influir positiva y determinadamente sobre la formación de los estudiantes: *Parte lo que se enseña en la familia y parte la Educación, porque lo que es la Escuela, la Universidad también son el segundo hogar, porque si uno está estudiando y simplemente uno se limita a que él es el profesor y uno el estudiante y el dice y uno dice, no está haciendo nada, un profesor también*

lo puede orientar a uno; profe me pasa esto, como me puede colaborar, entonces creo que sería ir de la mano tanto la familia como la Educación.

Los tumaqueños consideran que este proceso formativo que inicia en el hogar y se complementa en la institución educativa, debe orientarse a inculcar valores como: El respeto por si mismo y por los demás, la confianza, la responsabilidad, la tolerancia, la autoestima; además de facilitar herramientas que permitan a los jóvenes adquirir habilidades y competencias personales relacionadas con la toma de decisiones y la resolución de problemas: a) *Enseñarles que cuando se fracasa es bueno también volver a comenzar y que eso no tiene que interferir en las cosas futuras; no siempre decir como yo la embarre aquí, entonces no quiero hacer más nada porque vuelvo y la embarro, no, si la embarró deje eso ahí y vuelva y comience; sería muy bueno como motivar a las personas a eso, b) Enseñarle que los problemas siempre se van a presentar en cualquier edad del ser humano, enseñarle que el ser humano, básicamente se caracteriza es por saber solucionar esos problemas.*

Cultura, arte, recreación y deporte

Los tumaqueños se describen a si mismos como personas muy alegres, extrovertidas, rumberas, relajadas, frescas y expresivas, estas características son percibidas como elementos protectores que los diferencian de personas de otras regiones: a) *No nos preocuparnos por cosas que en otras ciudades se preocupan, de pronto en la parte pasional si, pero nos preocupamos por otras cosas como pasarla bien, a un costeño le interesa tener su playa, su ron y pasarla bien, b) No nos enfrascamos en los problemas, dejamos que las cosas*

fluyan, c) Las personas de la costa somos mucho más relajadas, más frescas, no nos complicamos mucho la vida, d) Nosotros cuando tenemos un problema lloramos, pataleamos y salimos, e) Por lo general somos muy expresivos, poco introvertidos, prácticamente expresamos todo.

En concordancia con lo expuesto anteriormente, características propias de la “*forma de ser del tumaqueño*” o de la cultura costeña, son identificadas como factores protectores ante la ocurrencia del suicidio: *A los de aquí los caracteriza su alegría, acá hay personas muy extrovertidas, que son bien alegres, bien recocheras, todo lo miran como un chiste, un juego; entonces a lo mejor eso hace de que, no se, de que no piensen tanto en eso, en esos momentos malos que uno a veces vive”.*

La pertenencia a otro tipo de cultura es relacionada con la posibilidad de ocurrencia de suicidios, en este caso, la cultura de contextos regionales como Pasto e Ipiales, es considerada un factor de riesgo. Además, el deporte y la práctica de actividades recreativas que el entorno ambiental ofrece, se constituyen como factores protectores ante esta problemática. Por último, a diferencia de otros municipios, en el municipio de Tumaco el consumo de alcohol, no es percibido como una problemática, sino como una fuente de diversión que culturalmente es aceptada: *a) Los que se matan son porque traen otra cultura, la cultura tumaqueña no es matarse, b) En Pasto si miraba mucho las noticias que había mucho de eso y más que todo en adolescentes que no sobrepasaban los 16 años, entonces, según las notas que ellos dejaban decían que era por problemas familiares, por que los padres no les prestaban*

atención, o debido a problemas académicos, o traumas, el novio, la novia; acá en Tumaco eso no es algo muy cotidiano, eso se ve digamos en cinco años uno de pronto o mucho dos, no es algo que sea muy representativo, c) Comparado con otras ciudades del departamento como Ipiales, casi no se da el suicidio porque las personas costeñas tenemos otras prioridades, no preocuparnos por cosas que en otras ciudades se preocupan, de pronto en la parte pasional si, pero nos preocupamos por otras cosas como pasarla bien, a un costeño le interesa tener su playa, su ron y pasarla bien.

Tabla 5. Matriz de análisis municipio de Tumaco.

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
1. CONDUCTA SUICIDA		
Concepto de suicidio	Acto voluntario de quitarse la vida	Definición de suicidio comúnmente aceptada
	Acto de cobardía y valentía al mismo tiempo	Connotación ambivalente del concepto de suicidio
	Proceso lento, que aparentemente no afecta la salud, pero que conduce a la muerte	“Suicidio lento y silencioso”
	Evadir los problemas	Concepción de suicidio como un acto evasivo
	Una forma de escape a los problemas	
	Ponerle fin a algo	
2. FACTORES DE RIESGO		
2.1. Factores individuales		

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Factores biológicos y psicológicos	Dificultades o incapacidad para afrontar problemas o tomar decisiones, baja autoestima, (relacionada con sentimientos de rechazo, fracaso e indefensión) y tendencia al facilismo, son factores asociados a la ocurrencia del suicidio.	Carencia de habilidades y competencia personales
	Los estados depresivos son factores asociados a la problemática del suicidio.	Trastornos mentales relacionados con el suicidio
	Factores psicológicos como baja tolerancia a la frustración, dependencia afectiva e introversión, son identificados como factores de riesgo para suicidio.	Factores psicológicos y rasgos de personalidad asociados al suicidio
	La presencia de alguna patología física que no tiene cura y que además provoca demasiado dolor, es un factor de riesgo.	Enfermedades terminales como factores de riesgo para suicidio.
2.2. Factores familiares		
	La negligencia por parte de los padres, ejemplificada como descuido, preferencia por uno de los hijos, falta de apoyo o rechazo, es considerada uno de los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida.	Factores de riesgo derivados de situaciones

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Relaciones familiares	Conflictos significativos entre figuras parentales y fraternales, pueden desencadenar la ocurrencia de un suicidio al interior de la familia.	familiares
	La muerte de un familiar cercano, se constituye como un factor de riesgo.	Factores de riesgo asociados a muertes de familiares cercanos
2.3. Factores sociales		
Relaciones de pareja	Los factores que en mayor grado se asocian a la ocurrencia del suicidio, son aquellos que tienen que ver con situaciones sentimentales o " <i>motivos pasionales</i> ", entre ellos: decepción amorosa, infidelidad y dependencia afectiva.	Factores de riesgo asociados a las relaciones de pareja
	La infidelidad y la decepción amorosa, no solo conducen al suicidio, sino también al homicidio de las personas implicadas en el conflicto.	
Relaciones con amigos	El aislamiento o la traición que un individuo puede recibir por parte de sus amigos, puede convertirse en un factor de riesgo.	Factores de riesgo asociados a relaciones con amigos
Situación económica	En el caso de las personas de clase alta, la preocupación por los bienes materiales y con la tendencia a solucionarlo todo por el " <i>camino más fácil</i> ", con dinero, los hace más propensos a cometer suicidio.	Factores de riesgo asociados a la pertenencia a estratos

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	La pérdida de status económico y social que una persona de clase alta puede experimentar, es un factor de riesgo.	socioeconómicos altos
	La pobreza extrema y la no satisfacción de necesidades básicas que esta implica, puede convertirse en un factor de riesgo.	Factores de riesgo asociados a la
	La imposibilidad de pagar deudas, acompañada de sentimientos de impotencia e inutilidad y de amenazas del cobrador, conduce a muchas personas a cometer suicidio.	pertenencia a estratos socioeconómicos bajos
	La preocupación excesiva por la obtención de bienes materiales, la construcción de proyectos de vida sustentados en la denominada “plata fácil” y el narcotráfico y el rechazo hacia las posibilidades de formación académica y laboral, se constituyen en factores de riesgo para la población juvenil.	Factores de riesgo
	La violencia asociada a los cultivos ilícitos y al manejo que de estos hacen los grupos armados al margen de la ley, influye negativamente sobre la población tumaqueña, pues trae consigo muchas muertes.	asociados a la situación de orden público a nivel regional
	Otro factor de riesgo significativo, es la violencia sexual de la que son víctimas muchos niños y niñas de la región.	

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Educación	Las oportunidades educativas, tanto a nivel básico como superior, con las que cuenta la comunidad, son mínimas.	Factores de riesgo asociados a las escasas oportunidades educativas
	Las exigencias y presiones de padres de familia y de la sociedad en general, respecto al rendimiento académico de los jóvenes, pueden constituirse en un factor de riesgo para estos.	Factores de riesgo asociados a los procesos de educación formal
2.4. Factores culturales		
Forma de ser del tumaqueño	El machismo es la actitud que prevalece en todo tipo de relación entre hombres y mujeres, incluso es considerado como un factor de riesgo para suicidio en mujeres.	Factores de riesgo asociados a patrones culturales propios
	La pertenencia a otro tipo de cultura es relacionada con la posibilidad de ocurrencia de suicidios, en este caso, la cultura de contextos regionales como Pasto e Ipiales, es considerada un factor de riesgo.	Factores de riesgo asociados a la pertenencia a otra cultura u otra región
Medios de comunicación	La comunidad no percibe la información brindada por los medios de comunicación como un elemento que influya directamente sobre la ocurrencia del suicidio, sino que relacionan la ocurrencia de este fenómeno con la forma en que las personas interpretan dicha información.	Interpretación de la información brindada por los medios de comunicación como factor de riesgo

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
3. FACTORES PROTECTORES Elementos que contribuyen a la prevención del suicidio		
Fuentes de apoyo social (familia, pareja y amigos)	El apoyo y el afecto positivo (sentimental y material) recibido en el núcleo familiar primario, son los elementos que la comunidad asocia en mayor medida con los factores protectores ante el suicidio.	Factores protectores asociados a la familia
	La posibilidad de ser escuchado, comprendido y valorado por otro significativo, es un factor protector ante esta problemática.	Factores protectores asociados a la relación de pareja
	La oportunidad de ser escuchado por alguien, y de comentar los problemas, se constituye en un factor protector.	Soporte social
Educación	La educación formal e informal, son reconocidas como elementos primordiales en la contribución a la prevención del suicidio.	Factores protectores asociados a los procesos educativos (formales e informales)
	La complementariedad entre educación formal e informal es reconocida y valorada, como un factor protector ante esta problemática.	
	Se identifica en el personal docente a subrogados de las figuras parentales que por asumir tal función, pueden influir positiva y determinadamente sobre la formación de los estudiantes.	

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	<p>El proceso formativo que inicia en el hogar y se complementa en la institución educativa, debe orientarse a inculcar valores como: El respeto por si mismo y por los demás, la confianza, la responsabilidad, la tolerancia y la autoestima.</p> <p>La educación debe facilitar herramientas que permitan a los jóvenes adquirir habilidades y competencias personales relacionadas con la toma de decisiones y la resolución de problemas.</p>	
	<p>Se atribuye a las personas que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos cierto tipo de fortaleza, producto de las privaciones y condiciones a las que han tenido que adaptarse por pertenecer a un estrato socioeconómico menos favorecido.</p>	<p>Factor protector derivado de la pertenencia a un estrato socioeconómico bajo</p>
<p>Cultura, arte, recreación y deporte</p>	<p>Los tumaqueños se describen a si mismos como personas muy alegres, extrovertidas, rumberas, relajadas, frescas y expresivas, estas características son percibidas como elementos protectores que los diferencian de personas de otras regiones.</p> <p>El deporte y la práctica de actividades recreativas que el entorno ambiental ofrece, se constituyen como factores protectores ante esta problemática.</p>	<p>Factores protectores propios de la cultura y el ambiente de Tumaco</p>

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	El consumo de alcohol, no es percibido como una problemática, sino como una fuente de diversión que culturalmente es aceptada.	

Nota: Algunos datos presentados en la tabla 5, hacen parte del la investigación “Análisis de factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en el departamento de Nariño” (Sánchez y cols, 2007).

Análisis descriptivo de resultados municipio de Ipiales

Concepto de suicidio

En similitud con lo observado en los municipios de Pasto y Tumaco, la comunidad de Ipiales define al suicidio como la acción voluntaria mediante la cual un individuo se quita la vida, sin embargo al igual que en los dos casos mencionados, se presentan definiciones particulares que merecen mención especial.

Se identifica una clara connotación ambivalente respecto al suicidio, pues la comunidad participante lo considera un acto que en si mismo alberga expresiones de valor y de cobardía. Otras definiciones tienden a considerarlo un acto egoísta, desesperado e inmaduro a partir del cual se busca llamar la atención, los siguientes textos ejemplifican esta situación: a) *Es una mezcla de valentía y cobardía, muy cobarde para suicidarse hermano, pero mucho para coger y matarse, hay que tener agallas para hacerlo*, b) *Ser egoísta porque sólo piensa en él y no piensa en las personas que deja*, c) *Pues no sé, yo pienso*

que es como falta de madurez... falta de madurez para poder enfrentar los problemas, d) También sería una forma como de llamar la atención y mucho más cuando la persona dice, es que yo me quiero morir.

Otro tipo de definición lo considera un proceso lento en el que se ven involucrados comportamientos que atentan contra la salud, como la drogadicción y el alcoholismo.

Además, hay definiciones en las que se observan tendencias ideológicas y existenciales particulares, pues ejemplifican creencias y posiciones subjetivas como la creencia de que *“el suicidio es una falta de respeto contra la vida y contra Dios”* o que dicho acto implica *“perder la oportunidad de ser”*.

En la tabla 6 se clasifica jerárquicamente la frecuencia y representatividad de cada una de estas definiciones:

Tabla 6. Lista de conteo, respecto al concepto de suicidio manejado por la comunidad del municipio de Ipiales.

Concepto de suicidio
1. Quitarse la vida (14)
2. Un acto que implica valentía y cobardía al mismo tiempo (10)
3. Un acto egoísta (10)
4. Falta de respeto contra la vida y contra Dios (8)
5. Proceso lento que atenta contra la salud (adicciones) (8)
6. Acto inmaduro (6)
7. Perder la oportunidad de ser (6)

Por último, la comunidad del municipio de Ipiales reconoce en el suicidio una problemática de gran impacto, que ha mostrado un comportamiento ascendente en los últimos años: *El número de suicidios se ha incrementado considerablemente, antes no se escuchaba de tantos.*

Factores de riesgo

Factores individuales

El abuso de sustancias como el alcohol y las drogas, es considerado el factor individual que en mayor grado se asocia con el suicidio; a este se suman rasgos de personalidad como la introversión (encerrarse en los problemas), y la carencia de habilidades y competencias personales representada como baja

autoestima e inmadurez para afrontar los problemas. En el siguiente diagrama se esquematizan los factores individuales que la comunidad del municipio de Ipiales asocia con el fenómeno del suicidio.

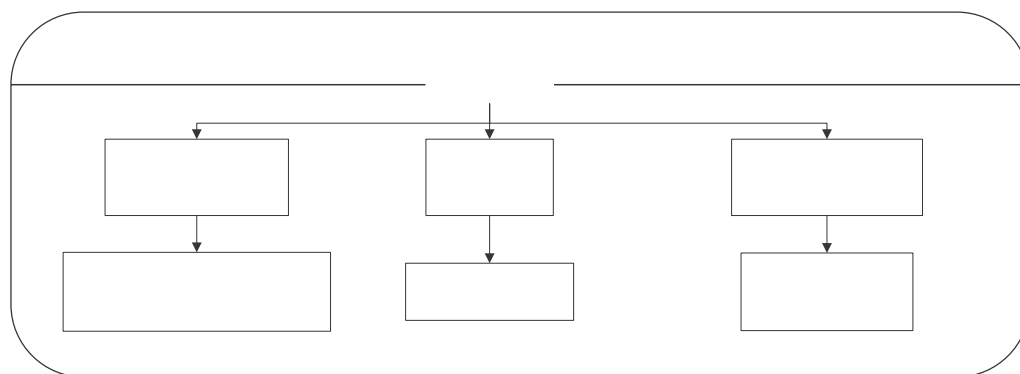


Figura 9. Taxonomía factores individuales asociados por la comunidad del municipio de Ipiales con la ocurrencia del suicidio.

FACTORES INDIVIDUALES ASOCIADOS POR LA CO

Factores familiares

Pautas de crianza inadecuadas como la sobreprotección y el maltrato físico y psicológico, son identificadas por la comunidad de Ipiales como factores que incrementan el riesgo de suicidio en la población juvenil. Además, se mencionan situaciones como la falta de apoyo, comprensión y afecto al interior del núcleo familiar como circunstancias que inciden negativamente en el desarrollo de los adolescentes. Finalmente, el autoritarismo ejercido por algunos padres y la sensación de opresión que despiertan en sus hijos, son considerados factores asociados a la ocurrencia del comportamiento suicida, las siguientes expresiones ilustran lo mencionado: a) *El consentimiento, que lo protegen mucho, y sale afuera y se encuentra con problemas y no sabe cómo*

Carencia de habilidades
y competencias
personales

- Baja autoestima

- Afrontar los problemas con
inmadurez

- A

enfrentarlos...entonces yo pienso que... que eso le hace que la persona tome esa decisión,b) Hay muchachos que se sienten tan apesados en la casa, que la solución que encuentran sino es afuera es, de algún modo, quitarse la vida también como para alejarse de esa opresión que sienten, c) Eso por la falta de diálogo, la falta de crear, no autoridad, o sea, no ser tan autoritario con los hijos sino ganárselos, ganarse la confianza de los muchachos y mantener un diálogo abierto con ellos”.

Factores sociales

Relaciones con pareja y amigos. Con respecto a las relaciones de pareja, se destaca que el aferrarse a una persona debido al poco afecto encontrado en la familia y el manejo inadecuado de las desilusiones amorosas (infidelidad, rechazo, ruptura), son condiciones de riesgo que hacen que los jóvenes no encuentren redes de apoyo y puedan resolver sus dificultades sin recurrir a la alternativa del suicidio; los siguientes testimonios describen esta situación: a) *Como no tienen mucho cariño de los papás, el muchacho consigue una novia y se aferra demasiado a ella o la muchacha consigue un novio y se aferra, hay mucha más aferración y es por eso que ellos terminan quitándose la vida, b) Eso es casi un ciento por ciento, por lo de los novios, eso es lo primero, que porque lo dejó el novio, a varios les ha pasado eso.*

Nivel socioeconómico. Situaciones asociadas a la pertenencia a niveles socioeconómicos bajos, tales como insatisfacción de las necesidades básicas, imposibilidad de continuar con los estudios y la presión hacia menores de edad para que trabajen, son percibidas como factores de riesgo frente a esta

problemática: a) *Yo creo que también la situación económica de algunas personas que, por ejemplo, no tienen a veces qué comer, no tienen a veces qué darle a los hijos, y eso les conlleva también como que al suicidio,* b) *En muchas familias obligan a los niños a trabajar y cuando tienen 16 o 17 años ya han trabajado y eso es como demasiado peso en la espalda.*

Además, la exigencia de posesiones materiales de los jóvenes y las dificultades económicas de sus familias para satisfacerlas, se constituyen, según la comunidad en un factor de riesgo para la población juvenil: a) *Nosotros los jóvenes somos muy exigentes, exigimos mucho a los padres, cuando no hay esa posibilidad de darnos todo gusto, optamos por, por lo malo,* b) *Jóvenes que no tienen lo que el amigo tiene y exigen a la familia y si no les dan...*

De manera particular, se observó que para esta comunidad, el pertenecer a un estrato socioeconómico bajo puede constituirse en una fortaleza ante ciertas situaciones vitales que impliquen frustración o sufrimiento. Además, puede potenciar capacidades personales dirigidas a la búsqueda de mejores condiciones de vida: a) *Digamos que el pobre.... Cuando una niña se embaraza o cualquier otra cosa, el pobre lo que tiene es que es echao pa'lante, en cambio el rico no hace eso porque el quiere demostrar lo contrario de lo que es y tapar, digamos taparlo con plata,* b) *Por la riqueza, no por la pobreza, no porque digamos que el pobre siempre ha sido humilde, tiene más resignación para aguantar,* c) *De igual manera, la pobreza hace dar ganas de no quedarse ahí y salir adelante.*

En el caso de estratos socioeconómicos altos, la comunidad manifiesta que la prioridad otorgada al factor económico frente a lo afectivo y el limitado tiempo que se dedica al cuidado de los hijos (debido a condiciones de trabajo), provoca sentimientos de soledad en los jóvenes. Además, se sostiene que en estos estratos, a pesar de lo infructuoso que resulta, todo tipo de carencia busca ser solventada a partir del dinero, a continuación se ejemplifica tal situación: a) *Muchas veces encontramos gente que puede tener un buen estatus socioeconómico pero no tiene el apoyo de la familia, es una persona que se encuentra solo, b) Lo único que hacían era plata, listo, necesito tal cosa y tome, ni siquiera se preocupaban por preguntarle si le fue bien en el colegio, si no le fue bien y cómo le había ido en los exámenes, sino simplemente se dedicaban a darle plata y ya, se acabó, c) Los jóvenes no reciben afecto, todo lo solucionan con plata, todo lo tapa con plata, ellos se sienten vacíos, solos.*

Situación socioeconómica nacional y regional. Se destaca la influencia negativa que la actual situación de pobreza y violencia que afronta el país, ejerce sobre la sociedad colombiana y específicamente en esta fracción del país, pues genera comportamientos violentos de toda índole, entre ellos comportamientos violentos autodirigidos: a) *La situación social del país y del municipio siempre es como de violencia y entonces eso afecta el aspecto psicológico pues de la persona, llevándolo pues al suicidio o a la violencia personal, b) Entonces como que ya no hay esperanza... matan tanta gente... a parte de cometer suicidio también puede llegar a ser asesino o tener problemas más graves.*

Educación. La educación informal se vincula fuertemente con el proceso formativo que se imparte al interior del hogar, por lo tanto, pautas de crianza basadas en la sobreprotección, el consentimiento excesivo y el maltrato físico y psicológico, son consideradas como factores de riesgo asociados al comportamiento suicida: a) *En esos casos se da como que todo le dan, ay mijito vea, ropa nueva, ay mijito los zapatos nuevos, pasa algo, se les termina un poco de eso y ellos se sienten bloqueados, entonces no saben pa' donde coger,* b) *Ahorita por ejemplo, los papás de ahora tenemos una manera de pensar tan diferente que, malcriamos a los hijos, y eso también influye, una malcriadez.*

A nivel social, el modelamiento de conductas adictivas relacionadas principalmente con el consumo de drogas y alcohol, también es considerado una situación de riesgo: *Igual falta mucha educación acá, en este medio, en lo que uno mismo mira acá, que se consume mucho alcohol, muchas drogas, y esos muchachos se dejan llevar fácilmente.*

En relación a los factores de riesgo percibidos por los participantes específicamente relacionados con la educación formal, se evidencia que la insuficiente cobertura de profesionales de la salud mental en las instituciones educativas, el énfasis en la formación netamente académica, la escasa formación en valores que reciben los estudiantes y la relación poco cercana con los docentes, contribuyen en alguna medida, con la ausencia de habilidades en los jóvenes para enfrentar las dificultades cotidianas: a) *Más bien yo pienso que a las instituciones educativas, lo que si está haciendo falta y es a nivel general*

es que haya un profesional, o sea, nosotros en la institución en la que yo tengo a mi hijo, nosotros estamos pidiendo que nos ayuden a conseguir un psicólogo porque hace mucha falta orientación para los niños, b) Se debería ayudar a las instituciones para que presten los profesores más atención a los estudiantes y más que todo sea positiva.

Factores culturales

La ubicación fronteriza del municipio de Ipiales, sumada a fenómenos sociales como el desplazamiento, provocan inevitablemente intercambio cultural. Para la comunidad, tal situación resulta conflictiva y riesgosa, pues dicho intercambio provoca desadaptación, principalmente, en la población indígena que habita en el municipio: *El mismo intercambio, pues últimamente se ve que están viniendo gente de otras partes y eso interviene en el pensamiento de cada una de las personas.*

Por otro lado, patrones culturales que se ven reflejados en la forma de ser de los habitantes de este municipio, como la introversión y la timidez, son relacionados con dificultades para expresar sentimientos y resolver situaciones problemáticas: a) *Influye que seamos tristes, pesimistas, Nos encerramos en nuestras ideas, b) Yo creo que eso si influye porque la timidez le da a uno como para no tener la valentía para enfrentar los problemas que se le puedan presentar a uno.*

En lo relacionado con recreación y tiempo libre, se resaltan dificultades que pueden constituirse en un factor de riesgo para suicidio. Se mencionan la ausencia de lugares y actividades para el sano esparcimiento, la imposibilidad

de acceder a estos lugares por cuestiones económicas y las limitadas actividades recreativas que además suelen ser monótonas y repetitivas: a) *No hay un parque de recreación, y eso hace mucha falta para los niños, o sea, no hay donde ir y llevarlos y estar en un espacio abierto para poderles dedicar un domingo que uno tiene libre para ellos, b) Lo que es difícil es el acceso, una por lo económico, el aspecto económico, tiene que pagar transporte para desplazarse, c) Una mejor calidad de diversión, de... pues de ocupar el tiempo, las pocas cosas que hacen son monótonas y repetidas.*

Medios de comunicación. La comunidad reconoce la influencia negativa de la información que se transmite por algunos medios de comunicación masiva respecto al incremento de los comportamientos suicidas. Según los participantes, es común que los contenidos principalmente televisivos y radiales, ofrezcan a la tele audiencia panoramas negativos respecto al futuro, modelos inadecuados de conducta y noticias amarillistas respecto a la problemática de suicidio: a) *Por ejemplo, en la novelas pasan cosas como que por ejemplo, tanto se meten en la escena que pasan hasta que, que suicidios, que porque tuve este problema me suicido b) porque la información que ellos la dan ya la hacen es amarillista, recalcan y recalcan en lo que pasa y yo pienso que personas que estén pensando en algo negativo sobre la vida de ellos, eso influye para que la persona tome la decisión de suicidarse.*

Factores protectores

Familia, pareja y amigos

La comunidad reconoce a la familia como una entidad social que a partir de la formación en valores como el respeto, la tolerancia y la paz, forjara el futuro de una comunidad en la que la vida sea valorada y respetada: *Desde pequeños nos han enseñado el respeto, el amor por el otro, saber compartir, igual a enfrentar, que si hay algún problema, mejor dicho cómo enfrentarlo.*

Por otro lado, en concordancia con los resultados obtenidos en los municipios de Pasto y Tumaco, el soporte social que pueden brindar familiares, pareja y amigos es considerado uno de los principales factores protectores frente al suicidio.

Educación

Con respecto a la educación formal se considera que ésta promueve diferentes condiciones que se constituyen en factores protectores frente a la problemática del suicidio. En este contexto se contempla la posibilidad de que el individuo logre superarse a nivel personal, adquiera habilidades para resolver problemas, acceda a servicios de salud mental y a espacios para la recreación y el deporte, y mantenga continuo contacto con sus semejantes: a) *Entre más posibilidades tenga de estudiar y más, esté más instruida la persona, a esa persona no le va a afectar el problema... y a veces es tal el problema que no piensan, o sea, no piensan no, sino que el va a cometer lo primero que se le ocurra que es el suicidio, b) A nosotros nos han vendido la idea de ser exitosos,*

de salir adelante y si una persona estudia y se supera no tiene por qué andar pensando en eso”.

Cultura, arte, recreación y deporte

Según opiniones de la comunidad, la generación de espacios en los que se promuevan las expresiones lúdicas, artísticas, culturales y deportivas, se constituyen en un elemento determinante en la prevención de la problemática del suicidio, pues facilitan el encuentro con nuevas posibilidades de distracción e integración y posibilitan el descubrimiento y fomento de aptitudes artísticas y deportivas que contribuyan a mantener el bienestar integral del individuo: a) *Incentivando podría ser actividades musicales, deportivas, de lectura, incentivar a los que les gusta esto para que estén en esto y no estén pensando en otras cosas, b) Podría ser como la participación en grupos en los que uno pueda salir, conocer gente... el intercambio de ideas, como el aclaramiento de las dudas que uno tiene, c) Si los jóvenes tuvieran ese espacio y esa... y que hubiera una recreación dirigida si podría uno coger por grupos, decir los adolescentes, y llevarlos a que se integren en diferentes actividades de deporte; eso ayudaría para que ellos no piensen tanto en los problemas en los que se encierran.*

Tabla 7. Matriz de análisis municipio de Ipiales.

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
1. CONDUCTA SUICIDA		
Concepto de suicidio	Acto voluntario de quitarse la vida	Definición de suicidio comúnmente aceptada
	Un acto que implica valentía y cobardía al mismo tiempo	Connotación ambivalente respecto al concepto de suicidio
	Un acto egoísta	Connotación negativa del concepto de suicidio
	Acto inmaduro	
	Proceso lento que acaba con la vida	“suicidio lento”
	Falta de respeto contra la vida y contra Dios	Significación existencial o ideológica que implica una creencia o una posición subjetiva
	Perder la oportunidad de “ser”	
2. FACTORES DE RIESGO		
2.1. Factores individuales		
Factores biológicos y psicológicos	El abuso de sustancias como el alcohol y las drogas, es considerado el factor individual que en mayor grado se asocia con el suicidio	Trastornos mentales relacionados con el suicidio
	La carencia de habilidades y competencias personales, representada como baja autoestima e inmadurez para afrontar los problemas, también se asocia como factor de riesgo.	Carencia de habilidades y competencia personales

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	La introversión es considerada un rasgo de personalidad que influye en la determinación de cometer el acto suicida.	Factores psicológicos y rasgos de personalidad
2.2. Factores familiares		
Relaciones familiares	Pautas de crianza inadecuadas como la sobreprotección y el maltrato físico y psicológico, son identificadas como factores que incrementan el riesgo de suicidio en la población juvenil.	Factores de riesgo derivados de situaciones familiares
	Situaciones como la falta de apoyo, comprensión y afecto al interior del núcleo familiar son identificadas como circunstancias que inciden negativamente en el desarrollo de los adolescentes.	
	el autoritarismo ejercido por algunos padres y la sensación de opresión que despiertan en sus hijos, son considerados factores asociados a la ocurrencia del comportamiento suicida	
2.3. Factores sociales		

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Relaciones de pareja	El aferrarse a una persona debido al poco afecto encontrado en la familia y el manejo inadecuado de las desilusiones amorosas (infidelidad, rechazo, ruptura), son condiciones de riesgo asociadas al suicidio.	Factores de riesgo asociados a las relaciones de pareja
Situación económica	Situaciones asociadas a la pertenencia a niveles socioeconómicos bajos, como insatisfacción de las necesidades básicas, imposibilidad de continuar con los estudios y la presión hacia menores de edad para que trabajen, son percibidas como factores de riesgo frente a esta problemática	Factores de riesgo asociados a la pertenencia a estratos socioeconómicos bajos
	la exigencia de posesiones materiales de los jóvenes y las dificultades económicas de sus familias para satisfacerlas, se constituyen, según la comunidad en un factor de riesgo para la población juvenil	
	En el caso de estratos socioeconómicos altos, la prioridad otorgada al factor económico frente a lo afectivo y el limitado tiempo que se dedica al cuidado de los hijos provoca sentimientos de soledad en los jóvenes.	Factores de riesgo

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	Las personas que pertenecen a estos estratos pretenden solucionar todos sus problemas a partir del dinero, pues no reconocen la importancia de otras estrategias para hacerlo.	asociados a la pertenencia a estratos socioeconómicos altos
	La situación de pobreza y violencia que afronta el país, perjudica a la región, pues genera comportamientos violentos de toda índole, entre ellos comportamientos violentos autodirigidos	Factores de riesgo asociados a la situación actual del país y de la región
	A nivel social, el modelamiento de conductas adictivas relacionadas principalmente con el consumo de drogas y alcohol, también es considerado una situación de riesgo.	Influencia del entorno social como factor de riesgo para suicidio
Educación	La insuficiente cobertura de profesionales de la salud mental en las instituciones educativas, el énfasis en la formación netamente académica, la escasa formación en valores que reciben los estudiantes y la relación poco cercana con los docentes, son consideradas situaciones de riesgo.	Factores de riesgo asociados a los procesos de educación formal
2.4. Factores culturales		
Forma de ser de los habitantes de Ipiales	Patrones culturales reflejados en la forma de ser de los habitantes de este municipio, como la introversión y la timidez, son relacionados con dificultades para expresar sentimientos y resolver situaciones problemáticas.	Factores de riesgo asociados a la forma de ser de los habitantes del municipio

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	<p>La ubicación fronteriza del municipio y fenómenos sociales como el desplazamiento, provocan inevitablemente intercambio cultural. Para la comunidad, tal situación resulta conflictiva y riesgosa, pues dicho intercambio provoca desadaptación, principalmente, en la población indígena que habita en el municipio</p>	<p>Factores de riesgo asociados al intercambio cultural</p>
	<p>La ausencia de lugares y actividades para el sano esparcimiento, la imposibilidad de acceder a estos lugares por cuestiones económicas y las limitadas actividades recreativas que ofrece el contexto, son consideradas dificultadas que pueden constituirse como factores d riesgo.</p>	<p>Factores de riesgo asociados a las escasas opciones ofrecidas por el entorno para el empleo del tiempo libre</p>
<p>Medios de comunicación</p>	<p>Es común que los contenidos principalmente televisivos y radiales, ofrezcan a la tele audiencia panoramas negativos respecto al futuro, modelos inadecuados de conducta y noticias amarillistas respecto a la problemática de suicidio, información que incrementa la situación de riesgo en población juvenil.</p>	<p>Factores de riesgo asociados a la información que brindan los medios de comunicación</p>
<p>3. FACTORES PROTECTORES</p> <p>Elementos que contribuyen a la prevención del suicidio</p>		

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Fuentes de apoyo social (familia, pareja y amigos)	Se reconoce a la familia como una entidad social que a partir de la formación en valores como el respeto, la tolerancia y la paz, forjará el futuro de una comunidad en la que la vida sea valorada y respetada.	Factores protectores asociados a la familia
	El soporte social que pueden brindar familiares, pareja y amigos es considerado uno de los principales factores protectores frente al suicidio	Soporte social como factor protector ante el suicidio
	La oportunidad de ser escuchado por alguien, y de comentar los problemas, se constituye en un factor protector.	
Educación	El contexto educativo brinda la posibilidad de que el individuo logre superarse a nivel personal, adquiera habilidades para resolver problemas, acceda a servicios de salud mental y a espacios para la recreación y el deporte, y establezca nuevas redes de interacción social.	Factores protectores asociados a los procesos educativos (formales e informales)
	La familia y la escuela son percibidas como entidades formativas gracias a las cuales el individuo adoptara nociones, valores y principios éticos y morales que resalten el sentido de la vida.	

SUBCATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Situación económica	El pertenecer a un estrato socioeconómico bajo puede constituirse en una fortaleza ante ciertas situaciones vitales que impliquen frustración o sufrimiento. Además, puede potenciar capacidades personales dirigidas a la búsqueda de mejores condiciones de vida:	Factor protector asociado a la pertenencia a estratos socioeconómicos bajos.
Cultura, arte, recreación y deporte	La generación de espacios en los que se promuevan las expresiones lúdicas, artísticas, culturales y deportivas, se constituyen en un elemento determinante en la prevención de la problemática del suicidio, pues facilitan el encuentro con nuevas posibilidades de distracción e integración y posibilitan el descubrimiento y fomento de aptitudes artísticas y deportivas que contribuyan a mantener el bienestar integral del individuo	

Nota: Algunos datos presentados en la tabla 7, hacen parte de la investigación “Análisis de factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en el departamento de Nariño” (Sánchez y cols, 2007).

Análisis descriptivo de resultados municipio de La Unión

Concepto de suicidio

Una constante en los cuatro municipios, fue la definición de suicidio que presenta mayor representatividad y que se ajusta a la definición comúnmente

aceptada: el suicidio es un acto voluntario mediante el cual una persona se quita la vida.

Además de tal definición, se observan dos tipos de connotaciones diferentes para definir el suicidio; por un lado se lo toma como un acto de cobardía ante la imposibilidad de resolver situaciones adversas y como una negación a la vida, por ejemplo: a) *Es no tener el valor para seguir adelante contra los problemas que se le vienen*, b) *Es cobardía*, c) *Negarse las oportunidades*, d) *Negarse a vivir cosas que uno nunca ha vivido, experiencias nuevas*.

Por otro lado, se reconoce en el suicidio una posibilidad de escape, una alternativa, un descanso e incluso un acto que requiere valor, esto se observa en frases como: a) *Una alternativa cuando las cosas no salen bien*, b) *Una forma de salir a los problemas*, c) *Es un descanso*.

Además, salió a relucir una concepción del suicidio muy particular, que tiene que ver con otro tipo de conductas autolesivas, como el consumo de alcohol y de drogas, lo cual es considerado como una especie de “suicidio lento”, esto se ilustra en frases como las siguientes: a) *No solamente para suicidarse hay que tomar pastillas o pegarse un tiro o cortarse las venas, sino que lentamente también se puede acabar con la vida*, b) *Suicidio, no solamente sería acabar con la vida de uno, por que uno con la vida de uno puede acabar de muchas maneras, por que hay muchachos que se meten a la droga, al alcohol, esa es una forma de acabar la vida..*

Tabla 8. Lista de conteo, conceptos de suicidio manejados en la comunidad del municipio de La Unión.

Concepto de suicidio
1. Quitarse la vida (13)
2. Acto cobarde, el camino más fácil (9)
3. Negarse las oportunidades, negarse a vivir nuevas experiencias (9)
4. Una alternativa ante los problemas (6)
5. Acabar con la vida lentamente (drogadicción, alcoholismo) (5)
6. Un descanso (3)

Factores de riesgo

Factores individuales

Los factores individuales que la comunidad del municipio de La Unión asocia con el fenómeno del suicidio, pueden abarcarse en cuatro categorías.

La presencia de trastornos del estado del ánimo, principalmente depresión, es considerado uno de los principales factores de riesgo para suicidio, pues además de los síntomas que lo acompañan, es probable que desencadene el consumo de sustancias psicoactivas, situación que incrementa considerablemente el riesgo. Igualmente, la “carencia de habilidades y

competencias personales” que incluye aspectos como la incapacidad para aceptar errores y resolver problemas, rasgos de personalidad como la introversión (“no desahogarse de los problemas”), y el atravesar etapas del desarrollo evolutivo como la adolescencia son considerados factores individuales de riesgo.

En el caso particular del último factor de riesgo mencionado (Adolescencia), éste se identifica como un periodo evolutivo en el que el individuo afronta una crisis vital que en muchas ocasiones causa estados depresivos y alteraciones del estado de ánimo (mal genio).

En el siguiente diagrama se esquematiza la categorización de estos factores:

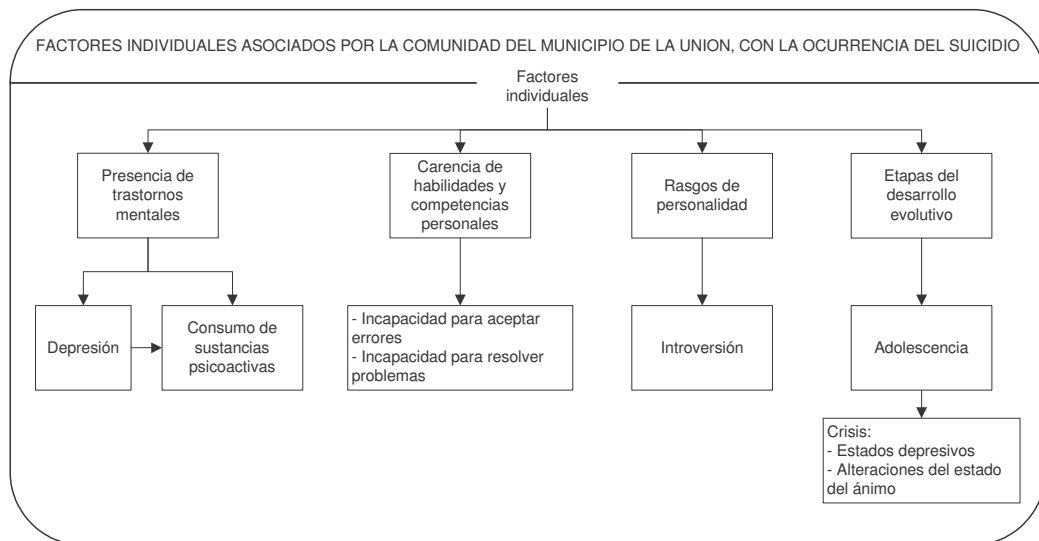


Figura 10. Taxonomía factores individuales asociados por la comunidad del municipio de La Unión con la ocurrencia del suicidio.

Factores familiares

La comunidad identifica los conflictos familiares como una de las principales causas de suicidio a nivel regional, tales situaciones conflictivas se asocian con la falta de comprensión, confianza, comunicación y afecto de los padres hacia los hijos, las siguientes frases justifican esta afirmación: a) *Cuando uno le comenta los problemas a los padres, ellos ya lo van a tomar de otro modo, muchas veces falta confianza con los mismos papás, confianza de cuando uno les diga algo, no le levanten la mano a uno, sino le den un abrazo y le expliquen a uno las cosas,* b) *Porque tienen problemas en la casa y no toman otra decisión, sino pues matarse,* c) *Una de las principales causas era los conflictos familiares, en primer lugar, falta de comunicación, falta de apoyo, falta de afecto de los padres hacia los hijos, principalmente pues la falta de diálogo y de comprensión.*

Además, se perciben otro tipo de situaciones familiares que pueden relacionarse con la ocurrencia del suicidio o con otro tipo de comportamientos como el consumo de sustancias psicoactivas; principalmente el descuido y la falta de autoridad de los padres, que según los participantes, es percibida como “alcahuetería”, frente a ciertos actos reprobables de los jóvenes: a) *Los padres son muy alcahuetas con uno a veces, todo lo que quiere a uno le dan y cuando uno ya sale del colegio y está en la calle, mira otras realidades ahí es que viene el choque duro,* b) *Los padres le dan libertad que uno quiere, pero eso no es lo que uno busca, más que amor, que le den de todo es que se acerquen a uno y*

le digan cuénteme que es lo que le pasa, que es lo que usted quiere, que necesita, porque estas así.

Factores sociales

Relaciones con pareja y amigos. En cuanto a aquellas situaciones de pareja que pueden estar asociadas al suicidio, se identifican la infidelidad, ruptura de la relación, maltrato, dependencia afectiva, rechazo y “despecho” como las más significativas; las siguientes frases son un ejemplo de tal percepción: a) *En este aspecto influyen muchos factores, uno que esta demasiado marcado que es de los jóvenes, digamos de un rango entre los 15 a 23 años, lo que he podido constatar es que ellos se suicidan por amor, por despecho, por el mal de amor,* b) *De los casos que ha habido en la Unión, la verdad es que todos por amor dicen, engaños,* c) *Los conflictos de pareja, desde el maltrato, violencia psicológica, violencia física, y principalmente la dependencia afectiva.*

En lo concerniente a relaciones con amigos, se reconoce en el rechazo y en el aislamiento por parte de estos y en los sentimientos de soledad que esto puede generar, un elemento que incide en la ocurrencia de esta problemática. Además se menciona que la imposibilidad de ser escuchado y de hablar de aquello que molesta provoca síntomas depresivos, que incrementan el riesgo de cometer una conducta autodestructiva: a) *El rechazo de los amigos, cuando por ejemplo esta mal económicamente,* b) *Uno de los problemas principales del suicidio, es que los jóvenes cuando tienen un problema a quien decírselo, no*

tienen esa plena confianza con una persona para decirle y desahogarse, por eso toman la decisión de suicidarse.

Por otra parte, el consumo de sustancias psicoactivas que es percibido como un factor individual asociado al fenómeno del suicidio, es identificado por los participantes como una problemática social que trasciende la esfera individual, ya que en los últimos años ha presentado un considerable incremento en la población juvenil: a) *El consumo de droga en La Unión es grave,* b) *Aquí se consume de todo,* b) *Más que todo se consume la marihuana,* c) *Hace un tiempo era poco ese consumo, ahora ya es demasiado,* d) *Un problema bastante serio y creo que afecta fundamentalmente a los jóvenes de este tiempo es la drogadicción.*

A esto se suma lo que los habitantes de La Unión denominan el “*expendio descarado*” de todo tipo de drogas y la indiferencia por parte de las autoridades, quienes no han adoptado medidas para afrontar esta situación.

Nivel socioeconómico. El nivel o las condiciones económicas que vive una persona, no son considerados como un factor de riesgo determinante para la ocurrencia del suicidio; la comunidad del municipio de La Unión considera que: a) *Eso es relativo, la gente se puede suicidar por mucha plata o se puede suicidar porque no tiene,* b) *Aquí si se refleja eso de que la plata no lo es todo.*

No obstante, reconocen que pueden presentarse situaciones específicas en determinada clase social que pueden incrementar el riesgo de suicidio.

Para la clase baja, la imposibilidad de pagar las deudas, el rechazo y la humillación de los amigos y la sociedad en general, se consideran un factor de

riesgo: a) *Por las deudas, uno se alcanza de plata y ya no puede pagar, eso ha pasado en televisión, que por las deudas se matan, b) La humillación, el ver que los demás tienen lo que uno quisiera tener y no puede porque no tiene plata y se lo restriegan por la cara; que uno les pida a los padres y saber que los padres tampoco tienen, c) Al ver que no pueden ellos pagar, no pueden darle a los hijos lo que ellos quieren, eso como que se sienten mal, en cierta forma no darle a los hijos lo que se merecen, y de parte de los hijos también mal como que las demás personas que si tienen, lo hagan a un lado, o sea lo dejan a un lado.*

Específicamente para la clase alta se hace alusión a la falta de dialogo, a la falta de amor y demás situaciones derivadas del poco tiempo que los padres dedican a sus hijos debido a condiciones laborales: a) *La gente que tiene plata, tiende más a suicidarse, porque los papás trabajan en una buena oficina, tienen un buen cargo, trabajan de 7 de la mañana a 10, 11 de la noche, y la mamá igualmente también trabaja y que horas van a tener ellos para centrarse más en sus hijos, que espacio van a dar a sus hijos para ellos tener ese diálogo, c) Algunos padres solo dan lo económico, no dan el afecto y entonces ellos se sienten solos sin el amor de sus padres.*

En términos generales, la comunidad percibe que la situación económica de su municipio, no es la mejor debido al desempleo y la falta de oportunidades laborales alternativas a la cosecha de café. Una vez termina el tiempo de cosecha, muchos habitantes del municipio, principalmente la población juvenil, no encuentran más alternativas para conseguir dinero que dedicarse a la

recolección de cultivos ilícitos en otros municipios o no realizan ningún tipo de actividad productiva, así lo indican las siguientes expresiones: a) *El problema del trabajo, por lo menos en la Unión se ve mucho de que no hay trabajo*, b) *Aquí después de la temporada del café los jóvenes quedan en la vagancia*, c) *Después de la cosecha del café, muchos los jóvenes emigran, se dedican a lo ilícito, a cosechar coca en otros pueblos del Departamento; otros se quedan acá no haciendo nada y otros se dedican al trabajo que haya, que resulta.*

Por otro lado, aunque se reconoce las nefastas consecuencias del conflicto armado que vive el país, la comunidad afirma que afortunadamente su municipio no ha vivido directamente la violencia y los problemas de orden público, que viven municipios aledaños: *Gracias a Dios nosotros aquí en La Unión hemos tenido muchas ventajas, por ejemplo que esta zona hasta el momento no ha sido afectada por la violencia, no tenemos acá grupos armados que nos puedan perjudicar o puedan acabar con la alegría en que nosotros vivimos.*

Violencia. A diferencia de los otros municipios, en La Unión, se reconoce que muchos casos de suicidio e intento de suicidio en jóvenes de ambos sexos, han sido motivados por violación sexual o acceso carnal violento. Sin embargo, la población infantil y adolescente que pertenece al género femenino es identificada como la más vulnerable y afectada por este tipo de flagelo: a) *Las violaciones, es un caso que lleva a mucha adolescente al suicidio, porque a veces son violaciones forzosas, a la fuerza, y después la niña se siente como toda mal y ahí es donde cometen su error y toman su veneno y se matan*, b)

Aquí siempre ha habido esos problemas de violaciones, más que todo en los muchachos, así jóvenes, c) Hubo el caso de una muchacha que intento quitarse la vida, porque cuando tenía 10 años, el tío trato de violarla, d) Hace poco hubo un caso de una muchacha que la violaron y como el esposo no la apoyo, sino que empezó a regañarla, ella se enveneno.

Resulta preocupante el hecho de que todos los grupos que participaron en la investigación reconozcan en este tipo de crimen una de las causas más comunes de suicidio e intento de suicidio en la población juvenil de su municipio.

Educación. Situaciones relacionadas con el contexto educativo, tales como desescolarización, nivel educativo, analfabetismo, y oportunidades educativas, no son percibidas por los habitantes del municipio de La Unión como factores de riesgo relacionadas con la conducta suicida. Sin embargo, consideran que puede existir más riesgo en situaciones propias del contexto educativo formal, principalmente: Presión de los padres respecto al rendimiento académico, expectativas educativas y profesionales de los padres que no concuerdan con los intereses de los hijos, fracaso escolar y bajo rendimiento académico, esto se deduce de frases como: a) *Presión de los padres, lo idealizan y no se puede cumplir*, b) *Estudiar una carrera que no le gusta pero la tiene que terminar*, c) *Perder al año y el temor de decirles a los papás que perdió el año y el miedo de decirles.*

Además, se reconoce que la mayoría de las instituciones educativas no ofrece servicio de atención psicológica a sus estudiantes, esta situación es

percibida como un factor de riesgo, pues los estudiantes no cuentan con un profesional que pueda orientarlos ante una crisis emocional: *Yo pienso que falta compromiso de las entidades escolares, ya que no se contratan profesionales de Psicología.*

Factores culturales

Con relación a la “forma de ser” de los jóvenes, estos son percibidos como facilistas, poco dedicados al trabajo y a las tareas del hogar, poco religiosos e interesados únicamente por la rumba y la diversión: a) *Los jóvenes siempre buscan el camino más fácil, lo que primero se les aparece y lo que aparentemente es más beneficioso para ellos,* b) *Los jóvenes se ahogan en un vaso de agua, cualquier problema uno piensa que no lo va ha poder solucionar.*

Es importante aclarar que aunque se menciona recurrentemente los altos índices de consumo de alcohol, por parte de los habitantes de La Unión, esta situación no es percibida como una problemática de salud, si no que se asocia a patrones culturales propios del departamento de Nariño, dentro de los cuáles, el consumo de licor desde muy temprana edad es socialmente aprobado; esto se observa en opiniones como: *yo creo que lo de beber mucho es de la cultura, eso no es tampoco ni actual, eso viene de hace mucho tiempo atrás.*

Además esto se asocia a que en la Unión las alternativas para la ocupación del tiempo libre son escasas: *no hay sitios adecuados donde los jóvenes puedan pasar su tiempo libre, de pronto el deporte no tiene el apoyo necesario o salas, para que ellos pasen su tiempo libre.*

Por esta razón, una de las formas en la que la mayoría de los jóvenes se distraen y ocupan su tiempo libre, es ir a discotecas y bares, donde además de bailar y divertirse, están expuestos al consumo de sustancias psicoactivas: *el fin de semana usted va a ver esas discotecas, llenas de jóvenes divirtiéndose, algunos sanamente, otros no sanamente.*

Por otra parte, en la mayoría de opiniones de los participantes, se observa una tendencia a relacionar la salud con el bienestar físico y el buen funcionamiento del cuerpo, mientras que la salud mental es subvalorada o relegada a segundo plano, por ejemplo: a) *Es cuidarse, ver que es lo que le conviene a uno que es lo que le conviene al cuerpo,* b) *Es gozar del buen funcionamiento de todas las partes del cuerpo,* c) *Es que una persona vive sana, que no le duele nada, que es vigorosa, que se mantiene fuerte, con ganas de trabajar, de no pensar en problemas, sino siempre en beneficio para el cuerpo.*

Medios de comunicación. La televisión es reconocida como el medio masivo de comunicación al que mayor posibilidad de acceso tiene la población y que influye notoriamente sobre niños y jóvenes. La influencia que este medio de comunicación ejerce sobre la tele audiencia infantil y juvenil, se percibe como negativa ya que mucha de su programación muestra “estilos de vida inalcanzables” no acordes con la realidad socioeconómica de la región, así como formas inadecuadas de afrontar los problemas y modelos inadecuados de conducta: a) *La televisión muestra un estilo de vida que cualquiera desearía tener y la impotencia de los jóvenes de no poder tener lo necesario o todo lo*

que uno mira y uno ya quisiera vivir en ese mundo en esa realidad, b) Yo pienso que no hay programa de televisión que a uno lo lleve verdaderamente a una solución, siempre se termina en que se mató, se metió a las drogas, se tiro de un balcón etc; Pienso que son poquiticos los programas en que si se solucionan los problemas, pero a uno no le gusta verlos, c) Al ver televisión, hay gente que se identifica con la situación que pasa ahí, por ejemplo la telenovela en la que termina una relación y se van a matar o hacen tonteras, entonces se identifican y creen que esa es la cultura que se debe llevar.

Factores protectores

Familia, pareja y amigos

La posibilidad de contar con alguien que brinde confianza, apoyo y escucha, disminuye las posibilidades de que una persona que afronta situaciones difíciles, opte por quitarse la vida: a) *Es necesario desahogarse y tener un apoyo, b) Hay veces que uno también se desahoga en la mejor amiga, c) Hay veces que uno se desahoga con la pareja, d) Cualquier problema uno ve quien es su amigo, para hablarle, que lo aconseje.*

Para la comunidad de La Unión son varias las formas de prevenir el suicidio, entre ellas se encuentran: Fortalecer el dialogo dentro del núcleo familiar, de manera que se refuerce la confianza entre padres e hijos; educar en valores como la autoestima, el respeto por si mismo y por los demás; e incrementar las posibilidades de acceso al servicio de Psicología, tal como se manifiesta en los siguientes textos: a) *Debería ser esencial en una institución*

tener un psicólogo, b) A nivel aquí en el pueblo, en los colegios, Psicólogos poco, si de pronto si hay uno, de pronto en ese uno no confía la gente, y decir que se va a contratar un Psicólogo particular, sería muy grave, porque si no hay para el arroz, si no hay para comer, peor va a haber para contratar a un Psicólogo; por eso sería bueno que se haga convenio con las Universidades para que hubiera como una asesoría para la gente que realmente no tiene.

Los adultos del municipio identifican en la religión un aspecto esencial para que los jóvenes no opten por alternativas como el suicidio, el consumo de drogas o alcohol, consideran que: a) *La mejor enseñanza que los papás les pueden dar a los hijos, por lo menos para que no se quiten la vida, sería infundirles la palabra de Dios, sea cual sea la religión que tengan, b) Uno desde pequeños a los hijos debe irlos educando bien derechitos, con el temor a Dios, si uno crece con el temor a Dios desde el principio, ellos siempre van y dicen no, si hago tal cosa es pecado, si hago tal esto, me voy a perjudicar yo y mi familia, entonces se van creciendo con ese temor de no cometer esos errores.*

Cultura, arte, recreación y deporte

En términos generales, los venteños se describen así mismos como personas amables, trabajadoras y pacíficas; personas muy alegres, fiesteras, felices, que les gusta mucho la rumba y reconocen cierta influencia en sus costumbres por parte del valle: a) *El venteño es gocetas, le gusta mucho la parranda, el traguito, es una persona con bastante influencia de parte del Valle, en la moda, gustos, en el baile, se baila mucha salsa, el reguetón está pegando*

duro, entonces los fines de semana siempre están en las discotecas, b) Son muy divertidos aquí, la gente le gusta mucho el baile, le gusta mucho la rumba.

Estas características culturales de los habitantes del municipio de La Unión, son consideradas factores protectores ante el suicidio.

La comunidad reconoce que alternativas para la ocupación del tiempo libre como el deporte (fútbol) y actividades culturales como las danzas, contribuyen en gran medida a la disminución de los índices de suicidio, pues además de distracción, brindan salud y bienestar físico y mental.

Tabla 9. Matriz de análisis municipio de La Unión.

SUB-CATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
1. CONDUCTA SUICIDA		
Concepto de suicidio	Acto voluntario de quitarse la vida	Definición de suicidio comúnmente aceptada
	Un acto cobarde, el camino más fácil	Connotación negativa del concepto de suicidio
	Negarse las oportunidades, negarse a vivir nuevas experiencias	
	Una alternativa ante los problemas	
	Un descanso	Connotación positiva del concepto de suicidio
	Acabar con la vida lentamente (drogadicción, alcoholismo)	"Suicidio lento"

SUB-CATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
2. FACTORES DE RIESGO		
2.1. Factores individuales		
Factores biológicos y psicológicos	La presencia de trastornos del estado del ánimo, principalmente depresión, es considerado uno de los principales factores de riesgo para suicidio, además de los síntomas que lo acompañan, es probable que desencadene el consumo de sustancias psicoactivas.	Trastornos mentales relacionados con el suicidio y el consumo de sustancias
	El consumo de sustancias psicoactivas que es percibido como un factor individual asociado al fenómeno del suicidio, es identificado por los participantes como una problemática social que trasciende la esfera individual, ya que en los últimos años ha presentado un considerable incremento en la población juvenil.	Consumo de sustancias psicoactivas como problemática social que incide en la ocurrencia de suicidios.
	Baja autoestima, incapacidad para resolver problemas y tomar decisiones y la falta de madurez para afrontar situaciones adversas son elementos que pueden incidir sobre la ocurrencia de esta conducta.	Carencia de habilidades y competencia personales
	La introversión es el rasgo de personalidad que en mayor grado se asocia con la conducta suicida.	Atributos personales asociados a la conducta suicida

SUB-CATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	La adolescencia es considerada un periodo evolutivo en el que el individuo afronta una crisis vital que en muchas ocasiones causa estados depresivos y alteraciones del estado de ánimo que incrementan el riesgo de suicidio.	Etapas del desarrollo evolutivo asociadas con el fenómeno del suicidio
2.2. Factores familiares		
Relaciones familiares	Situaciones familiares conflictivas como la falta de comprensión, confianza, comunicación y afecto de los padres hacia los hijos son considerados factores de riesgo.	Factores de riesgo derivados de situaciones familiares
	El descuido y la falta de autoridad de los padres son elementos que pueden relacionarse con la ocurrencia del suicidio o con otro tipo de comportamientos como el consumo de sustancias psicoactivas.	
2.3. Factores sociales		
Relaciones de pareja	Entre las situaciones de pareja que pueden estar asociadas al suicidio, se identifican la infidelidad, ruptura de la relación, maltrato, dependencia afectiva, rechazo y “despecho” como las más significativas.	Factores de riesgo asociados a las relaciones de pareja

SUB-CATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Relaciones con amigos	El rechazo y el aislamiento por parte de amigos y los sentimientos de soledad que esto puede generar, son factores que inciden en la ocurrencia de esta problemática.	Factores de riesgo asociados a relaciones con amigos
	La imposibilidad de ser escuchado y de hablar de aquello que molesta provoca síntomas depresivos, que incrementan el riesgo de cometer una conducta autodestructiva.	Ausencia de soporte social como factor asociado al suicidio
Situación económica	La falta de diálogo, la falta de amor y demás situaciones derivadas del poco tiempo que los padres dedican a sus hijos debido a condiciones laborales, se consideran factores de riesgo para personas que pertenecen a estratos socioeconómicos altos.	Factores de riesgo asociados a la pertenencia a estratos socioeconómicos altos
	La situación socioeconómica que vive el departamento trae consigo situaciones como pobreza, escasas oportunidades para los jóvenes, desempleo, presión social y familiar por conseguir dinero, competencia, individualidad, etc.	Factores de riesgo asociados a la situación actual del país y de la región
	Para la clase baja, la imposibilidad de pagar las deudas, el rechazo y la humillación de los amigos y la sociedad en general, se consideran un factor de riesgo.	Factores de riesgo asociados a la pertenencia a estratos socioeconómicos bajos

SUB-CATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Violencia	Se reconoce que muchos casos de suicidio e intento de suicidio en jóvenes de ambos sexos, han sido motivados por violación sexual o acceso carnal violento. Sin embargo, se identifica la población infantil y adolescente que pertenece al género femenino como la más afectada por este tipo de abuso.	Factores de riesgo asociados a abuso sexual
Educación	Presión de los padres respecto al rendimiento académico, expectativas educativas y profesionales de los padres que no concuerdan con los intereses de los hijos, fracaso escolar y bajo rendimiento académico, son considerados factores de riesgo.	Factores de riesgo asociados a los procesos de educación formal
2.4. Factores culturales		
Forma de ser de los habitantes de La Unión	El consumo de alcohol no es percibido como una problemática de salud, si no que se asocia a patrones culturales propios del departamento de Nariño, dentro de los cuáles, el consumo de licor desde muy temprana edad es socialmente aprobado.	Factores de riesgo asociados a patrones culturales propios de la región
	Los jóvenes son percibidos como facilistas, poco dedicados al trabajo y a las tareas del hogar, poco religiosos e interesados únicamente por la rumba y la diversión.	Factores de riesgo asociados a la forma de ser del los jóvenes de La Unión

SUB-CATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	En la Unión las alternativas para la ocupación del tiempo libre son escasas, por esta razón, una de las formas en la que la mayoría de los jóvenes se distraen y ocupan su tiempo libre, es ir a discotecas y bares, donde además de bailar y divertirse, están expuestos al consumo de sustancias psicoactivas.	Factores de riesgo asociados a las escasas opciones para el uso del tiempo libre que ofrece el municipio
Medios de comunicación	La influencia que los medios de comunicación ejercen sobre la tele audiencia infantil y juvenil, se percibe como negativa ya que mucha de su programación muestra “estilos de vida inalcanzables” no acordes con la realidad socioeconómica de la región, así como formas inadecuadas de afrontar los problemas y modelos inadecuados de conducta.	Factores de riesgo asociados a la información que brindan los medios de comunicación
3. FACTORES PROTECTORES Elementos que contribuyen a la prevención del suicidio		
Fuentes de apoyo social (familia, pareja y amigos)	El apoyo y el afecto positivo recibido en el núcleo familiar primario, son los elementos que la comunidad asocia en mayor medida con los factores protectores ante el suicidio.	Factores protectores asociados a la familia
	Fortalecer el diálogo dentro del núcleo familiar, de manera que se refuerce la confianza entre padres e hijos es una estrategia para evitar la proliferación de esta problemática.	

SUB-CATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
	Una relación de pareja estable, también se incluye como uno de los factores que evitan la ocurrencia del suicidio.	Factores protectores asociados a la relación de pareja
	La oportunidad de ser escuchado por alguien, y de comentar los problemas, se constituye en un factor protector.	Soporte social
Educación	Educar en valores como la autoestima, el respeto por si mismo y por los demás contribuye a la prevención del suicidio.	Factores protectores asociados a los procesos educativos (formales e informales)
	Incrementar las posibilidades de acceso al servicio de Psicología en las instituciones educativas contribuye a disminuir los casos de suicidio.	
	La educación religiosa es percibida como un aspecto esencial para que los jóvenes no opten por alternativas como el suicidio, el consumo de drogas o alcohol.	
	La institución educativa, se concibe como un espacio de encuentro e interacción, donde el individuo disipa sus preocupaciones, al mismo tiempo que elabora o concretiza su proyecto de vida y visualiza el alcance de metas y objetivos personales.	

SUB-CATEGORIAS	PROPOSICIONES REPRESENTATIVAS	CATEGORÍAS INDUCTIVAS
Cultura, arte, recreación y deporte	Los habitantes de La Unión se describen a sí mismos como personas amables, trabajadoras y pacíficas; personas muy alegres, fiesteras, felices, que les gusta mucho la rumba.	Factores protectores propios de la forma de ser de los habitantes de La Unión
	La práctica de deportes y actividades culturales como las danzas, contribuyen en gran medida a la disminución de los índices de suicidio, pues además de distracción, brindan salud y bienestar físico y mental.	Factores protectores asociados a las alternativas para la ocupación del tiempo libre

Nota: Algunos datos presentados en la tabla 9, hacen parte de la investigación "Análisis de factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en el departamento de Nariño" (Sánchez y cols, 2007).

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Concepto de suicidio

Resulta necesario mencionar que la interpretación de los resultados anteriormente descritos, se realizó teniendo en cuenta las similitudes y semejanzas presentadas en la información recolectada en los cuatro municipios; esto no implica que los hallazgos particulares no sean interpretados, pues ellos recibirán mención particular.

El término Suicidio apareció por primera vez en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua hacia 1817, a partir de los términos latinos *Sui* (de sí mismo) y *Cadere* (matar), definiéndose como “el acto o la conducta que daña o destruye al propio agente” (Villalobos, 2005) o en otras palabras, como la acción voluntaria mediante la cual una persona se quita la vida.

Los resultados obtenidos constatan la presencia de esta definición en la percepción comunitaria que los participantes de los cuatro municipios tienen respecto a este fenómeno. Sin embargo, el análisis de otro tipo de acepciones y definiciones resulta interesante y obligatorio cuando se busca avanzar en la comprensión de un fenómeno tan complejo como este.

La connotación negativa que se atribuye al concepto de suicidio está relacionada con la percepción de que éste es un acto cobarde, que su ejecutor es una persona incapaz de afrontar sus problemas con otra estrategia y que busca escapar de la realidad por medio de la muerte. Sin embargo, también es reconocido como un acto que requiere valentía, no porque la muerte autoinflingida sea percibida como una acción altruista, sino por el dolor que

representa la acción concreta por la cual el sujeto se causa la muerte y por las implicaciones inherentes a este hecho, que se traducen en “dejar de existir”. Por lo tanto, la percepción de esta valentía se asocia a dos situaciones particulares: a la capacidad para resistir el dolor autoinfligido y al temor ante la muerte (dejar de existir) característico de la mayoría de las personas, pues el suicidio va en contra de los principios básicos de autoconservación de los que también es partícipe, en tanto ser vivo, el ser humano.

Igualmente, la connotación ambivalente (municipio de Tumaco) que considera al suicidio como un acto que en sí mismo alberga cobardía y valor, se relaciona con lo anteriormente mencionado, pues el suicida es cobarde por no enfrentar la situación conflictiva, pero valiente por no temer a la muerte e infligir en su cuerpo una herida mortal.

Según Menninger (1972), popularmente el suicidio es considerado como una escapatoria ante una situación vital intolerable. Este concepto de la autodestrucción como fuga de la realidad, provocada por una situación difícil, resulta persuasivo debido a su propia simplicidad. Sin embargo, si esta fuese la naturaleza del acto suicida, podría equipararse con otro tipo de acciones o comportamientos evasivos (evitar todo tipo de relación o contacto con la situación problemática, entregarse a la fantasía, recurrir a la bebida, etc.). No obstante, la cuestión radica en la diferencia entre cierto tipo de comportamientos evasivos de carácter temporal y el suicidio, que no es temporal. Por lo tanto, puede afirmarse que el suicidio no es simplemente una conducta evasiva, ya que además de la radical evasión de los problemas,

implica una decisión trascendental: dejar de vivir. En este sentido, el suicidio es concebido como un acto que necesariamente se deriva de la significación personal o existencial que implica tal decisión.

Los resultados ofrecen dos perspectivas respecto a esta cuestión, por un lado se ve en el suicidio una falta contra la vida y contra Dios, que puede justificarse en el arraigo de preceptos religiosos, propios de las religiones católica y cristiana que en el contexto nariñense tienen amplia potestad sobre los creyentes.

Las palabras que San Agustín de Hipona (425, citado por Barrera, 2005) pregona en su obra "La ciudad de Dios" son el aforismo que sustenta esta creencia: "aplicaremos al hombre las palabras no matarás, entendiendo: ni a otro ni a ti, puesto que quien se mata a si mismo mata a un hombre". Esta connotación pecaminosa del acto suicida es constatada por Santo Tomás de Aquino, otro de los padres de la iglesia. Para él, el argumento más poderoso contra el suicidio, radica en que nuestra vida no nos pertenece, la vida nos la da Dios, y si bien tenemos la libertad para finalizarla no nos corresponde a nosotros hacerlo (Barrera, 2005).

Por otro lado, el suicidio al ser considerado como una negación a la vida, le da a ésta el carácter de afirmación. Según esta condición, la negación como tal está supeditada a la muerte real, fáctica. Por lo tanto, el concepto de suicidio asociado a un proceso lento que acaba con la vida poco a poco, se refiere a una indeterminación que aunque se inclina más hacia la negación (la muerte) no se consolida como inmediatez, sino como un devenir dialéctico que a partir

de conductas y comportamientos autolesivos tiende hacia la muerte (negación) sin concretarla, y a su vez retorna a la afirmación que le precede (continuar con vida). De este modo, en contraste con las súbitas y agudas manifestaciones de autodestrucción representadas en el acto suicida, las formas de autodestrucción en las cuales el individuo perpetra un suicidio lento, palmo a palmo, podrían ser calificadas como suicidios crónicos, o autodestrucciones crónicas (Menninger, 1972). González (2006) considera este tipo de manifestaciones como comportamientos autodestructivos indirectos. Estos son una forma de suicidio lento, inconsciente y a largo plazo, siempre y cuando las conductas se repitan y tiendan a aumentar la intensidad con las que se presentan.

El comportamiento autodestructivo indirecto es una forma de vida, un rasgo de carácter repetitivo, un hábito. Se presenta lentamente, de forma inconsciente y las consecuencias se manifiestan a largo plazo. Es una manera de evitar el dolor. Es un intento de mantener el control y la predicción. El daño se produce poco a poco cada vez que se presenta la conducta como en el consumo de tabaco, alcohol y drogas, alteraciones del cuerpo (tatuajes, piercings, etc.), trastornos de la alimentación (obesidad, anorexia y bulimia) y relaciones sexuales de alto riesgo (González, 2006). Farberow (1984, citado por González, 2006) considera que aquellas personas que presentan una o más de las conductas descritas anteriormente, de manera repetitiva, tienen en común los siguientes rasgos: su razonamiento tiende a ser hueco y superficial; su comportamiento autodestructivo no se presenta en condiciones de estrés, la

motivación es dirigida a la obtención de placer y las acciones se dirigen hacia sí mismo; pueden mantener su comportamiento por su fuerte capacidad de negación; tienen poca capacidad para visualizarse a largo plazo, se muestran intolerantes a los retrasos y los compromisos pospuestos; son incapaces de explicar su conducta y ésta siempre parece ser impulsiva y difícil de entender, pero la justifica el placer mismo que produce la actividad; mantienen relaciones inestables ya que la principal preocupación es la persona misma y no el otro.

Curiosamente, la percepción del suicidio como un acto egoísta, que comúnmente se reconoce en los cuatro municipios, no se relaciona con la ampliamente difundida definición de suicidio egoísta de Emile Durkheim. Según Durkheim (1897, citado por Sue, 1996) el suicidio egoísta resulta de una incapacidad para integrarse a la sociedad. El fracaso en el mantenimiento de vínculos íntimos con la comunidad priva a la persona de los sistemas de apoyo que son necesarios para el funcionamiento adaptativo. Sin dicho apoyo, el individuo es incapaz de funcionar de manera adaptativa, la persona se aísla y se enajena de las demás personas. Sin embargo, a diferencia de tal definición, la calificación “egoísta” que el término recibe por parte de la comunidad, se relaciona con el hecho de que el suicida no contempla como un impedimento, la sensación de dolor que su familia y las personas que lo aprecian experimentarían por su muerte. Es decir, en este caso, la comunidad atribuye al concepto de suicidio una disposición personal, que lleva al individuo a valorar cualquier posible acción en función exclusiva del propio interés, excluyendo toda posible consideración o referencia al interés de los otros (Quintas, 2002).

Peculiar importancia representa el hecho de que la mayoría de definiciones brindadas por la comunidad atribuyen al suicidio el carácter de acto. Según Quintas (2005), el acto representa el ejercicio de un poder o de una facultad, independientemente de la naturaleza de estos. Lacan (1964, citado por Evans, 1996) va más allá, al considerar el acto como eminentemente simbólico; cualidad esta, que hace de él un concepto ético que encierra en sí mismo y por sí mismo la responsabilidad y la intersubjetividad implícita en su ejecución. En este sentido, un acto en tanto simbólico, siempre se constituye como un mensaje cifrado que se envía al Otro. Este Otro como orden simbólico, debe en primera instancia ser considerado un lugar, el lugar en el que está constituida la palabra (Lacan, 1955). Desde esta perspectiva, el sujeto se estructura a partir del discurso del Otro, siendo este Otro el lenguaje, la cultura, las instituciones sociales, la familia, etc. Por lo tanto, una apreciación un tanto arriesgada, por no decir atrevida, sería considerar que el suicidio, visto como un síntoma contemporáneo, surge cuando los representantes de este Otro social, se han hecho sordos ante el decir del sujeto, o sea, cuando su palabra no encuentra un lugar al que llegar, un lugar donde sea reconocida, situación que pone a tambalear su calidad de sujeto y la muerte como posibilidad de reconocimiento (aún en la tumba) es la única alternativa que se asoma. Lacan (1957) es muy explícito en este sentido “el suicida más que cualquier otro, es aquel que aspira, de manera más radical, a volverse un signo para el Otro” (p.127), a lo cual se podría añadir: para el Otro que se volvió sordo ante su palabra.

Factores de riesgo

La presencia de trastornos mentales como depresión y abuso de sustancias fueron considerados por los participantes de los cuatro municipios como factores de riesgo asociados al fenómeno del suicidio. En el caso específico del municipio de Pasto, la comúnmente llamada locura también fue reconocida como un factor de riesgo, al igual que la presencia de enfermedades crónicas en el caso del municipio de Tumaco.

La depresión, fue identificada en los cuatro municipios como un factor de riesgo para suicidio. Esta percepción no se aleja de los resultados obtenidos en diversos estudios que indican que depresión y suicidio están correlacionados de manera muy alta. Por ejemplo, investigadores encontraron que los deseos de suicidio ocurrieron en el 74% de un grupo de personas deprimidas de gravedad, en comparación con sólo el 12% en un grupo no deprimido (Beck, 1967, citado por Sue, 1996). Aunque un deseo suicida es muy diferente de un intento de suicidio, en otro estudio se encontró que el 80% de los pacientes admitidos en un hospital general debido a un intento de suicidio estaban deprimidos en el momento de la observación inicial (Silverr y cols., 1971, citados por Sue, 1996). Estudios más recientes realizados en nuestro país, constatan esta relación.

Por ejemplo, según el estudio Factores Asociados al Intento de Suicidio en la Población Colombiana (Restrepo, Rodríguez, Bohórquez, Diazgranados, Ospina y Fernández, 2002), más de un 50% de los adolescentes que se suicidan sufren depresión mayor. De éstos, un 25% hace un intento de suicidio

en algún momento en su vida y un 15% finalmente se suicida. Igualmente Molina y Navarro (2003), sostienen que en la población colombiana, los individuos que presentan cuadros depresivos, tendrían tasas de suicidio 44 veces superiores a los sujetos normales y ocho veces superiores al resto de pacientes psiquiátricos. En cuanto a la tentativa de suicidio la depresión juega un papel determinante que afecta principalmente a adolescentes.

Además de la depresión, en los municipios de Pasto, Ipiales y La Unión, el consumo de sustancias psicoactivas es fuertemente relacionado con la ocurrencia de suicidio (Pasto, Ipiales y La Unión). Es más, en el caso del municipio de La Unión la depresión es percibida como una causa del consumo de alcohol y éste a su vez, como un factor de riesgo para suicidio. En este punto es importante mencionar que a diferencia de los otros municipios, la comunidad del municipio de Tumaco no percibe el consumo de alcohol como un factor de riesgo para suicidio, por el contrario, ven en él una fuente de diversión que culturalmente es aceptada.

Según la OMS (2001), el consumo excesivo de drogas y alcohol es muy frecuente entre los niños y adolescentes que cometen suicidio. En este grupo de edad, la cuarta parte de los pacientes suicidas han consumido alcohol o drogas antes del acto. Se ha estimado que el riesgo vital de muerte por suicidio es 60-120 veces mayor en pacientes con abuso/dependencia al alcohol que en la población general (Murphy y Wetzel, 1990, citados por Gómez, 2003).

Según Uribe (2002), la depresión en población adolescente es causada por situaciones y factores de estrés, común en adolescentes debido al proceso

de maduración por el cual atraviesan, sucesos perturbadores como muerte de un ser querido, fracasos escolares o amorosos y baja autoestima. Entre los factores de riesgo se encuentran los eventos estresantes, la carencia de habilidades sociales, enfermedades crónicas y la baja tolerancia a la frustración. Finalmente, las complicaciones derivadas de un estado depresivo pueden ser: intento de suicidio, consumación del suicidio, consumo excesivo de drogas, alcohol, marihuana, cocaína, etc., e interferencia negativa respecto al desempeño escolar y las relaciones interpersonales.

Evidentemente, la percepción comunitaria respecto a estas relaciones no es, científicamente hablando, tan elaborada. Sin embargo, la depresión es reconocida como un estado emocional caracterizado por una profunda tristeza, que en casos extremos puede conducir a una persona a quitarse la vida.

Es importante aclarar que si bien la comunidad reconoce en la depresión y el abuso de sustancias factores individuales asociados al suicidio, ambos son percibidos como la reacción ante un problema o evento estresante como: conflictos intrafamiliares, ruptura con la pareja, bajo rendimiento académico, situaciones económicas adversas, etc.

La percepción de la comunidad (municipio de Pasto) respecto a la locura como un factor de riesgo asociado al suicidio se relaciona con la creencia de que “hay que estar loco o mal de la cabeza para matarse”, o en otros términos, el suicida padece una enfermedad mental que le impide razonar adecuadamente.

Muchos autores coinciden en que la patología mental al igual que la enfermedad física son factores de riesgo para cometer suicidio. En el caso de la esquizofrenia, que comúnmente es denominada “locura”, resulta interesante indagar qué prevalencia estadística tiene con el suicidio. Kaplan y Sadock (1999, citados por Azpiroz, Santos y Romani, sin dato) proporcionan los siguientes datos: alrededor de un 50% de los pacientes con esquizofrenia intentan el suicidio al menos una vez en su vida y entre un 10 y un 15% de ellos mueren por suicidio durante un período de seguimiento de 20 años. Es en los primeros años de comienzo de la esquizofrenia cuando hay mayor riesgo de suicidio. El suicidio es la principal causa de muerte en jóvenes con esta enfermedad. A estos suicidios se asocian síntomas depresivos y en un pequeño porcentaje, comando alucinatorio o la necesidad de huir de delirios altamente persecutorios.

Las enfermedades crónicas, sobretodo si son incapacitantes y acusan dolor crónico (municipio de Tumaco), se consideran un factor de riesgo suicida. Se podría esperar que muchas personas afectadas de enfermedades somáticas graves que les ocasionan intenso dolor y pérdida de la calidad de vida decidieran poner fin a su situación de sufrimiento. Según Molina y Navarro (2003), las enfermedades que originan mayor riesgo de suicidio e intento de suicidio son: epilepsia, cáncer, SIDA, enfermedades renales y pacientes con trasplantes.

Determinados factores psicológicos y rasgos de personalidad fueron identificados por los participantes como factores de riesgo para suicidio. De

acuerdo con los resultados, la introversión es el rasgo de personalidad que en mayor grado se asocia con el riesgo suicida.

Según Jung (1921, citado por Fingermann, 1971), la diferencia entre una personalidad introvertida y una extrovertida, depende de la dirección en que se oriente el interés de cada persona con respecto al mundo exterior, en la actitud introvertida predomina el sujeto sobre el objeto, que ocupa un lugar secundario. En pocas palabras, el introvertido dirige su atención a lo que ocurre en su interior. El carácter reflexivo del introvertido lo impulsa siempre a meditar, a recogerse sobre sí mismo antes de obrar. Su miedo y desconfianza ante los objetos lo inducen a la vacilación y así encuentra siempre dificultades al querer adaptarse al mundo exterior.

Además, la comunidad reconoce en este tipo de personas la tendencia a *“encerrarse y ahogarse en sus problemas”*, que puede ser interpretada como ensimismamiento e incluso como un repliegue autista que imposibilita el flujo de la palabra que ahoga. En este sentido, podría hablarse de un fracaso en el lazo social, un corte abrupto en la cadena que enlaza al sujeto con el lugar en el que se constituye su palabra, el Otro social.

Curioso y preocupante resulta el hecho de que mientras la comunidad de los municipios de Tumaco y La Unión identifican este rasgo como un factor individual, aislado y externo a su “forma de ser”, la comunidad de los municipios de Pasto e Ipiales lo asumen como un factor de riesgo propio de su idiosincrasia cultural.

Teniendo en cuenta lo anterior, es imposible hablar de la cultura de Nariño como algo homogéneo. Dentro de su complejidad, pueden distinguirse, al menos, dos grandes subculturas: La sierra y la costa.

Desde el punto de vista racial, la sierra se caracteriza por un fuerte predominio del componente indio y mestizo (como es el caso de los municipios de Pasto e Ipiales). El blanco constituye minoría. Al serrano, en el concierto nacional, se lo conoce con el estereotipo de “pastuso”, sinónimo de retraído, ingenuo, tímido, introvertido y, en el peor de los casos, tonto (Zuñiga, 1998).

Según Zúñiga (1998), el aislamiento al que estaban confinados durante la época colonial municipios nariñenses de la sierra, debido a la lejanía del mar, la carencia de vías de acceso terrestre adecuadas y las barreras geográficas que impedían el comercio, estos se fueron sumiendo en el atraso económico y cultural. Este aislamiento propicio la permanencia de valores de tipo feudal tanto en las relaciones de producción, como en el comportamiento social. A esto hay que añadir la marcada influencia de la religión que no sirvió, como en Antioquia, de incentivo para el progreso, sino para difundir valores negativos como el sufrimiento, el castigo, la culpa, el dolor y la humildad.

La influencia cultural de estos valores, sumados a los aún actuales estereotipos respecto al pastuso, pueden influir negativamente en la percepción que los habitantes de la sierra tienen respecto a sí mismos. Caso contrario a lo observado en municipios como Tumaco, donde el costeño se ve a si mismo como una persona alegre, extrovertida, rumbera y descomplicada (Universidad de Nariño, Universidad del Valle, 2006). En el caso del municipio de La Unión,

su ubicación geográfica y la afluencia masiva de personas de los departamentos del Cauca y Valle del Cauca, debido al enorme auge del comercio informal, han provocado que los venteños asuman como propias ciertas costumbres y características particulares del valluno, que naturalmente los diferencian del estereotipo del “pastuso”.

La dependencia afectiva es otro de los factores psicológicos que la comunidad asocia con el fenómeno del suicidio. Según Sue, (1996), las personas que no están dispuestas a asumir responsabilidades debido a una incapacidad para funcionar y tomar decisiones de manera independiente, pueden ser calificadas como dependientes. Estas personas carecen de seguridad en si mismas y subordinan sus necesidades a las de las personas de las que dependen. Las personas dependientes tienen dos suposiciones profundamente arraigadas que afectan sus pensamientos, percepciones y comportamientos. Primera, se ven a sí mismos de manera inherente como inadecuados e incapaces de afrontar cualquier tipo de situación. Segunda, concluyen que su meta debe ser encontrar alguien que cuide de ellos.

Igualmente, Pérez (2006), considera como uno de los atributos de la personalidad del adolescente que puede facilitar la eclosión de salidas suicidas emergentes frente a situaciones de riesgo, a los frecuentes sentimientos de dependencia, desamparo y desesperanza.

La carencia de habilidades y competencias personales, que igualmente es identificada por la comunidad como un factor asociado al suicidio es catalogada por Pérez (2006), como un factor de riesgo suicida. Baja autoestima, pobres

habilidades para resolver problemas y tomar decisiones y baja tolerancia a la frustración, son algunas de las características personales que incrementan el riesgo suicida (Pérez, 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, las llamadas competencias o habilidades personales, pueden ser definidas como el conjunto de capacidades o habilidades que posee el sujeto para afrontar adecuadamente las dificultades, interactuar de manera exitosa con su ambiente y lograr la satisfacción legítima de sus necesidades, al ejercer determinada influencia sobre sus semejantes (en el sentido de ser tenido en cuenta). Estas son cualidades que se relacionan directamente con la salud, el ajuste emocional y el bienestar de los individuos (Zaldívar, 2003). Por lo tanto, la carencia de este tipo de cualidades facilita la aparición de sentimientos de inadecuación, indefensión y malestar excesivo ante situaciones que en realidad no representan una amenaza considerable.

De la misma manera, la comunidad identifica ciertas situaciones familiares como una de las principales causas de suicidio en los jóvenes. Particularmente, estos resultados muestran gran similitud con hallazgos de otras investigaciones. Por ejemplo, según la OMS (2001) algunos aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son: escaso cuidado provisto por los padres con poca comunicación dentro de la familia; peleas frecuentes entre los padres con agresión y tensiones; divorcio, separación o muerte de los padres; expectativas demasiado altas; padres con autoridad excesiva o inadecuada; falta de tiempo de los

padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo y descuido. Según Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela (2000), existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

Igualmente, Pérez (sin dato) afirma que como es reconocido, los problemas familiares, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida en la población adolescente. Entre ellos se encuentran:

1. Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
2. Violencia familiar entre sus miembros.
3. Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
4. Dificultades para prodigar cuidados a quienes los requieren.
5. Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
6. Separación de los padres por muerte, separación o divorcio.
7. Antecedentes de abuso sexual.

8. Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.

9. Muerte de uno de los padres.

10. Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.

11. Autoritarismo o pérdida de la autoridad en los padres.

12. Incapacidad de los padres para escuchar y comprender a sus hijos.

13. Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones difíciles.

14. A este conjunto de situaciones, la comunidad añade:

15. Sensaciones de presión, temor e indefensión de los hijos respecto a los padres.

16. Preferencia de los padres por un hijo en especial.

17. Pautas de crianza inadecuadas como la sobreprotección.

Además de estas, otro tipo de situaciones asociadas a las relaciones de pareja y con amigos, son consideradas por los participantes como factores de riesgo. Por lo general, aquellas que están asociadas a ruptura de relaciones afectivas, aislamiento y rechazo por parte de amigos, conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.

Igualmente situaciones como fracaso en el desempeño escolar, exigencia elevada de padres y maestros durante el periodo de exámenes e incumplimiento de expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas (Pérez, 2006),

son identificadas por la comunidad como situaciones de riesgo asociadas al contexto educativo.

Por otro lado, los resultados muestran que aunque la comunidad no reconoce la situación económica o la pertenencia a un estatus socioeconómico como un factor directamente relacionado con la ocurrencia del suicidio, si se identifican ciertas situaciones que pueden influir o considerarse como posibles factores de riesgo.

Según la OMS (2001) el bajo estatus socioeconómico y el desempleo en la familia pueden ser considerados factores de riesgo. No obstante, la percepción de la comunidad diverge en este punto, pues a diferencia de lo planteado por la OMS, se reconoce en la pertenencia a un estrato socioeconómico bajo la presencia de factores protectores inherentes a tal condición. Según los participantes, en este tipo de familias hay mayor proximidad y calidez en el trato con los hijos, estas personas poseen cierta fortaleza producto de las privaciones y condiciones a las que han tenido que adaptarse por pertenecer a un estrato socioeconómico menos favorecido, finalmente, tal condición puede potenciar sus capacidades personales dirigidas a la búsqueda de mejores condiciones de vida.

Además, la mayoría de participantes, asocia la ocurrencia del suicidio con la pertenencia a estratos socioeconómicos altos, sin embargo, el psiquiatra Sergio Pérez Barrero (2005), reconocido profesional por sus investigaciones sobre el tema, resalta que esta percepción está relacionada con uno de los tantos mitos que rodean a este fenómeno. Según él, asumir como un hecho

que las personas ricas tienden más a suicidarse, implica un criterio equivocado que desconoce la posibilidad de que el suicidio se presente entre las capas más pobres de la sociedad. Aunque se reconoce que el suicidio es una causa de muerte que se observa con mayor frecuencia en los habitantes de países desarrollados que en países subdesarrollados, esto no implica que estos sean más susceptibles ante la ocurrencia de este tipo de problemática que personas que pertenecen a estratos socioeconómicos menos favorecidos.

No obstante, esta percepción puede estar asociada a la creencia de que las familias que pertenecen a niveles socioeconómicos altos no brindan suficiente afecto, comprensión y apoyo emocional a sus miembros (principales factores protectores reconocidos por la comunidad a nivel familiar), pues el apoyo que ofrecen se limita al suministro de bienes materiales.

La influencia de los medios de comunicación masiva, no es reconocida por la comunidad como un factor determinante en la ocurrencia del suicidio, sin embargo se reconoce la influencia negativa que cierto tipo de mensajes puede provocar sobre los receptores de dicha información. Por ejemplo, en la cultura contemporánea los medios de difusión masivos han globalizado un modelo de belleza que en muchas ocasiones se convierte en un objetivo imitativo inalcanzable. Bajo esta propuesta de belleza se pueden enmascarar severos trastornos de alimentación (Pérez, sin dato). Igualmente, la difusión de comportamientos violentos, provocan la imitación de estos por parte de la población infantil y juvenil. A esto se suma la comercialización por los medios de comunicación de ideales de vida que no corresponden a la realidad

colombiana y que además privilegian y proliferan una exagerada vanidad corporal y la necesidad artificial de acceder y poseer bienes materiales.

Por otro lado, la mayoría de participantes, principalmente la comunidad del municipio de Ipiales, considera que algunos contenidos televisivos y radiales, ofrecen a la tele audiencia panoramas negativos respecto al futuro, modelos inadecuados de comportamiento y noticias amarillistas respecto a la problemática de suicidio, información que incrementa la situación de riesgo en población juvenil.

En concordancia con esta percepción, datos de la OMS (2001), confirman que son muchos los estudios que hacen evidente la causalidad directa entre la difusión del suicidio y su imitación por parte de las personas expuestas al mensaje. Sin embargo para el antropólogo de la Universidad Nacional, Eric Cantor (2002, citado por García y Martínez, 2003), si bien en el caso de los niños el suicidio podría ocurrir por imitación debido a su inmadurez emocional, en los adultos la afirmación debe ser más cuidadosa, puesto que el suicidio es un fenómeno multicausal, cuya etiología no está inserta en una explicación simplista del mismo.

Ante este panorama tan complejo, lo que se espera de los medios de comunicación no es que se callen y finjan que el fenómeno no existe, sino que se cuestionen sobre cómo evitar que esa información pueda terminar estimulando las ideas suicidas de su público.

Al respecto, la OMS hace varias sugerencias, sobre cómo manejar responsablemente el tema del suicidio en los medios de comunicación (García y Martínez, 2003):

Evitar lenguaje, imágenes y títulos sensacionalistas y consultar a las familias antes de publicar cualquier material que debiera quedar fuera del dominio público. En todo caso es mejor evitar la intrusión excesiva en el dolor y la vida privada de las familias.

Publicar detalles sobre los métodos puede favorecer la imitación. Es posible que sea relevante indicar como murió una persona, sin embargo proporcionar demasiados detalles podría estimular a otras a probar estos métodos. Descripciones explícitas también pueden acentuar el desamparo de los familiares y allegados del difunto, particularmente el de los niños.

Evitar la especulación, sobre todo cuando se trata del suicidio de una celebridad.

Evitar dar la impresión de que el suicidio es una solución simple a un problema puntual, puesto que se trata de un problema complejo, y reconocer que una muerte repentina genera problemas entre los familiares y allegados.

Cuestionar los mitos del suicidio como que «las personas que manifiestan suicidarse, no lo hacen nunca» o que «los suicidas están decididos a morir».

Considerar el contexto. Cuando la gente se suicida mientras recibe atención en instituciones (hospitales, detención preventiva, cárceles) su muerte puede plantear importantes cuestiones sobre los niveles de vigilancia y de cuidado.

La censura o la desinformación sobre el suicidio es inútil. Las actitudes con respecto al suicidio varían de cultura a cultura, pero los comunicadores no deberían intentar esconder los hechos. Es importante que el público sea consciente del fenómeno, conozca las señales de alarma y los lugares de prevención.

Si el relato de un suicidio merece las primeras páginas, se debe acompañar con información sobre adónde puede acudir la gente que necesite ayuda o información especializada.

Finalmente, gran parte de los participantes, identifica en la ausencia de lugares y actividades para el sano esparcimiento, la imposibilidad de acceder a estos lugares por cuestiones económicas y las limitadas actividades recreativas que ofrece el contexto, como carencias y dificultades que pueden constituirse como factores de riesgo para cada uno de estos municipios.

Factores protectores y elementos que pueden contribuir a la construcción de un modelo de intervención para prevenir suicidios en el departamento de Nariño

Una problemática tan compleja como el suicidio requiere de un enfrentamiento integral y mancomunado por parte de nuestras sociedades, que se base en el promoción de valores e ideales que promuevan la vida, la prevención de comportamientos autodestructivos y la atención integral ante los repentinos brotes de inestabilidad emocional que puedan desembocar en un comportamiento suicida.

Esta intervención necesariamente multisectorial, debe ser orientada y dirigida por profesionales conocedores de que el hombre es un ser eminentemente social, que tiene necesidades psíquicas, como puede ser el hecho de tener expectativas respecto al futuro que estimulen su lucha por la vida, y un sentido de integración, identidad y pertenencia a grupos cuyos valores y experiencias comparte, y que son tan importantes como la propia satisfacción de sus necesidades básicas.

Es decir, es necesario que reconozcan la importancia del lazo social, entendido éste como aquella atadura que fija al sujeto al mundo, que le permite sostenerse y fijarse a la realidad en la que vive. En este sentido el término lazo social, subraya la naturaleza transindividual del lenguaje, el hecho de que la palabra siempre implica a otro(s) sujeto(s), un interlocutor, gracias al cual la palabra y el acto del sujeto cobran sentido y adquieren una significación particular.

Hoy se sabe que para poder fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir, por esto la promoción de la salud se constituye como una estrategia que vincula a la comunidad con sus entornos, que refuerza los lazos intersectoriales y que con el propósito de crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. Así pues, la promoción de la salud no se ocupa solo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de las personas para influir en los factores que determinan su salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno, para mantener y potenciar aquellos factores que

sostienen condiciones de vida saludables, así como para modificar aquellas que tiendan al deterioro del bienestar de las comunidades (Guibert, 2002).

De este modo, la promoción de la vida encaminada a prevenir el suicidio, debe trabajar en la creación de condiciones psicosociales que generen la participación social de la mayoría de los sectores sociales implicados en la búsqueda del bienestar de la comunidad.

Estudios realizados en México, por González-Forteza y Jiménez (1995, citados por Hernández, 2005) señalan que la eficacia de los esfuerzos por prevenir el suicidio en adolescentes, depende en gran medida del establecimiento de una comunicación adecuada entre quienes toman decisiones políticas y aquéllos que ejecutan los programas de prevención y los que realizan investigación al respecto. En este sentido, teniendo en cuenta el modelo ecológico, es evidente que la comunicación y el desarrollo de dichas actividades encaminadas a la prevención deben mantenerse y ejecutarse entre los entes estatales encargados de generar Políticas de salud pública (macrosistema), las instituciones de salud que ponen en práctica dichas políticas y las instituciones educativas y demás instancias (por ejemplo, ONG`s) que a partir de la investigación generan conocimiento científico orientado a la prevención del suicidio (exosistema). El accionar de estas instancias facilitará al individuo y a su entorno social inmediato (microstema) el reconocimiento de herramientas e información que disminuyan los trágicos efectos derivados de la conducta suicida.

Cualquier tipo de estrategia encaminada a promover el sentido de la vida y a enfrentar el suicidio, debe partir de actividades de promoción de la salud, prevención del suicidio, diagnóstico temprano de las crisis suicidas, así como su atención psicológica y la rehabilitación del paciente suicida y su familia. La experiencia mundial revela que los avances sustanciales en la promoción de la vida y prevención del suicidio se han alcanzado a través de estrategias que implican una participación comunitaria de población voluntaria entrenada, medios masivos de comunicación y personal de salud especializado, principalmente aquellos que trabajan en los niveles de atención primario y secundario del Sistema Nacional de Salud (Guibert, 2002).

Según Urrego (2004), la comunidad como espacio social es expresión de la situación económica, cultural y educacional de sus moradores, y la interacción entre sus miembros posibilita el reconocimiento y desarrollo de recursos humanos para el afrontamiento de sus necesidades. Si esta no toma conciencia del valor que tiene la salud, de sus propios problemas de salud y de la importancia de solucionarlos, difícilmente tendrá disposición para aprovechar las herramientas que los agentes sanitarios quieren ofrecerles para que sus condiciones de vida mejoren.

A continuación se hace mención de aquellos factores que la comunidad de los municipios de Pasto, Tumaco, Ipiales y La Unión, perciben como elementos o recursos que pueden contribuir a la prevención del suicidio en el departamento de Nariño. Además, se presenta una sintética sustentación teórica, práctica o investigativa que justifique tal caracterización.

El apoyo y el afecto positivo recibido en el núcleo familiar primario, en las relaciones de pareja y de amistad, son los elementos que la comunidad asocia en mayor medida con los factores protectores ante el suicidio. En este sentido, el soporte social y el apoyo social que una persona recibe y percibe de las redes sociales a las que pertenece, pueden considerarse elementos fundamentales que brindan al individuo condiciones de bienestar emocional.

Una red social se entiende como un conjunto de lazos sociales que implican en sí mismos la relación o afiliación de alguna clase (Wellman, 1981, citado por Lemos y Fernández, 1990). En la medida en que la red social de una persona le proporciona apoyo emocional, asistencia técnica y tangible, sentimientos de estar cuidado, autoestima, etc., dicha red social le proporciona apoyo social (Lemos y Fernández, 1990). El apoyo social no coexiste con la red social, sino que depende de otros factores ajenos a la mera amplitud de las relaciones o la frecuencia de la interacción social. Sin embargo, la red social puede ser el primer paso para conseguir el apoyo social.

De acuerdo con Lin, Dean y Ensel (1986, citados por Palacín, 1997), “el apoyo social es el conjunto de provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales, familia y amigos íntimos”.

La explicación de Lin, Dean y Ensel (1986, citados por Palacín, 1997), sobre la importancia del apoyo social se sustenta en tres pilares. Por un lado se puede hablar de la objetividad y de la subjetividad del concepto, diferenciando el apoyo social obtenido y el apoyo social experimentado o percibido; ambos son fundamentales para la persona y repercuten sobre su bienestar emocional.

El segundo pilar de la explicación de Lin y cols. (1986, citados por Palacín, 1997), se centra en la situación contextual del apoyo social y analiza a partir de los tres niveles del modelo ecológico, las áreas en las que puede darse el apoyo social:

Desde el punto de vista comunitario, nos situamos en el macrosistema, el soporte social permite al individuo sentir que pertenece y está integrado en un sistema social, en una comunidad que lo identifica, lo caracteriza y le brinda oportunidades para salir adelante y mantener una calidad de vida satisfactoria.

Las instituciones y entornos sociales que brindan algún tipo de apoyo instrumental, informativo o emocional (salud, educación, iglesia, recreación etc.) y que posibilitan su integración con otros, se ubican en el exosistema.

En un nivel más reducido, de sistemas o redes sociales, el microsistema, nos encontramos en la red de los vínculos personales, en cuyo interior, a menudo indirectamente, se dan afectos o apegos hacia lo demás.

Es necesario mencionar que los participantes perciben en la actual situación que vive el país, una ausencia de apoyo social a nivel del macro y exosistema, pues las dificultades derivadas de las escasas oportunidades laborales, educativas, recreativas y de acceso a los servicios de salud, hacen pensar que el Estado, el sistema de Gobierno y las instituciones prestadoras de servicios, muestran desinterés por la comunidad y por los sectores sociales menos favorecidos.

El tercer pilar de su explicación se refiere a la labor del soporte social; por norma se suele hablar de tres formas distintas de soporte o ayuda social.

1. El soporte emocional se refiere al sentimiento de ser querido y de poder tener confianza en alguien. Es también saber que hay una persona con la que poder comunicarse y compartir emociones y vivencias y además saber que se es valorado.

2. El apoyo palpable o material es aquél que se recibe en forma de servicios (ayuda para cuidar a los niños, ayuda particular, dinero). Dar esta forma de ayuda es una de las metas principales de los Servicios Sociales, facilitando por ejemplo el acceso a una pensión económica, u ofreciendo amparo en situaciones de crisis.

3. El soporte de tipo informativo, por último, es el que se obtiene con los conocimientos, las sugerencias de los demás, que facilitan en cierta manera la resolución de los problemas. Este apoyo es difícil darlo separadamente del apoyo emocional a menos que provenga de instituciones oficiales, por lo tanto formales, en los que la ayuda es facilitada por expertos. El soporte informativo puede ser buscado en toda persona que pueda aportar información adicional sobre cómo resolver determinado problema, a quién y dónde dirigirnos y cómo comprenderlo.

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que el apoyo o soporte emocional es privilegiado respecto a los dos restantes. Según Pérez y Daza (sin dato) este tipo de apoyo comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza. Este tipo de apoyo está comprendido, de una u otra manera, en las otras concepciones de apoyo antes mencionadas. En términos generales,

cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, tienden a conceptualizarlo en torno al apoyo emocional.

Además, la comunidad reconoce en la familia y en la escuela institutrices primordiales, complementarias y formativas que brindan este tipo de apoyo y gracias a las cuales el individuo adopta nociones, valores y principios éticos y morales que resaltan el sentido de la vida y nutren su personalidad. Es más, se identifica en el personal docente a subrogados de las figuras parentales que por asumir tal función, pueden influir positiva y determinadamente sobre la formación de los estudiantes.

La educación inculcada en la familia y la escuela es percibida como el pilar fundamental sobre el que ha de erigirse la formación personal y social, el instrumento que permite al individuo alcanzar un desarrollo integral que le facilitará adaptarse a las cambiantes situaciones que ha de enfrentar.

En el caso específico de la familia, por ejemplo, esta tiene un importante papel en la promoción de la vida, si desempeña adecuadamente sus funciones y si diseña un proceso de enseñanza-aprendizaje flexible, pues no solo contribuye a formar y desarrollar afectiva y emocionalmente a los niños y jóvenes, y es el principal sistema de apoyo social de la mayoría de las personas, sino que desarrolla en los individuos factores protectores que optimizan el desarrollo psicosocial y neutralizan los factores de riesgo. Así, se reconoce a la familia como una entidad social que a partir de la formación en valores como el respeto, la tolerancia y la paz, forjará el futuro de una comunidad en la que la vida sea valorada y respetada a toda costa.

De acuerdo a lo planteado por Guibert (2002), “la familia sigue siendo hoy por hoy el fortalecedor o debilitador por excelencia de la base del desarrollo afectivo-emocional de la personalidad” (p.p. 8). En este sentido, es importante que la familia enseñe a los niños a respetar los límites, asimilar y sobreponerse a las frustraciones, a socializar la agresividad percibida o recibida y a desarrollar su inteligencia emocional y no solo cognitiva, para formar personalidades resistentes, activas y seguras ante los obstáculos y placeres de la vida, a partir de la estructuración y consolidación de sentidos de vida individuales y colectivos que se adapten a las cambiantes situaciones sociales.

Por su parte, la escuela se concibe como un espacio de encuentro e interacción, donde el individuo disipa sus preocupaciones, al mismo tiempo que elabora o concreta su proyecto de vida y visualiza el alcance de metas y objetivos personales. La enseñanza de normas, principios éticos, deberes y derechos, que ésta brinda, se constituyen en el complemento ideal de la formación impartida en el hogar. Además, el contexto educativo brinda la posibilidad de que el individuo logre superarse a nivel personal, adquiera habilidades para resolver problemas, acceda a servicios de salud mental y a espacios para la recreación y el deporte, y establezca nuevas redes de interacción social.

En sus Contribuciones al Simposio sobre el Suicidio (1910), Freud hacía énfasis en la importante labor que la escuela está llamada a cumplir, aunque reconocía que la educación secundaria de aquella época no cumplía con tal cometido:

“La escuela secundaria, empero, ha de cumplir algo más que abstenerse simplemente de impulsar a los jóvenes al suicidio: ha de infundirles el placer de vivir y ofrecerles apoyo y asidero en un período de su vida en el cual las condiciones de su desarrollo los obligan a soltar sus vínculos con el hogar paterno y con la familia. Me parece indudable que la educación secundaria no cumple tal misión y que en múltiples sentidos queda muy a la zaga de constituir un sucedáneo para la familia y despertar el interés por la existencia en el gran mundo” (Freud, 1910).

Afortunadamente, los tiempos han cambiado y la institución educativa de nuestros días hace realidad esta función buscando desarrollar la personalidad y la creatividad, explotando la posibilidad de ir más allá de lo que los textos dicen sobre la salud y el sentido de la vida, y realizando un puente entre los contenidos curriculares y la vida cotidiana del alumno.

De acuerdo con Guibert (2002), la promoción de la salud y de la vida en y desde el ámbito escolar parte de la visión integral y multidisciplinaria del ser humano, considerando al individuo en su contexto familiar, comunitario y social, y debe desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado de la salud y la prevención de conductas de riesgo en todas las oportunidades educativas; fomentar un análisis crítico y reflexivo sobre los valores, conductas, condiciones sociales y estilos de vida, y buscar desarrollar y fortalecer aquellos que favorecen la salud y el desarrollo humano; facilitar igualmente la participación de todos los integrantes de la comunidad educativa en la toma de decisiones para contribuir a promover relaciones socialmente igualitarias entre

los géneros, alentar la construcción de ciudadanía y patriotismo, y reforzar la solidaridad y el espíritu de comunidad.

Según este autor, la escuela debe generar espacios y condiciones para crear, estimular y desarrollar los factores protectores de la salud psicológica de los niños y jóvenes, los cuales son:

1. Existencia de un vínculo significativo con un adulto, una persona en quien confiar que se preocupe, que escuche sus problemas y sea capaz de empatizar con ellos.

2. El apoyo social dentro y fuera de la familia, que enseñe a socializar la agresividad percibida o sentida.

3. Un clima educacional emocionalmente positivo, abierto, que brinde apoyo y que se guíe por normas claras.

4. Modelos sociales que enfatizan un enfrentamiento adecuado y constructivo de los problemas.

5. Un equilibrio entre las responsabilidades sociales y las exigencias académicas.

En el caso específico de la intervención con pacientes suicidas en el ámbito educativo, González-Forteza y Ramos-Lira (2001, citados por Hernández, 2005), recomiendan que preferiblemente dicho proceso sea ejecutado por personal capacitado ajeno a la institución, con el fin de que los adolescentes puedan confiar en ellos, sin que su situación influya en su desempeño o historial académico.

Como ya se menciona anteriormente, además de la familia y la escuela, la participación social de otros sectores es muy importante para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud en el afrontamiento de problemas como el suicidio. La participación social se define como la participación de grupos organizados, entre ellos, la comunidad, las familias, y demás instituciones sociales etc., que deben participar en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención de las problemáticas de salud; y no asumir un papel pasivo, como la simple colaboración en las actividades planificadas por otros, o la mera utilización de los servicios de salud ofrecidos.

Este concepto que incluye la participación de todos los actores sociales en pro de la identificación de las problemáticas de salud y de otros factores afines para aliarse y diseñar, probar y poner en práctica las soluciones, supone adoptar una concepción de salud comunitaria conocida como *Modelo de Competencia*. Dicho modelo pretende socializar el conocimiento científico y desarrollar habilidades y recursos en los ciudadanos, con el propósito de que estos sean más competentes en la vigilancia y cuidado de su salud y en el comportamiento y desarrollo de sus trabajos y profesiones (Guibert, 2002). Las condiciones necesarias para que la implementación de un modelo interactivo de este tipo resulte provechosa, son:

1. División de responsabilidades.
2. Establecimiento de metas y modalidades de tratamiento de forma negociada o por consenso.

3. Utilización de modelos explicativos al alcance del público.

4. Apoyo del profesional con sus conocimientos y destrezas para iniciar y estructurar progresivamente el fomento del autocuidado.

5. Utilización de los recursos de que dispone el paciente en pro de su salud.

La concepción de la salud y el bienestar comunitario, que se deriva de este modelo, implica necesariamente que la comunidad asuma un papel protagónico, de modo que se promueva el intercambio entre los actores sociales a través de talleres, discusiones, etc. Esto permitirá, según Guibert (2002), neutralizar con gran efectividad la influencia de muchos de los prejuicios que existen hacia determinadas prácticas de salud, así como la excesiva colonización de los técnicos educadores, que con mucha frecuencia, se resisten a aprender del saber existente en la comunidad sobre la salud, lo cual haría su labor más efectiva.

En este sentido, es necesario motivar a la comunidad a que asuma tal protagonismo, ya que nadie puede hacer algo que no sea en aras de algunos de sus intereses o necesidades. La motivación puede ser considerada el motor inductor de la actividad humana, es lo que lo impulsa a actuar, pero también regula su actuación, confiriéndole un sentido particular.

Pérez (2005), afirma que existen una serie de principios que pueden ser generalizados para iniciar las acciones de prevención del suicidio en cualquier contexto:

1. Prevención general, que es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales estresantes y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

2. Prevención indirecta conformada por el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que pueden conllevar al suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

3. Prevención directa constituida por aquellas medidas o procesos de atención que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

No obstante, como lo reconoce el psiquiatra Sergio Andrés Pérez Barrero (2005), Representante Nacional de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, aunque hay principios generales que deben ser observados para que cualquier estrategia de prevención de suicidio brinde los frutos deseados, cada teatro de operaciones en los que se realizarán las acciones preventivas tiene sus particularidades que determinaran su efectividad.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la ejecución y efectividad de estas acciones preventivas se enmarcan en el ámbito comunitario, en el trabajo intersectorial basado en la cooperación y conectividad de los actores sociales implicados.

Investigaciones como las de González-Forteza, Berenzon y Jiménez (1999, citados por Hernández, 2005), demuestran la importancia de abordar la problemática del suicidio desde la perspectiva del modelo ecológico. Por lo tanto, las necesidades de atención en el campo de la prevención del riesgo suicida y la educación para la salud emocional de los adolescentes del departamento de Nariño, necesitan ser consideradas de acuerdo a la interdependencia e influencia recíproca de los tres niveles que componen el modelo:

Por ejemplo, en el caso del Macrosistema, se observa que el concepto de salud que la comunidad maneja, se enfatiza en el bienestar de la persona a nivel orgánico, mientras que los aspectos relacionados con la salud mental, no son considerados una prioridad. Por otra parte se reconoce una concepción errónea del rol de los profesionales de la salud mental, ya que culturalmente se asocia la intervención de estos profesionales con la presencia de trastornos psiquiátricos severos o lo que comúnmente se conoce como “locura” (Martínez y Tejada, 2007). Esta situación provoca además, la estigmatización de aquellas personas que acuden a los profesionales de la salud mental.

Algunas de las consecuencias que se derivan de esta concepción de la salud mental y de sus profesionales, se relacionan, en el caso del macrosistema, con la no implementación de políticas pertinentes y acordes al contexto y las necesidades de la población a la cual se dirigen. Lo cual sumado a la insuficiente asignación de recursos destinados a la inversión en salud mental y la no inclusión de este servicio en el Plan Obligatorio de Salud dificulta

el desarrollo de procesos óptimos y eficaces, dirigidos a la promoción de la vida y la prevención y atención de la conducta suicida.

Según la OMS (2001), aproximadamente el 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes. Es frecuente, además, que los planes de salud no cubran el tratamiento de los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades. Estas situaciones hacen evidente que en la mayor parte del mundo, al igual que en nuestro país, no se concede a la salud mental la misma importancia que a la salud física.

Esta situación se refleja en el caso del Exosistema, en el hecho de que muchas instituciones tanto del sector salud como del sector educativo, no vinculan dentro de su personal a profesionales de la salud mental. Esto disminuye considerablemente las posibilidades de acceso a este servicio por parte de la comunidad e impide que se lleven a cabo procesos de detección de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación de los casos de conducta suicida; situación que resulta preocupante en el caso de las instituciones educativas, donde se concentra un alto porcentaje de adolescentes y jóvenes, población que ha sido identificada como la de mayor riesgo de suicidio en el departamento de Nariño (Martínez y Tejada, 2007).

Finalmente a nivel del Microsistema, situaciones como la escasa demanda de los servicios de atención psicológica que brindan algunas instituciones de salud, debido a la concepción errónea del rol de los profesionales de la salud mental, la estigmatización de las personas que requieren atención en salud

mental y la falta de disposición para continuar con el tratamiento psicológico en los casos de intento de suicidio, evidencian que dentro del concepto de salud que se maneja a este nivel, tampoco se otorga la suficiente importancia a esta área de la salud.

Ante las implicaciones negativas de estos hallazgos, resulta importante considerar la prevención del suicidio a partir del enfoque de salud pública propuesta por la psicóloga argentina Rossana Huarcaya Bandini (sin dato). El Enfoque de Salud Pública cuenta principalmente con tres estrategias para la Prevención del Suicidio:

1. Apoyo del gobierno para la adopción de políticas de Salud Mental. Es necesario que los gobiernos incluyan la Salud Mental dentro de su estrategia y presupuesto en salud ya que las enfermedades mentales constituyen una carga que impide el desarrollo de todo el potencial de los habitantes de un país.

2. Con respecto al suicidio se debe incentivar al gobierno en la promoción de campañas de salud mental en las escuelas, diagnóstico temprano del abuso de sustancias y depresión, servicios de salud mental al alcance de todos y resaltar la importancia de la pobreza, el desempleo, inequidades de género y la violencia como factores psicosociales que generan estrés.

3. Conocimiento de la problemática, incentivar la investigación dentro del área, ya que esta es una problemática que requiere un abordaje multidisciplinario. Los profesionales dedicados a la Prevención del suicidio tienen como deber la actualización permanente y la publicación de los resultados de sus investigaciones.

Finalmente, autores como Pérez (2005) y Guibert (2002), recomiendan varias orientaciones que son válidas para iniciar un proceso de educación a escala comunitaria en el departamento de Nariño, con el objetivo de fomentar la promoción y satisfacción con la vida y la no utilización del suicidio como solución, de igual forma algunas de ellas han sido modificadas de acuerdo al contexto en el que podrían ser aplicadas y otras han surgido de la información que se recolectó en esta investigación.

Fomentar actividades sociales, culturales, deportivas y recreativas realistas que se ajusten a los recursos de la comunidad.

Aprovechar las ideas, nociones y prácticas que posea la gente sobre la salud, el valor de la vida y la prevención del suicidio.

Fomentar la acción de apoyo social de la familia, grupos, e instituciones de la comunidad ajenos al sector salud.

Motivar a la comunidad y atraer su atención dirigiendo los programas de intervención a las problemáticas que sus integrantes identifican.

Emplear un lenguaje claro y sencillo, haciendo uso de expresiones locales, y destacar los beneficios a corto plazo de la actividad.

Brindar posibilidades para el diálogo y la discusión con el propósito de fomentar la participación de los diferentes sectores sociales.

Lo primero que se debe hacer es comenzar a trabajar si se tienen en cuenta que si se espera a que estén creadas todas las condiciones nunca se iniciaran las labores de prevención del suicidio.

Se debe partir del principio de que el suicidio es una causa de muerte evitable en la mayoría de los casos y con muy escasos recursos se pueden salvar muchas vidas si se toman sencillas medidas durante la crisis suicida.

La prevención inmediata del suicidio es tarea de quien se encuentre mas cerca del sujeto en crisis suicida y éste necesita saber que hacer para que llegue con vida a los servicios especializados en salud mental.

Nunca complicar el tema del suicidio ni convertirlo en un feudo de psiquiatras, psicólogos u otros profesionales pues es una tarea de toda la sociedad en su conjunto.

Se debe intentar contar con el respaldo de los medios de comunicación para realizar programas de radio, televisión o artículos periodísticos sobre el tema del suicidio y su prevención y proponer la realización de talleres sobre como debe ser enfocado el tema del suicidio en los medios.

Se deben iniciar las acciones de prevención del suicidio con las que están dirigidas a disminuir el suicidio en niños y adolescentes, ya que se logra un máximo de apoyo comunitario debido a lo sensible del tema para cada familia.

Se deben impartir conferencias en escuelas públicas y privadas a alumnos, maestros y padres de familia con temas sugerentes y de fácil comprensión que hagan el tema del suicidio y su prevención asimilable al auditorio.

Se deben impartir conferencias para los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de los hospitales generales abordando principalmente los

siguientes temas: mitos sobre el suicidio, exploración de la ideación suicida, grupos de riesgo de suicidio, diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adolescente y el anciano, evaluación del riesgo de suicidio y medidas esenciales para evitar el suicidio durante la crisis suicida.

Asumir una permanente disposición de colaborar en la capacitación de organizaciones religiosas, instituciones, grupos de ayuda mutua en cada comunidad.

Intervenir precozmente en aquellos escenarios en los que se haya consumado un suicidio para evitar los efectos imitativos de esta conducta, principalmente en las escuelas.

Prestar atención inmediata a los sobrevivientes o familiares de suicidas para ayudarlos a elaborar el duelo por esta causa.

Fomentar la formación y capacitación de grupos de voluntarios en la comunidad y creación de una línea telefónica de ayuda al suicida atendida por profesionales y voluntarios con aptitudes para ello.

Coordinar con los servicios de salud mental el proceso a seguir para remitir a tratamiento especializado u hospitalización a aquellas personas con elevado riesgo de suicidio.

Realizar eventos científicos que permitan el intercambio de experiencias entre los interesados en la prevención del suicidio.

Aproximación al concepto “Percepción Comunitaria”

Dar cabida a una elaboración conceptual del término “Percepción Comunitaria”, implica partir de varias consideraciones, por ejemplo, la

diferenciación entre dos términos sociológicos (comunidad y sociedad, siendo el primero el que más interesa); definir el objeto de dicha percepción y finalmente su producto.

Para dar cuenta de la primera de ellas se recurrió a los postulados teóricos del filósofo y sociólogo alemán Ferdinand Tönnies (1887), para quien comunidad y sociedad son conceptos antagónicos. En su obra “Comunidad y Sociedad” (1887), Tönnies (citado por Royo, sin dato), realiza un análisis y descripción de dos tipos básicos de organización social: la organización social natural de la que hablaba Aristóteles partiendo de la sociabilidad del hombre (comunidad); y la organización social artificial o contractual de la que habló Hobbes (sociedad) partiendo de la insociabilidad del hombre y de la necesidad de un acuerdo de paz.

Revisando las bases psicológicas de la sociología, Tönnies declara que todas las relaciones sociales del hombre dependen de su voluntad: Es solamente a través de ella que pueden existir en cuanto hecho social. Existen dos tipos fundamentales de voluntad: la voluntad natural u orgánica, de la cual depende la comunidad, y la voluntad racional o reflexiva, de la cual depende la sociedad. Así, Tönnies llama comunidad al conjunto social orgánico y originario opuesto a la sociedad. Define la comunidad como el tipo de asociación en el cual predomina la voluntad natural. La sociedad es, en cambio, aquel tipo de comunidad formado y condicionado por la voluntad racional (Royo, sin dato).

La comunidad posee una estructura cuya unidad no es el producto de una adición o suma de elementos, sino un conjunto que, al surgir espontáneamente,

posee todos los caracteres de una totalidad orgánica, en tanto que la sociedad es el resultado del predominio de los elementos mecánicos, artificiales y racionales que sustituyen las unidades originarias de la familia, de la tribu y de la aldea por los conjuntos contruidos mediante una reflexión consciente sobre los fines, como la gran ciudad o el Estado. Para Tönnies, la comunidad se define como un grupo humano viviendo en común, unido por los mismos orígenes, los mismos sentimientos, las mismas aspiraciones fundamentales, etc. La comunidad es un verdadero ser orgánico, un todo que posee, en cuanto todo, las características que le son propias, una forma social cuya unidad resulta de la relativa homogeneidad de cuantos la integran. Además, distingue diferentes formas de comunidad, desde la más simple hasta la más compleja: la familia, las relaciones de vecindad o amistad, el pueblo, la pequeña ciudad, la región, etc. En la base de estas diversas formas, encontramos siempre la misma noción de herencia común, sea ésta la herencia de sangre (filiación, parentesco), la herencia cultural, histórica o étnica. Por ello, la comunidad es un organismo viviente, donde la voluntad natural es el motor de las relaciones sociales, donde los individuos, por obra de aquello que les une, pueden ser netamente percibidos como diferenciados de sus pertenencias respectivas (Benoist, 1978).

La sociedad al contrario, reúne a los individuos que, por vivir los unos en disputa con los otros, no tienen entre sí ninguna unión real, no son globalmente pertenecientes de alguna forma de herencia específica. Mientras la comunidad es un organismo verdadero, regido por las leyes de la vida, la sociedad es una

construcción abstracta, regida por un "contrato social", no es un todo que posea una particularidad propia, sino una simple adición de factores que no tienen otra cosa en común más que el anónimo e impersonal campo al cual hacen referencia: el dinero y los objetos materiales que permiten procurarlo, convirtiéndose, de este modo, en el medio principal de diferenciación social (Benoist, 1978).

De este modo, Tonnies (1887), define la comunidad en los siguientes términos "es la unión de voluntades naturales, en tanto que la sociedad es la unión de voluntades arbitrarias. La comunidad es la vida en común duradera y auténtica mientras que sociedad es solo una vida en común pasajera y aparente".

Teniendo en cuenta esta diferenciación, es posible precisar las siguientes características propias de cada uno de estos tipos de organización social. Por un lado, la comunidad es una forma de relación social basada en nexos subjetivos fuertes, que surge espontáneamente y donde existe un predominio de lo colectivo frente a lo individual. La sociedad en cambio, es un tipo de relación social caracterizado por un alto grado de individualidad e impersonalidad, que se constituye artificialmente a partir de un contrato social y no de un sentido de colectividad.

Autores contemporáneos como Ezequiel Ander-Egg (2003), reconocen que el término comunidad, es uno de los vocablos más empleados en las ciencias sociales, dotado de extensa polisemia y multiplicidad de significados no solo en el lenguaje científico, sino también en el lenguaje cotidiano.

No obstante, en el desarrollo de este trabajo se tuvo en cuenta los principales elementos o dimensiones a partir de las cuales se puede entender el término comunidad:

1. Agrupación o conjunto de personas, en este sentido las personas vinculadas entre sí, que constituyen una comunidad deben identificarse por algunos rasgos comunes, que los diferencien de otras comunidades, por ejemplo: El acento, aspectos raciales, religiosos, etc., (Ander-Egg, 2003).
2. Un lugar, espacio o ecología compartida (Tovar, 2001), para que haya comunidad, el conjunto de personas debe compartir un espacio de asentamiento común. Según Ander-Egg (2003), este espacio debe ser “delimitado y delimitable”, es decir, debe ser un espacio que las personas que integran la comunidad pueden delimitar, ya sea a partir de límites políticos-administrativos, o bien históricos y culturales.
3. Sentimiento de colectividad, para formar parte de una comunidad, es necesario tener conciencia de pertenecer a ella, o bien sentirse identificado con algún símbolo local, como el nombre de la comunidad (Ander-Egg, 2003).
4. Interacción social, los miembros de una comunidad tienen una mayor ligazón entre sí y por ende mayor interacción. Los miembros de una comunidad interactúan entre sí en mayor medida, que con los miembros de otra comunidad (Tovar, 2001).

5. Influencia, posibilidad de influir en la vida comunitaria en forma recíproca (Mc Millan y Chasis, 1986, citados por Tovar, 2001).
6. Integración y satisfacción de necesidades tanto personales como colectivas (Mc Millan y Chasis, 1986, citados por Tovar, 2001).
7. Conexión emocional compartida. Surge a través de la calidad de interacciones y la historia en común (Mc Millan y Chasis, 1986, citados por Tovar, 2001).

Una vez delimitadas las dimensiones o elementos que configuran la noción conceptual del término comunidad, se hace necesario definir el objeto de percepción, es decir, la naturaleza del fenómeno o grupo de fenómenos susceptibles de ser percibidos por una comunidad. Cualquier concepción de la percepción y uso de los términos percibir-percepción, supone una forma concreta de entender y explicar la vinculación entre pensamiento y sensibilidad (Quintas, 2002). Si se pretende aplicar el término percepción a una organización colectiva como la comunidad, es necesario partir de dos supuestos básicos: Primero que el objeto susceptible de percepción, necesariamente debe ser aprehensible por medio de los sentidos, en este caso de aquellos que han sido modificados por el lenguaje y que en el caso de los seres humanos trascienden la función orgánica que en primera instancia les corresponde. Estos son la vista y la audición, que merced al lenguaje transmutan en dos funciones eminentemente simbólicas: mirar y escuchar. En este punto, se reconoce en el lenguaje la estructura por excelencia, pues da cuerpo y sentido a la realidad percibida, no hay ninguna realidad pre-discursiva,

la realidad se funda y se define con un discurso (Lacan, 1973). Por lo tanto la percepción va a estar supeditada *per se*, al orden simbólico, pues percepción al igual que los objetos y fenómenos susceptibles a ella, nacen y se expresan en el lenguaje.

Teniendo en cuenta esta premisa, es necesario dimensionar las implicaciones del término percepción. En la filosofía cartesiana, se entiende la percepción como un acto del entendimiento: “Todos los modos de pensar que observamos en nosotros pueden ser referidos a dos formas generales: una consiste en percibir mediante el entendimiento y la otra en determinarse mediante la voluntad. De este modo, sentir, imaginar, concebir cosas puramente inteligibles, solo son diferentes modos de percibir, desear, sentir aversión, negar, dudar, son diferentes modos de querer” (Descartes, 1649, citado por Quintas, 2002). En este sentido la percepción implica pensar-entender un objeto en la medida en la que este puede ser conocido.

Immanuel Kant (1781, citado por Hessen, 1996), a partir de su teoría fenomenalista, afirma que no conocemos las cosas tal como son en sí mismas, sino como aparecen ante nosotros. Es decir, se conoce la apariencia del objeto, el fenómeno, como el objeto aparece (*phenomenon*, la “cosa para sí”), no su esencia u origen constitutivo (*noumenon*, la “cosa en sí”). De acuerdo con esto, nos las vemos siempre con el *mundo fenoménico*, con el mundo tal como se nos aparece por razón de la organización *a priori* de la conciencia, nunca con la cosa en sí (Hessen, 1996). Esta organización *a priori*, de acuerdo con lo planteado anteriormente, no podría ser otra, que la ordenación discursiva de la

realidad, que pre-existe a todo sujeto y que da sentido a la experiencia del colectivo al cual pertenece. En este sentido, la percepción comunitaria no podría concebirse, sino en la medida en que se reconoce su sujeción a un discurso social de conjunto característico y adecuado a un cúmulo de condiciones y situaciones propias de un contexto específico.

En segundo lugar, la naturaleza del objeto o fenómeno perceptible, necesariamente debe ser social, es decir, debe albergar en su esencia la condición de trascender la experiencia individual, y aparecer como una realidad compartida y percibida a nivel colectivo. Es decir, como una elaboración lingüística que toma forma en un discurso social.

Finalmente el producto de dicha percepción comunitaria, que en si mismo es uno de los elementos que la definen, podría ser considerado como la producción de un saber común, popular, espontáneo que se construye gracias a la experiencia colectiva de un fenómeno ambiental, social, cultural, político, económico, etc., en todo caso un fenómeno, “algo que aparece” en el orden del discurso, en un contexto determinado y delimitado por condiciones físicas (territoriales, ambientales) y culturales (creencias, valores, imaginarios colectivos), y por la conexión emocional compartida por sus miembros, evidenciada en intereses comunes y en la búsqueda de satisfacciones personales y colectivas orientados a dar sentido a una realidad fenoménica.

CONCLUSIONES

En términos generales, la comunidad de los municipios de Pasto, Tumaco, Ipiales y La Unión, maneja un concepto de suicidio que se ajusta a la definición comúnmente aceptada, pues es reconocido como la acción voluntaria mediante la cual una persona se quita la vida. Sin embargo, se encontraron otro tipo de acepciones cuyo análisis e interpretación resulta interesante y obligatoria cuando se busca avanzar en la comprensión de un fenómeno tan complejo como este. Entre ellas: la significación personal o existencial que implica una decisión como esta, los comportamientos autodestructivos indirectos que atentan contra la salud del sujeto (suicidio lento y silencioso), la implicación de creencias o posiciones subjetivas ante la muerte y el carácter de acto que en sí mismo encierra una dimensión simbólica e intersubjetiva entre el sujeto suicida y los representantes del Otro social.

El suicidio entendido como un síntoma contemporáneo, que se manifiesta en un *mal-estar* en la cultura y en la sociedad, implica necesariamente reflexionar sobre las condiciones que incitan su emergencia. El mayor interrogante que engendra esta concepción, se orienta a preguntar por los representantes de la cultura y la sociedad (representantes del Otro social: familia, comunidad, etc.) y por la naturaleza de las funciones que actualmente desempeñan. Para dar respuesta a ello, se hace necesario partir de la función primordial que los representantes del otro social están llamados a cumplir: mantener y establecer lazos sociales que precisamente aten al sujeto al mundo, de tal forma que le permitan sostenerse y fijarse a la realidad en la que vive.

La percepción de la comunidad respecto a los factores asociados al fenómeno del suicidio, es similar a muchos hallazgos investigativos que clasifican a este tipo de factores en dos clases: factores de riesgo y factores protectores. Aunque la comunidad no los delimita ni califica con especificidad, sus expresiones denotan tal diferenciación.

Los resultados de la investigación muestran, que el riesgo ante el suicidio se asocia en mayor grado con la población juvenil. Sin embargo, es posible que el hecho de presentar la investigación a los participantes argumentando que el suicidio es una grave problemática que está afectando en mayor medida a los adolescentes y jóvenes, además del nombre de la investigación "Análisis de los factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño", que indirectamente hace énfasis en el riesgo al que está expuesta esta población, pudo provocar respuestas inducidas en los participantes.

Curioso y preocupante resulta el hecho de que mientras la comunidad de los municipios de Tumaco y La Unión identifican la introversión como un factor individual, aislado y externo a su "forma de ser", la comunidad de los municipios de Pasto e Ipiales lo asumen como un factor de riesgo propio de su idiosincrasia cultural.

En los cuatro municipios se reconoce que la pertenencia a un estrato socioeconómico bajo, puede convertirse en un factor protector ante el suicidio. Según los participantes, las familias que pertenecen a este nivel socioeconómico mantienen mayor proximidad y calidez en el trato con los hijos,

estas personas poseen cierta fortaleza producto de las privaciones y condiciones a las que han tenido que adaptarse por pertenecer a un estrato socioeconómico menos favorecido, y finalmente, se considera que tal condición puede potenciar sus capacidades personales dirigidas a la búsqueda de mejores condiciones de vida. Por el contrario, la pertenencia a estratos socioeconómicos altos, es considerada un factor de riesgo para suicidio.

Son muchas las estrategias que se pueden emplear a nivel departamental para prevenir el suicidio y fortalecer los procesos educativos e interventivos que promuevan la salud y la vida. Sin embargo, el alcance y la eficacia de las mismas depende indiscutiblemente del trabajo coordinado y del esfuerzo mancomunado de absolutamente todos los sectores sociales y comunitarios que componen la sociedad.

RECOMENDACIONES

La relación que establecen los habitantes del municipio de Tumaco entre suicidios y homicidios (un suicidio es precedido por un homicidio perpetrado por el suicida), no tiene ningún tipo de correlato en los otros municipios, ni tampoco en investigaciones de carácter nacional o internacional, por lo tanto resulta interesante estudiar esta particular relación.

Igualmente, en el municipio de La Unión, las violaciones sexuales fueron identificadas por la mayoría de participantes como uno de los factores de riesgo que han desencadenado mayor número de suicidios en el municipio (situación que no se presentó en los otros municipios). Por esta razón, el estudio de esta relación se convierte en una necesidad, puesto que de ser verdadera, los hallazgos de la investigación podrían contribuir al establecimiento de políticas que velen por el bienestar de la población infantil y adolescente que según la comunidad es objeto de este tipo de crímenes.

El estudio de elementos culturales como los imaginarios colectivos respecto a la muerte y la vida, resultan imprescindibles si lo que se pretende es avanzar en la comprensión social de un fenómeno humano que encierra en sí mismo una pregunta trascendental por la existencia.

La investigación interdisciplinaria es una necesidad, cuando se busca comprender la naturaleza de un fenómeno humano tan complejo como el suicidio. A partir del diálogo epistemológico debe procurarse engendrar un saber comprometido con la sociedad, que dimensione las diversas facetas de lo humano y genere espacios de encuentro y desarrollo social.

REFERENCIAS

- Alcaldía Municipal de Pasto. (2004). Plan de Desarrollo Municipal. Pasto.
- Alcaldía Municipal de Pasto. (1998). Plan Básico de Ordenamiento Territorial. Pasto.
- Alcaldía Municipal de Ipiales. (2004a). Plan de Desarrollo Municipal. Ipiales.
- Alcaldía Municipal de Ipiales. (2004b). Plan Básico de Ordenamiento Territorial. Ipiales.
- Alcaldía Municipal de Ipiales. (2006). Vigilancia en Intentos de Suicidio. Boletín N° 1. Ipiales.
- Alcaldía Municipal de Tumaco. (2004). Plan de Desarrollo Municipal. Tumaco.
- Alcaldía Municipal de La Unión. (2004a). Plan de Desarrollo Municipal. La Unión.
- Alcaldía Municipal de La Unión. (2004b). Plan Básico de Ordenamiento Territorial. La Unión.
- American Psychological Association. (2002). Manual de estilo de publicaciones. Bogotá, Colombia: El manual moderno.
- Ander-Egg, E. (2003). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Buenos Aires: Lumen.
- Anselmo, V. y Diez, V. (1997). Obra sociológica. [Internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/obso/obso.shtml>. [2004. Septiembre 16].

Arlaes, L., Hernández G., Disney, C. y Cañizares, T. (1997). Conducta. (Sin dato).

Asociación Colombiana de Psiquiatría (2006). Proyecto de política de salud mental. Bogotá.

Ayyash-Abdo, H. (2002). Adolescent Suicide: An Ecological Approach. En Wiley InterScience. Beirut: Lebanese American University. [En red] Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/94515887/pdf>.

Azpiroz, M., Santos, L. y Romani, M, (sin dato). Depresión y suicidio en la esquizofrenia. [En red] Disponible en: <http://www.itinerario.psico.edu.uy/Depresionysuicidioenlaesquizofrenia.htm>.

Barrera, S. (2005). Recorrido histórico ante el suicidio. [En red] Disponible en: <http://filosofiaparalavida.blogspot.com/2005/09/filosofia-para-el-morir-el-suicidio-en.html>.

Belalcázar, Delgado y Ortega (1999). Causas mas frecuentes que conllevan al intento de suicidio según los casos registrados en el Hospital San Pedro en el periodo comprendido entre enero – mayo de 1999. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Pasto. Universidad Mariana.

Benavides, Chamorro y Narváez (1999). Estudio sobre factores psicosociales relacionados con el intento de suicidio en pacientes que consultan al Hospital Civil de Ipiales. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Pasto. Universidad Mariana.

Bonilla, E. y Rodríguez, P. (1997). La investigación en ciencias sociales: más allá del dilema de los métodos. Bogotá, Colombia: Cargraphics S.A.

Brannon, L. y Feist, J. (2001). Psicología de la salud. Madrid: Paraninfo.

Brody & Ehrlichman. (2000). Psicología de la personalidad. [En red]
Disponible
en:[http://www.ucsf.edu.ar/humanidades/PSICOLOGIA%20DE%20LA%20PERSONALIDAD%20\(zamponi\)04](http://www.ucsf.edu.ar/humanidades/PSICOLOGIA%20DE%20LA%20PERSONALIDAD%20(zamponi)04)

Buela-Casal y cols. (1997) Psicología Preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide.

Burbano y Pabón. (2003). Efectos de un programa de intervención cognitivo conductual sobre los niveles de depresión y riesgo suicida de adolescentes de 13 a 16 años del colegio INEM. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Pasto. Universidad de Nariño.

Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. (1986). [En red]
Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>

Castañeda, A. (2003). Características psicosociales del adolescente parasuicida. [Internet]. Disponible: http://www.psicoactiva.com/Noticias/n_0004.

Cerón, Charfuelan y Ortega. (1999). Factores asociados al intento de suicidio atendidos en el hospital departamental de pasto en el grupo de edad de 12 a 22 años durante el periodo de 1997 y 1998. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Pasto.

Chamorro, Moncayo, Montero y Ramírez. (2001). Situación familiar y socioeconómica de las familias donde se ha presentado suicidio. San Juan de Pasto. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Universidad Mariana. Pasto.

Chávez y cols. (2002). Caracterización de la conducta suicida atendida en el municipio de Pasto en el año 2002. Manuscrito no publicado. Hospital Mental Perpetuo Socorro. Pasto.

Delgado, A. Insuasty, D. (2004). Características de los intentos de suicidio efectuados en el Municipio de Pasto durante los meses de Enero a Junio de 2004 según el modelo de vulnerabilidad psicosocial a conducta suicida. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Pasto.

Delgado, M. y Quintero, L. (2006). Percepción social de los vendedores estacionarios de la antigua Plazoleta Santander frente al proceso de desalojo y reubicación de su sitio de trabajo. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Pasto.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2006. [En red] Disponible en: <http://www.dane.gov.co>

Departamento de Psicología, Universidad de Nariño (2005). Evaluación del Programa “También Soy Persona” de International Child Development Programmes (ICDP), desde la Percepción de Facilitadores y Multiplicadores en Tres Centros Zonales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en el Departamento de Nariño (Pasto, Tumaco Y La Unión). Pasto: Convenio International Child Development Programmes (ICDP) - Universidad de Nariño.

Departamento de Psicología, Universidad de Nariño y Instituto CISALVA, Universidad del Valle, (2006). Análisis de los factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño: Informe técnico de avance. Pasto: Universidad de Nariño.

Departamento de Psicología, Universidad de Nariño y Instituto CISALVA, Universidad del Valle (2005). Análisis de los factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño: Proyecto de Investigación. Pasto: Universidad de Nariño.

Escobar, B y Cova, F. (1997). Psicología social de la salud mental. [En red] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.

Evans, D. (1996). Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría, 31, (No.4), 283-297.

Fingermann, G. (1971). Relaciones humanas. Buenos Aires: El Ateneo.

Freud, S. (1990). Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. Bogotá: Circulo de Lectores.

García, Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. [En red] Disponible en: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html

García, F. (2001). Conceptualización del desarrollo y la atención temprana desde las diferentes escuelas psicológicas. [En red] Disponible en: http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xijorp/xi_Garcia.pdf.

García, L., y Martínez, N. (2003). Informar pero no incitar. [En red] Disponible en: http://www.unal.edu.co/uncontexto/inf_especial_010.htm.

Garrido, E; Herrero, C; Masip, J. (2005). Teoría cognitiva social de la conducta moral y de la delictiva. [En red] Disponible en: <http://www.des.emory.edu/mfp/GarridoEtAl2005.pdf>

Gómez, D. (2003). Efectos de la aplicación de un programa de entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales sobre los niveles altos de riesgo suicida en adolescentes del colegio ciudadela educativa "Alfredo Paz Meneses de la Ciudad de Pasto". Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Pasto.

Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M. y Fernández, C. (2002). Factores Asociados al Intento de Suicidio en la Población Colombiana. [En red] Disponible en: <http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/19575suicidio.pdf>.

González, L. (2006). Comportamiento autodestructivo indirecto y rasgos de personalidad. [En red] Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/articulos/2006/autodestructivo.shtml>.

Guibert, W. (2002). La promoción de salud ante suicidio. [En red] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000100005&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.

Gutiérrez, E. (1995). El enfoque cualitativo en la investigación en creatividad. Conferencia dictada en el II Encuentro Nacional de Creatividad y Educación. Maracay, Venezuela.

Hernández, Fernández y Baptista (1998). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill.

Hernández, Q. (2006), estrategias de prevención para el suicidio adolescente. [En red] Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_439.htm.

Hernández, Q. (2005). Estudios sobre el suicidio en Mexico. [En red] disponible en: www.quetzalcoatlhernandez.com.

Hessen, J. (1996). Teoría del conocimiento. Medellín: Cometa.

Huarcaya, R. (sin dato). la estrategia de salud pública en la prevención del suicidio. [En red] Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=69&id_seccion=800&id_ejemplar=775&id_articulo=7413.

Legarda y Paz. (2001). Construcción, validación y estandarización de una escala que mide riesgo suicida en adolescentes de la ciudad de San Juan de Pasto. Trabajo de grado. Manuscrito no publicado. Universidad de Nariño. Pasto.

Lemos, S. y Fernandez, J. (1990). Redes de soporte social y salud. [En red] Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/671.pdf>.

Mann, J. (sin dato). Un modelo para comprender el riesgo de la conducta suicida: factores neurobiológicos y psicológicos. [En red] Disponible en: http://www.grupoaulamedica.com/web/archivos_rojo/revistas_actual.cfm?idRevista=50.

Martínez, M., y Tejada I., (2007). Actitud de diferentes sectores sociales hacia la salud mental y el suicidio y su implicación en las acciones y decisiones

que se toman para hacer frente a esta problemática en el departamento de Nariño. Manuscrito sin publicar.

Marx, K. y Engels, F. (1973). Manifiesto del partido comunista. Pekín: Editorial del Pueblo.

Menninger, K. (1972). El hombre contra sí mismo. Barcelona: Ediciones Península.

Miranda, R.A (2004). Jóvenes en situación de riesgo: un análisis ecológico. Revista Electrónica Oficina de Psicología y Desarrollo. [En red] Disponible en: http://www.ipside.org/dispersion/2004-2/2_miranda.htm

Morales, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Buenos Aires: Paidós.

Morales J.F., Huici, C., Moya, M., Gaviria, E., López-Sáez, M., Nouvillas, E., (1999). Psicología social. España: Mc Graw Hill.

Myers, J. (1990). Psicología social. México: Trillas.

OIM, (2002). Programs for suicide prevention. Reducing Suicide: A National Imperative. [En red] Disponible en: http://www.strengtheningfamilies.org/html/lit_review_1999_IV.html

Organización Mundial de la Salud. (2002). Indications pour les professionnels des medias. [En red] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/626.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional. [En red] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

Organización Panamericana de la Salud, (2003). Capítulo 7. La violencia autoinfligida. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [En Red] Disponible en: www.paho.org

Organización Panamericana de la Salud. (2006). Prevención de violencia que afecta a jóvenes y adolescentes de América Latina. Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia. [En red] Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/violence.pdf>.

Pérez, J. y Daza, F. (sin dato). Apoyo social. [En red] Disponible en: http://www.mtas.es/insht/ntp /ntp_439.htm.

Pérez, S. (2005). Los medios de comunicación y el suicidio. Evidencias y Sugerencias. [En red] Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros_12/suicidio_sug1.htm.

Palacín, M. (2003). Estrategias de apoyo psicosocial: grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua. [En red] Disponible en: <http://www.acnefi.com/revista/n00720.htm>.

Pérez, S. A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. Revista Cubana de Medicina General Integral. [En red] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Pérez, S. (2006). Factores protectores del suicidio en los adolescentes. [En red] Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>.

Pérez, S. (2005). Recomendaciones para una estrategia de prevención del suicidio. [En red] Disponible en: <http://www.revistafuturos.info>.

Press Wise. (2006). Los medios de comunicación y el suicidio. [En red] Disponible en: [http://www.presswise.org.uk/files /uploaded/ Los%20Medios %20de%20Comunicacion%20y%20el%20Suicidio.pdf](http://www.presswise.org.uk/files_uploaded/Los%20Medios%20de%20Comunicacion%20y%20el%20Suicidio.pdf).

Quintas, G. (2002). Términos y usos del lenguaje filosófico. Valencia: Marfil.

Restrepo, H. (2001). Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá: Médica Panamericana.

Rodríguez, A. (1995). Psicología social. México: Trillas.

Rodríguez, A. (1997). Psicología social. México: Trillas.

Ruiz, J.I. (2001). Representaciones sociales: teoría y métodos de investigación. En Aula Psicológica 3: Avances en medición y evaluación en psicología y educación, Cinco lecturas selectas. Bogotá: Kimpres.

Sánchez, N. y cols. (2007). Análisis de los factores para suicidio y validación de un modelo de intervención para prevenir suicidios en población juvenil en Nariño.

Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santoro, E., y Villegas, J. (1997). Psicología social. México: Trillas.

Sandin, Chorot, Santed, Valiente y Joinier. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behavior: a critical analysis from the stress process perspective. Journal of adolescence, 21, 415-426.

Sue, D., Sue, S. (1996). Comportamiento anormal. México: McGraw-Hill.

Torrigo y cols, (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. Anales de Psicología. [En red] Disponible en: http://www.um.es/facpsi/analesps/v18/v18_1/03-18_1.pdf.

Tuesca, R. y Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. [En red] Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=158&id_seccion=2610&id_ejemplar=4048&id_articulo=39216.

Uribe, Z. (2002). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. [En red] Disponible en: [http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/17443710Art.Rev. Reflexiones%20en%20torno%20al%20 analisis%20de%20la%20situacion%20de%20salud%20mental.pdf](http://www.psiquiatria.org.co/php/docsRevista/17443710Art.Rev.Reflexiones%20en%20torno%20al%20 analisis%20de%20la%20situacion%20de%20salud%20mental.pdf)

Villalobos, F. (2005). Definición de suicidio. Manuscrito sin publicar.

Worchel, S., Cooper, j., Goethals, G. y Olson, J. (2002). Psicología social. México: Thomson.

Zúñiga, E. (1998). Nariño, realidades y esperanzas. San Juan de Pasto: Academia Nariñense de Historia.

Zaldívar, D. (2003). Competencias y habilidades sociales. [En red] Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6080>.

ANEXOS

ANEXO A. Matriz de Categorías Deductivas

CATEGORÍA	MACROSISTEMA	EXOSISTEMA	MICROSISTEMA
SALUD	- Problemáticas de salud física y mental - Conducta suicida	- Problemáticas de salud física y mental - Conducta suicida	- Problemáticas de salud física y mental - Conducta suicida
EDUCACIÓN	- Educación formal - Educación no formal - Educación informal	- Oportunidades educativas - Analfabetismo	- Expectativas educativas y laborales - Analfabetismo - Rendimiento Académico - Deserción escolar - Adaptación al contexto educativo
ECONOMÍA	- Situación económica de la región	- Oportunidades laborales	- Situación económica familiar
CULTURA	- Costumbres y tradiciones	- Costumbres y tradiciones - Alternativas para la ocupación del tiempo libre	- Manejo del tiempo libre
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	- Medios de comunicación	- Medios de comunicación y Suicidio	- Información brindada por los medios de comunicación

Percepción del Suicidio en Nariño, 273

CATEGORÍA	MACROSISTEMA	EXOSISTEMA	MICROSISTEMA
RELACIONES SOCIO-FAMILIARES	- Violencia	- Violencia en la comunidad	- Pautas de crianza - Soporte social - Comportamientos violentos (intrafamiliar y con amigos).

ANEXO B. Guía de Preguntas Orientadoras

Para la recolección de la información, se diseñó una guía de preguntas orientadoras teniendo en cuenta cada una de las categorías anteriormente planteadas. A continuación se presenta el listado de preguntas:

SALUD

- ¿Qué entienden ustedes por salud?
- ¿Qué es para ustedes estar sano?
- ¿Conocen cuáles son las principales problemáticas de salud (física- mental) que existen en su comunidad?
- ¿Cuáles consideran que son sus causas?
- ¿Cómo perciben la problemática del suicidio en su comunidad?
- ¿Qué entienden por suicidio?
- ¿Cuáles son los tipos de conducta suicida que conocen? (hacer alusión a los elementos que componen “Conducta Suicida”)
- ¿Qué situaciones pueden llevar a que una persona se suicide o intente suicidarse?
- ¿Qué razones creen ustedes, encuentran o tienen las personas para no suicidarse?

EDUCACIÓN

- ¿Creen que una situación escolar o académica puede llevar a una persona a suicidarse?
- ¿Consideran que existen situaciones relacionadas con educación que inciden en la problemática del suicidio? (nivel educativo, analfabetismo oportuidades, expectativas educativas, rendimiento, adaptación).
- ¿De que forma creen que desde la educación se puede contribuir a disminuir esta problemática? (educación formal, no formal, informal).

ECONOMÍA

- ¿Cómo creen que la situación económica, puede influir en la ocurrencia de este fenómeno?
- ¿Creen que existan cierto tipo de condiciones económicas que eviten la ocurrencia de este fenómeno? ¿De que forma?

CULTURA

- ¿Creen ustedes que la “forma de ser” (tradiciones, costumbres, valores) propia de los “Pastusos, Tumaqueños,…” influye en que esta problemática se presente en mayor o menor medida en esta región? ¿Por qué?
- ¿Qué tipo de actividades culturales, recreativas y/o deportivas se desarrollan en su comunidad? ¿Cómo se relacionan este tipo de actividades con la conducta suicida?

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- ¿Creen que la información brindada por algunos medios de comunicación influye o se relaciona con la ocurrencia del suicidio? ¿Cómo?
- ¿Creen que la información brindada por algunos medios de comunicación ayuda o podría ayudar con la prevención de este fenómeno?

RELACIONES SOCIO-FAMILIARES

- ¿Creen que la actual situación de violencia que vive el país puede influir sobre la ocurrencia del suicidio en su comunidad?
- ¿Cómo creen ustedes que las dificultades o problemas de índole familiar, amorosa o de amistad, pueden influir en la ocurrencia del suicidio?
- ¿Qué tipo de relaciones familiares, amorosas o de amistad, creen ustedes pueden ayudar a prevenir el suicidio?