

INFLUENCIA DE LA GESTIÓN DE LAS ENTIDADES GUBERNAMENTALES  
EN EL FENÓMENO DEL SUICIDIO

MARÍA CAROLINA TOBÓN CONDE

Trabajo de grado para optar el título de Psicóloga

Asesor: YAIR GONZÁLEZ SÁNCHEZ

Psicólogo

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

BOGOTÁ II-2012

INFLUENCIA DE LA GESTIÓN DE LAS ENTIDADES GUBERNAMENTALES  
PARA ENFRENTAR EL FENOMENO DEL SUICIDIO

MARIA CAROLINA TOBÓN CONDE

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
BOGOTA, D.C. II-2012

## **Agradecimientos**

Este proyecto no puede ser más, sino el final de una de las etapas más bellas de mi vida a la que le puse todo mi esfuerzo, y mi amor. Sin embargo estas cosas tan hermosas de la historia no se pueden construir solas, es por esto que con este fruto quiero agradecer a Dios y a la Virgen, por abrirme un mundo de oportunidades, a mis padres, por no dejarme caer nunca y hacerme cada vez más fuerte y capaz mostrándome con su ayuda, la parte clara del camino , a mi súper tía que con todo el esfuerzo y el amor estuvo siempre hay para tenderme la mano, a mis hermanos maravilla que han sido mi honor y mi ejemplo y al amor de mi vida esa persona que llego en el momento exacto para acompañarme y enriquecerme en el proceso, con gran amor y tolerancia. La lista es infinita, pero a todos y cada uno les doy en este trabajo un pedacito de corazón.

Con amor por lo que viene y nostalgia por lo que se queda

María Carolina Tobón Conde

## Resumen

El documento que se presenta a continuación es el resultado del interés que surgió por conocer más afondo y desde una perspectiva social, la forma como en el transcurso de la última década el Estado y los entes gubernamentales han intentado disminuir los altos índices de suicidio por medio de diferentes gestiones, enfocadas en la atención y la prevención. Para esto, se realiza un recorrido socio histórico para poder conocer como se ha transformado la percepción del suicidio en el transcurso de la historia, para más adelante con la ayuda de unas categorías de análisis, contrastar la conceptualización de un caso ocurrido en la ciudad de Bogotá, con el fin de detectar posibles falencias a la luz de las Políticas Públicas que existen al respecto; para terminar la investigación propone a futuros investigadores, algunas herramientas para plantear nuevas investigaciones con respecto a esta temática.

*Palabras Claves:* Suicidio, Estado, Distrito, políticas públicas, gestión, prevención, atención

## Abstract

The following dissertation is presented with the intention of showing a series of results, product of the personal interest of the author. It is the intention of showing in this investigation, through a social perspective, the methods and forms in which the state and governmental entities have been trying to set control with the help of public politics, which are focused in the attention and prevention, the high suicides rates presented in the last decade. Having this in mind, it was necessary to build up an historical review with the purpose of analysing the change of human perception of the problem. With this and with the help of a set of analysis tools, it was possible to set a conceptual contrast of a real case, in order to identify the possible flaws of the public politics currently implemented. The investigation concludes giving set a number of helpful tools, for future researchers with interest in the topic.

*Keywords:* Suicide, State, District, public politics, prevention, attention

## Tabla de contenido

<b>Resumen</b>	2
<b>Introducción</b>	3
<b>Justificación</b>	6
<b>Planteamiento del Problema</b>	8
Formulación del problema	12
<b>Objetivos</b>	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
<b>Marco Teórico</b>	14
Contextualización	14
Significado de la vida y de la muerte	14
Inicios de la vida	15
Concepción de la muerte en occidente	15
Perspectiva Religiosa	16
El Suicidio	17
Concepción del Suicidio en las Civilizaciones Antiguas	19
Egipto	19
Grecia	22
Roma	24
Civilizaciones de Asia Oriental (India, Japón y China)	25
El suicidio en la era Medieval	28
El suicidio durante el Renacimiento	31
El suicidio en la era Prehispánica	33
El suicidio y la esclavitud en la Colonia	34
El suicidio en la Modernidad (XVIII, XIX)	36
Concepción del suicidio durante las guerras	41
Psicología y Suicidio	45
Psicoanálisis y Suicidio	45
Humanismo y Suicidio	47
El enfoque sistémico y el suicidio	51
El suicidio en la Actualidad Colombiana	59
Políticas Públicas sobre la problemática del Suicidio en Colombia	63
Una mirada crítica a las políticas contra el suicidio en Colombia y en el mundo	77
<b>Marco Metodológico</b>	83
<b>Resultados</b>	84
<b>Discusión</b>	91
<b>Conclusiones</b>	99
<b>Sugerencias</b>	102
Referencias	104
Apéndices	120

## **Tabla de Apéndices**

Apéndice A. Caracterización del caso suicida

Apéndice B. Categoría: Suicidio desde una perspectiva socio histórica

Apéndice C. Categoría: Gestión de las entidades gubernamentales ante el suicidio

Apéndice D. Categoría: Efectividad de las acciones gubernamentales

## Introducción

El presente documento monográfico de carácter cualitativo (que utiliza como metodología la revisión documental), nace con la intención de darle a la ya discutida temática del suicidio, una perspectiva sistémico-social basada en lo que ha ocurrido con respecto a la gestión de las entidades públicas durante los últimos 25 años en Colombia, (con especial énfasis en Bogotá), la razón por la cual se elige este periodo de tiempo radica en que durante este periodo de tiempo ha existido el mayor cambio en cuanto a la epidemiología del suicidio se refiere, lo que por lo tanto ha inspirado la creación de políticas públicas importantes al respecto. Todo esto con el fin de intentar desligarse de la idea del suicidio como algo patológico y/o anormal, para brindar a la sociedad en general la posibilidad de entenderlo como un fenómeno social versátil y complejo, lo que hace que en consecuencia necesite ser visto y entendido de manera íntegra.

Cuando una persona piensa en suicidarse, se encuentra en una encrucijada entre la vida y la muerte, es por esto que resultó indispensable iniciar la conceptualización con lo que significa la vida, sus inicios y la muerte como el final de la misma, desde una perspectiva científica y religiosa; esta última, debido a que en el transcurso de la historia, la religión, (en especial la católica) ha ocupado un papel principal para muchos individuos y culturas, durante transcurso del tiempo esta ha sido la principal oponente y castigadora de este tipo de conductas en todas las épocas durante las que ha estado presente como principal grupo religioso de la sociedad occidental; por lo mismo para una persona que crece dentro de este tipo de sociedades, como es el caso de los colombianos, el hecho de quererse quitar la vida no es algo fácil o repentino, por lo cual se podría atender bajo un concepto del enfoque sistémico que se denomina triangulación dado el conflicto que existe entre estos dos conceptos.

Sin embargo, dicho concepto ha tenido diferentes transformaciones en el transcurso de la historia que vendrán a afectar de una u otra manera la noción

que se tiene de este en la actualidad, es por esto que en un inicio se presenta un recorrido histórico a través de las civilizaciones antiguas, las principales etapas de la historia del mundo (la edad media, el renacimiento, y la modernidad con todas sus coyunturas) y de igual forma, todo los cambios culturales que han tenido trascendencia en el territorio Latinoamericano y particularmente en Colombia, en cuanto al concepto del suicidio.

Es así como, teniendo como punto de partida un marco histórico se continuará el proceso de reconocimiento de la temática con una síntesis de las cifras con las que cuenta la OMS de su visión acerca de la problemática y algunas cifras a nivel mundial; para finalmente desembocar en un análisis a profundidad de los datos y los factores sociodemográficos que han estado asociados al suicidio en Colombia, durante las dos últimas décadas. Esto nos dará las herramientas para crear la primera categoría de análisis.

Una vez teniendo el análisis con respecto a la conducta suicida, sus factores sociodemográficas y su epidemiología, se podrá entrar a estudiar cuales han sido las gestiones de las diferentes entidades gubernamentales, adscritas a los tres poderes que conforman el Estado, en materia de atención y prevención de la conducta suicida además de la promoción de los diferentes mecanismos sociales y psicológicos para poderla evitar.

Con respecto a las escuelas y enfoques psicológicos se consideró indispensable analizar el fenómeno del suicidio desde una perspectiva sistémica teniendo como base la Teoría General de los Sistemas (TGS) expuesta por Bertalanffy y la teoría de la complejidad explicada por Morin. Todo esto con el fin de brindarle al lector las herramientas necesarias para pensar el suicidio como un fenómeno social complejo, dinámico que por lo mismo se debe atender de manera integral desde todas las esferas, dándole especial importancia al papel que cumple la familia y la sociedad como primeros sistemas en los que la persona se involucra y relaciona.



Es desde esta postura epistemológica que se puede entrar a analizar cada una de las Políticas Públicas que el Estado ha creado con el fin de atender y prevenir la conducta suicida durante las dos últimas décadas, para que al momento de contrastarlas con la caracterización de un caso de la vida real (además de las políticas en algunos otros países y teorías planteadas al respecto), se pueda entrar a discutir las falencias que pueden llegar a existir a la luz de la teoría, que brinde las posibles razones por las cuales los índices de suicidio en Colombia continúan en aumento año tras año.

## Justificación

Tratar el fenómeno del suicidio es una tarea de gran complejidad, en tanto detrás de este se ciñe una serie de imaginarios, memorias e ideas que suscitan para algunas civilizaciones (especialmente las de occidente) sentimientos de desconcierto, dolor y temor, debido a que se ven inmersos una amplia gama de elementos sociales, culturales y personales, en la forma en que es abordado y entendido dicho fenómeno; es por esto que, todo estudio, plan y estrategia en pro de entender los factores asociados al mismo adquieren un alto nivel de pertinencia, ya que del resultado de los mismos puede llegar a depender la reducción o aumento de la conducta suicida en determinados contextos, mostrándose así de gran valor todo nuevo aporte que pueda contribuir a la comprensión del mismo y a la protección de un mayor número de vidas.

En este sentido, el estudio de este fenómeno adquiere una especial importancia en tanto ha logrado constituirse como la tercera causa de muerte a nivel mundial y dentro del contexto colombiano es una constante que año tras año continua en aumento sin dar tregua, afectando a todo tipo de población, sin distinguir estrato social, género, creencia religiosa o edad; razón por la cual nuevos estudios que estén orientados a posicionar el suicidio como un fenómeno social de Salud Pública, más que como una patología que se presenta de manera particular, permitirá posicionar dentro de la agenda Estatal la atención que requiere dicho fenómeno (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Es por esto que, además del recorrido socio histórico es necesario una recopilación sobre aquellas particularidades derivadas de la interacción de diversos factores frente a los cuales el fenómeno del suicidio se desarrolla de determinada manera dentro del contexto colombiano; para esto se analizarán variables como el género, la edad y los mecanismos utilizados, de los cuales de acuerdo a las estimaciones hechas desde el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, dependerán los reportes de casos. Adicionalmente

se relacionan las ciudades en las cuales hay mayor porcentaje de ocurrencia y los registros dados en relación al número de casos durante los últimos 25 años, teniendo como precedente que desde el año 1986 hasta el día de hoy los suicidios en Colombia siempre han estado presentes y el aumento ha sido una constante.

Es por esta razón que, a lo largo de este documento se busca hacer una revisión situacional sobre el papel que ha cumplido el Estado y el Distrito Capital como entes reguladores, y creadores de las diferentes políticas públicas en relación a la prevención y atención de la conducta suicida; reconociendo a su vez las diversas iniciativas y recomendaciones hechas desde organismos internacionales como la OMS y la OPS. Con este fin se hace necesario inicialmente entender el papel que ha cumplido el suicidio dentro de las diferentes civilizaciones y los momentos más críticos de la humanidad, puesto que como se planteó anteriormente la manera como la humanidad ha entendido el suicidio a través de la historia no ha sido ajena a la forma como en Colombia las diferentes entidades gubernamentales han planteado y definido la problemática al momento de crear dichas políticas públicas

Por otro lado, el desarrollo de este documento tendrá la posibilidad de brindarle a los ciudadanos en general la posibilidad de conocer las acciones del estado, junto con los vacíos que estas presentan, permitiendo que se empoderen de la problemática social, conociendo y participando de las campañas, planes de ayuda, rutas de atención propuestas por el estado, de forma tal que cada uno de los sistemas sociales desde su accionar contribuya a disminuir el suicidio a fondo, sin necesitar exclusivamente de las diferentes entidades gubernamentales.

## Planteamiento del Problema

El suicidio ha existido como un fenómeno social desde el comienzo de la humanidad, sin embargo no siempre ha sido considerado como algo negativo y patológico, todo depende de la cultura, la religión y los valores morales que tenga la persona que decida llevar a cabo este acto, así como todos los demás elementos sociales que entren a jugar dentro de dicho comportamiento. Sin embargo, si es considerada una de las conductas más difíciles de explicar, puesto que implica el hecho de lesionarse a sí mismo y atentar contra la propia vida, en diferentes circunstancias y por diferentes motivos, que trae a su vez consecuencias a nivel individual, familiar y social (González & Trindade, 2006).

Las causas inmediatas del suicidio son variadas, sin embargo como se verá más adelante, es un proceso que tendrá varios desencadenantes relacionados con los diferentes sistemas en los que se ve inmersa la persona. De igual forma, es un proceso que por lo general consta de diferentes etapas que no siempre se presentan en orden y por lo mismo, no se puede simplificar al hecho de quitarse la vida. Estas etapas según la secretaria Distrital de Salud de Bogotá comprende diferentes momentos; primero está la ideación suicida, la segunda se entiende como amenaza suicida, la tercera etapa se conoce como intento suicida y por último ocurre el acto suicida en sí. En términos generales, se ha planteado la posibilidad de que un ser humano por lo menos una vez en su vida ha tenido una ideación suicida, que al momento de manifestarse se conoce como amenaza; con respecto a los intentos y los actos la importancia radica en el hecho de que más de la mitad de las personas que se han suicidado lo han intentado por lo menos una vez en el transcurso de su vida (Cardona G. P., 2008).

Por su parte, para la Organización Mundial de la Salud cada cuarenta segundos en el mundo alguna persona decide por sus propios medios quitarse la vida, lo que equivale a catorce millones seiscientos cuarenta y cinco mil años de vida productiva perdidos que representan pérdidas importantes para los países. En Colombia, esta es una situación que de igual manera ha presentado

un aumento significativo en los últimos años, tanto así que según la OMS de cada tres mil personas que se quitan la vida cada día alrededor del planeta seis son colombianas. Es por esto, que hoy en día para la OMS el suicidio en Colombia, y en varios países del mundo ha sido considerado como un problema de Salud Pública. Abandonando la idea de considerar el suicidio, como el resultado de una enfermedad psiquiátrica que afectaba a casos aislados de forma individual.

En Colombia por su parte el cambio de idea sobre el concepto de suicidio surgió en materia de políticas públicas bajo la administración del ex alcalde Luis Eduardo Garzón y su plan de Administración “Bogotá sin indiferencia”, La cual marco una diferencia en la medida en que desde ese momento las políticas públicas encargadas de contrarrestar esta conducta en Colombia ya no eran manejadas únicamente por la Secretaria Distrital de Salud, sino que de ahí en adelante eran también responsabilidad del Ministerio de Protección Social, esto fue el inicio para darle a las políticas un carácter más social y menos patológico de este fenómeno.

Sin Embargo, según los últimos reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses el suicidio en Colombia ha presentado un aumento significativo dado entre otras cosas, que esta conducta para las víctimas resulta siendo en muchas ocasiones una solución a sus problemas o un mecanismo de escape al estilo de vida que llevan. Como resultado de esto Durante los últimos cinco años se ha encontrado que el rango de edad vulnerables está entre los quince y los cuarenta y cuatro años de edad, lo que representa la mayor etapa productiva de los ciudadanos en Colombia (Pineda, 2010).

Por otro lado, es importante entender que Colombia ha sido a través de su historia un país donde existe una sociedad poco cohesionada a nivel social, político y territorial, todo esto a causa de los diferentes conflictos, de tipo cultural, étnico y de clases sociales, en donde las ciudades y poblaciones que la conforman presentan algunas rivalidades entre sí, lo que ha ocasionado que

más de una vez alguna de estas se quiera independizar. Existen amplias diferencias a nivel político, cultural y religioso, en el que se incluye por su puesto el conflicto armado interno que se vive en Colombia desde hace un poco más de cuenta años (Luna Vargas, Llanos Rivera, & Sarmiento Anzola, 2005).

Todo esto ha generado que los organismos sociales en especial los de carácter público se muestren débiles, hacia la sociedad civil, fomentando con frecuencia que el bien propio sobrepase el bien colectivo; originando incongruencias para generar proyectos propicios y eficaces que logren solucionar problemas sociales de tipo público, que podrían ser vitales para el bien de la comunidad. Por el contrario, la principal preocupación de los diferentes grupos políticos que predominan en el país en muchas ocasiones son de carácter económico, y es por esto que muchas veces al momento de radicar alguna política pública le dan mayor importancia a el factor económico que al factor social (Luna Vargas, Llanos Rivera, & Sarmiento Anzola, 2005).

Por otro lado, lo común es realizar proyectos que muchas veces se quedan en el documento escrito, originando que la comunidad los desconozca, lo cual puede influir en que no se cumplan los objetivos para los que fueron creados, y por el contrario si ocasionen un desgaste en el factor económico y social para la Nación. En esto radica la importancia del análisis de la presente monografía, ya que en la actualidad en Colombia las Políticas Públicas que están plateadas en materia de suicidio a nivel gubernamental no han recibido la suficiente importancia, teniendo en cuenta que es un fenómeno que en materia de prevención y atención debe verse de manera global atendiendo todas las esferas del ser humano. Sin embargo, 1 lo que se observa es que dichas políticas aunque están planteadas bajo el marco de Salud Pública en muchas ocasiones son desconocidas por la comunidad e incluso por las instituciones mismas (Luna Vargas, Llanos Rivera, & Sarmiento Anzola, 2005).

El caso con el que mejor se puede ejemplarizar lo anteriormente es la línea telefónica de emergencias 106 creada bajo la Alcaldía de Samuel

Moreno<sup>1</sup> en la ciudad de Bogotá, con la que se pretendía con su creación disminuir los intentos suicidas prestándoles ayuda especializada a las personas que lo soliciten; brindándoles un espacio que les permita dialogar y expresar sus dificultades. Según dicho alcalde esto permite a la población joven tener un acercamiento con los profesionales parecidos al que deberían tener con sus padres y familiares, en palabras textuales el ex alcalde dice lo siguiente: "No puede tronarse la vida de un joven por la mala relación con su familia. Esto debe convertirse en una alerta para todos los padres de familia"; por otro lado, existe la intervención en crisis y hospital el día en caso de ser necesario, en este mismo plan sin embargo, no se puntualiza nada respecto del seguimiento de las personas que manifiesten intentos fallidos de suicidio con anterioridad (El Espectador, 2008).

Es necesario especificar que estas como muchas de las políticas que se revisarán más adelante cuentan con el objetivo principal de disminuir las tasas de suicidio con las que se cuentan actualmente en el país, sin embargo no hay que olvidar que el suicidio como fenómeno social es de carácter multifactorial y por lo tanto, dentro de las Políticas Públicas no se puede atender la epidemiología del suicidio de manera aislada a la prevención, atención y los factores de riesgo de dicho fenómeno. Al respecto el doctor Carlos Miranda presidente de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, quien planteó en un artículo publicado en el periódico *El Tiempo*, que Colombia carece de políticas específicas para prevenir y abordar el suicidio; al respecto en palabras textuales, dijo lo siguiente: "Es muy preocupante, más si se tiene en cuenta que antes de quitarse la vida la mayoría de los suicidas expresan, por distintos canales, que no querían morir. Al final lo hacen porque no ven otro camino y no tienen la esperanza de que las cosas cambien". Miranda defiende que en la medida en que se identifiquen los factores de riesgo y se aseguren los medios

---

<sup>1</sup> Samuel Moreno Rojas es economista y abogado de la universidad del Rosario y se ha desempeñado en la esfera política desde 1982 cuando fue elegido como coordinador de juventudes dentro del partido político ANAPO (creado y dirigido por su abuelo y su madre). Y fue electo como alcalde de Bogotá el 28 de octubre del 2007, como candidato del polo democrático alternativo para el periodo 2008-2012

informativos de manera que las personas tengan la posibilidad de elegir una opción de vida como una elección tangible (Fernández & Perilla, 2009).

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario recalcar dentro de este documento la importancia que representa el suicidio como un fenómeno social dentro de del contexto colombiano, haciendo énfasis en los últimos 25 años, que es cuando el aumento de dicho comportamiento ha sido constante, por lo cual se esperaría que el suicidio fuera visto de manera prioritaria para las diferentes entidades gubernamentales, sin embargo es muy poca la información que existe en cuanto a las diferentes Políticas Públicas que el Estado ha creado con el fin de combatir esta problemática y aun mas poca aquella a la que la comunidad tiene acceso. Es en este punto en el que recae la importancia de realizar esta monografía con la intención de responder la siguiente pregunta:

### **Formulación del Problema**

¿Cuál ha sido la gestión de las entidades gubernamentales a nivel Distrital y Nacional, para atender y prevenir el fenómeno del suicidio, en las dos últimas décadas?



## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar el papel y la gestión de entidades públicas en el contexto Distrital en relación con la prevención y atención del fenómeno del suicidio en Bogotá.

### **Objetivos específicos**

Indagar el fenómeno del suicidio desde una perspectiva socio-histórica en el contexto nacional y Distrital en las últimas dos décadas.

Identificar las principales acciones emprendidas por los entes gubernamentales en la ciudad de Bogotá en materia de prevención y atención al fenómeno del suicidio.

Reconocer la efectividad en materia de política pública a nivel nacional y Distrital en materia de prevención y atención del suicidio en las dos últimas décadas.

## **Marco Teórico**

### **Contextualización**

#### **Significado de la vida y la muerte.**

Dado que el centro de investigación de este documento se orienta hacia la comprensión del suicidio como un fenómeno social al cual “hace frente” el ser humano en algún momento de su vida, es de crucial importancia realizar un acercamiento sobre la construcción de lo humano y su sentido sobre la muerte, puesto que son los dos polos que cobran importancia dentro del sujeto al momento de decidir sobre el hecho de quitarse la vida.

Inicialmente se realizará una revisión sobre el significado de la vida, su definición actual y un pequeño debate teórico sobre cuando se inicia (entendiéndose el inicio como el surgimiento del sujeto). De igual forma es necesario dar una definición sobre el concepto social de la muerte y sus diferentes connotaciones que han surgido de la misma a nivel cultural.

En este orden de ideas, la vida humana es vista como un grupo de funciones biológicas que permiten al ser humano conocerse a sí mismo y reconocer el mundo en el que se encuentra, junto con todos los estímulos que percibe a su alrededor; además de ello le posibilita reconocer las diferentes interacciones que pueden darse entre las distintas partes de su organismo y el ambiente. Estas funciones logran algunas capacidades correlacionadas que facilitan ciertos procesos propios dentro de la persona, como lo es su desarrollo, reproducción, crecimiento y fallecimiento. A partir de ello se afirma que el concepto de vida se encuentra intrínsecamente ligado a la relación consigo mismo y con los demás (Franco, Toro, 2002).

Para algunos teóricos existe una postura en la que se plantea el comienzo de la vida humana desde una mirada más empirista, en la cual afirma que en un principio el embrión es una agrupación de células en donde cada una es un mundo aparte de la otra, y no un solo individuo multicelular; es

decir que esto no se consideraría como un individuo ontológico real en donde ni siquiera, lo cual sugiere desde esta óptica que es invalido pensar que la vida de un ser humano inicia en el periodo embrionario (Ford, 1988).

### **Inicios de la vida**

López Barahona (1999) plantea que la vida inicia desde el mismo momento de la concepción, puesto que el embrión humano en sus más precoces estadios presenta crecimiento y desarrollo y es considerado como un ser en el que cada una de las células se están multiplicando e integrando en un proceso a través del cual va creando su autonomía y su espacio en el mundo, según esto ya cuando un ser ocupa un espacio dentro del planeta se denomina ser viviente y por lo tanto tiene vida.

Como se planteó anteriormente todo ser viviente tiene un proceso que cumplir, el cual es llamado vida sin importar desde cuál de las perspectivas anteriores se quiera mirar tiene un inicio y tiene un final, culturalmente en las diferentes partes del planeta a esta última etapa se le llama muerte o fallecimiento.

### **Concepción de la muerte en occidente.**

Esta se define desde el ámbito Médico-Legal, como la detención del proceso que preserva la integridad física del cuerpo, es decir, un alto en las funciones bio-fisiológicas del ser viviente, considerado como un proceso natural que paradójicamente hace parte de la vida misma, sin embargo, alrededor de los años ésta ha tomado diferentes connotaciones en occidente por ejemplo, en la actualidad la muerte es entendida como algo negativo para la gran mayoría de las personas puesto que se entiende como la separación definitiva de los seres queridos y la idea de que jamás los vamos a volver a ver (Escobar Triana,1999).

La explicación del por qué las personas le tienen miedo a la muerte, ha estado fundamentada bajo tres teorías principales en el transcurso del siglo XX:

inicialmente en el año 1953 Sigmund Freud, (de quien se profundizara más adelante); plantea que aunque en muchas ocasiones el ser humano expresa sentir miedo a la muerte, en realidad este temor proviene de una preocupación más profunda, ya que para Freud una persona a nivel de su inconsciente siempre va a estar convencido de su inmortalidad absoluta, ya que este no lleva cuenta del paso del tiempo (Vargas Mendoza, 2009).

Más adelante, Ernest Becker niega la teoría de Freud, explicando que efectivamente la ansiedad ante la muerte si existe y que además es la mayor preocupación que posee una persona a lo largo de su vida. Para Backer este sería entonces el fundamento principal de las fobias de una persona .De esta manera, la función principal de la vida es negar la muerte manteniendo controlada esta ansiedad, con la ayuda de muchas de las prácticas y creencias de la sociedad (Vargas Mendoza, 2009).

Finalmente, la teoría más actual planteada por Adrian Tomer y Grafton Eliason en 1996, la cual se denominó “la teoría del arrepentimiento”, esta centra, en que las personas al sentir que en el transcurso de su vida no han cumplido las metas establecidas o han cometido muchos errores, sientan mayor ansiedad ante la muerte (Vargas Mendoza, 2009).

### **Perspectiva Religiosa.**

Desde el sentido religioso la idea anterior resulta paradójica puesto que la iglesia católica y cristiana brinda la idea que consiste en que cuando una persona fallece el alma se separa del cuerpo, y si se ha tenido un buen proceder la persona que muere se va a encontrar por el resto de la eternidad en compañía de Dios y los demás seres queridos que han fallecido anteriormente, lo que en cierta medida debería ser un momento de celebración para las personas que se quedan en la vida terrenal, dado que su ser amado va en rencuentro con su Dios; pero esto en realidad no ocurre lo que podría ayudar a pensar que el hecho de que la iglesia plantee la idea de la supuesta existencia de un purgatorio y un infierno por el que pasan las almas después de la muerte

tenga una fuerte influencia en la concepción negativa que como se dijo anteriormente se tiene en occidente (Subirats, 1983).

En contraste la concepción en oriente es muy diferente especialmente en la antigüedad debido a que se tenía mayor respeto por este acontecimiento. Por ejemplo, en China las personas ancianas eran merecedoras de un gran respeto puesto que se sabía que estas pronto transitarían por la muerte y llegarían a encontrarse con los dioses, lo que hacía que la muerte fuera solo una estación dentro del proceso. Por otro lado, para el hinduismo la muerte se podría considerar incluso más importante que la vida misma porque es un pasaje que permite una reencarnación hacia otras vidas que dependiendo como la persona las viva la acercara a la iluminación dejando de lado el ciclo eterno y constante de vida y muerte (Iacud, 2001).

Como se hizo alusión anteriormente, a lo largo de la historia ha habido una serie de elementos socioculturales involucrados en la concepción de la muerte; de este tema se desprende el que es el punto focal de este trabajo, el cual hace alusión al suicidio, entendiéndose como un fenómeno social que al igual que la muerte adquiere un papel, valor, lugar, propósito, etc. dependiendo desde el momento, lugar, y/o situación desde el cual se entiende. Mas sin embargo para poder entender a profundidad todos los elementos que se desprenden de esta temática es pertinente comprender a cabalidad todas las características que se encuentran vinculadas al tema del suicidio y los diversos elementos asociados a este fenómeno.

## **El suicidio**

Según Rojas (1984) la palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: sui, de sí mismo, y caedere, matar. Es decir, matarse a sí mismo, o cuando una persona toma la decisión de quitarse la vida por sus propios medios. Sin embargo, no se trata sólo de quitarse la vida violentamente, sino de quererse dañar o perjudicar corporalmente.

Este es un fenómeno complejo que ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, desde el principio de las civilizaciones. Algunas veces ha sido castigado y otras simplemente tolerado a nivel social, cultural y político. Dentro de este fenómeno se deben incluir componentes biológicos, filosóficos, psicológicos, sociológicos y morales; lo que significa que tiene diferentes etiologías entendida desde diferentes teorías en las que se incluyen todas las esferas del ser humano (Izquierdo, 2010).

Así pues, un acercamiento histórico hacia la temática del suicidio es llegar realmente al principio de la historia en la que se comenzó a hablar de suicidio, esta tarea es bastante difícil y ambiciosa puesto que ha sido un fenómeno cultural presente alrededor del mundo y como ya se dijo de las civilizaciones desde el mismo principio de la humanidad. En este orden de ideas el suicidio puede ser visto desde dos perspectivas; El suicidio en la historia: en el que se busque entender específicamente en términos de aspectos socio histórico-culturales, en el que se profundiza sobre el cómo se ha juzgado, entendido y comprendido la problemática del suicidio en las diferentes épocas de la sociedad; y por otro lado la historia del suicidio desde una mirada médica y científica, lo que significa más exactamente todos los trabajos a nivel científico que han sido inspirados en dicho fenómeno (Moron, 1992).

Primero es importante tener en cuenta que a lo largo de la historia el ser humano siempre ha intentado tener control sobre su vida y su muerte; es por esto que es vital hacer un análisis de la concepción sobre el suicidio que se ha tenido a lo largo de las civilizaciones. Como se mencionó anteriormente el suicidio puede ser abordado desde dos perspectivas ya mencionadas; sin embargo para cumplir de una manera más completa con los objetivos de esta investigación es necesario emprender un análisis a profundidad socio-cultural a través de la historia sobre las diferentes formas que ha tenido el sujeto de manera conjunta a el momento histórico en el que se ha desenvuelto para entender el suicidio de una manera contextual.

## **Concepción del suicidio en las Civilizaciones Antiguas.**

### ***Egipto.***

Con respecto al valle del Nilo no se tiene claridad sobre la postura que existe dentro de esta civilización con respecto al suicidio, ni cuál era la postura de la religión al respecto, solo existen algunos hechos aislados documentados al respecto. En un principio se podría pensar que las divinidades de la muerte o son las que tienen el control sobre el comienzo y el fin de todo ser humano, a esto también se le suma la decisión de la autoeliminación, es decir que aunque la persona crea que es ella la que está tomando la determinación de suicidarse en realidad las que hacen que esto sea posible son dichas divinidades quienes cortan el aliento de la vida del ser, aunque el brazo ejecutor sea el de la persona (Leon, s.f.).

Con respecto a lo anterior, se conoce la documentación de un poema escrito por un poeta egipcio desconocido, que se dice fue compuesto en una época oscura para la civilización egipcia, puesto que se estaban dando diferentes enfrentamientos al interior de Egipto; dicho poema se titula “Diálogo de un cansado de la vida con su alma o La Lucha del desesperado de la vida con su alma”, fechado en la dinastía XII en el año 1900 a.C Cuando las circunstancias de anarquía política y la ruina económica estaban a la orden del día y donde el suicidio era una vía valedera de escape (David, 2004). El poema reza de la siguiente manera:

(Del Primer Poema)

Ay, mi nombre hiede  
Ay más que la fetidez de la carroña  
En los días de verano cuando el cielo arde

Ay mi nombre hiede  
Ay, más que cuando se atrapa peces,  
El día de la pesca cuando el cielo arde

Del Segundo Poema

¿Con quién hablare hoy?

Los hermanos son malvados

Los amigos de hoy no son agradables

¿Con quién hablare Hoy?

Los hombres son codiciosos,

Todos roban los bienes de su vecino

¿Con quién hablare hoy?

No hay quien sea honrado,

La tierra está a merced de los malhechores...

(Del tercer Poema)

La muerte está hoy ante mi

Como cuando un hombre enfermo se restablece,

Como cuando uno sale libre tras el confinamiento.

La muerte está hoy ante mi

Como la fragancia de la mirra,

Como cuando uno se siente bajo la vela en un día de brisa

La muerte está hoy ante mí,

Como la fragancia de las flores de loto

Como cuando uno se sienta a la orilla de la embriaguez.

La muerte está hoy ante mí,

Como un sendero bien delimitado,

Como cuando un hombre regresa de la guerra.



La muerte está hoy ante mí,  
Como un cielo despejado,  
Como cuando un hombre descubre lo que ignora.  
La muerte está hoy ante mí,  
Como cuando un hombre añora ver su hogar  
Después de haber pasado años en cautiverio (David, 2004, p. 125-126).

Lo anterior muestra solo un testimonio de una persona que desea quitársela vida. Sin embargo aunque no se tenga claro que tan frecuentes son las practicas suicidas dentro de los egipcios si se sabe que así como ocurre con todos los autores sociales en la cultura egipcia, para las personas suicidas también existía un rito de embalsamamiento que no se diferenciaba de los demás; el cual consistían en extraer el cerebro por medio de la nariz con ayuda de un instrumento para luego introducir hierbas por las fosas nasales; luego se practicaba un corte horizontal a lo largo del abdomen con una piedra afilada para sacar el intestino que se purifica con vino de palmera y aromas, una vez hecho esto se rellenaba el vientre de mirra, casia y otras esencias; después, se sumergía el cadáver en natrón, el cual es una sustancia química que deshidratava el cuerpo y ayuda a prolongar su conservación; acto seguido se envolvía al difunto con lino y la tela se pegaba al cuerpo con resina, dejando el corazón intacto, ya que ellos creían que ahí moraba toda la esencia de la persona. Este ritual funerario lo realizaba un profesional que durante el proceso portaba una máscara del dios Anubis<sup>2</sup> (Varona, 2009).

Egipto fue una de las principales civilizaciones de las cuales se tenga registro y a pesar de que no se tiene información suficiente sobre lo que sucedía con las personas que intentaban quitarse la vida, con lo anterior queda

---

<sup>2</sup> Anubis. Era un dios antiguo, que guiaba a los muertos en su camino hacia el submundo, mucho antes de que Osiris se convirtiera en una deidad importante, también se convirtió en el santo patrono de los embalsamadores. Además estaba asociado con Maat, la diosa de la justicia. Dado que los egipcios creían que cuando la persona fallecía, viajaba a un recinto llamado la Sala de la Muerte y Anubis pesaba el corazón contra la pluma de Maat; Si el corazón del difunto era más pesado que la pluma, era comido por un demonio (Thode, 2010)

claro que esto no la exime de casos en los que el suicidio como fenómeno social se halla presentado. Por otro lado al igual que la civilización que se presenta a continuación y a pesar de estar ubicados en un sector tan lejano e inhóspito del planeta los egipcios dejan un legado importante en cuanto a ciencia, tecnología, arquitectura, historia y religión; todo esto será más tarde gracias a la posibilidad de algunos historiadores griegos como Herodoto<sup>3</sup> quien realiza viajes a Egipto conoce su cultura y ve en Egipto todo un modelo de sabiduría para la cultura griega (Lorca, s.f.).

### ***Grecia.***

La particularidad para los griegos consiste en que antes de explorar su concepto de suicidio, es necesario entender dos conceptos de vital importancia con respecto a la vida que además, marca una coyuntura particular en la traducción de ese concepto para el mundo occidental. Aristóteles uno de los pensadores y filósofos griegos más representativos, plantea dos conceptos importantes que son el BIOS y el ZOÉ<sup>4</sup>. Para Aristóteles el concepto ZOÉ es aquel tipo de vida que se caracteriza por el hecho de que los seres vivos, viven gracias a una esencia o un principio que existe a través de los vivientes, este primer concepto Aristóteles lo toma de la Teogonía de Hesiodo en la cual este narra cómo Cronos y Gea después de su matrimonio tienen muchos hijos y Cronos los devora para poder vivir, esto lo que significa es que la existencia humana es un momento o un medio cuya finalidad es vivir un tiempo determinado y nada más. En el lenguaje de la biología esto significa que hay

---

<sup>3</sup>Herodoto nace en la ciudad de Halicarnoso en el año 484 a.C, se desempeña como historiador griego , quien en el año 444 a.C se suma a la expedición para fundar diferentes colonias entre esas la de Turios, donde fijó su residencia. Visitó todo el mundo conocido en su época y con las experiencias adquiridas durante sus viajes redactó sus Historias, su única obra conservada. Dividida en nueve libros, narra con objetividad y precisión las guerras médicas, al tiempo que describe ciudades y regiones, costumbres, anécdotas y creencias de su tiempo. (Biografia.info, S.f.)

<sup>4</sup>El “Bios”, “Zoé”, “Biotos” y “Biote” son entendidos como términos que hacen referencia diferentes facetas y principios vitales que representan las distintas formas de vida, cuya ausencia conlleva la "muerte". El uso de estos términos se remonta a la época de Homero, de 600 a 300 a.C.; es pertinente señalar que al estudiar los primeros significados dados a estas palabras, se logra distinguir la transfiguración que se le ha dado a estos términos en la actualidad. Ver también Gangutia Elícegui (2004) & Ramon Pares (2007).

una esencia, ausencia o hipótesis que son lo único que hacen vivir al ser humano (Maldonado Castañeda, 2005).

Para especificarlo de una mejor manera Acevedo (1994), afirma que:

En primer término tenemos que distinguir entre BIOS y Zoé. El BIOS- esto es, la vida humana- "no se parece en nada la zoé, a la vida en el sentido biológico, zoológico. La Zoé consiste en el funcionamiento mecánico y en el desarrollo de los mecanismos con que el animal a nativitate se encuentra dotado; Zoé apunta asía la vida orgánica mientras que BIOS señala asía la conducta del ser viviente, por tanto, cabe decir así su biografía. Si Lamarck, observa a Ortega, no hubiese inventado el nombre biología acotando si significado, para lo que en rigor debiera llamarse Zoología, el núcleo de su doctrina-la del filósofo-, debiera denominarse precisamente así Biología. Para no crear una confusión terminológica, la teoría de la vida o teoría general de la vida (p. 115).

Así como la concepción de vida cambia, la noción de suicidio no es la excepción, puesto que para los pensadores griegos en particular para los estoicos bajo la influencia de Platón<sup>5</sup>, hacían poco caso de la vida, puesto que muchas veces manifestaban no sentirse cómodos en esta, sin embargo no llegaban a ser partidarios del suicidio, a pesar de esto en caso de que se suicidaran Platón permitía que se les enterrara solo en las fronteras que existían entre los doce Distritos, lo cual significaba una porción de tierra alejada del mundo social y de su orden. Además existía otra línea de pensadores que eran conocidos como los Sínicos entre los cuales se encontraba uno en particular que se llamaba Hegesias quien era conocido como Pisathanatos que en español significa, el que empuja hacia la muerte ya que su discurso era tan elocuente al suicidio que muchas veces lograba que sus discípulos terminaran con su vida (Moron, 1992).

---

<sup>5</sup> Platón nace en Atenas en el 428 a.C dentro de una familia aristocrática, se cree que Platón no era su verdadero nombre sino un calificativo por su espalda ancha, por el contrario su nombre era Aristocles. Estaba educado bajo el régimen de Pericles, gracias a la forma de pensar de su padrastra, en la que la política para personas de su posición era indispensable y no lo abandonaría nunca como se observa en sus obras más importantes LA REPUBLICA .Se desempeña dentro de la academia generando prestigio hasta su muerte en el 348 A.c (La Filosofía en el Bachillerato, 2001)

En cuanto a las personas del común cabe anotar que las que tomaban la decisión de suicidarse pertenecían a la clase de muertos que carecían de estatus, estos no recibían ningún tipo de honores o rito funerario puesto que se consideraba que este era un mecanismo para ayudar al alma de la persona fallecida en su transición a la vida después de la muerte. Por tal razón, se pensaba que las personas que terminaban con su vida, no merecían esta transición; además según las leyes de Demonnasa, al cadáver debía cortársele la mano derecha. Por último y para tener en cuenta es importante mencionar que en la antigua Grecia no todas las prácticas de suicidio voluntario eran tachadas de negativas, y pecaminosas, puesto que de hecho existía la costumbre del suicidio voluntario en las personas ancianas con el fin de eliminar a las personas de edad avanzada, puesto que no eran igual de productivos para el imperio (Bremmer, 2002).

### ***Roma.***

El suicidio para los romanos era concebida de manera negativa y su práctica era prohibida, siendo el caso que cuando los esclavos y a los soldados intentaban suicidarse y eran descubiertos se les castigaba severamente; puesto que su cuerpo pertenecía al estado, la única circunstancia en la cual se podía pensar en esa posibilidad era cuando habían sido tomados presos por parte del enemigo o estaban bajo intenso dolor; Dentro de las prácticas sociales era natural que en Atenas el cuerpo del suicida fuera privado de la sepultura y se le amputara la mano derecha la cual era enterrada en otro lugar como mecanismo de castigo (Moron, 1992).

Sin embargo, dentro del imperio romano existía el concepto de Homo-Sacer el cual proviene del latín Homines- Sacri, que significa hombres sagrados malditos, esta es una figura oscura dentro del derecho romano arcaico que quedó excluida de las actuales culturas occidentales y consistía básicamente en que la vida humana quedaba descartada de todo derecho y acción civil y jurídica dentro del mundo de los humanos, por lo tanto era una vida que se podía perder o se podía eliminar sin ningún tipo de sanción; en este orden de

ideas se define como la impunidad para aquel que lo mate y la prohibición de utilizar su cuerpo en los sacrificios para los dioses puesto que ellos no podían recibir algo como eso con ningún tipo de agrado (Najles, s.f.).

También dentro del derecho Romano arcaico había otro concepto que vale la pena señalar, la Fémina Sacer, esta es una instancia en la que el cuerpo femenino se ve atrapado ente dos poderes jurídicos, por un lado el “laco” y por otro el religioso y básicamente a lo que se refiere es que se le quita a la mujer la posibilidad del ejercicio pleno de sus derechos, convirtiendo su cuerpo en “Nuda vida” lo que quiere decir “propiedad sin atributos”, desprovista de todo aquello que excede al mero conjunto de fuerzas que se resiste a la muerte (Millan de Benavides & Estrada, 2004).

Al otro lado del planeta, en Asia el oriente y no menos importante con muchos años de diferencia se habían formado tres civilizaciones importantes que serán muy diferentes en materia de religión, idioma, cultura e historia que las dos vistas anteriormente. Todos estos contrastes afectaran a su vez la manera cómo afrontan a nivel social las diferentes prácticas, en donde por su puesto el suicidio no es la acepción (Bremmer, 2002).

### ***Civilizaciones de Asia Oriental (India, Japón y China).***

En la india desde las épocas antiguas bajo la influencia del brahmanismo más conocido como hinduismo, la cual es una de las religiones más antiguas del planeta, se pensaba que los sabios en búsqueda del nirvana, es decir, en búsqueda de la cura y la liberación de todos los males frecuentemente se suicidaban durante la elaboración de las fiestas religiosas (Moron, 1992).

Esta misma religión prescribía de manera médica y casi obligatoria el suicidio de la viuda en la pira funeraria del esposo, he incluso podía solicitar ayuda para ser enterrada viva en la tumba de este; es decir, lo cual se conocía como la auto punición ya que esta era considerada como la vía para mantener el vínculo marital más allá de la muerte y acompañar al difunto en el otro mundo. La secta de los Samaneos, también entre los hindúes, admitía el

suicidio pero era norma advertir de la decisión al resto de la comunidad, en donde no puede haber nadie que se los impida sino que por el contrario deben felicitarlo por la decisión tomada y le hacen encargos de mensajes que quieran que este les lleve a sus parientes difuntos; y, una vez que han recibido los encargos que les han hecho, entregan su cuerpo al fuego, para separar el alma del cuerpo en un estado puro, y mueren recibiendo alabanzas (Aries & Duby, 1992).

Otra de las civilizaciones antiguas en las que el suicidio era visto de manera agradable era en Japón, país asiático, en el que muchas veces los nobles, durante los cultos religiosos se realizaban el Harakiri<sup>6</sup> para suicidarse esta práctica consistía en abrirse el vientre horizontalmente en forma de ritual obligatorio para los nobles y caballeros que habían dejado de serlo por cuestión de honor y dignidad, con el fin de que su verdugo no tuviera el privilegio público de dejarle caer un sable bien afilado sobre la nuca y de esta manera conservar algo de la dignidad familiar. Algunas veces también se practicaba en un momento de desesperación bien sea para vengar el honor ofendido; cuando la persona sentía un fanatismo por alguna figura pública como es el caso en 1912 del mariscal Nogi y su esposa quienes se hicieron el Harakiri el día del funeral del emperador Mutsu-Hito, esto con el fin de acompañar a su líder o por lo menos alcanzarlo en el más allá (Berua, 1964).

Por último, en China el suicidio al igual que en el Japón con el Harakiri, la idea de suicidarse no era para escapar de una situación complicada sino por el contrario se realizaba con el fin de asumir las circunstancias, en palabras más claras era saberse culpable de haber perjudicado a la familia, es decir asumían que por culpa de ellos habían deshonrado a la familia y la habían perjudicado, por lo que para las familias el suicidio de uno de sus miembros era un golpe

---

<sup>6</sup>El Harakiri tiene su origen hacia el año 1000 a.C. y se cree que debe su nombre a la primera persona que lo hizo por haber desobedecido al emperador. Esta práctica se refiere a una forma de suicidarse en el Japón que consiste en abrirse el estómago de manera horizontal, la razón por la que este corte se realiza en la parte central del vientre es porque para la cultura japonesa, en esta parte es donde se concentra el plexo solar y es nuestra relación directa con la vida, puesto que a través de la placenta por ahí recibimos la vida de la madre (Arias, 2006)

que aunque duro, por la situación de pérdida de la persona amada, significaba que era un ser valiente al cual de igual manera había que honrar y perdonarle las circunstancias de deshonra (Byler, 1999).

Igualmente en China exactamente en la región del Tíbet, esta doctrina adquirió una fuerza interesante que llevo a que bajo el impulso de Buda el suicidio tuviera dos significados diferentes a los anteriores, es decir, por un lado estaba las personas que se suicidaban para buscar la perfección y por el otro estaban aquellos que lo hacían para huir del enemigo, en circunstancias de guerra y represión de igual manera, dentro de esta civilización existieron suicidios masivos, por ejemplo después de la muerte de Confucio 500 de sus discípulos se lanzaron al mar para protestar por la quema de sus escritos, continuando con las idea de los suicidios en masa, dado que para ellos era más importante mantener el legado de a persona que admiraban, incluso más que sus propias vidas (Moron, 1992).

De nuevo en occidente con la caída del Imperio Romano en el año 475 d.C. entre los siglos III y VIII ocurre una transición que se conoce como antigüedad tardía en la que se produce un cambio en Europa el cual marca a la Humanidad por los cambios que trae a nivel económico y cultural puesto que se pasa de un modelo de producción esclavista a el modelo de producción feudal esto en cuanto a nivel económico a nivel social se pasa de las estructuras de ciudad romana a los estamentos medievales y en la esfera política se descentraliza el imperio romano se diversifica el poder y nacen nuevas ciudades. Así mismo las Organizaciones religiosas, tanto la cristiana como la islámica (cada una en su espacio) toman fuerza y a nivel cultural sustituyendo la cultura clásica por la teológica, lo cual por su puesto tendrá una influencia marcada dentro de todas las dinámicas sociales incluyendo el suicidio (Hooper & Bennett, 2001).

### ***El suicidio en la era medieval.***

Durante la edad media el suicidio era considerado como el peor pecado que una persona podía cometer en contra de Dios puesto que era este el que nos daba la vida, y en consecuencia el único que no la podía quitar, por esto la persona que lo intentaba era rechazada por toda la comunidad medieval. Además como dañaba su cuerpo y perjudicaba su alma lo que ocasionaba que perdiera el derecho a la salvación eterna. Una de las máximas autoridades eclesiásticas que aunque no perteneció a esta época, su pensamiento si influyo en la concepción del suicidio, fue San Agustín<sup>7</sup> quien consideraba que la persona que se quitaba la vida era considerado como cobarde, incapaz de resistirlas pruebas de la vida o el sufrimiento producido por una enfermedad. Esta doctrina se fortalece durante toda la era por parte del clero y se prohíben ofrendas y misas, puesto que son considerados como mártires de Satán (Alcoz, 2007).

Con esto pensaron los del clérigo que el problema estaba solucionado sin embargo en el siglo XV en España el Marqués de Santillana<sup>8</sup>, quien tiene miedo a la muerte, y en una conversación con el Doctor Pedro Días de Toledo empezó a intentar buscar y responder dudas al respecto de la muerte y leyendo a <sup>9</sup>San Pablo comprende que el cuerpo es una atadura del el alma y que esta

---

<sup>7</sup>San Agustín nace en el año 354 bajo el nombre de Aurelios Agustinus en Tagaste norte de África, en una familia de padre pagano y madre cristiana. Se forma en la secta de los Maniqueo (personas que creen en dos principios creadores uno para el bien y otro para el mal); pero a través del neoplatonismo halla el camino hacia el cristianismo. Fue bautizado en el año 387 a los 33 años de edad; se desempeña como obispo de Hipona ubicada en Hippo Regius antigua ciudad de Numidia y es considerado el más grande entre los padres de la iglesia occidental (Biografía.info, S.f.)

<sup>8</sup>El Marqués de Santillana nace en Carrion en 1398 hijo del almirante Diego Hurtado de Mendoza y Leonor de la Vega, queda huérfano a temprana edad y se educa en la refinada corte aragonesa de Barcelona; fue el primer Marqués de Santillana y conde de Manzanares. Interviene en la política de su tiempo, siempre siendo fiel a la política de Juan II por lo mismo milito en el bando de los aragonesas en la batalla de Olmedo (1445) en las filas del ejército real, y pos su buen desempeño el rey le concede el marquesado, finalmente Muere en Guadalajara en 1458 (Mainer & Olivera Serrano, 1991)

<sup>9</sup>San Pablo apóstol nació con el nombre de Saulo entre el año cinco y el año diez en Tarso región de Cilicia en la costa sur del Asia Menor en donde actualmente se ubica Turquía. hijo de hebreos fue enviado a Jerusalén en su adolescencia y acá reunió al grupo de los fariseos, fue contemporáneo con Jesús de Nazaret. En un principio fue perseguidor de las comunidades cristianas, pero en el año 36 según cuentan las escrituras por la aparición de Cristo se convierte al cristianismo (Redacción EL UNIVERSAL, 2006)



ansia encontrarse con su creador, por consecuencia de esto el Marqués comienza a preguntarse ¿si el morir es mudar del mal al bien entonces por qué no pensar en quitarse la vida para liberar el alma? es ahí cuando empezaba a pensar en la cantidad de personas que se quitaron la vida durante la época bajo la figura de mártires, entre los cuales sobresale Caton quien por medio del suicidio logra la conquista de la libertad y la eternidad (Alcoz, 2007).

Como se cuenta en Beltrán, Canet, & Sirera (1997), El Marqués de Santillana muestra su fascinación con el tema estoico del suicidio en los proverbios (1437), donde se lee:

55

Antepón la libertad

Batallaos

aservitud vergonzosa

Que maldad

Es ser en catividad

porfuyr el glorioso morir

Por bondad

56

Cuanto bien murió Catón,

sipermitisse

uestraley e consistiese

talrazon!

loo de Mucio

Del cual fazen Libio e Lucio

grandmencion. (p. 115).

Este es uno de los versos donde aparece claramente de la naturaleza del suicidio como un sublime acto no consentido por la religión puesto que después lo desaparecen ya que para la fe cristiana conviene creer que el alma

---

vive sin cuerpo en el otro mundo así como la existencia tangible del infierno, lo que ocasiono que se negara el pasamiento del Marques y fuera excomulgado y considerado como persona no grata (Alcoz, 2007).

Santo Tomas de Aquino<sup>10</sup> tecnifica y sistematiza la tesis de San Agustín reforzada con los pensamientos de Aristóteles. en estos se plantea que el suicidio es contrario a la ley natural puesto que todos los hombres buscan su propia conservación y por lo mismo debe resistirse a cualquier alteración violenta contra el deseo natural de vivir, es por lo tanto una alteración y un irrespeto hacia el amor propio. En consecuencia el suicidio es un pecado mortal. Ahora bien además el hombre es parte de una comunidad por lo tanto cuando alguno se suicida comete una injuria contra la comunidad a la que pertenece; para terminar culmina con su razón más fuerte para sustentar el estar en contra del suicidio esta se argumenta bajo la razón teológica la cual dice que la vida humana, es un don que Dios le ha hecho al hombre y que así como dependió de, el dárnosla de, él depende quitárnosla; por otro lado explica además que el suicida al sentirse libre de terminar con su vida usurpa el poder de Dios para juzgar en una causa que le es ajena (Blazquez, 2010).

Durante la era medieval entonces, a pesar de que la religión se esfuerza con gran ímpetu en hacer entender a la sociedad que el suicidio no es una práctica aceptada y es incluso castigada de diversas formas, esto no evita que las personas intenten tomar el control de sus vidas y aun contra las normas explícitas del momento, decidan quitarse la vida.

---

<sup>10</sup>Santo Tomás de Aquino nace en Rocaseca junto a Nápoles hijo de los condes de Aquino en 1224. inicialmente a la edad de cinco ingresa a la abadía benedictina pero más adelante en 1244 toma la determinación (aun en contra de su familia, quien incluso decide secuestrarlo para hacerlo cambiar de idea) de cambiarse a la orden de los dominicos. En 1245 se marchara junto con su orden a estudiar filosofía y Teología en Paris en donde más tarde en 1256 le es asignada una cátedra para los dominicos. es un admirador de Aristóteles pesar de que en esa época se creía que la teoría de Platón era más acertada. Muere el 7 de Marzo de 1274 a la edad de 49 años, cuando iba camino al concilio de Lion, en Fossanuova entre Nápoles y Roma (Segovia, 2003)

### ***El suicidio durante el Renacimiento.***

En el renacimiento se marca el fin del oscurantismo de la edad media lo cual significara una coyuntura importante en la historia de la humanidad, puesto que por primera vez después de la edad antigua el hombre comienza a sentirse parte principal y centro del universo poniendo por encima la razón de las costumbres Clericales, esto producirá una transformación que afectara a las estructuras básicas de la sociedad y la cultura, comprendiendo la vida cotidiana y la mentalidad diaria, la práctica de las normas morales y de los ideales éticos, las artes, las ciencias, etc.. Logrando de esta manera una mezcla entre lo viejo y lo nuevo que marcara el primer paso entre el fin del feudalismo y el comienzo del capitalismo (Puerto, 1991).

En cuanto a la religión se produce un proceso de secularización<sup>11</sup> que no implica irreligiosidad o el ateísmo como equivocadamente se puede llegar a creer, por el contrario estos son fenómenos extraños dentro de esta era, contrario a esto se toma la religión como propia y privada, generando un sentimiento de desprecio hacia la iglesia, pero sin abandonar el concepto de Fe (Puerto, 1991).

Con respecto al suicidio en esta época se retoma el pensamiento estoico de Platón, en el que la práctica del suicidio se retoma con más seriedad, convirtiéndose en una práctica bastante común uno de los primeros ejemplos es el de Filippo Strozzi quien se suicida en 1538 después de ser derrotado en la batalla de Montemurlo, dejando una carta en la que se refería a lo importante que era seguir el ritual de suicidio utilizado por Catón, Lucrecia y Seneca, el cual consistía en cortárselas venas en el año y dejar que corriera la sangre; a pesar de esto esa práctica no tuvo muchos adeptos pero el suicidio se continuo dando con bastante fuerza hasta el punto que muchos personajes importantes

---

<sup>11</sup>El proceso de secularización se puede definir como la oposición entre lo espiritual y lo temporal entre el cielo y la tierra, es decir por el triunfo relativo de los valores mundanos sobre los religiosos. sin embargo siguiendo las huellas de como se ha interpretado a través de la historia se podría pensar que es la tendencia hacia lo profano o lo inminente en conflicto constante con lo eterno (Rodriguez, S.f.)

encargaron pinturas y esculturas que ilustraban la práctica; así mismo se realizan poemas, dramas y novelas de finales del siglo XVI. Los principales exponentes artísticos del suicidio son el croata Dominico Ranjina quien escribió una gran cantidad de poemas sobre el suicidio. Por otro lado esta Shakespeare<sup>12</sup> quien en gran cantidad de escenas muestra el suicidio de sus personajes principales como es el caso de Romeo y Julieta, Bruto y Cleopatra (Burke, 2000).

Así como en Europa el renacimiento ocasionó una transformación cultural, unos siglos antes en el auge de la edad media a algunos países del viejo continente sintieron la necesidad de expandirse y adquirir nuevos territorios, fue entonces cuando de parte de muchos países de Europa, entre los cuales estaban España, Portugal e Inglaterra en principio se forman expediciones con diferentes destinos; en el caso específico de América Latina la cual en su gran mayoría fue colonizada por los españoles a continuación se hablara de ese proceso, puesto que marca una coyuntura en el nuevo continente. La persona que por primera vez piso tierras Latinoamericanas aunque sin saberlo fue Cristóbal Colón<sup>13</sup>. Sin embargo en el siglo XVI, cuando ya las islas del Caribe pertenecían a España, se organizaron desde ahí expediciones de conquista las cuales fueron financiadas por comerciantes y banqueros, autorizadas por los reyes quienes a su vez eran los que conformaban los ejércitos y determinaban que territorios les correspondía explorar (Verlinden & Perez, 2006).

---

<sup>12</sup>Se piensa que William Shakespeare nace el 23 de abril de 1564 en la ciudad mediterránea Stratfordon Avon. Estudió durante unos seis años Grammar school, cuya materia básica era el latín. aunque tuvo que ponerse a trabajar como aprendiz de carnicero, por la difícil situación económica que atravesaba su padre. Se cree que llegó a Londres hacia 1588 y, cuatro años más adelante, ya había logrado un notable éxito como dramaturgo y actor teatral, con por lo menos 38 obras reconocidas que le dieron la reputación de brillante poeta. Muere el 23 de abril de 1616 irónicamente el mismo día de su cumpleaños (Dionisio, 2000)

<sup>13</sup>Cristóbal Colón Nace en Génova (Italia) en 1451. Hijo de personas humildes que se desempeñaban como marino mercante en 1492 planea llegar a Asia atravesando el Océano atlántico por lo que pide permiso a la reina Isabel de España quien le pide firmar la capitulación de Santa Fe y emprende su viaje. En el primer viaje llega a la isla Guanahaní (San Salvador), Cuba (Juana) y Santo Domingo (La Española). Retornó a España creyendo haber llegado a islas cercanas al continente asiático. Colón murió en Valladolid en 1506, creyendo haber llegado a tierras del continente asiático. (Gómez, 2009)

A pesar de que Cristóbal Colon muere sin saber el descubrimiento del nuevo continente más adelante se organizan nuevas expediciones ya no con la necesidad de explorar, sino con la intención de conquistar bajo dos parámetros principales, la idea de que la tecnología de los pueblos sometidos era inferior a los europeos y la convicción de que los recursos naturales del nuevo mundo eran ilimitados, de esta forma se intentó justificar la demoledora destrucción de la estructura social indígena que ya existía, y se transformó por la ocupación forzada del espacio por parte de los Españoles, y la explotación ilimitada de los recursos, además de esto se utilizó de manera parcial y por poco tiempo la estructura política de algunas comunidades indígenas, que en un principio no se resistieron al cambio. Sin embargo al ver como cambiaban su sistema, cultural, económico y principalmente religioso puesto que bajo una supuesta “justa guerra” de cristianos contra infieles, destruyen sus monumentos, se burlan de sus creencias, esclavizan y matan a sus habitantes; optan por resistirse (Gligo, 2001).

### ***El suicidio en la era Prehispánica.***

Es por lo anterior que la conquista en los pueblos autóctonos de América Latina marco una caída a nivel demográfico que nunca antes se había presenciado en estos pueblos hasta la llegada del hombre blanco. Puesto que los primeros enfrentamientos en las Antillas cobraban víctimas diariamente, los españoles decidieron en vez de matar a la población tomarla cautiva para utilizarlos como herramienta de producción. Esto ocasiono que los indígenas más arriesgados que estaban ubicados dentro del continente pudieran fugarse y establecerse en sectores más inhóspitos, mientras que los que estaban en las poblaciones costeras morían con mayor facilidad ya que el océano les recortaba el territorio hacia donde podían escapar (Becco, 1992).

Además de los enfrentamientos existieron varios factores que afectaron la densidad demográfica de los pueblos indígenas como por ejemplo: la lucha entre ellos mismo, las enfermedades desconocidas, el cambio en la dieta y la economía, sin embargo el suicidio y los abortos a pesar de no haber ocasionado

más muertes que las epidemias muestran de una manera clara como los indígenas como ya se había mencionado pierden sus culturas y sufren un choque de identidad a nivel psicológico, puesto que observas como se desborona el mundo como lo conocen, y como un intento de escape ante la desesperación y la agobiante situación optaban a manera de protesta optaban por quitarse la vida mediante el suicidio individual o, peor aún, colectivo. Por otro lado las prácticas de abortos en masa no fueron menores, quizás como una manera de evitar que los hijos sufrieran lo que los padres ya no soportaban (Becco, 1992).

Una de las principales evidencias que se tiene en Colombia de los suicidios colectivos en las comunidades indígenas de la zona sucedió en el año 1541 ante el acenso de la conquista en el sector del <sup>14</sup>Peñón los españoles trataban a los indígenas con excesiva crueldad, hasta el punto que a algunos les cortaban las manos, los pies e incluso la nariz y las orejas, como acto de indignación y rebeldía frente a estas prácticas se refugiaron en el peñón o farallones de Sutatausa e hicieron frente a una avanzada española, se dice que esto produjo el suicidio de más de cinco mil indígenas de los grupos tausa, sutas y cucunubaes que azotados por las tropas españolas, prefirieron quitarse la vida lanzándose desde la cima del peñón para no caer en la esclavitud a la que eran sometidos (Martínez, Gutierrez, Uriza, Bernal, Mendoza, & Sierra, 2011).

### ***El suicidio y la esclavitud en la colonia.***

Con la colonización y ante las constantes querrás que se formaran entre los españoles y los indígenas además de la cantidad de enfermedades que no había como controlar debido a lo inhóspito del territorio, además de que los indígenas no eran lo suficientemente fuerte para el trabajo que había que hacer los españoles tuvieron que cambiar la mano de obra nativa por la de los

---

<sup>14</sup>El Peñón es la cima de una roca ubicada en la población de Sutatausa, en el departamento de Cundinamarca, ubicado en el sector andino de Colombia, en donde en la actualidad se puede observar arte rupestre que sirve de testimonio de lo ocurrido con los indígenas en ese momento (Martínez, Gutierrez, Uriza, Bernal, Mendoza, & Sierra, 2011)

esclavos negros que eran traídos de África en proporciones de dos hombres por cada mujer o niño, y su precio era establecido por su peso y su estatura en la que lo mínimo que se debía medir eran siete cuartas (Malvido, 2010).

El suicidio tanto individual como colectivo formo parte constata de las crónicas del mundo colonial esclavista ya que fue destacado como causa específica y constante de la morbi-mortalidad de la población negra esclava específicamente en hombres adultos jóvenes y pocos ancianos a manera de resistencia en contra de sus amos puesto que con cada suicidio perdían mano de obra que se representaba en menor producción, por otro lado fue considerada como una respuesta externa a la depresión causada por la sensación de secuestro y esclavitud. La razón por la que se cree que ni las mujeres ni los niños se suicidaban era por que en muchas de las tribus africanas se tenía la creencia de que las esposas y los hijos eran los encargados de cuidar del espíritu del padre de familia por lo tanto pensaban que si se quitaba la vida ofendían a dicho espíritu (Malvido, 2010).

Debido a este fenómeno los negreros intentaron clasificar las poblaciones negra que era propensa al suicidio, para evitar bajas en la producción, de ahí se construyó la siguiente clasificación, según las causas que los llevaban tomar la decisión; el primer grupo estaba conformado por las personas que nunca aceptaban su condición de esclavos y se tiraban al mar o se dejaban morir de hambre durante la travesía, los siguientes eran cencidos como los Guineos, mina o Chamba<sup>15</sup> quienes se quitaban la vida para generarle perdidas al amo; también estaban los Ido, quienes eran los más difíciles de manejar dado que se suicidaban ante cualquier burla o broma que se les hacía; los Carabalí bibi, se caracterizaban por su tendencia suicida, dado que eran muy orgullosos y listos; contrario a los Arara quienes eran malos esclavos, perezosos y ladrones, fáciles de caer en estados depresivos que los llevaran al suicidio (Malvido, 2010).

---

<sup>15</sup>Los nombres que se les daba a los esclavo para denominar las categorías de las tendencias suicidas se cree que se hizo algunas veces de acuerdo a dialecto que hablaban así como la población o tribu de donde eran traídos (Malvido, 2010)

Mientras en América Latina existía tal proceso de cambio cultural con la colonización y posterior independencia de las potencias europeas en la que aparentemente se trae los países americanos colonizados, la misma concepción del suicidio que en Europa se tiene durante la época medieval dado la fuerte influencia que existe por parte de la iglesia principalmente la católica en los países de América del sur.

### ***El suicidio en la Modernidad (XVIII, XIX).***

Sin embargo, en el viejo continente inmediatamente después del renacimiento ocurre un proceso de cambio que comienza hacia el año 1600 principalmente en Europa occidental y más tarde se ha de expandir al resto del mundo; en el que se transforman las condiciones históricas y materiales que da origen a una emancipación de las tradiciones heredadas, pasando del teocentrismo al antropocentrismo a nivel social. A su vez cambian los modelos económicos y de producción, puesto que se pasa del feudo a la burguesía y el capitalismo lo que a su vez ocasiona un nuevo modelo ontológico con respecto al ser y como este se relaciona con su entorno en el que toma fuerza la razón y la filosofía como métodos para explicar su realidad, esto trae consigo un progreso a nivel de desarrollo de técnicas, instrumentos, ideologías e instituciones, en el que resalta: la imprenta, la pólvora, la máquina de vapor, la industrialización en general y la ilustración como mecanismo de entendimiento (Guardiola, Araujo, & Castillo, 2008).

Sin embargo, la modernidad ilustrada genera un rompimiento de varios paradigmas durante este momento de la historia principalmente aquellos que tenían que ver con la cristiandad entre los que por su puesto esta la concepción del suicidio. Al respecto David Hume<sup>16</sup> plantea el suicidio como un antídoto contra la superstición y la falsa religión, ya que según él, el supersticioso lleva

---

<sup>16</sup>David Hume: Filósofo e historiador británico nace en 1711 en Escocia, en un principio siente especial atracción por las obras de Locke y Berkeley en especial en torno a las ideas como un buen empirista, más tarde llega a un total escepticismo con respecto al ser. Lo que más tarde será la inspiración para la filosofía de Kant. Muere después de una pesada enfermedad y algo frustrado con la vida en Edimburgo en 1776 (Valls, 2003)



consigo el sufrimiento a todos los episodios de su vida, y no se atreve a poner fin a este a través de la muerte por un miedo injustificado que siente la persona a ofender a un supuesto hacedor de la vida, que de manera autónoma se atribuyó el derecho de disponer de la vida de cada hombre, lo cual resulta absurdo, ya que en cierta medida este es inexistente, lo que lleva a pensar que con el suicidio no se transgrede ese ser superior (Maresca, 2004).

Esta creencia según Hume nos encadena a existir aun cuando sea a merced de un sufrimiento innecesario, esto sumado al temor constante que los seres humanos sentimos por la muerte nos priva de la posibilidad de tener el control sobre nuestras vidas, como lo pensaban los antiguos griegos con el concepto de la trasmigración de las almas. En este orden de ideas el suicidio debería tomarse como un ejercicio de interpretación del sentir si ningún tipo de valor moral, así como de igual manera la persona debería recuperar la alegría exaltar el placer y naturalizar la culpa (Maresca, 2004).

Otro de los pensadores importantes con respecto al suicidio en el auge de la modernidad en el siglo XIX es el sociólogo funcionalista francés <sup>17</sup>Emilio Durkheim, quien publica un trabajo que titula justamente así “El Suicidio”, y que fue en su momento una amplia influencia en el ámbito de las ciencias humanas. Además de ser uno de los principales antecedentes en materia del manejo de la estadística como forma explícita para recolectar y explicar la información concerniente a los fenómenos sociales del ser Humano; de ahí que incluso Durkheim 1897 define a la tasa de suicidio como: "el porcentaje entre la cifra de suicidios y la población de una determinada sociedad durante un período de tiempo determinado" (Ferretti, 2011).

---

<sup>17</sup>Émile Durkheim nació el 15 de abril de 1858 en Épinal en la provincia de Lorena Francia, dentro de una familia judía. en 1882 se licenció en filosofía con una fuerte influencia positivista evolucionista; luego se interesó por la sociología inspirado en Auguste Comte. Durante 1896, sus cursos sobre Sociología se convirtieron en la primera cátedra de esta disciplina en Francia. Al año siguiente (1897) publicó El suicidio. La muerte de su hijo (1915), en el frente de Salónica durante la Primera Guerra Mundial, lo sumió en la depresión y debilitó su salud causando su propia muerte e Paris en 191 (Academia de Ciencias Luventicus, 2003)

Puesto que en el estudio utiliza una amplia gama de variables y cruces estadísticos, en las que promedia las posibles influencias más significativas a la hora de explicar el suicidio en una amplia zona de países de Europa en el siglo XIX. En el estudio Durkheim intenta descentralizar la idea de que la explicación de los suicidios se debe a factores completamente externos al sujeto, lo que no significa necesariamente que los factores como: lo económico, lo climático, la religión y la guerra etc. puedan hacer parte de situaciones más profundas. Sin embargo esto no hizo que pensara en los casos de suicidio como casos independientes, por el contrario en el estudio concluyó que podía existir la posibilidad de que existieran sociedades con características o tendencias suicidas, así como existe la pobreza, ya que son consecuencias directas del discurso y la administración de las reglas de cada sociedad. Esta ausencia de reglas o la existencia de normas contradictorias determina como una comunidad no se ha regulado de manera adecuada, lo que puede producir alteraciones de orden social que ocasionan lo que Durkheim llama suicidio <sup>18</sup>anímico (Palacio, 2010).

Por otro lado en el mismo estudio llega a conclusiones importantes, en primera instancia que no toda las personas que se quitan la vida es por que presentan una patología mental; que en las ciudades principales se suicidan más que en los sitios rurales y que son más los hombres que las mujeres los que culminan el acto en sí. Otra conclusión importante es que de las tres religiones principales ubicadas en Europa en ese momento (protestantes, católicos y judíos) los que tenían más tendencia suicida eran los judíos. Plantea además que el alcoholismo, los estados psicopáticos, la raza y la herencia no son determinantes, para el suicidio. Igualmente dentro de las causas más comunes de suicidio encuentra: Miseria y reveses de fortuna,

---

<sup>18</sup>El termino Anómico, proviene de la anomia social, la cual como concepto aparece en la época de la revolución social. En el individuo se manifiesta como un desconcierto o inseguridad que tiene más o menos las mismas implicaciones c lo que hoy se conoce como pérdida de identidad. la anomia es un estado social donde la comunidad pierde los valores tradicionales ya no tienen autoridad y los nuevos que implementan carecen de fuerza (Durkheim, 2008)

Desgracias de familia, Amor, celos, prostitución, mala conducta, remordimiento y temor ante la imposición de una pena por un delito cometido (Mazzarell, s.f.).

Todo lo anterior le permite establecer una clasificación sobre el suicidio la cual consiste en lo siguiente:

1. Suicidio egoísta: este es causado por la desintegración del grupo social en el que se desenvuelve la persona, lo que lo lleva a un exceso de individualización; 2. Suicidio altruista: este es causado por una sobre integración al grupo lo que evita que el sujeto disfrute d su independencia; 3. Suicidio anómico: que se explicó anteriormente; 4. Suicidio fatalista: este ocurre cuando hay un exceso de reglamento social que afecta de manera negativa a la persona puesto que no se puede adaptar a estas (Mazzarell, s.f.).

En síntesis, se podría concluir que los pensadores de la modernidad exponen dos posturas diferentes, que tienen algunos puntos en común; por un lado esta Hume quien expresa la idea de que el suicida es una persona que se podría considerar valiente puesto que tiene el control sobre su propia vida y no siente temor por lo que él llama falsa religión; y por otro lado esta Durkheim para el que el suicidio no tuene una consecución positiva como Hume pero si desliga la idea de que el suicidio sea un problema mental de tipo individual, y al igual que Hume tampoco considera que la religión tenga algo que ver al respecto.

Sin embargo durante la modernidad, más exactamente de manera contemporánea con el libro el Suicidio de Durkheim ocurrió el primero de los 2 más grandes acontecimientos de esta época que marcaron de manera negativa la historia de la humanidad, conocido como el primer acto de barbarie civilizado, denominado así, porque según Norberto Elias<sup>19</sup> no es una barbarie

---

<sup>19</sup>Norberto Elias Nace el 22 de junio de 1897 en Breslau, Alemania (actualmente Wroclaw, Polonia). Norbert crece en el seno de una familia judía, en 1915 Es llamado a enlistarse en las filas del ejército imperial. Desempeña un puesto dedicado a las telecomunicaciones en el frente occidental al norte de Francia. en 1918 estudia medicina y filosofía, para finalmente encaminándose por la sociología en la que su trabajo se centró en la relación entre poder, comportamiento, emoción y conocimiento. Ha dado forma a la llamada sociología figuración (Sociologia Contemporanea , 2004)

como se conocía en la antigüedad en la que personas aisladas eran considerados como primitivos atrasados y violentos; sino que esta barbarie tenía un tinte distinto, era una barbarie monopolizada, centralizada por el Estado y sus fuerzas armadas, oculto bajo un proceso de supuesta civilizador en el que se pretenden controlar las emociones por las manos de un poder político y en ese afán de civilización se formó entre las supuestas naciones civilizadas dos guerras la primera y la segunda guerra mundial con un grado de fuerza bélica nunca antes vista; este fue el lado siniestro de la civilización, de la tecnología y de las ciencias en donde además existieron una cantidad de actos barbaros e inhumanos justificados desde diferentes puntos de vista (Lowy, 2004).

Inicialmente la primera guerra mundial<sup>20</sup> comienza con el asesinato del archiduque Francisco Fernando de Sarajevo, lo cual ocasiono una tensión política entre las diferentes cancillerías de Europa; él era el descendiente directo de su primo el emperador del imperio austrohúngaro, quien carecía de descendencia directa por que a sus ochenta años tenía una vida trágica en la que su esposa había sido asesinada a puñaladas por un anarquista en Ginebra en 1898, además nueve años antes en 1889 su único hijo Rodolfo, se había suicidado junto con su amante Mayerling y esto ocasiono un escándalo dentro del imperio que debilito su credibilidad. y a su vez acabo con su línea hereditaria inmediata. Esto género que Serbia animada por Rusia quería expandirse y crear de nuevo la gran Serbia lo que empeoro la situación porque lo que querían eran los territorios del imperio austrohúngaro. Por otro lado las guerras balcánicas y el hecho que Rusia había sido derrotada por Japón querían expandirse por todo el imperio otomano, pero Austria que estaba ofendida por el asesinato y Alemania con la declaración de guerra se lo

---

<sup>20</sup>La primera guerra mundial se desarrolló entre 1914 y 1919 entre la triple alianza (Alemania imperio Austro Húngaro e Italia) y la triple Entente (Inglaterra Francia y Rusia y en 1917 se unió Estados Unidos; la razón controlar las colonias y semi-colonias del planeta; finalizo en 1919 porque se reunieron y los países vencedores impusieron condiciones a los perdedores, en lo que se llamó el tratado de Versalles. (Gomes, 2011)

impidieron. Sin embargo estos fueron los grandes perdedores, y al final se les castigó con el tratado de Versalles (Lozano, 2011).

Fue este tratado el que hizo que Alemania a mando de Hitler<sup>21</sup> e Italia en manos de Mussolini<sup>22</sup> además de la gran crisis económica de los años treinta la que ocasionó que utilizaran el descontento de sus propios países para conseguir el poder y fueran quebrantando cada una de las cláusulas firmadas en el tratado, de esta manera con la intención de vengarse fueron extendiendo su territorio y por otro lado Japón necesitaba ocupar a China para adquirir materia prima especialmente el petróleo; por su parte Francia e Inglaterra sentían temor al comunismo y pensaron inicialmente que Hitler sería un freno a esto, lo que hizo que se dieran cuenta tarde de las verdaderas intenciones de Hitler y tuvieron que enfrentarse en 1939 a una Alemania fortalecida dando inicio a la Segunda guerra mundial ocurrida a exactamente veinte años de la primera (Urbina, s.f.).

### ***Concepción del suicidio durante las guerras.***

Además del suicidio del heredero del emperador Austro Húngaro que se mencionó anteriormente, que será el evento desencadenante de la primera guerra mundial no existe información clara sobre la manera como era consabido el suicidio durante ese periodo. Sin embargo en cuanto a la segunda guerra existen diferentes concepciones del suicidio durante este

---

<sup>21</sup>Adolfo Hitler nació el 20 de abril de 1889, en Braunau, Austria. Sus padres fueron Alois Hitler y Klara Pözl, una pareja de clase media. Fue un escolar de bajo rendimiento y a los 17 años postuló a la Academia de Bellas Artes de Viena, pero no aprobó. En 1914, al estallar la Primera Guerra Mundial se presentó voluntariamente al ejército alemán y peleó hasta 1918. Dolido por la derrota, acusó de traidores a los judíos y marxistas. Repugnó el Tratado de Versalles, por considerarlo muy humillante para Alemania. Desde 1920 dedicó su vida al Partido Nacional Socialista (Partido Nazi), dando origen a la segunda guerra mundial (Gomes, 2009)

<sup>22</sup>Benito Mussolini Maltoni nació en Forlì (Italia) el 29 de julio de 1883. En su juventud se inscribió en el Partido Socialista. Desarrolló actividades sindicales, periodísticas y docentes en varias ciudades del norte de Italia, siendo encarcelado en varias oportunidades. En octubre de 1922, organizó la "Marcha sobre Roma", junto a 40 mil milicianos fascistas llamados "camisas negras". Entonces el Rey Víctor Manuel III lo nombró Presidente del Consejo de Ministros. De inmediato se dedicó a organizar el Estado Fascista (nacionalista, militarista, anticomunista, antiliberal, con estricta censura y fuerte propaganda estatal). En mayo de 1939 se alió a Alemania firmando el "Pacto de Acero", por el cual Italia participó en la Segunda Guerra Mundial. (Gómez, Resumen de Historia, 2011)

periodo. Tal vez la que más llama la atención puesto que viene a ser durante la modernidad una clara concepción positiva del suicidio la cual según la categorización de Émile Durkheim como un suicidio altruista es el acto de los Kamikazes<sup>23</sup> japoneses (Tavárez, 2011).

Los kamikazes fueron pilotos creados bajo un rígido entrenamiento para realizar misiones suicidas. Estaban organizados en escuadrones, y eran hombres jóvenes que se entregaban al ejército de manera voluntaria única y exclusivamente a los que incluso se les realizaba una encuesta para que entendieran las condiciones que constaba de una única pregunta, desea o no ser parte de los ataques kamikaze; de esta manera los jóvenes convencidos de que el sacrificarse permitiría mejorar la situación de la guerra para su país. Se tiene registro de que la cantidad de jóvenes era impresionante se habla incluso de toda la promoción de quince escuelas de entrenamiento de jóvenes pilotos (Sasak, 1994).

En parte se piensa que la idea de esta práctica tiene un sentido religioso puesto que en el momento en que transcurría la guerra el Japón estaba bajo el mandato del emperador Showa quien era considerado como una figura religiosa, lo que fue aprovechado por los mandos militares para que les hicieran creer a los jóvenes que el sacrificar sus vidas por la patria y el emperador era el fin de su existencia en el mundo y para lo que habían nacido, es por esto que estos actos eran considerados como algo honorífico dentro de país, ya que estos jóvenes preferían morir a ser vencidos y capturados por el enemigo (Sasak, 1994).

Sin embargo, para los comandantes y superiores quienes a manera de control prohibían la comunicación entre los soldados y sus familias, así como que se comunicaran las noticias sobre las pérdidas y los fracasos de la guerra,

---

<sup>23</sup>El termino Kamikaze significa viento divino en japonés, y aunque fue utilizado por los estadounidenses para referirse a los pilotos que realizaba ataques durante la segunda guerra mundial sin embargo el origen real se dio en el siglo XIII cuando una flota procedente de Mongolia pretendía invadir el país y afortunadamente para el país que no estaba preparado para el ataque un tifón arrasó con los invasores por lo cual fue llamado kamikaze (Rommel E. , 2009)

la utilización de los Kamikazes eran una decisión provocada por el desespero provocado en el momento en que se veían superados y con una alta probabilidad de pérdida ante el enemigo. El comienzo de los ataques suicidas está documentado con el día en que se realizó el ataque a Pearl Harbor, y de ahí en adelante no es claro el número de suicidas fallecidos (Sasak, 1994).

Aunque llamados de manera diferente (Taran<sup>24</sup>) los militares del ejército ruso ante los ataques del ejército alemán también llevaban a cabo actos suicidas durante la primera guerra mundial; el primero de estos oficialmente documentado ocurrió el 22 de junio de 1941 cuando al inicio del ataque más intenso de la Blitzkrieg a las 4 25 cuando inicio el bombardeo a la Unión Soviética, el piloto ruso I.I. Ivanov moría cuando su aeronave golpeó intencionadamente con la hélice la cola de un bombardero. Razón por la cual de manera póstuma recibiría los honores dentro de su ejército. (Yama'a islamica de la -andalus, 2009).

Durante ese primer día de ataques fueron por lo menos nueve los pilotos que de manera desesperada optaron por estrellarse contra los aviones del enemigo pero su contribución no causo impacto alguno. La técnica del Taran se fue perfeccionando hasta el punto de llegar casi a 600 ataques entre 1941 y 1942, de los cuales se cree que el último fue efectuado por Piotr Kozachenko quien al ser impactado por el avión enemigo el 18 de marzo de 1945 lo último que dijo por la radio fue: "Me han dado, voy a efectuar un Taran" (Yama'a islamica de la -andalus, 2009).

Además de esta postura altruista durante esta guerra, se tomó el suicidio como un mecanismo para morir, más exactamente dentro de los campos de concentración nazis donde la dureza de la situación a la que eran sometidos los prisioneros tanto físicamente como psicológicamente en la que

---

<sup>24</sup>El origen del término Taran es dado por los soviéticos para referirse al acto deliberado de estrellarse contra el enemigo, este constaba de tres modalidades la primera consistía en atacar los controles del avión enemigo, hasta hacerlo perder el control, la segunda era volar bajo el ala del oponente para que por la fricción perdiera el control y la última consistía en impactar con el borde de ataque del ala contra los controles del avión enemigo causando daños severos a las mismas con el fin de que este se estrellara (Yama'a islamica de la -andalus, 2009).

factores como la despersonalización de los prisioneros, la separación de sus familias los trabajos forzados en los que eran tomados como esclavos y las penosas e inhumanas condiciones de vida, inducía en numerosas ocasiones a que muchos de ellos se quitaran la vida lanzándose contra las cercas electrificadas, intentaran meterse en zonas prohibidas o atacar a los guardias para ser acibillados a la distancia o fusilados al instante según la falta; esta práctica se llevaba a cabo de esta manera puesto que el suicidio era algo prohibido ya que se consideraba que el derecho de vida o muerte les pertenecía a los alemanes, y la persona que lo intentaba y sobrevivía era duramente castigado por sus captores (Espanyol, 2011).

Al finalizar la guerra otra de las prácticas de suicidio o el "leit motiv" se hizo común dentro de las filas del Tercer Reich, especialmente cuando se refería a los altos mandos de las filas del ejército; dentro de estos están los más grandes representantes del terror Nazi Adolf Hitler junto con su esposa Eva Braun, su lugarteniente Göring, Rudolf Hess, quien se consideraba el más sanguinario y terrorífico dentro de sus filas, Hess, el líder del partido Nazi, quien a pesar de tener 93 años decide quitársela la vida y Goebbels el cual se desempeñaba como director de la propaganda del Tercer Reich y quien era un admirador de Hitler y al ver la inminente pérdida de la guerra decide darle una pastilla de cianuro a cada uno de sus cinco hijos y luego suicidarse al lado de su esposa (2 GM block, 2010).

Incluso años después, Baldur von Schirach, quien se desempeñaba como líder de las juventudes Nazis y que desde 1966 era el último preso que quedaba dentro de la prisión de "Spandau" la mejor protegida del mundo y que fue durante años el lugar de muchos presos Nazis de la segunda guerra mundial, condenados en el juicio de Nuremberg, dirigida por las cuatro potencias vencedoras; en 1987 después de 50 años se cree que no puede soportar más la soledad de su encierro, habiéndose colgado en prisión, sin embargo esto es un misterio puesto que nadie entiende porque espero hasta sus 46 años para hacerlo, en cambio se maneja la hipótesis de que fue



asesinado ya que era imposible a nivel económico mantener toda una prisión y además 600 soldados rusos para una sola persona que además ya era anciana y que no saldría jamás pero esto nunca se pudo comprobar (2 GM block, 2010).

Mientras era claro que la modernidad se encontraba en crisis y la única postura evidente que existía respecto al fenómeno del suicidio era la planteada por la sociología de Durkheim en medio de las dos guerras se le deba inicio a algo llamado psicoanálisis, que a su vez marcará el comienzo de un estudio que a lo largo de su historia será primordial para el estudio del ser humano, sus conductas, sus emociones y sentimientos además de la relación de todo esto con su entorno, que a su vez está siempre inmersa en el dilema de si se puede o no considerar ciencia, la cual se conocerá como Psicología.

## **Psicología y Suicidio**

### **Psicoanálisis y suicidio.**

Es importante anotar que antes del trabajo del sociólogo Durkheim y de que se le diera un carácter social al fenómeno del suicidio, la Psicología desde sus inicios veía este acto más que como un fenómeno social como una problemática de tipo patológico, exclusivo del paciente; dentro de estos, inicialmente nace la corriente psicoanalítica, en la cual Freud<sup>25</sup> después de analizar diferentes casos, que llegan a su consultorio, plantea que el suicidio está relacionado con un estado depresivo del sujeto que desencadena un evento traumático del pasado, que se encuentra en el inconsciente. Así, el suicidio no será consecuencia cronológica de un acontecimiento sino más bien una consecuencia lógica en la que el acto desencadena un recuerdo o fantasía

---

<sup>25</sup>Sigmund Freud, nace el 6 de mayo de 1856 en una pequeña localidad de Moravia llamada Freiberg. Cuando tenía 4 o 5 años su familia se trasladó a Viena, donde viviría casi toda su vida. Freud era un niño brillante que ingresa a la escuela de medicina, en la que se concentró en sus investigaciones en neurofisiología, más tarde se interesó en la psiquiatría y en las investigaciones que estaban haciendo con neurosis en pacientes histéricos, con los que trabajaría en su consultorio el resto de su vida y que le servirá para crear su teoría. muere el 23 de septiembre de 1939 de un cáncer maxilofacial que lo aqueja veinte años atrás (Boeree, 1998)

que llevará al acto suicida. Por último Freud le otorga al suicidio un sentido psicopatológico, puesto que este acto puede generar daños a quien lo comete (Castro, 2010)

Otro psicoanalista que trata el tema del suicidio con claridad es Lacan<sup>26</sup> para el que el suicidio puede cobrar tres estatus: el primero se denomina *acting out*<sup>27</sup>, que se podría concebir como la tentativa de suicidio, el cual consiste en hacer un llamado a un tercero, advirtiéndole de la decisión, esta se puede dar a manera de carta o por amenaza verbal, en este momento según Lacan el sujeto se niega como ser, y aparece un sujeto inconsciente que planifica y organiza el suicidio dando lugar a múltiples fantasías; el segundo se denomina *pasaje al acto*, el cual se puede pensar como suicidio consumado en este, el sujeto realiza el acto sin rodeos con el carácter necesario y profundamente alienado con un sentido melancólico del ser, por lo tanto no se realiza ningún tipo de llamado a otra persona ya que al sujeto no le interesa ser autorizado por otro; sin embargo como no siempre todos *los acting out* tienen como desenlace la muerte del sujeto, así como pasajes al acto suicidas en que el sujeto no muere; El último estatus que Lacan da al suicidio se denomina acto en la que el sujeto rencontrara su presencia en la muerte de manera renovada (Castro, 2010).

Más adelante, a causa de todos los cambios sociales, económicos, políticos y culturales que había traído consigo el fin de la Segunda Guerra Mundial para una sociedad que relativamente tuvo que reformularse. Nace en

---

<sup>26</sup>Jacques Lacan: Nació en París el 13 de abril de 1901, al iniciar su carrera médica. las ideas de Freud estaban ganando cada vez más espacio dentro del pensamiento francés. Entre 1927 y 1931 realizó los estudios necesarios para la especialización en psiquiatría. En 1934 Asiste al congreso de la asociación internacional de psicoanálisis en Marienbad, donde presenta su trabajo sobre el estadio del espejo (1936), pero en 1963 fue expulsado, lo que hace que un año más tarde fundara la Escuela Freudiana de París. Su objetivo, según sus propias palabras, era la restauración de la verdad en el campo abierto por Freud. Falleció el 9 de septiembre de 1981 en París (Psicomundo , 1995)

<sup>27</sup> El acting out aparece cuando tenemos deseos prohibidos por el ego, pero que en algunos momentos se siente la necesidad de hacerlos, y esto hace que se produzca una presión entre lo que creemos correcto e incorrecto y finalmente el deseo vence (Psicología en línea , Sf)

los Estados Unidos lo que en Psicología será conocido como el humanismo<sup>28</sup> la cual es considerada después del psicoanálisis y el conductismo la tercer corriente más importante, que además se crea con la intención de hacer una crítica a lo que hasta el momento eran dos corrientes totalmente opuestas en la que para uno “el conductismo” el ser humano era reducible únicamente a variables calificables y para el otro el psicoanálisis se había centrado única y exclusivamente en aspectos negativos y patológicos del pasado de la persona (Trujillo, 2011).

### **Humanismo y suicidio.**

Dentro del humanismo el primer planteamiento que se encuentra al respecto del fenómeno del suicidio es el expuesto por Jung<sup>29</sup>, quien dentro de su movimiento humanista simbólico definió ciertas circunstancias para que la persona lleve a cabo algún acto suicida; inicialmente subraya que para que esto ocurra el yo se debe ver lo suficientemente afectado dentro de una situación anímica intensa en la que por lo general se halla visto afectado algún complejo que se encuentra dentro del inconsciente, en el que a su vez existe un deseo de asesinar a una persona, por lo que el suicidio vendría siendo una manera de lidiar con ese deseo (Barrionuevo, Brito, & Wolfenson, sf).

Jung expone que es posible que el yo al tener experiencias difíciles con el inconsciente profundo, estas al vincularse con un con un arquetipo como el Selbst, el cual consta de partes oscuras y luminosas; si el yo es demasiado

---

<sup>28</sup>Humanismo este nace en la década de los años 60 en los Estados Unidos de América y involucra planteamientos en ámbitos como la política y las artes dentro pe la Psicología le da importancia a los estados alterados de la conciencia como mecanismo para encontrar el potencial humano de igual manera pretende la consideración global de la persona acentuación en sus aspectos existenciales (la libertad, el conocimiento, la responsabilidad, la historicidad) (Trujillo, 2011)

<sup>29</sup>Carl Gustav Jung nació el 26 de junio de 1875 en Kesswil en Suiza hijo de un clérigo protestante. Inicialmente trabajo en una clínica psiquiátrica llamada Burghölzli donde y se acercó al psicoanálisis al graduarse de médico en 1902, desarrollo su trabajo sobre el Test de Asociación de palabras. En sus inicios es muy cercano a Freud pero en 1912 se separa de las ideas de la interpretación sexual de Freud y renuncia a la sociedad psicoanalítica, más adelante construye un enfoque llamado psicología analítica la cual es un conjunto de formulaciones teóricas prácticas que permiten la maduración de la personalidad, sin embarg se diferencia del psicoanálisis en la medida en que este tiene mayor aplicabilidad a los temas sociales y culturales (Boeree, Webspacer, S.f; ADEPAC, s.f)

débil e inmaduro y el arquetipo se desarrolle de manera oscura no se pueda integrar de nuevo, lo que ocasiona que la persona no logre soportar el impacto, y se desencadene un suicidio (Barrionuevo, Brito, & Wolfenson, sf).

Por su lado Perls<sup>30</sup> plantea que el suicidio es un mecanismo neurótico de retroflexión, es decir que la función esta originalmente dirigida desde el individuo que lo realiza así el mundo pero por una razón neurótica no integrada este cambia su dirección y decide en cambio que valla dirigido hacia el ejecutor; Perls plantea entonces que la retroflexión es un mecanismo de defensa peligroso, puesto que para una persona que no posee un yo integrado puede ocasionar la autoeliminación (Barrionuevo, Brito, & Wolfenson, sf).

Dentro del humanismo Lowen<sup>31</sup> hace un análisis social respecto a las conductas suicidas lo cual es novedoso ya que los anteriores consideraban que el fenómeno del suicidio era de carácter exclusivamente individual; en este análisis social Lowen considera que las características culturales y ambientales de la sociedad capitalista en el que el éxito se basa en las apariencias externas y factores como la rigidez, la falta de espontaneidad, la manipulación ambiental y la falta de contacto con las necesidades personales son vitales para desarrollar una conducta suicida (Barrionuevo, Brito, & Wolfenson, sf).

Por último Frankl<sup>32</sup> quien a pesar de ser humanista tiene una postura racionalista y existencialista de la vida, por lo cual considera que el suicidio es

---

<sup>30</sup>Salomón Perls, nació el 8 de julio de 1893 en Berlín Alemania es médico neuropsiquiatra y psicoanalista y fue el creador de la terapia gestáltica. Por su origen abandono y su vinculación a la liga antifascista y definieron su terapia como psicoanálisis revisado lo que ahora se llama Gestalt abren el instituto en New York pero dándole a la gesta un enfoque humanista (Biografías de, 2011)

<sup>31</sup>Alexander Lowen. Nació en New York en 23 de diciembre de 1910 fue discípulo de Reich quien a su vez fue discípulo directo de Freud. Sin embargo Lowen evoluciona los conceptos de su profesor, proponiendo que el cuerpo y la mente son igualmente funcionales y por ende imposibles de disociar. Teniendo en cuenta lo anterior su principal trabajo se basa en La psicoterapia corporal la cual consiste en liberar el cuerpo de los conflictos por medio de mecanismos energéticos, En 1956 con sus primeros colaboradores fundó el International Institute for Bioenergetic Analysis, con el objetivo de garantizar la formación de Psicoterapeutas Analistas Bioenergéticos. falleció el 28 de octubre de 2008 (El Arco Interno, 2009)

<sup>32</sup>Víctor Emil Frankl nació en Viena el 26 de marzo de 1905. Desde que era un estudiante universitario se encamino en Organizaciones juveniles socialistas, Frankl empezó a interesarse en la Psicología desde una

un acto irracional en el que el ser humano lo único que pretende es escapar de los problemas sin dar oportunidad para revertir la situación, puesto que una vez consumado el suicidio es imposible saber si la situación pudo haber sido diferente. (Frankl, 2002)

En palabras del autor:

Bastaría con que uno solo entre los muchos que intentan suicidarse convencidos de que se encuentran en una situación sin salida no tuviera, a la postre, razón: con que sólo uno de estos desdichados, al salvar su vida, encontrase más tarde la salida en que no creía antes, para condenar como ilegítima toda tentativa de suicidio (Frankl, 2002, p. 95).

Intrínsecamente en el movimiento humanista destaca por su postura pro suicidio es el psiquiatra Thomas Szasz<sup>33</sup>, quien a pesar de tener una escuela enfocada hacia la psiquiatría realiza una dura crítica a las entidades médicas en especial a las de Estados Unidos por haber declarado de manera dictatorial que todas aquellas personas que han pensado en quitarse la vida sean determinados como personas con una enfermedad mental, de esta manera plantea que se debe quitar el prejuicio que se tiene frente al suicidio y dejar de verlo como acto propio de la locura, para verlo más como algo humano que va orientado hacia el futuro con el fin de evitar sufrimientos venideros. De esta manera si una persona considera que no sabe que hacer con su vida podría tomar dos posiciones, o bien conservarla para su uso futuro o bien deshacerse de esta por medio del suicidio (Szasz, 2002).

---

mirada humanista por su manera de entender el mundo. Inicialmente fue asignado a una sala dedicada al tratamiento de mujeres con intentos de suicidio. adoptó el cargo de Jefe del Departamento de Neurología del Hospital Rothschild, el único hospital judío durante la segunda guerra., desde ahí se desempeñó como profesor en los estados unidos hasta el 1997 cuando falleció de una falla cardiaca (Boeree, Psicología-online, 1998)

<sup>33</sup>Thomas Szasz es Médico psiquiatra húngaro que emigro a los 8 años de edad a los Estados Unidos dentro de su teoría su principal postura está basada en que cada persona tiene jurisdicción sobre su propio cuerpo, es por esto que él plantea que el estado no debe decirnos qué hacer con él, ni siquiera en cuanto a los medicamentos que le suministramos, ya que esta es una decisión privada entre el médico y el paciente. Es un fuerte crítico de los fundamentos morales y científicos de la psiquiatría dándole un alto valor a la decisión personal por lo que se considera humanista ( Copyright, 2006)

En síntesis, el enfoque humanista presenta postulados importantes como el planteado por Jung sobre la tematica del suicidio, en la que se explica que este puede ser la respuesta de un deceso inconciente de matar, lo cual puede ser parecido a lo expuesto por el psicoanálisis; sin embargo, la diferencia importante entre los dos enfoques es posible entenderla con la ayuda de la psicología analítica la cual contrario a la psicología individual de Freud, permite entender los fenómenos sociales y culturales de una forma más precisa (ADEPAC, s.f).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que el humanismo en manos de Lowen y Szasz se abandona un poco la idea que tenía el enfoque psicoanalista en el que nos expone la idea de que el fenómeno del suicidio es una enfermedad mental de carácter individual, puesto que por un lado nos dicen que existen características dentro de la sociedad que pueden fomentar la posibilidad del suicidio y además por primera vez dentro de la Psicología se toca la posibilidad que el suicidio sea un acto propio del ser humano en el que este intente suicidarse para evitar sufrimientos y es decisión únicamente de la persona.

Por último, el humanismo nos permite hacer un puente entre el enfoque psicoanalítico y el enfoque sistémico con la ayuda de la Gestalt puesto que esta nos permite ver a la persona, no como un individuo único sino como un ser que está inserto dentro de un contexto al cual se le llama sistema que además está en interacción y por lo mismo es dinámico, en este sentido el individuo pierde importancia y el foco se centra en la interacción las relaciones y el contexto en sí, en este orden de ideas la diferencia entre lo sistémico y lo gestáltico está planteado en el uso del término ya que mientras para la Gestalt el individuo se mueve e interactúa en campos (Moliní, 2005). Al respecto Perls, principal exponente de la terapia Gestáltica y quien anteriormente exponía su postura frente al suicidio, explica la interacción del ser Humano dentro de los campos de la siguiente manera:

Ningún individuo es autosuficiente; el individuo puede existir únicamente en un campo ambiental. El individuo es, inevitablemente en todo momento, parte de algún campo. Su comportamiento es función del campo total que lo incluye tanto a él como a su ambiente (Perls, 1999, p. 29).

Para el ser humano la familia es un actor psicosocial que desarrolla una función privilegiada puesto que ejerce una función continua en la formación directa y duradera de la personalidad de sus individuos y que a su vez es un agente modulador de la relación con el medio de esta manera propiciara una mayor o menor vulnerabilidad al momento de aprender conductas positivas o negativas dentro de este sistema primario (Guibert Reyes & Torres Miranda, 2001).

### **El enfoque sistémico y el suicidio.**

De esa manera, queda claro que el objetivo primordial del enfoque gestáltico sistémico es el ser humano y sus pautas de interacción con todos sus sistemas, principalmente la familia y la sociedad. Por lo mismo, la problemática del suicidio, por ser un fenómeno humano, que dentro de esta monografía será analizado desde un enfoque social, resulta más efectivo epistemológicamente hablando, optar por esta escuela psicológica para poderlo explicar. En este orden de ideas como principio inicial es necesario que el individuo, la familia y la sociedad son sistemas que interactúan y se relacionan de tal manera que son importantes antes, durante y después del acto suicida (Gonzales & Farrill, 2003)

De esta forma, el punto de vista inicial para analizar es la función de la familia ya que es el primer sistema en el que se involucra el ser humano formando vínculos con los demás integrantes de dicho núcleo; junto con estos vínculos se generan los primeros conflictos interpersonales creando diferentes dinámicas entre todos sus miembros. Para el enfoque sistémico es importante entender cómo se generan estas dinámicas familiares debido a que son las que se transmiten, de generación en generación por medio del aprendizaje; lo que generara conductas de riesgo, que pueden desembocar en conductas suicidas

para cualquiera de sus miembros. Unos ejemplos de estas conductas de riesgo, pueden ser: desorganización en el entendimiento de las normas, falta de comunicación que genere hostilidad y resentimiento entre los integrantes, riñas y disputas permanentes que generen agresión física o psicológica y sensaciones de abandono rechazo o desesperanza por parte de uno o más de los integrantes de la familia, lo que en cierta medida generara familias disfuncionales (Guibert Reyes & Torres Miranda, 2001).

Además de las familias disfuncionales, también es importante para el enfoque sistémico entender la falta de cohesión familiar, porque es probable que las personas que son excesivamente independientes de los demás miembros de su familia, tengan lazos muy abiertos o rígidos que sean uniones débiles que no signifiquen una verdadera red de apoyo sino que sean utilizados como mecanismo de escape, que pueden generar dificultades en la formación de estos vínculos, y por lo tanto dificultades emocionales. De igual forma las dinámicas de una familia excesivamente unida la cual se caracteriza por el involucramiento y dependencia entre los miembros del sistema en las que se crean relaciones parento-filiales<sup>34</sup>. Estudiar estos dos perfiles familiares es un objetivo claro de la terapia sistémica puesto que generan una alta incidencia en las conductas suicidas de las personas (Zarate Lezama, 2003).

Desde el punto de vista terapéutico para el enfoque sistémico la persona que hace un intento suicida es una persona que ha estado sufriendo durante largo tiempo, puesto que a pasado periodos en los que no ha podido encontrar la manera de resolver sus problemas lo que lo hace sentirse en un lugar oscuro y sin salida. Considerando además que el suicidio pasa por un serie de etapas que pueden transcurrir en diferentes periodos de tiempo antes de cometer el acto en si (Eguiluz Romo, 2011).

---

<sup>34</sup> El termino parento filiales, específicamente dentro de las relaciones es aquella que necesita partir de una interacción vertical y estructurada como por ejemplo padres arriba hijos abajo, por lo que las normas y reglas deben estar bien definidas, así como los roles que representa cada uno evitando ponerse al mismo nivel, con estilos educativos permisivo y laxo, que construye a crear personalidades arrogantes, inseguras, desafiantes e irresponsables dentro del sistema familiar (Sheen, 2010).



Según Barrero (1999) estas son: 1) la amenaza o deseo de morir, que se puede manifestar como "la vida no vale la pena vivirla", "yo lo que debería hacer es morirme" 2) el gesto o la representación suicida que se hace evidente con frases como "he imaginado que me lanzo al vacío". 3) la idea de auto destrucción sin planeamiento de la acción que se manifiesta como "sé que me voy a matar pero no sé cómo" 4) La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico aún "Me voy a matar de cualquier forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome". 5). La idea suicida con una adecuada planificación "He pensado ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma". 6). El acto suicida como tal.

Existe la posibilidad que algunas personas hagan varios intentos suicidas, que puedan tener la intención de conmocionar el sistema familiar para que los comportamientos disfuncionales cambien, pero, como casi siempre sucede esto no tiene ningún efecto por lo que en última instancia en una circunstancia de crisis, se termina consumando el acto (Eguiluz Romo, 2011).

Al respecto O'Hanlon (2005) plantea que para el enfoque sistémico dichas crisis son acontecimientos que quebrantan afectan y paralizan la vida, hasta el punto que perdemos el sentido y la capacidad de seguir adelante. Por otro para este autor existen dos tipos de crisis: Las crisis causales exteriores que son aquellas de las que no somos responsables y las crisis internas que son las que la persona misma se ocasiona, algunas otras tienen referentes claros dentro de los sistemas en los que se desenvuelve la persona. Algunos ejemplos pueden ser: problemas en el ámbito académico, por maltratos académicos por parte de compañeros y profesores; deterioro radical en las relaciones de pareja, a causa de la infidelidad, pérdida del amor, violencia intrafamiliar o muerte del ser querido; quebrantamiento de las facilidades económicas en el círculo familiar, deterioro de las condiciones laborales dentro de la actividad que la persona realice; por último las situaciones de salud dentro

de las que se incluyen enfermedades graves o terminales que incapaciten la vida cotidiana de las personas.

Estas crisis son parte de la vida cotidiana de todo ser humano y su función esta en ayudar a tomar consciencia de cómo la estamos llevando dándonos la oportunidad de generar un cambio. Sin embargo las dificultades aparecen cuando no se interpreta de esta forma no se encuentra la manera de cambiar, se pierde el interés de seguir luchando y se entra en un estado desesperanzador donde se piensa que pase lo que pase nada va a cambiar la situación. En este momento otro de los problemas evidentes según el enfoque sistémico es que la persona intenta buscar soporte y ayuda en algún miembro de su sistema y este lo reprime por decir lo que dice y pensar lo que piensa, por lo cual prefiere no hablar del tema lo que no significa que abandone dichos sentimientos (O'Hanlon, 2005).

En estos momentos se pueden manifestar otro tipo de comportamientos como cambios de carácter, aislamiento, cambios en los patrones de sueño y vigilia, consumo de sustancias como alcohol o fármacos, ausencia y falta de interés en las actividades que antes realizaba, regalar sus objetos más queridos y apreciados y escribir dibujar y realizar actividades que constantemente tengan que ver con la muerte (Eguiluz Romo, 2011)

Todo lo anterior nos da una mirada clínica del fenómeno del suicidio desde el punto de vista individual y familiar, para el enfoque sistémico. Sin embargo el enfoque sistémico nos presenta otra perspectiva desde la TGS (Teoría General de los Sistemas) de Von Bertalanffy que resulta mas eficaces al momento de entender el fenómeno del suicidio desde un enfoque social critico, con el fin de poder conectar este enfoque psicológico a el objetivo general de este estudio.

En la actualidad hay una multiplicidad de paradigmas<sup>35</sup> desde los cuales se comprende y se dan propuestas de abordaje sobre los distintos procesos sociales que se configuran a partir de realidades particulares, en situaciones y contextos únicos; uno de estos paradigmas emerge desde la propuesta desarrollada por Bertalanffy, la TGS la cual se configuro como una nueva ciencia que proponía el abordaje desde distintas disciplinas y campos de una visión sistematizada que tuviera en cuenta las interacciones de los múltiples elementos y de la configuración de estos mismos para un abordaje totalitario de los fenómenos de la actividad científica y de la dimensión social del hombre (Bertalanffy, 1976).

La TGS se fundamenta en tanto, a raíz de la multiplicidad de elementos que se formulan dentro de los sistemas, cientos de interacciones complejizan el dimensionamiento de fenómenos particulares que requerirán por ende medios y visiones integrales que permitan el abordaje contextualizado que faciliten el desarrollo y adecuado manejo que estos sistemas requieran. Es de esta forma que la TGS se involucra en la comprensión sistémica de diversos fenómenos, dentro de los cuales se abordan a su vez los sistemas derivados de construcciones subjetivas y ligadas a dinámicas Gestálticas y a los factores culturales y lingüísticos que determinan en gran medida lo que se ve y se percibe; de esta forma, la epistemología sistémica comprende una transformación sobre la “perspectiva” desde la cual se entienden los fenómenos, atribuyéndoles así el carácter complejo que caracteriza su composición y deja de lado lógicas simplistas determinadas por un “conocedor” y un “conocido” que determinen un fin y un orden único para las diversas realidades que pueden ser abordadas y comprendidas desde distintas lógicas, campos y disciplinas (Bertalanffy, 1976).

Ligado al paradigma de la TGS, Morín habla desde el Paradigma de la Complejidad de la importancia de comprender los fenómenos, y de los distintos

---

<sup>35</sup> El paradigma “está constituido por un cierto tipo de relación lógica extremadamente fuerte entre nociones maestras, nociones clave, principios clave. Esa relación y esos principios van a gobernar todos los discursos que obedecen, inconscientemente, a su gobierno.”(Morin, 2003 p. 89)

factores y elementos que se complementan y configuran desde su origen y estado; a su vez hace alusión a que para poder adoptar una visión desde un pensamiento complejo ha de entenderse como se configura lo que el denomina el paradigma de la simplicidad, el cual tiene como objetivo poner en orden al universo:

Y persigue al desorden. El orden se reduce a una ley, a un principio. La simplicidad ve a lo uno y ve a lo múltiple, pero no puede ver que lo Uno puede, al mismo tiempo, ser Múltiple. El principio de simplicidad o bien separa lo que está ligado (disyunción), o bien unifica lo que es diverso (reducción) (Morin, 2003 p. 89).

La complejidad por su parte expone:

Que aquello que es complejo recupera por una parte, al mundo empírico, la incertidumbre, la incapacidad de lograr una certeza, de formular una ley, de concebir un orden absoluto. Y recupera, por otra parte, algo relacionado con la lógica, es decir, con la incapacidad de evitar contradicciones (Morin, 2003 p. 99).

Desde la perspectiva de la complejidad no es caer en el error al enfrentarse a contradicciones, ya que dentro de la “visión compleja, cuando se llega por vías empírico-rationales a contradicciones, ello no significa un error sino el hallazgo de una capa profunda de la realidad que, justamente porque es profunda, no puede ser traducida a nuestra lógica.” (Morin, 2003 p. 100).

Siendo así, la complejidad es un complemento esencial para toda ciencia, en especial para la Psicología ya que una visión unidimensional, especializada y parcial es pobre, debido a que para poder entender los distintos elementos subjetivos derivados asociados al ser humano y a su vida en comunidad requieren de una visión y abordaje multidimensional y multiparadigmático, que sea acorde a las distintas realidades.

De esta forma, la complejidad apoya que se use la racionalidad y no la racionalización, ya que con la racionalidad no se pretende en ningún momento

la idea de enmarcar la totalidad de lo real dentro de un sistema lógico, pero posee una voluntariedad de mediar con aquello que lo resiste (Morin, 2003). Más por otro lado, “la racionalización lo que pretende es encerrar la realidad dentro de un sistema coherente. Y todo aquello que contradice, en la realidad, a ese sistema coherente, es descartado, olvidado, puesto al margen, visto como ilusión o apariencia.” (Morin, 2003 p.102).

Ahora para poder pensar desde la complejidad, esta posee tres elementos que permiten ayudarnos a entender el mundo desde esta visión. El primero de ellos es el principio dialógico que nos da la idea de asociar dos términos a la vez complementarios y antagonistas; como por ejemplo retomando como ejemplo el orden y el desorden: en el cual el uno suprime al otro, pero al mismo tiempo, en ciertos casos, colaboran y producen la organización y la complejidad (Morin, 2003).

El segundo principio habla acerca de la recursividad, en el cual los productos y los efectos son, al mismo tiempo, causas y productores de aquello que los produce, con este segundo principio se destruye la idea lineal de causa/efecto, ya que de acuerdo a lo planteado “todo lo que es producido reentra sobre aquello que lo ha producido, en un ciclo en sí mismo auto-constitutivo, auto-organizador, y auto-productor.” (Morin, 2003 p .107).

Por último, el tercer principio, es el hologramático, en el cual la idea es que solo una pequeña parte de una unidad nos dé a entender la unidad en sí, o de forma viceversa entender una parte a partir de la unidad a la cual pertenece. Un ejemplo bastante claro para entender este principio es el de las células que constituyen los cuerpos, las cuales nos pueden dar toda la información acerca de un individuo. “La idea, entonces, del holograma, trasciende al reduccionismo que no ve más que las partes, y al holismo que no ve más que el todo.” (Morin, 2003)

De manera concreta el enfoque sistémico nace a partir de un puente creado por la Gestalt y el enfoque humanista este permite ver al ser humano como parte de un sistema que está en constante interacción de manera

dinámica con otros sistemas, especialmente la sociedad y la familia, puesto que este es el primer sistema con el que la persona se involucra y en la medida en que estas relaciones se construyan de manera inadecuada, existe la posibilidad de que se generen diferentes factores de riesgo que desencadenen una conducta suicida en el sujeto. De manera simultánea la TGS planteada por Bertalanffy le brinda a la Psicología sistémica al igual que a muchas otras disciplinas una perspectiva social crítica de los diferentes fenómenos y paradigmas dentro de los cuales está inmerso el suicidio por su alto contenido social en el que intervienen factores culturales y lingüísticos subjetivos. Complementándose con esta la teoría de la complejidad sustentada por Morin nos permite por un lado entender el suicidio desde una mirada multidimensional entendiendo cada uno de los factores que lo conforma desde su origen hasta estado actual.

Utilizando como herramientas las diferentes escuelas psicológicas, la Psicología a lo largo de su historia se ha dado a la tarea de abrir diferentes campos de acción, de los cuales existen dos que con mayor ímpetu se han encargado de tratar la temática del suicidio, por un lado la Psicología clínica, la cual se encarga básicamente del tratamiento personalizado de aquella persona que ha intentado quitarse la vida y sus familias pero más centrada en los diagnósticos y tratamientos de manera individual. Sin embargo por la naturaleza del objetivo de esta investigación y habiendo visto anteriormente que el fenómeno del suicidio es necesario tratarlo bajo un enfoque integral sistémico en donde no solo el sector clínico de su aporte. Es entonces cuando cobra mayor importancia el rol de la Psicología de la Salud debido a que sus funciones están dirigidas principalmente a nivel colectivo es decir para la comunidad en general (Reyes, 2002a).

En esta medida la Psicología de la salud brinda las herramientas necesarias para la promoción de un adecuado manejo de la salud, la prevención del suicidio, la creación de planes para el diagnóstico temprano de conductas suicidas y de las estrategias de rehabilitación para personas con

antecedentes de suicidio y sus familia, todo esto de manera individual y colectiva. En este orden de ideas en cuanto a la promoción, es labor de la Psicología de la salud junto con un equipo interdisciplinario trabajar, crear y mantener un ambiente psico-social adecuado que le permita al individuo en interacción con las diferentes esferas de su vida la posibilidad de orientar y trazarse metas en pro de un adecuado bienestar psicológico (Reyes, 2002a).

Por otra parte, desde la labor administrativa de las instituciones el psicólogo de la salud está en condiciones de efectuar acciones que ayuden a desmitificar la enfermedad y sus causas, permitiendo que la información sobre la enfermedad, tipos de servicios que se ofrecen, los horarios de atención y demás información pertinente llegue a todo tipo de personas y comunidades. Por último sería importante que en el momento en que las entidades gubernamentales quisieran generar algún tipo de plan, campaña o política dentro del Estado tuviera en cuenta los aportes que la Psicología de la salud puede dar al respecto del suicidio y muchos otros temas concernientes a la Salud Pública (Reyes, 2002a).

### **El suicidio en la actualidad colombiana**

Teniendo de referencia lo anterior encontramos entonces que el suicidio es un fenómeno multi-causal que tiene que ver con diferentes dificultades a nivel personal y social puesto que está determinado por la relación que fluye entre la persona, los sistemas en los que se desenvuelve y las relaciones que conforma con los demás integrantes de estos sistemas. En la actualidad este fenómeno pasó de ser algo que ocurría en casos específicos y con razones claras, hasta el punto que se podía tener un conteo exacto de los acontecimientos que transcurrían al respecto. Sin embargo, en la actualidad pasó a convertirse en un fenómeno que ocurre de manera constante tanto en Colombia como en el resto del mundo (Cárdenas, Vanegas, Fierro, Córdoba, & Olarte, 2007).

Es por esto que la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>36</sup> en su encuentro en Ginebra el 8 de septiembre del 2004, llegó a la conclusión de considerar el suicidio como un problema de Salud Pública puesto que representa casi la mitad de las muertes violentas en el mundo, ocasionando casi un millón de víctimas al año, además estiman que es un problema que va en aumento hasta el punto que en el 2020 se espera que sean uno punto cinco millones. Por otro lado, para la OMS el suicidio representa una pérdida emocional, social y económica, en lo que se considera que se ocasionan más muertes por suicidios que por la suma de homicidio en las guerras. Por otro lado plantea que la tasa de suicidios ha aumentado desde 1950 hasta el año 2000 en casi un 40% (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Las tasas de suicidio varían en cada país y en cada década, en la actualidad se tiene registro de que cada año se suicidan en el mundo más de un millón de personas que corresponde al 1.8% de fallecidos en el planeta. Al respecto, en diferentes partes del mundo se registran las siguientes cifras. En Lituania, Belarús y Rusia que son países que pertenecen a Europa y que tiene las mayores tasas de suicidios con cifras superiores a 60 por cada 100 000 habitantes en cuanto al sexo masculino y a 10 por cada 100 000 habitantes de sexo femenino, por otro lado en el continente asiático Kazajstán y Sri Lanka encabezan el listado con una referencia de 44,0 por cada 100 000 habitantes de sexo masculino y a 8,9 por 100 000 habitantes de sexo femenino, llama una especial atención que los países que muestran la menores casos de suicidio son los países de la religión musulmana. En América latina el Caribe las mayores tasas en nuestra la tienen Guyana con un total de 42,5 por 100 000 habitantes de sexo masculino y 12,1 por 100 000 habitantes de sexo femenino, seguida por Uruguay, Cuba, Canadá, Estados Unidos, Chile y Surinam, con tasas que varían entre 17,8 y 24,5 por 100 000 habitantes de

---

<sup>36</sup> La OMS u Organización Mundial de la Salud, es un organismo adscrito a las Naciones Unidas (ONU) que se encarga de regular las políticas sanitarias a nivel mundial fue creada por la iniciativa del consejo económico y social de la ONU y tuvo su primera asamblea en 1948. Es regida por la Asamblea Mundial de la Salud, formada por la representación de los 193 estados miembros de la organización que se reúne cada año (Organización Mundial de la Salud, 2004)



sexo masculino y entre 3,1 y 6,6 por 100 000 habitantes de sexo femenino (Cárdenas, Vanegas, Fierro, Córdoba, & Olarte, 2007).

Por su parte, en Colombia según el informe de rendición pública de cuentas elaborado entre el 2009 y el 2010, el suicidio se encuentra dentro de las causas de muerte más frecuentes a nivel externo, es decir, los que no son ocasionados por motivos de salud, dentro de esta categoría se encuentran los homicidios, los accidentes de tránsito y otro tipo de accidentes que resultan siendo factores fundamentales para poner en riesgo la vida de las personas. Según la secretaria Distrital de salud (SDS)<sup>37</sup> el suicidio en Colombia no puede seguir siendo considerado como un problema de salud mental, lo que trae como consecuencia dejarlo de ver como un problema exclusivamente individual, en el que se desconozcan por completo los determinantes sociales de los diferentes sistemas en los que se relacionan las personas (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2009-2010).

Al respecto es necesario analizar a profundidad los datos significativos que genera el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses<sup>38</sup> en las que se analizan características compartidas en cuanto al suicidio se refiere, desde el año 1986 hasta el 2010 (ver Anexo 1):

De entrada da en si una primera característica que llama la atención como lo es la diferencia sustancial en cuanto al género ya que a lo largo de los últimos 13 años hay un mayor número de suicidios por parte de hombres que mujeres, llegando a ser una proporción de que por cada cuatro hombres que se suicidan, una mujer realiza el acto; por esta misma línea de las diferencias del género se encontró que entre hombres y mujeres hay discrepancias en cuanto a la selección del método/mecanismo que planean usar para llevar a cabo el

---

<sup>37</sup> La Secretaria Distrital de salud fue creada por la alcaldía mayor de Bogotá según el decreto 503 del 2007 y es la encargada de recaudar los recursos provenientes de fuentes públicas y privadas destinados al sector de la salud, de lo cual está estipulado que debe administrar y levantar acta de todos los procesos anualmente al fondo financiero Distrital de salud (Garzon, 2007)

<sup>38</sup> El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses es una organización pública técnico científica, que presta servicios forenses a la comunidad y a las entidades de justicia sustentados bajo la investigación y los métodos científicos (Moreno., S.f.)

suicidio, revelando de esta forma que los hombres en los primeros años prefieran hacer uso del arma de fuego puesto que era más fácil acceder a este medio, pero en la actualidad las cifras revelan que la asfixia mecánica o ahorcamiento es el método predilecto para el género masculino, seguido de otros como lo son el lanzamiento y por último la intoxicación. Por su parte las mujeres prefieren el envenenamiento y la intoxicación, como el método más usado a lo largo de los años. Sumado a la forma de proceder en algunos casos se encontró un factor de suma importancia, como lo es el del uso de sustancias como el alcohol, la marihuana y la cocaína, como una forma de ayuda para llevar a cabo el acto. (Medicina Legal, 1999; González Ortiz, 2000; González Ortiz, 2001; Hernández, 2002; Alejo, González Ortiz, & Hernández, 2003; Bohórquez Vera, y otros, 2004; Castaño Henao, 2005; Rodríguez Gama, 2006; González Ortiz, 2007; Valenzuela Cortés, 2008; Valenzuela Cortés, 2009); Tello Pedraza, 2010).

Es importante hacer mención que a lo largo de los últimos trece años de los que se tiene conocimiento, un factor constantemente encontrado dentro de la población suicida es que su estado civil es soltero, o el componente de soledad (por separación, divorcio o viudez) es una de las características socialmente compartidas en un porcentaje significativo de la población suicida. Relacionado con esta situación es importante mencionar que una de las principales razones para llevar a cabo el suicidio está vinculada a los conflictos con la pareja o en otros casos a problemas económicos. En cuanto a características poblacionales (con base a la información con la que se contaba) se hallaron datos significativos como que un gran porcentaje de la población suicida solo alcanzo la educación básica primaria y otro gran porcentaje era población campesina. Otro de los grandes grupos que se lograba identificar dentro de la población suicida era el gremio estudiantil, elemento que pudiera estar asociado a que el rango de edad en el cual se presentan la mayor parte de los suicidios se encuentra entre los 18 y 24 años de edad. (Medicina Legal, 1999; González Ortiz, 2000; González Ortiz, 2001; Hernández, 2002; Alejo, González Ortiz, & Hernández, 2003; Bohórquez Vera, y otros, 2004; Castaño

Henao, 2005; Rodríguez Gama, 2006; González Ortiz, 2007; Valenzuela Cortés, 2008; Valenzuela Cortés, 2009; Tello Pedraza, 2010).

Por último, a nivel general se encontró que a lo largo del año los meses de Enero, Marzo, Mayo, Julio y Diciembre, eran los meses en los cuales se registraban un mayor número de suicidios, hecho que pudiera estar asociado a que en algunos de estos hay festividades y por tanto tiempo libre o de descanso, momentos en los cuales la población masculina prefiere realizar el acto del suicidio. En este sentido, también se hayo una constante a lo largo de los años y es que los días en los cuales se prefería realizar el suicidio eran los domingos o lunes, mostrando en adelante un decremento significativo en el número de casos a lo largo de la semana. Finalmente ha de destacarse que los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca, y la ciudad de Bogotá se han mostrado a lo largo de los años como los lugares en los cuales se ha concentrado un mayor número de casos. (Medicina Legal, 1999; González Ortiz, 2000; González Ortiz, 2001; Hernández, 2002; Alejo, González Ortiz, & Hernández, 2003; Bohórquez Vera, y otros, 2004; Castaño Henao, 2005; Rodríguez Gama, 2006; González Ortiz, 2007; Valenzuela Cortés, 2008; Valenzuela Cortés, 2009; Tello Pedraza, 2010).

### **Políticas Públicas sobre la problemática del suicidio en Colombia**

Teniendo en cuenta el análisis anterior en el que se hace evidente que en Colombia el suicidio y otros fenómenos están generando coyunturas importantes dentro de las diferentes esferas de la comunidad; principalmente a nivel de Salud Pública, social, político, económico y educativo; se hace necesario por parte del estado generar Políticas Públicas que permitan entender y contrarrestar el impacto de dichos fenómenos en la comunidad. Sin embargo, para poder realizar un análisis a profundidad sobre las Políticas Públicas y su caracterización en las diferentes entidades del estado en materia de prevención y atención del suicidio, es necesario entender el concepto y su historia dentro de un contexto latino americano y colombiano, como se hizo alusión anteriormente (Roth Deubel, 2009).

El análisis de las Políticas Públicas surgió como propuesta de Harold Laswel en la época de la pos guerra en Estados Unidos, como un movimiento académico que cobro fuerza en los años 60; el objetivo de esto era hacer del análisis una especie de mercancía, que permitiera a la actividad académica resolver problemas sociales. El razonamiento en que si, el diseño de acciones y el análisis de estrategias había funcionado en las actividades bélicas de la guerra, ¿Por qué entonces no aplicar dichas estrategias en la solución de los problemas públicos y de la sociedad civil? (Pineda Pablos, 2007).

Muchas veces se asocia el concepto de políticas públicas únicamente con el eco de que son generadas por los gobiernos sin embargo es importante entender que estos no son los únicos actores que se ven envueltos en el ciclo de generar dichas políticas. Para entender de manera adecuada que son las Políticas Públicas, es necesario analizar el concepto por separado, comenzando por el concepto de políticas: Las políticas son una acción colectiva, como resultado de una decisión tomada a causa de unos ecos reales que ocurren dentro de la sociedad; estas pueden ser de carácter nacional o internacional, y por lo general son creadas por un actor en particular o un conjunto de actores que tratan de resolver un problema de “interés común”. Por otro lado lo público hace referencia a las acciones, decisiones u omisiones generadas por actores involucrados en asuntos que tienen que ver de manera directa o indirecta con toda la comunidad (Aguilar Astorga & Lima Facio, 2009).

Existen varias definiciones sobre lo que significa entonces las políticas públicas, por lo cual conceptualizando todas da como resultado lo siguiente: Son acciones, decisiones u omisiones que obedecen a un fenómeno complejo de carácter social, que afecte a la comunidad en general; en este caso específico el suicidio. Creadas y definidas por actores públicos, los cuales usualmente son miembros de un gobierno, en un espacio y tiempo determinado, cuyo objetivo es el generar mecanismos de acción y comunicación para disminuir o erradicar dicha problemática (Aguilar Astorga & Lima Facio, 2009).

De acuerdo a Aguilar Astorga & Lima Facio (2009) generalmente es un proceso que requiere de un método y tiene unas fases que las determina el ente gubernamental que las crea, según la lógica del fenómeno que pretenda solucionar. El modelo más utilizado es el propuesto por Bardach (2004) el cual propone ocho pasos para el análisis de las políticas públicas:

1. Definir el problema público a solucionar; este es el más importante de todos, puesto que si no se define de manera correcta puede ocasionar que se gasten esfuerzos en solucionar dificultades adyacentes al problema real
2. La obtención de información, la cual consiste en evaluar la naturaleza y la extensión de los problemas, lo que se ha hecho hasta ahora y la posibilidad de hacer algo nuevo
3. Construcción de alternativas, son aquellos escenarios a seguir mediante los cuales se diseñara la política que pretende solucionar el fenómeno;
4. Selección de criterios, en este se cometen varios errores puesto que solo se tiene en cuenta el criterio costo-beneficio en el que usualmente se espera que a menor costo mayores resultados, pero no se comprende que para los problemas sociales es necesario entender conceptos como la bondad la equidad y la justicia lo cual hace que el criterio costo-beneficio sea insuficiente;
5. Proyección de los resultados, para esto es necesario tener en cuenta las contrariedades y los resultados de las demás políticas análogas que se han creado a través de la historia para solucionar esta dificultad;
6. Confrontación de costos, dentro de esto se deberá tener en cuenta que por ser un fenómeno social es necesario determinar la cobertura en criterio de cantidad de personas;
7. Decida, este se denomina de esta manera porque es en el que es necesario determinar a qué se le va a dar mayor importancia si a lo social o a lo económico dependiendo del carácter de la problemática;
8. Cuento una historia, este punto es importante en el proceso puesto que según como se cuente la historia se sabrá si la política propuesta es aceptada o no, es decir si los objetivos y las metas, si son acordes a las necesidades de la población y si los resultados son los esperados (Bardach, 2004).

Las políticas públicas se pueden implementar de diversas maneras; por un lado está la manera tradicional tecnocrática, en la que el gobierno genera políticas completamente excluyentes, como es el caso de los actos administrativos en el que la comunidad por la que se generan estas supuestas políticas son entendidos como centros de análisis legitimados, por lo que su punto de vista no es tenido en cuenta al momento de generar esas políticas. Este método en el que la comunidad exige y el estado responde, no es eficiente en la medida en que es incapaz de descifrar los problemas en contexto, puesto que la comunidad es la que le da vida a la problemática. Otro mecanismo de formulación de políticas públicas es aquel en el que forman parte la comunidad, el gobierno y los grupos de interés, como es el caso de las ONG, gremios, sindicatos, partidos políticos y otros gremios de la sociedad civil. En este caso el gobierno se encarga únicamente de encaminar la política a su plan de gobierno asegurándose de que exista el presupuesto, sin embargo los ciudadanos y los grupos de interés son los artífices de la medida puesto que son los que la crean y la ejecutan dentro de las comunidades (Arroyave Alzate, 2011).

Por otro lado según Sanchez & Ojeda (2007 en Ojeda Rosero & Villalobos Galvis, 2011) explican la importancia de que en la actualidad las Políticas Públicas se construyan e implementen dentro de un modelo participativo integrador reconociendo la realidad que se construye en la medida de que los actores sociales se comprometan a cumplir los propósitos para los que son creadas, estando siempre contextualizadas dentro de las costumbres y realidades de la sociedad; puesto que las Políticas Públicas son en cierta forma herramientas que permiten crear relaciones entre la persona civil, el Estado y demás entidades que conformen una nación, en esto radica la importancia de que estas sean pertinentes.

En este orden de ideas las políticas públicas generadas de manera integral lo ideal es que cumplan con tres premisas básicas: la primera consiste en respetar la individualidad del sujeto, la segunda necesita cumplir un carácter

de solidaridad con la población para la cual es creada y como tercera premisa se debe garantizar todo lo concerniente a lo jurídico y lo legal. Teniendo claras estas premisas es posible pensar en que las políticas fortalezcan la sociedad de manera constructiva, incorporando además de los entes que ya participan en estas Organizaciones comunitarias, población civil y demás entes interesados (Ojeda Rosero & Villalobos Galvis, 2011).

Según Arroyave Alzate (2011) las políticas públicas en Colombia tienen un marco conceptual preciso, con una idea de empoderamiento e inclusión, pero la realidad es que esto está bastante lejos de lo que se lleva a la práctica, es decir se hace evidente que de las dos maneras de plantear las Políticas Públicas en este país se implementara la forma tecnócrata en la que lo importante es la relación que existe entre el gobierno y los grupos de interés que muchas veces no tienen claro ni que es ni para qué sirve una política pública. Por el contrario pareciera que lo que más les interesa es simplemente cumplir con las obligaciones jurídicas y electorales de lo que se promete en las campañas y una devolución constante de favores, en la que se olvida por completo las necesidades de la comunidad.

Propiamente dicho desde la problemática del suicidio la importancia de generar en Colombia, políticas publicas que ayuden a combatir de alguna manera los altos indices de suicidio que se han venido presentando durante las ultimas dos décadas radica en la explicación que dan Villalobos-Galvis (2007, en Ojeda Rosero & Villalobos Galvis, 2011)

Promover acciones de promoción de la vida a través de un cambio cultural y educativo que aleje a las personas de modelos sociales depresivos, inflexibles, culpabilizantes y derrotistas, y los instaure en una postura optimista, creativa, flexible y constructiva de la vida, en pro de un mayor bienestar integral para todos (p. 138).

En ese orden de ideas aunque el artículo se refiere a la población de Nariño, es importante resaltar que el país en general necesita que las instituciones gubernamentales se preocupen de manera efectiva por la

población civil y creen planes y políticas a corto mediano y largo plazo que se encarguen de cubrir los diferentes sistemas dentro de los que se desenvuelve el ser humano.

Dentro de esta investigación es de vital importancia entender el marco de las políticas públicas dentro del contexto internacional y colombiano, para poder hacer un análisis a profundidad, sobre lo que está ocurriendo al respecto de las mismas en las diferentes entidades gubernamentales de carácter público, con respecto a la problemática del suicidio.

Es por esto que a nivel internacional, es necesario realizar un barrido sobre las principales estrategias, planes y/o políticas públicas que realizan o promocionan entidades gubernamentales a nivel mundial como son la OMS y la OPS: En primera instancia se sabe que la OMS en el año 2000, creó un documento llamado “La Prevención del Suicidio un instrumento para Trabajadores de Atención Primaria en Salud”; con este documento como su nombre lo indica, se pretende brindar herramientas al personal encargado de la atención primaria dentro de los diferentes centros de Salud para poder identificar, evaluar, tratar o bien remitir a la persona suicida. Las razones por las que se elige a este tipo de personas son porque tienen un estrecho contacto con la comunidad, por lo tanto sirve de puente entre esta y el personal médico incluso en algunas instituciones donde el área de Salud mental no está constituida, es el personal de atención primaria el encargado de brindar este tipo de atención. En resumen son aquellas personas con las que la comunidad debido a su accesibilidad y ubicación siempre serán los primeros en brindar un servicio adecuado; este documento cuenta con la siguiente información: teoría acerca del suicidio y los trastornos mentales o enfermedades físicas, estados de ánimo que pueden presentar las personas suicidas, además de la mencionada anteriormente (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Otra herramienta importante generada por la OMS en el 2011 fue la “Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias”, inmerso en este documento se dedica un capítulo específicamente



al fenómeno social del suicidio, dentro de este se manejan temáticas como una guía de evaluación y manejo, en el que se muestra una ruta específica sobre lo que deben hacer los profesionales en situaciones en las que una persona ha intentado lo que llaman un episodio medicamente importante, es decir cuando existe un riesgo inminente de autolesión, además si la persona presenta un trastorno mental o neurológico o por uso de sustancias que generen un riesgo de conductas suicidas futuras para la persona que los presenta, otro factor importante que se puede presentar es el hecho de las enfermedades y dolores crónicos y emocionales graves; según esta guía cada una de estas situaciones tiene una ruta diferente (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Por otro lado, ofrecen varias recomendaciones en cuanto a la prevención; estos recomiendan que los gobiernos de las diferentes naciones se preocupen por prestar atención y apoyo psicosocial a la sociedad en general, evitando centrarse exclusivamente en la atención clínica una vez ocurrido el acontecimiento, nombran como poblaciones vulnerables al suicidio las personas con antecedentes de autolesión y aquellos con alto consumo de sustancias legales e ilegales, por lo tanto estas son poblaciones con las cuales se debe tener especial atención por parte de personal médico entrenado, sus familias y la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Por último, según la organización mundial de la Salud considera que por encima de la evaluación y el tratamiento clínico del suicidio los directores de Salud a nivel Distrital y nacional de cada uno de los países, junto con los profesionales de atención sanitaria deberían darle mayor importancia a la prevención de la conducta suicida, para lo cual dan tres opciones básicas con el fin de iniciar este proceso: restringir el acceso a mecanismos que puedan facilitar el suicidio como es el caso de los venenos, las armas de fuego y el acceso a lugares elevados; por otro lado se debe entrenar y capacitar a la comunidad con respecto a los factores de riesgo y las señales de advertencia para poder mejorar el cubrimiento auto sostenible dentro de la población; diseñar políticas que permitan reducir el consumo perjudicial de alcohol y

demás sustancias, que puedan ser disparadoras de lesiones auto-infringidas; exigir a los medios de comunicación a que implementen mecanismos de información responsable con respecto al suicidio, evitando darle a este fenómeno social un tinte sensacionalista, o dándole al suicidio un carácter de normalidad, hasta el punto de hacerlo ver como la solución a los problemas y dificultades, sino que por el contrario brinden información acertada y sustentada que permita a la comunidad entender y comprender el fenómeno en sí (Organización Mundial de la Salud, 2011).

En cuanto a la promoción de la prevención contra el suicidio la OMS junto con la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio proclaman el día 10 de septiembre como el día internacional para la prevención del suicidio, con el fin de generar conciencia en la comunidad en general y de esta manera aumentar la implementación de tratamientos, terapias, charlas, investigaciones, estudios y actividades que ayuden a aumentar y fortalecer el conocimiento sobre el tema. En el momento adecuado para que los familiares las instituciones educativas y laborales puedan estar más atentos a cualquier signo de alarma (Centro de prensa Organización Mundial de la Salud, 2012).

De igual manera, se asocian con la asociación internacional para la prevención del suicidio, con el fin de crear terapias adecuadas para personas que han intentado quitarse la vida de lo anterior es necesario resaltar lo siguiente ( Centro de prensa Organización Mundial de la Salud, 2012).

Es necesaria una labor mundial de concienciación de que el suicidio es una de las grandes causas prevenibles de muerte prematura. Los gobiernos deben elaborar marcos normativos para las estrategias nacionales de prevención del suicidio. A nivel local, las declaraciones políticas y los resultados de la investigación deben plasmarse en programas de prevención y actividades comunitarias (Centro de prensa OMS , 2012;Párr 3).

Por otro lado la organización panamericana de la Salud dentro de su informe mundial sobre la violencia y la Salud, hace mención del suicidio como un tipo de violencia auto-infringida que en muchas partes del mundo puede

llegar a ser catalogado como un delito bien sea por cuestiones religiosas y culturales hasta el punto de preferir no reconocerlo como tal y ocultarlo de los registros nacionales de defunción dada la cantidad de prejuicios que existen al respecto. Lo que si es cierto es que por las características de su definición en la que queda claro que es el hecho de hacerse daño a sí mismo y causarle una pérdida a la sociedad, además de que en los últimos años dada su alta frecuencia se encuentra como la tercera causa de muerte en el mundo; para esta organización se debe considerar como un tipo de violencia (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

En ese orden de ideas, a nivel nacional, diversas han sido las estrategias que los distintos entes gubernamentales, no gubernamentales y de forma conjunta se han llevado acabo con el fin de prevenir y por ende disminuir la conducta suicida a nivel nacional y Distrital. Partiendo de la premisa que dentro de la legislación colombiana más exactamente en lo que se refiere al código penal la única referencia que se hace al respecto de las conductas suicidas, a pesar de que como se vio anteriormente puede ser catalogado como un tipo de violencia solo es mencionado en el Artículo 107, bajo el título de delitos contra la vida y la integridad de la persona; dicho artículo reza de la siguiente forma: (Ley 890 del Senado de la Republica de Colombia, 2005)

El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de treinta y dos (32) a ciento ocho (108) meses. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de dieciséis (16) a treinta y seis (36) meses (Ley 890 del Senado de la Republica de Colombia, 2005; Parr. 7)

Por otro lado, saliéndose del marco penal, dentro de lo normativo existen varias leyes, normas y decretos dentro del cuadro de Salud Pública a nivel nacional que de manera implícita sustentan las acciones que se realizan frente al suicidio en el país. En primera instancia se tiene registro en orden cronológico, la ley 9 de 1979, Artículo 517 bajo el cual el congreso de la

republica decreta de manera obligatoria que todo colombiano cuyo motivo de muerte haya sido el suicidio este debe registrarse de manera clara en su certificado de defunción, en donde se especifique la identidad del sujeto su sitio de residencia y la manera cómo ocurrieron los hechos, esto con el fin de llevar un control de sanidad (Congreso de la República, 1979).

Siguiendo por la misma línea, casi diez años después se ordena a nivel nacional la resolución número 2358 de 1998 de manos del Ministerio de Salud<sup>39</sup> en la dirección general de promoción y prevención de la Salud mental. Dentro de este decreto se considera el suicidio como una patología o enfermedad mental, del ser humano; en este orden de ideas exponen las cifras de intentos suicidas asociándolo directamente con patologías como la depresión la bipolaridad, la esquizofrenia y los trastornos de ansiedad (Ministerio de Salud, 1998).

La siguiente ley de la que se tiene registro en la que se hace mención sobre lo que se debe hacer respecto a la conducta suicida es: la ley número 1122 de 2007 en el capítulo correspondiente a Salud publica en el artículo 33 se plantea que el gobierno nacional dentro el plan nacional de Salud Pública debe definir los perfiles epidemiológicos que permitan la identificación y ubicación de los factores de riesgo de la prevalencia de las diferentes enfermedades y conductas de riesgo como son la violencia intrafamiliar, la Salud sexual y reproductiva, la drogadicción y el suicidio; todo esto con ayuda de las investigaciones que se hagan a nivel público o privado con el fin de generar planes de acción que posibiliten la orientación y la promoción de la Salud mental (Congreso de la Republica de Colombia, 2007).

En el mismo año el Ministerio de Protección Social bajo el decreto número 3039 del 2007 decreta el plan nacional de Salud Pública en el que el suicidio

---

<sup>39</sup> El Ministerio de Salud se crea bajo el nombre de Ministerio de higiene, bajo la ley 27 de 1946, el 2 de diciembre de ese mismo años. En la actualidad es conocido como Ministerio de salud y protección social y es el encargado de definir, organizar, vigilar el sistema de seguridad social y salud, con el fin de garantizar el ingreso a la salud de la mayor parte de la población (Misión del Sector Salud y Protección Social, S.f)

deja de ser visto como consecuencia de una enfermedad y por ende se desliga del capítulo de Salud mental, para estar inmerso en el de violencia y lesiones de causa externa. Este decreto por lo mismo marca una diferencia importante por la connotación social que implica poder ver a suicidio como un fenómeno social. De esta manera en dicho documento se hace un análisis de las estadísticas del suicidio durante ese año que sirve como marco teórico para la implementación de la ley que consta en el párrafo anterior (Ministerio de Protección Social, 2007).

Por otro lado, está la ley 1369 de 2009 que se refiere a garantizar el desarrollo integral de la familia, en la que se hace tácita la disminución del suicidio, puesto que hace referencia a que este sistema es vital para el adecuado desarrollo de la Salud mental del individuo y como tal disminuye el riesgo de futuros intentos suicidas. Para los jóvenes y futuros adultos miembros de la sociedad civil. Por último a nivel nacional se encuentra la ley 1438 de 2011 que se crea en pro del fortalecimiento del sistema de Salud y seguridad social con la cual se espera que en acción coordinada con el Estado, las instituciones y la sociedad trabajen en pro del mejoramiento de la Salud y los ambientes sanos para la comunidad (Alejo & Cardona, 2011).

Sin embargo, al estar inmerso el suicidio dentro de otras leyes, pierde importancia y prioridad para el Estado y a su vez puede ocasionar desconocimiento para la sociedad y falta de cumplimiento por parte de las instituciones en cuanto a prevención y atención. Lo ideal sería generar leyes que manejen al suicidio como un fenómeno a que se le debe dar prioridad; Un ejemplo de la importancia de este tipo de legislaciones es el caso de la ley recién aprobada en Estados Unidos en la ciudad de Washington, en la que se establece que todos los profesionales encargados de la Salud mental están obligados a tomar seis horas de capacitación en cursos continuos con respecto a la prevención del suicidio cada seis años a partir del 2014, esta es la primera ley que se aprueba sobre esta temática (Daniels, 2012).

Alrededor de las dos últimas décadas a nivel Distrital, es decir en materia de los planes de gobierno de las Alcaldías de Bogotá no ha sido mucho lo que se ha hecho en materia de divulgación, prevención y atención de suicidio de manera específica. Al respecto lo primero que se encuentra es una modificación al manual de primer respondiente<sup>40</sup> que se realiza bajo el plan de gobierno Bogotá in indiferencia liderado por el ex alcalde mayor de Bogotá Luis Eduardo Garzón<sup>41</sup>. Dicho documento es elaborado por la Secretaria Distrital de Salud en compañía con el Centro Regulador de Urgencias CRU; dentro de este documento bajo el subtítulo de trastornos mentales se encuentra de manera clara y específica lo que debe y no debe hacer una persona que cumpla el papel de primer respondiente en caso de una ideación o un intento de suicidio (Secretaria Distrital de Salud y el Centro Regulador de Urgencia, s.f.).

En primera instancia manifiestan que por ningún motivo el primer respondiente puede poner en riesgo su propia vida, con respecto a la persona que está presentando la idea o amenaza suicida las recomendaciones son: no dejarlo solo en todo momento, realizar la respectiva llamada a la línea de emergencia 125 o la que hoy en día se conoce como 123, intente hablar con el sujeto sin temor a preguntarle si sus intenciones son quitarse la vida, puesto que es errado pensar que esto sea sugerir la idea, durante esta conversación este muy atento a lo que le expresan y ofrezca todo el apoyo y comprensión que le sea posible, retire cualquier objeto con el cual la persona pueda hacerse daño y por último haga todo lo que este a su alcance para comunicarse con los familiares y red de apoyo de la persona. Ahora bien en caso de que la persona ya haya efectuado el suicidio lo mejor que se puede hacer es llamar a la línea

---

<sup>40</sup> El primer manual de primer respondiente se editó en el año 2001 y consistía en una cartilla de reanimación cardiovascular redactada por el comité nacional de resucitación en compañía de estudiantes de la universidad nacional (Secretaria Distrital de Salud y el Centro Regulador de Urgencia, s.f.)

<sup>41</sup> Luis Eduardo Garzón nació el 15 de febrero de 1951, hijo de una familia humilde desempeño varios trabajos informales hasta trabajar como mensajero en la compañía petrolera ECPETROL, en donde se caracterizó por liderar la unión sindical obrera. Es abogado de la universidad libre y se presentó a la alcaldía de Bogotá en el 2003 y gano con la mayor votación de la historia lograda por un candidato de izquierda, con el plan de desarrollo que denomino “Bogotá sin indiferencia” (Colombialink, 2010)

de urgencias, en caso de conocer los primeros auxilios llévelos acabo, conserve el método en especial si es una sustancia para mostrársela al personal médico, comuníquese con la red de apoyo de la persona y asegúrese de que una vez instalado en el centro de Salud permanezca bajo la compañía y vigilancia de personal entrenado o mayores de edad responsables (Secretaría Distrital de Salud y el Centro Regulador de Urgencia, s.f.).

En cuanto a las cosas que una persona debe evitar hacer señalan: no ignorar en ningún momento a alguna persona que manifieste querer quitarse la vida aunque parezca ser una conducta de manipulación o engaño por lo mismo no desafié a la persona o ejemplifique métodos más efectivos, impida hacer reclamos, reproches y negarse a hablar con la persona sobre los problemas que lo aflijan, intente siempre escuchar, no se acerque o intente tomarlo si la persona no lo decea, por ultimo jamás bajo ninguna circunstancia le reste importancia a los hechos que llevaron a esta persona a tomar la decisión (Secretaría Distrital de Salud y el Centro Regulador de Urgencia, s.f.).

Por otro lado a nivel Distrital, bajo el plan de desarrollo de Bogotá positiva se generó el acuerdo 308 de 2008 en el que el suicidio se convirtió en una prioridad, puesto que el objetivo principal pretende disminuir la tasa de suicidio a 3.1 por cada 100.000 habitantes entre el año 2008 y el año 2012. En este documento inicialmente hacen una documentación estadística sobre cómo se han comportado las tasas de suicidio durante los últimos años. En este mismo documento se nombra la creación del comité interinstitucional para el estudio de la conducta suicida en Bogotá; cuyo objetivo principal debe ser promover el estudio de la conducta suicida y su contexto con el fin de construir lineamientos de Políticas Públicas que permitan generar estrategias de atención e intervención oportuna; además de las funciones que comprende los siguientes aspectos: realizar actividades educativas de prevención así como brindar asesorías de apoyo, fortalecer las instituciones que trabajan con Salud mental y los sistemas de información y diseñar y gestionar proyectos que tengan que ver con la conducta suicida (Cardona, 2008).

Lo anterior es una meta producto de un proceso para el cual ya se han llevado a cabo algunas acciones; de las cuales podemos destacar: la creación de la línea de atención 123 la cual tiene la capacidad de atender intentos suicidas por medio de un equipo de psicólogos especializado en intervención en crisis, además de la posibilidad de un día de hospitalización. Otro plan importante es de acciones Salud en el colegio: el cual consiste en identificar la ideación e intento de suicidio dentro de los planteles educativos llevando a cabo actividades lúdicas que permitan la promoción de un estado de Salud mental sano promoviendo los proyectos de vida y la expresión de los sentimientos y emociones de manera canalizada; además de enseñarle a los docentes hacer los primeros auxilios a nivel psicológico en caso de urgencia (Cardona, 2008).

Eso en cuanto al ámbito educativo; además nombran dos esferas que son igualmente importantes, el comunitario y el familiar por un lado se montó como estrategia dentro de la comunidad los grupos de apoyo que tenían como herramienta la terapia narrativa, y dentro del ámbito familiar se promueve el fortalecimiento de las habilidades comunicativas y las pautas de crianza de sus miembros más pequeños, el manejo de conflictos y de convivencia en pareja con el fin de optimar el proyecto de vida de la familia en conjunto (Cardona, 2008).

En la actualidad en el Distrito la Secretaria Distrital de Salud, generó el sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida con el fin de recolectar datos con respecto a los casos de ideación, intentos o actos suicidas de manera tal que se pueda contar con datos epidemiológicos al respecto que ayuden al seguimiento de los mismos y de esta manera reducir la tasa de suicidio en Bogotá. Este sistema hace parte del conjunto de acciones articuladas para identificación de casos en los ámbitos familiar, escolar, institucional y comunitaria (Alejo & Cardona, 2011).

Este sistema funciona de la siguiente manera: luego de la identificación de los casos se registran en una base de datos electrónica la cual se enviara



a la secretaria Distrital de Salud con informes mensuales sobre los cambios de las conducta suicidas mes a mes, teniendo en cuenta variables como: edad, sexo, ocupación, escolaridad, estado civil, localidad escenario, descripción de evento desencadenante, ausencia o presencia de enfermedad mental y medio utilizado. Luego de esto es necesaria la intervención en la que al sujeto que está dentro de la base de datos, se le hace un seguimiento y un monitoreo de acuerdo a su situación. Es importante tener en cuenta que para este plan de seguimiento epidemiológico el suicidio no es considerado como una enfermedad, sino que es una conducta que se genera a causa de acontecimientos como la pobreza, el desempleo los duelos, problemas económicos, discusión familiares y de pareja problemas legales, pérdida de asignaturas y demás situaciones que usualmente afectan a personas vulnerables emocionalmente (Alejo & Cardona, 2011).

En síntesis, a través de la historia las leyes, decretos y planes que han existido en Colombia a nivel Nacional y Distrital que tienen que ver con el acto suicida su prevención y atención, han sido por lo general políticas que enmarcan al suicidio, como un problema de Salud Pública específicamente de Salud Mental, del cual inicialmente se creía ser un problema de tipo individual que tenía sus bases en enfermedades mentales como la depresión y la esquizofrenia, después se habló de la posibilidad de que existieran factores de riesgo de tipo social de los cuales el suicidio era la consecuencia. Dichos factores podrían ser por ejemplo; la violencia intrafamiliar, la pobreza y el desempleo. Por último, cabe señalar que por lo general el punto en el que convergen todas las políticas planteadas hasta el momento se centra en disminuir la epidemiología del suicidio como objetivo principal.

### **Una mirada crítica a las políticas contra el suicidio en Colombia y en el mundo.**

Una vez teniendo claro todo lo que se ha hecho a nivel estatal y Distrital en pro de intentar disminuir un fenómeno de Salud Pública tan importante como el suicidio es necesario revisar algunas posturas críticas sobre la concepción

que se tiene por parte de algunos autores acerca del efecto de dichas políticas. Al respecto es posible pensar que una de las dificultades está dada debido a que la mayoría de los esfuerzos han hecho énfasis de manera excesiva en la epidemiología de la conducta suicida y la modificación de acciones por parte de la comunidad frente a los diferentes factores de riesgo que podrían desencadenar la conducta suicida, dentro de los que se resalta constantemente los diferentes trastornos mentales. Sin embargo, es probable que si los esfuerzos estatales se centran más en ofrecer a las personas mecanismos para fortalecer sus lazos con la vida, este es el caso de: actividades que permitan ocupar el tiempo libre, mejorar las habilidades sociales herramientas para fortalecer el sistema familiar del individuo, preferiblemente desde la infancia y principios de la adolescencia. Otra de las falencias que se encuentra y que es vital para los procesos de prevención es la manera como se gestiona y se transmite la información y el conocimiento acerca de la intervención y los mecanismos de acción la cual en muchas ocasiones no es clara ni persuasiva (Reyes, 2002b).

Por otro lado (Pérez Barrero, 2005) expone que muchas veces dentro de los gobiernos es fácil pensar que la políticas de prevención que se construyen para un país funcionan en cierta medida para el otro, sin embargo aunque los principios generales que deban ser observados sean los mismos, cada contexto tiene sus particularidades, en eso radica la importancia de que cada gobierno conozca las particularidades de la problemática por encima de la epidemiología de la misma, este es el caso por ejemplo de la poca accesibilidad a los servicios de Salud mental que existe en algunos países en materia de costos y por el hecho de que en muchos casos el personal especializado se encuentra ubicado con mayor frecuencia en las ciudades principales, otro factor importante es que en algunos países existe un fácil acceso por parte de las personas a las armas de fuego y demás mecanismos que facilitan el suicidio, pasa lo mismo con la forma como se manejan los casos de suicidio en vía pública por parte de los medios de comunicación, debido a que están cagados de un alto contenido amarillista que representa una alta ganancia económica

para los canales; en este sentido la libertad de expresión resulta nociva para las campañas de prevención.

Este Autor propone que existen tres subdivisiones que se deben tener en cuenta a la hora de prevenir la conducta suicida ya que en esa medida se sabrá con exactitud así donde debe ir encaminada la política que se crea; estas tres subdivisiones se refieren a: a) prevención general esta consiste en, el trabajo inter disciplinario realizado entre las entidades gubernamentales y sociales junto con los diferentes profesionales en Salud mental, brindando sostén psicológico para que la comunidad en general pueda manejar de manera adecuada aquellos eventos estresantes de la vida cotidiana y disminuyendo los daños que estos puedan ocasionar; b) prevención indirecta, esta es la que permite tratar diferentes los trastornos psicológicos, enfermedades físicas o crónicas y dificultades de aprendizaje que más adelante puedan ocasionar un intento suicida ; c) la prevención directa que son aquellas medidas no autodestructivas que se le dan a la persona para que desista del suicido como una opción ante las dificultades de la vida cotidiana. (Pérez Barrero, 2005).

Dentro del este artículo se nombran algunos ejemplos de países del mundo que tienen políticas públicas específicas para la prevención del suicidio, este es el caso de Inglaterra en el cual los médicos generales reciben capacitaciones sobre cómo tratar a personas en riesgo suicida, y existe medidas exhaustivas para disminuir el acceso a mecanismos con los cuales la persona se pueda suicidar, por otro lado en Noruega existen diferentes acuerdos que se crearon con diferentes fines en pro de disminuir la conducta suicida, como por ejemplo la mejora en la atención de personas con enfermedades psiquiátricas para disminuir el riesgo de suicidio, adelantos n los servicios médicos de áreas rurales, existe una amplia investigación y cooperación de las organizaciones sociales así como la participación constante de los medios de comunicación y el seguimiento de equipos especializados, para grupos de riesgo como niños, adolescentes y soldados, por último en Suecia tienen un amplio soporte social y médico para personas en situación de

crisis, a los niños y adolescentes se les entrena dentro de las instituciones educativas para manejar los conflictos, ofrecen campañas y charlas interdisciplinarias sobre la conducta suicida, además de prohibir la información sensacionalista. (Pérez Barrero, 2005)

Mientras tanto en Colombia se realiza un estudio en el departamento de Nariño, más exactamente en los departamentos de Parto, La Unión, Tumaco e Ipiales, con el cual se pretende hacer un primer acercamiento de los elementos que se deberían utilizar para crear una política pública, basándose en la percepción de la comunidad. Al respecto encontraron algunos principios básicos que es indispensable tener en cuenta a la hora de generar una política pública.(Ojeda Rosero & Villalobos Galvis, 2011):

1) Es necesario respetar las diferentes dimensiones del ser humano, es decir es necesario que las políticas vayan dirigidas a lo social, lo comunitario, lo interpersonal y lo individual con el fin de cubrir los diferentes subsistemas en los que se moviliza el ser humano y por ende su Salud mental en todos los contextos; 2) es urgente que exista una participación responsable por parte de cada uno de los actores sociales, con este principio se pretende que la sociedad en su conjunto es decir líderes políticos, sociales. Religiosos, instituciones comunitarias, educativas y personal civil, tengan la capacidad de empoderarse de la problemática y cada uno desde su accionar aporte a la prevención del suicidio de forma que se rompa la idea de que esta es exclusiva de las instituciones sanitarias; 3) Respeto por la etnia y la cultura, en este sentido es importante entender que al momento de crear una política sobre el suicidio y dado que Colombia es un país multicultural es necesario respetar las creencias de las personas puesto que la concepción de la vida cambia, de igual manera es importante respetar la identidad juvenil, con el fin de conocerlos a fondo y que las políticas les sean familiares y de fácil acceso; 4) Calidad y eficacia en los procesos de prevención, es obligatorio que estas políticas nazcan de conocimientos científicos, que se evalúe constantemente con el fin de que no se pierda el objetivo para el que fue creado; 5) equidad en la

prestación del servicio, las Políticas Públicas que pretendan prevenir y atender las conductas suicidas deben ser para beneficio de toda la comunidad sin diferenciación alguna (Ojeda Rosero & Villalobos Galvis, 2011).

Para terminar, el autor Pérez Barrero, (2005) ofrece algunas recomendaciones, sobre que debería tener en cuenta un gobierno para generar políticas publicas respecto al suicidio. Inicialmente recalca de nuevo la importancia de tratar el problema de manera integral con la colaboración de cada uno de los sectores laborales en los que la dirección dependa básicamente de las autoridades sanitarias entre las que necesariamente debe existir una persona experta en la temática del suicidio con respecto al contexto de la ciudad y país en la que se pretenda trabajar, sin embargo recalca que por diferentes dificultades en muchos países conformar este tipo de equipos de trabajo requiere bastante tiempo y esfuerzo el cual a corto plazo no se logra. Por esta razón recomienda algunos parámetros para iniciar el proceso, puesto que no es necesario tener toda una política planteada para poder iniciar la tarea.

En cuanto a las acciones se debe iniciar por buscar la colaboración de los diferentes medios de comunicación, para que hagan posible que la información respecto a los diferentes mecanismos de atención y prevención lleguen a la mayor cantidad de personas posibles. De igual manera esto permite que se rompa con la idea de que el suicidio es un tema que solo le compete a profesionales de la salud. Por esto mismo es necesario organizar conferencias respecto al tema las cuales vayan dirigidas a todo tipo de personas u organizaciones, dentro de estas mismas organizaciones se pueden organizar comités de emergencia que constantemente estén capacitándose para atender una emergencia suicida (Pérez Barrero, 2005).

Una vez ocurrido un evento suicida se le debe prestar especial atención al contexto en el que este ocurrió para poder prestarles mayor atención de ahí en adelante, coordinar con hospitales y centros de salud planes de atención especializada tanto para el suicidas que sobrevivientes o familiares de

personas fallecidas a causa de suicidio. Finalmente menciona la importancia de fomentar la investigación con respecto al tema del suicidio, que permita el intercambio de información para aumentar los conocimientos (Pérez Barrero, 2005).

## **Marco Metodológico**

La presente investigación monográfica es de tipo cualitativa, con un alcance de revisión documental, sustentada por medio de un análisis categorial de contenido. Se presenta de forma descriptiva-interpretativa. Para el análisis se establecieron 3 categorías, las cuales son: El suicidio desde una perspectiva socio histórica, esta tiene como objetivo mostrar como ha variado la conducta suicida en los últimos veinte años en Colombia, la segunda categoría consiste en la gestión de las entidades gubernamentales ante el suicidio, la cual pretende identificar las acciones que ha llevado a cabo dentro de las entidades del Estado, esta categoría se contrastará con la tercera que nos permite evaluar la efectividad de dichas acciones principalmente en cuanto a la prevención, atención y divulgación con base en la información que ya se tiene. Para apoyar la interpretación categorial, se tomará un caso de suicidio registrado de manera documental en la ciudad de Bogotá con el fin de encontrar elementos que se relacionen con las categorías establecidas.

Fases:

Fase I: Elaboración y sistematización de la pregunta de investigación

Fase II: Elaboración de marco teórico

Fase III: Elaboración marco metodológico

Fase IV: Análisis y discusión de resultados

## Resultados

Es a partir de la revisión documental que se desprenden tres categorías de análisis sobre las cuales se constituyen los frutos de este documento, y que han sido denominadas de acuerdo a su sentido de la siguiente manera: el suicidio desde una perspectiva socio histórica, en donde se brinda un análisis sobre cómo se ha venido transformando el fenómeno del suicidio en las dos últimas décadas a nivel nacional; la gestión de las entidades gubernamentales ante el suicidio, busca hacer un reconocimiento sobre los planes y alcances que han tenido las entidades gubernamentales en relación al suicidio; finalmente, la categoría efectividad de las acciones gubernamentales, esta nos permite entender el impacto de las políticas y planes desarrollados en relación al suicidio. Es indispensable señalar que con el propósito de producir nuevo conocimiento verídico sobre la problemática tratada a lo largo de este documento, se crearon tres matrices de análisis, con el fin de que al condensarse y confrontarse toda la información relacionada a las categorías establecidas se diera origen a los resultados, los cuales por fines prácticos son contrastados a su vez con la caracterización de un caso de la vida real, de forma tal que el lector tenga una visión más integral sobre el papel de las instituciones estatales frente al suicidio.

Históricamente, el suicidio ha tenido diversas connotaciones en diversos momentos y lugares, llegando a considerarse desde sinónimo de honor y valentía, hasta un acto castigado por Dioses, sinónimo de cobardía, falta de inteligencia o herejía por parte de múltiples instituciones religiosas. Es en este sentido que resulta evidente que es con base a las diversas concepciones que se han tenido en relación al fenómeno del suicidio que este ha encontrado la configuración sobre la cual es y ha sido entendido, abordado, castigado y tratado desde diversos contextos, disciplinas y culturas.

Es en este orden de ideas que de igual manera desde múltiples puntos de vista se ha visto igualmente afectado la concepción que se ha tenido sobre el suicidio durante las últimas dos décadas en Colombia, en donde



particularmente las instituciones religiosas han jugado un papel clave en las construcciones sociales que sobre el fenómeno del suicidio se han manejado, siendo una de las principales características la desaprobación de esta conducta, como acción digna de castigo en la vida después de la muerte, y como base sobre la cual juzgar fuertemente la ideación suicida, lo cual cobra mucha importancia en el contexto colombiano, en tanto gran parte de los colombianos son devotos de este tipo de creencias, principalmente fundamentadas desde la Iglesia Católica y Cristiana; siendo esta la explicación para que el fenómeno del suicidio sea visto como un “tabú” del que la gente poco habla y poco se interesa, por lo cual lo consideran algo ajeno a su realidad.

Desde la perspectiva de Durkheim, el suicidio puede ser considerado y vinculado a lo que él denomina desordenes sociales, como lo son por ejemplo la pobreza, el desempleo y la falta de oportunidades, los cuales en la actualidad han demostrado tener una clara relación con los altos índices de suicidio en algunos países del mundo, dentro de los cuales Colombia no es la excepción.

Como se mencionó anteriormente la re-concepción sobre el fenómeno del suicidio ha implicado una serie de transformaciones desde diversos niveles y espacios objetivos, e inevitablemente subjetivos, dentro de los cuales una de las transformaciones más importantes sobre las cuales se ha llamado la atención para este cambio ha sido el de las diferentes disciplinas encargadas de abordar este fenómeno, como lo es la psicología, a partir de la cual anteriormente se comprendía desde algunas de las principales escuelas (como el Humanismo o el Psicoanálisis) el suicidio como una forma patológica centrada en el individuo, producto principal del inconsciente de este, sobre el cual había de ejercerse algún tratamiento específico por parte de los establecimientos de salud. Sin embargo, hoy en día, distintos organismos internacionales están intentando visualizar el suicidio como un fenómeno social, en el que se ven inmersos una serie de factores o problemáticas de mayor

profundidad, que implican a su vez abordajes integrales, en donde juega un papel fundamental la sociedad y la transformación de sus participantes

La nueva concepción que sobre el fenómeno del suicidio ha resultado “necesario” adoptar, ha implicado un igual cambio sobre los tres poderes (ejecutivo, legislativo y judicial), y sobre las instituciones del Distrito encargadas de abordar este tipo de problemáticas, ya que es sobre las bases sociales, científico - patológicas y religiosas del conocimiento que este tipo de fenómenos fue inicialmente considerado y abordado; hasta el año 2007 cuando el suicidio como conducta paso de ser atendido exclusivamente por el Ministerio de Salud, a ser abordado a su vez por el Ministerio de Protección Social, que como su nombre lo indica era el encargado de manejar aquellos fenómenos que afectaban de manera generalizada a toda la sociedad, lo cual marco una importante coyuntura, en tanto el suicidio ya no era una abordado como una enfermedad, sino como un fenómeno social que puede afectar a cualquier persona que sienta que esa es la única solución a sus problemas, como fue el caso de David, el cual manifestó en su diario antes de quitarse la vida: “la falta de fe, en momentos siento que no tengo fuerzas para continuar este camino tan largo”.

Una nueva visión sobre el abordaje del suicidio en Colombia, implico a su vez la comprensión de características sociodemográficas relevantes, como lo es el caso del género, puesto que resulta importante tomar en consideración que es significativamente mayor el número de hombres que logran suicidarse, en relación a la cantidad de mujeres, sin embargo, estas realizan más intentos fallidos que los hombres. Por otro lado, el rango de edades de las personas que más se suicidan esta entre los 15 y los 35 años de edad, que es cuando existen cambios significativos en las personas dentro de los que se destacan un interés especial por fortalecer y crear nuevas relaciones diferentes a las parentales, todo esto podría tener relación si se tiene en cuenta que una de las principales razones que motivan el suicidio es la separación de pareja; estos datos, solicitan la atención de acciones integrales y coherentes a la

problemática del suicidio, ya que es al contrastarlos con el caso de David no resulta una simple coincidencia que el fuera un joven de género masculino ubicado entre los rangos de edad con mayor riesgo de incidencia, envuelto en dificultades económicas y laborales, y cuya relación sentimental acababa de terminar, que decidió entonces quitarse la vida.

En este orden de ideas y tomando como ejemplo un solo caso de todos los que a diario se presentan en el país, y con el precedente que durante estos 25 años el suicidio no disminuye sino que por el contrario aumenta cada vez más, es necesario analizar la segunda categoría que se refiere a las acciones emprendidas por las entidades gubernamentales a nivel Nacional y Distrital. Al respecto las diferentes entidades gubernamentales pasando desde las Organizaciones internacionales como la OMS, OPS, además de los organismos y entidades a nivel Nacional y Distrital dan a entender que han pasado exactamente por el mismo ciclo al momento de crear las diferentes políticas públicas que han entrado a regir sobre el tema en estas dos últimas décadas.

Es decir, lo que se encuentra es que en un inicio y durante un periodo extenso, dichas políticas estaban centradas en el suicidio como una patología; siendo aproximadamente desde el 2007, y hasta el día de hoy que se ha buscado analizar el fenómeno de manera social, para lo que han centrado la mayoría de los esfuerzos humanos y económicos en la exploración del fenómeno por medio de un estudio epidemiológico de dicha conducta, en el que se tienen en cuenta todas las variables sociodemográficas y aquellas que puedan significar un aparente factor de riesgo. Con esto no se quiere decir que la epidemiología del suicidio no sea necesaria para lograr un balance significativo en la disminución de esta conducta, sin embargo, resulta insuficiente si no se le presta igual cuidado a la atención y la prevención, intentando implementar actividades que fortalezcan la creación de proyectos de vida, el mantenimiento de redes sociales y familiares, dado que estas son variables determinantes que influyen de manera positiva para que la persona

fortalezca los lazos con la vida, tal y como lo expresa la ex novia del joven dentro de la entrevista que le realizaron en el programa séptimo día<sup>42</sup>.

Con respecto a lo ocurrido a nivel Distrital el primer documento del que se tiene conocimiento en cuanto a la atención de la conducta suicida, es el Manual de Primer Respondiente, el cual nació siendo un manual instructivo sobre cómo actuar frente a las enfermedades cardiovasculares y durante la alcaldía de Luis Eduardo Garzón se le implementó varias de las cosas por las cuales los ciudadanos llamaban o acudían constantemente a los organismos de socorro, entre estas por su puesto se vio incluido el suicidio, por lo cual en dicho documento se menciona que hacer y qué no hacer si una persona está manifestando quererse suicidar o si ya lo ha hecho y se encuentra aún con vida. En este orden de ideas resulta indispensable señalar que el fenómeno del suicidio ha sido tratado como una problemática de segundo nivel que se ha adicionado a instrumentos y herramientas ya existentes, sin brindársele así un especial formulación, de acuerdo a sus características particulares como fenómeno social.

También a nivel Distrital existe un documento elaborado por la Universidad Javeriana en compañía de la Secretaria Distrital de Salud en el cual se hacen un recuento de las actividades que se han realizado en cuanto a campañas de prevención y formas de atención que se han realizado frente al suicidio en la ciudad de Bogotá por parte de la secretaria, dentro de los cuales los que se resaltan son: la creación de la línea gratuita de atención psicológica 106, y el Plan de Hospitalización el Día y la campaña de Salud al Colegio en la cual se pretendió que en cuatro localidades de Bogotá se enseñara por medio de actividades lúdicas a los niños información acerca del suicidio, maneras para expresar sus sentimientos y como llevar a cabo planes de vida con el fin de disminuir los riesgos de dicha conducta..

---

<sup>42</sup> “Muchas veces la ausencia de las personas cercanas significa mucho, demasiado; uno necesita ser escuchado y uno necesita hablar y expresar lo que siente y muchas veces en el suicidio una salida” (Septimo Dia, 2011).

Circunstancias como las mencionadas anteriormente dan origen a la tercera categoría de análisis, es decir el alcance y/o efectividad de las acciones gubernamentales, puesto que está claro que alrededor de todos estos años han sido varios los cambios que se han podido lograr dentro de las entidades gubernamentales, sobre todo en cuanto a la manera como se ha entendido el fenómeno del suicidio.

Con respecto a lo anterior, es posible pensar que una de las casusas que podría llegar a afectar la efectividad de las Políticas Públicas mencionadas anteriormente se centra más que todo en el desconocimiento de estas por parte de la comunidad; solo por nombrar algunos casos específicos se hace evidente el desconocimiento por parte del compañero de trabajo de David García, acerca del manual de primer respondiente que manejan desde la Alcaldía y que es de conocimiento público para la comunidad, de igual manera la hermana de David quien vivía con él y que en la entrevista pone en manifiesto haberse dado cuenta de los cambios de humor de este sin embargo debido a que en ningún momento tuvo acercamiento a alguna fuente de información que le permitiera conocer las señales que predisponían el suicidio, carecía de recursos para lograr hacer la asociación, de que esos cambios de conducta podían traer consigo la posible intención de quitarse la vida, y por último en el momento en que la víctima comenzó a sentir que no podía más con los problemas, no tuvo conocimiento acerca de las ayudas que ofrece el Estado en cuanto a la atención en Salud mental dentro de los diferentes centros hospitalarios, quienes debieron haber remitido su caso al comité de SISVECOS para que lo mantuvieran en vigilancia o en su defecto haber tenido conocimiento acerca de la existencia de la línea de atención psicológica gratuita en la que existe un equipo de profesionales dispuesto a escucharlo.

Todos estos hechos ponen en evidencia la existencia de dificultades en la forma como la información de los diferentes planes creados por las distintas entidades gubernamentales, está llegando al conocimiento de la sociedad. Otro de los factores que pueden incidir en la efectividad de las políticas públicas

generadas por las entidades es la manera como dentro de estas se maneja la información, puesto que no existen o se desconocen documentos en donde se tenga claridad sobre cuáles han sido los verdaderos efectos de todas las políticas planteadas por el gobierno Distrital. Por otra parte, en muchos de los documentos consultados se hace hincapié en la importancia que tiene para el progreso de las mismas y el hecho de que se lleven a cabo investigaciones al respecto de todo lo concerniente a lo que tiene que ver con la problemática del suicidio; sin embargo, es mucha la información a la que no es fácil tener acceso y al momento de solicitarla las entidades encargadas desconocen lo que se les está solicitando o no saben cuáles son los requisitos que se debe seguir para el acceso a la información.

## Discusión

El siguiente estudio monográfico se desarrolló con la intención de conocer cuáles eran aquellas gestiones que las entidades gubernamentales han realizado con el fin de contrarrestar los altos índices de suicidio que en la última década en Colombia y específicamente en Bogotá que no dejan de aumentar año tras año; partiendo de la premisa básica dictada por los organismos internacionales como la OMS, en la que se concluye que el suicidio es considerado como un problema de Salud Pública puesto que representa casi la mitad de las muertes violentas en el mundo, ocasionando casi 1'000.000 de víctimas al año, y que de acuerdo a la tasa de crecimiento anual se espera para el año 2020 que de este fenómeno se derive la muerte de 1'500.000 personas, ya que que la tasa de suicidios ha aumentado desde 1950 hasta el año 2000 en casi un 40%, por lo que se ha llegado a considerar que se ocasionan más muertes por suicidios que por la suma de homicidios en las guerras. Adicionalmente el suicidio, como lo señala la OMS representa una pérdida emocional, social y económica, para la comunidad en la cual se presenta el hecho (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Colombia por su parte es un país que por sus características socioculturales e históricas y por la multiplicidad de problemáticas sociales (como la pobreza, la corrupción, el desempleo, la violencia intrafamiliar, etc.) influyen en gran medida dentro de la conducta suicida, ya que como se vio a la luz de la teoría sistémica, todos los sistemas sociales, económicos, políticos y culturales tienen un alto grado de implicación dentro de las representaciones subjetivas a las cuales esta inevitablemente vinculada el fenómeno del suicidio; es así, que al contrastar lo ocurrido en el caso de *David García* en el que un joven de 20 a 30 años de edad decide quitarse la vida al verse envuelto en una serie de dificultades, en las diferentes áreas de su vida.

Es en función de este tipo de casos que las diversas estrategias ejecutadas por los diferentes organismos gubernamentales a nivel internacional adoptaron dentro de sus planes en materia de gestión, atención y prevención

de la conducta suicida un componente sistémico que visibilice la importancia de comprender e intervenir este tipo de fenómenos como procesos sociales de alta complejidad que no pueden ser explicadas desde visiones unidimensionales y patológicas, rescatando de esta manera particulares pertenecientes a determinadas realidades y momentos.

Es en este sentido las políticas emprendidas por el Estado podrían adquirir un valor agregado al tomar conciencia sobre la importancia de abordajes integrales a fenómenos de esta índole, siendo aún más enriquecedor este tipo trabajos en espacios tan diversos en materia social, cultural y económica como lo es Bogotá. En este orden de ideas, al tomar en cuenta tres factores, (sin ser estos los únicos determinantes) se podrían prestar nuevas formas sobre las cuales abordar la problemática: 1) el contexto, dado que de este se desprenden ciertas pautas vinculadas a factores particulares asociadas al accionar, a los medios físicos y humanos, e inevitablemente a aspectos subjetivos relacionados con la conducta y la forma en que se comprende la realidad; 2) las relaciones, según lo planteado por la TGS cuando se trabaja con un fenómeno social es vital entender el cómo se construyen y condicionan las relaciones de un sistema; 3) aun cuando la lenguaje como el tercer factor rescatado está altamente condicionado por los dos anteriores, adquiere especial relevancia en tanto es por medio de sus diversos medios que se fundamentan los diversos medios para prevenir e intervenir casos de suicidio (Bertalanffy, 1976)..

Es así que, como lo expone Morín (2003) es enriquecedor comprender desde un paradigma complejo fenómenos tan amplios como lo es el caso del suicidio, ya que al dimensionar todos los elementos involucrados, se abre la posibilidad de realizar un abordaje distinto al que se puede realizar desde otras concepciones más minimalistas y unidimensionales, como lo es el caso de las distintas políticas públicas que se han formulado desde el Estado.

En este sentido como lo manifiesta Arroyave Alzate (2011), la forma más común sobre la cual se implementan las políticas pública es bajo el método



tecnocrático en el cual las entidades gubernamentales desconocen en gran medida las dimensiones del fenómeno a tratar y son excluyentes en tanto no suelen tener en cuenta las características de la comunidad a la que van a servir dicha política. Por otro lado, según estos mismos autores aun cuando en Colombia las políticas públicas están formuladas bajo un modelo de empoderamiento e inclusión de la sociedad, no se pone en evidencia la puesta en marcha eficaz de las mismas.

En este orden de ideas es posible pensar que el hecho de que los índices de conductas suicidas no disminuyan sino que por el contrario aumenten año tras año, no se deba a la falta de Políticas Públicas construidas por el Estado en materia de atención, prevención y/o divulgación de los mecanismos para evitar el suicidio, ya que el problema recae principalmente en la formulación sobre la cual se fundamenta y en la implementación igualmente ineficaz de la misma; en este orden de ideas como lo señala Bardach (2004) en relación a las falencias se pueden señalar: a) La definición y la estructuración: como se mencionó en los resultados, el suicidio en cuanto a Políticas Públicas ha estado centrado principalmente sobre la concepción patológica e individual, desconociendo el valor social del fenómeno. Esto marca una diferencia importante puesto que la mayoría de políticas que se han creado alrededor del suicidio, han estado centradas principalmente en atender intentos aislados, y por el contrario son muy pocas las que se han generado con la intención de prevenir la conducta suicida, olvidando que cualquier persona dentro de la sociedad es propensa, sin necesidad de sufrir alguna patología particular; b) con respecto al segundo paso, que consiste en la facilidad o dificultad para la obtención de información en pro de generar nuevas alternativas se podría mencionar que es muy poco lo que se encuentra con respecto a estudios y documentos que pretendan medir la efectividad de las políticas contra el suicidio que existen en la actualidad lo que dificulta el la posibilidad de generar o reestructurar nuevas políticas

Por otro lado, el hecho de que se piense en el suicidio como una enfermedad o una patología no afecta solamente el hecho de la construcción de una política pública, también afecta el imaginario colectivo, ya que por las implicaciones que trae todavía se puede considerar tabú, por esto la persona del común desconoce que este es un fenómeno social que puede afectar a cualquier persona, en esta medida es probable que las campañas que se realicen no surtan los efectos esperados por que las personas lo ven como un acontecimiento ajeno a sus vidas. En esta medida sería enriquecedor la vinculación y uso de diferentes medios de comunicación masiva, que cumplieran un papel relevante para permitirle a la sociedad romper con mitos y esquemas que tienen las personas del común.

Por el contrario, como lo explicaba anteriormente Pérez Barrero (2005) los medios de comunicación escudándose en la libertad de expresión, centran la mayoría de sus esfuerzos en transmitir los casos de suicidio de los que tienen conocimiento de manera sensacionalista y utilizando un lenguaje amarillista, puesto que esto representa mayores ganancias económicas por que llaman la atención de la sociedad por el carácter morboso que implica ver a otra persona entre la vida y la muerte; por esto mismo es que en países como Suecia existen leyes que prohíben el manejo de la información de manera sensacionalista por parte de los medios de comunicación, diferente al caso colombiano en que se desconoce la existencia de este tipo de controles en relación al suicidio.

Un ejemplo claro de lo anterior se evidencia retomando el caso de *David García*, puesto que aquel 16 de mayo del 2011 por medio de canal de transmisión nacional pasaban un reportaje cada quince minutos sobre el caso del joven que se encontraba en la cima de una antena de telefonía celular desde el momento en que se supo que se había subido hasta el momento en el cual se documentó la imagen en el que cae y finalmente muere; adicionalmente a lo largo del reportaje se menciona por parte de los reporteros distintas suposiciones sobre los factores asociados a la intención suicida,

dentro de los cuales se destacan los siguientes comentarios en Citytv (2011): “David pasa las horas al patecer fumanos algun tipo de alucinogeno” o como lo dijeron en la pagina web de una emisora de la ciudad La Cariñosa (2011) “luego de fumarse una pipa y chuparse una caneca de guaro”; lo cual por las circunstancias del momento era imposible de confirmar si se tiene en cuenta que la antena tenia de 13 a 15 metros de altura, poniendo en evidencia el inadecuado uso de los medios masivos de comunicaci3n y la deficiente forma sobre la cual es abordado este tipo de casos.

En relaci3n a la difusi3n de informaci3n relacionada con el suicidio a nivel Distrital en el transcurso de estos a1os son facilmente reconocibles planes, campa1as y mecanismos de atenci3n y de control, como lo son por ejemplo el Manual del Primer Respondiente, la L3nea de Atenci3n Psicol3gica 106, el Sistema de Vigilancia Epidemiologica de la Conducta Suicida SISVECOS y las campa1as de Salud al Colegio, de las cuales no se evidencia un control sobre el alcance y efectividad de las mismas, constituyendo otra de las falencias que se han podido encontrar con la elaboraci3n de este documento, puesto que uno de los principales objetivos de una pol3tica p3blica es el hecho de que pueda ser conocida y manejada por la comunidad para la que fue creada de manera tal que al empoderarse del conocimiento cada uno de los miembros de esa sociedad puedan ser part3cipes de la implementaci3n de estos planes y de esta manera no tener que esperar a a la ocurrencia del hecho para entrar a intervenir la problem3tica.

Esta idea tambi3n se puede ejemplificar con la ayuda del caso de *David Garcia*, puesto que la familia, los amigos, y los organismos de emergencia que trataron el caso no hacen uso de algunas de las mismas pautas para el abordaje de personas con intenci3n suicida planteadas como por ejemplo en el Manual del Primer Respondiente adaptado por la Secretar3a de Salud, mostrando asi un claro desconocimiento acerca de las gestiones para llevar este tipo de casos; por un lado est3 la hermana quien manifiesta que d3as antes de los acontecimientos esta persona mostraba evidentes cambios de conducta,

que lo sentía aburrido y malhumorado. Adicionalmente la víctima, aparentemente no busco apoyo profesional cuando empezó a sentir que su situación se estaba saliendo de control, lo cual plantea un punto de análisis sobre los sistemas de apoyo a víctimas potenciales por parte del Estado y/o su efectividad.

Otro de los fallos identificados en este caso con base a la información recolectada señala el desconocimiento del abordaje de potenciales víctimas de suicidio por parte del compañero de trabajo de *David* quien relato haberlo encontrado ejecutando el mismo día de los hechos su primer intento suicida fallido; se hace hincapie en este punto, en tanto de haber conocido el compañero de trabajo de *David* algunas de las recomendaciones por ejemplo pautadas dentro del Manual del Primer Respondiente, posiblemente hubiera tenido las herramientas necesarias para prevenir el caso. Finalmente, tiene especial relevancia destacar que los socorristas no se pusieron en contacto con los familiares de la víctima, sino que estos se enteraron por medio de los noticieros varias horas después, poniendo en evidencia que el desconocimiento en muchos casos no es solo por parte de las personas del común sino también de los mismos funcionarios encargados de atender este tipo de situaciones.

En materia de prevención es importante mencionar el subdesarrollo de planes, políticas y estrategias orientadas al fortalecimiento de herramientas y puntos sobre los cuales se pueda orientar la sociedad en general para reducir la conducta suicida, que involucre el fortalecimiento de los lazos que tiene la persona con la vida, su sistema familiar y su entorno social, haciendo uso de herramientas didácticas en las que se les enseñe a las personas, principalmente a los jóvenes la importancia de tener un proyecto de vida y estrategias de afrontamiento frente a las dificultades cotidianas. Evidencia de esto en Bogotá es la campaña Salud al Colegio que hizo la Secretaría Distrital de Salud en equipo con la Universidad Javeriana en tan solo tres localidades de la ciudad, lo cual demuestra el insuficiente abordaje que se le da a la

probleática si se tiene en cuenta que la ciudad de Bogotá cuenta con alrededor de 20 localidades.

En este sentido, Reyes (2002b) concluye que en la mayoría de los países del mundo han centrado la mayoría de sus esfuerzos y han hecho énfasis en la epidemiología del suicidio en materia de mayor o menor repetición de suicidios con respecto a los diferentes factores psicosociales que influyen, así como en intentar modificar las conductas de riesgo, olvidando que si centran sus esfuerzos en una estrategia participativa, preventiva y formativa, podría suponer un abordaje pertinente y eficaz para la atención del fenómeno del suicidio; esto a su vez podría resultar mas económico y aportaría en la solución de muchos otros problemas sociales que el suicidio tiene de trasfondo. Lo anterior no significa que la información epidemiológica no sea importante, puesto que se podría decir que es el punto de inicio para conocer cuáles han sido los alcances de la problemática en determinado periodo de tiempo y que factores se asocian a esta, ya que por el contrari la union de los dos modelos implicaría la implementación de un modelo integral que permita la retroalimentación y participación de la comunidad, rompiendo de esta manera la idea de que es una problemática ajena a su cotidianidad.

Al respecto se podría tomar como ejemplo las gestiones que ya están planteadas en algunos países del mundo, las cuales vale la pena mencionar dentro de esta discusión para tener un punto de referencia sobre algunos aspectos que puedan estar faltando en Colombia, que se puedan mejorar o que deban continuar como están. Este es el caso de Inglaterra en donde a los médicos de cualquier centro de salud se les capacita para la detención de ideas suicidas, es algo que se podría pensar esta intentando hacer la Secretaria Distrital de Salud con el SISVESCO, por lo tanto se podría decir que este tipo de gestiones están en proceso de creación. Por otro lado en Inglaterra se encontraron igualmente otros avances en relación al control de acceso a mecanismos que facilitan los intentos suicidas, mecanismo que puede

ser igualmente efectivo para adoptar dentro de las estrategias de prevención en Colombia (Pérez Barrero, 2005).

En Noruega, Suecia Y Nueva Zelanda, se han fortalecido ampliamente los servicios de salud, en materia de entrenamiento del personal médico, la atención en el área de salud mental es rigurosa y cuenta con un fácil acceso, lo cual no es muy diferente a lo que se ha venido intentando hacer en Colombia sin embargo si prestan mayor atención a la información que se maneja en los medios de comunicación y la cantidad de expertos e investigaciones sobre el tema es aparentemente mas significativa; en estos países, contrario al caso colombiano se ha trabajado mas en romper los esquemas sociales que existen dentro de la sociedad en relación al suicidio, lo cual como se ha puesto en manifiesto anteriormente es uno de los factores de mayor incidencia en la efectividad de las diferentes gestiones que han intentado llevar acabo las entidades gubernamentales, y es en cierta medida la base para abrir canales de comunicación mas amplios con la sociedad.

## Conclusiones

Esta investigación monográfica nació con el interés de darle al suicidio una mirada distinta a la discutida perspectiva clínica que en repetidas ocasiones se ha retomado en diferentes investigaciones anteriores. Es por esto que se pretendió analizar las gestiones que las entidades gubernamentales han llevado a cabo por medio de algunas Políticas Públicas que se han diseñado y ejecutado durante la última década por parte del gobierno nacional y Distrito, con respecto a la atención y la prevención de la conducta suicida, todo esto por medio de la metodología cualitativa denominada revisión documental.

En conclusión, aunque en algunas ocasiones las políticas públicas, estén formuladas bajo un modelo de empoderamiento e inclusión de la sociedad al momento de ponerlo en marcha esto no se hace evidente. El caso particular del suicidio no es la excepción puesto que aunque a lo largo de los años si han existido diversas estrategias ejecutadas por los diferentes organismos gubernamentales las cuales van enmarcadas dentro de planes, estrategias y campañas a nivel prevención y atención y/o divulgación de los mecanismos para evitar el suicidio, como lo son: el Manual del Primer Respondiente, la Línea de Atención Psicológica 106, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida SISVECOS y las campañas de Salud al Colegio, a pesar de los cuales los índices de suicidio en Colombia y principalmente en Bogotá no han logrado disminuir en el transcurso de los 25 años que fueron analizados en la presente investigación.

Se podría llegar a pensar que lo anterior obedece a que las acciones gubernamentales han estado basadas en un modelo tecnocrático que se caracteriza por desconocer gran parte de las dimensiones del fenómeno que se pretende tratar y es excluyente con las necesidades de la comunidad a la que se le va a implementar dicha política.

En el caso particular del suicidio se han podido reconocer algunas falencias que puedan estar afectando el buen desarrollo e implementación de

las políticas públicas por parte de las diferentes entidades gubernamentales. Al parecer inicialmente tienen que ver con la manera como se ha venido entendiendo el fenómeno a través de esta última década, puesto que no se tiene claridad suficiente si lo que se está tratando es un fenómeno de carácter patológico e individual o por el contrario una problemática social de orden colectivo, que es propia de diferentes realidades y que se presenta en determinados momentos.

En esta medida se pudo comprender por medio de esta investigación que para que las acciones gubernamentales surtieran el efecto esperado es necesario comprender las realidades sociales e históricas que hacen parte de un país como Colombia, en el que por su puesto se entienda que los factores sociales como: (la pobreza, la corrupción, el desempleo, la violencia intrafamiliar, etc.) influyen en gran medida dentro de la conducta suicida. es por esto que es vital que los organismos gubernamentales adopten dentro de sus planes en materia de gestión, atención y prevención de la conducta suicida un componente sistémico que visibilice la importancia de comprender e intervenir este tipo de fenómenos como procesos sociales de alta complejidad en los que influye el contexto, las relaciones y las diferentes subjetividades en las que el lenguaje obtiene un papel primordial.

En este orden de ideas la importancia del lenguaje y del cómo se está manejando la información concerniente al suicidio se pudo concluir que esta es una de las cosas que más influye de forma negativa en la efectividad de las gestiones puesto que en la medida en que no se cuente con mayor accionar para romper con los esquemas que el imaginario colectivo tiene sobre el suicidio así como la información inadecuada que usualmente manejan los medios de comunicación, los cuales por el contrario deberían sentar sus esfuerzos en enriquecer la temática de forma tal que las personas puedan comprender y empoderarse del fenómeno como propio.

Contrario a esto lo que se encontró es que la mayoría de los esfuerzos en el transcurso de los años han estado centrados en la epidemiología del



suicidio, y aunque se reconoce que esta es importante en la medida en que da las herramientas para conocer los alcances del mismo, resulta insuficiente si no se retroalimenta con la percepción de la comunidad en pro de romper con la idea de que esta es una problemática ajena a su realidad cotidiana

## Sugerencias

Finalmente se considera importante plantear algunas sugerencias que permitan a futuras investigaciones profundizar más sobre esta temática tan importante y a la vez tan desconocida.

Con respecto a las acciones que permitan mejorar en un futuro las políticas públicas con respeto a el suicidio, sería importante tener en cuenta algunas políticas básicas que se han llevado acabo en otros países y que si se adaptan al contexto Colombiano es posible que den resultados interesantes. Este es el caso de el entrenamiento paulatino de todo el personal médico con el que cuentas las diferentes entidades de salud, tener un mayor control sobre la forma como los medios de comunicación estan transmitiendo la informacion acerca del suicidio a la sociedad en general; y si por el contrario se podría pedir su colaboración para que se transmitan de manera constante las estiones que realiza el gobierno para que la comunidad cuente con mas información.

En esta medida la Psicología de la Salud, la Social y la Comunitaria están en la obligación de formar parte activa en la creación de políticas que realmente suplan las necesidades de la comunidad teniendo en cuenta los principios encontrados por Ojeda Rosero & Villalobos Galvis (2011) en la investigación que realizaron en el departamento de Nariño sobre la percepción que tenía la comunidad sobre las políticas públicas en relación al suicidio que se mencionaran a continuación: Integridad y respeto por las distintas dimensiones humanas, responsabilidad social por parte de todos los sectores sociales, respeto por la diversidad de etnias y culturas, reconocimiento y aceptación por las identidades juveniles, calidad y eficacia por parte de los entes prestadores de servicio y por último, que se presten los servicios de manera equitativa. Solo de esta manera podrán servir de puente entre las personas del común y el Estado.

En cuanto a futuras investigaciones al respecto de este tema, se sugiere que: dado que en este estudio se utilizó la metodología de revisión documental,

contiene información para que más adelante se pueda realizar otro estudio ya no solo de carácter cualitativo si no mixto que tenga como fin conocer el real alcance que tienen las Políticas Públicas realizadas por el gobierno nacional y Distrital, dentro de la población colombiana específicamente en la ciudad de Bogotá debido a que en esta ciudad es donde existe mayor densidad poblacional. Esto permitirá que a su vez las entidades tengan conocimiento del por qué a pesar de sus esfuerzos los índices de suicidio no disminuyen sino que por el contrario aumentan cada año

Se sugiere además que las diferentes entidades, faciliten el acceso a la información en pro de que cualquier persona sin importar su nivel académico pueda tener acceso a esta ya que en esta medida al empoderarse de la problemática existe mayor posibilidad de prevenirla. De igual forma, facilitar la información en materia de investigaciones futuras, hace posible que el material con el que se cuente sea mas confiable y permitirá profundizar más en el tema, puesto que finalmente cualquier investigación que se realice permitirá dar respuestas a nuevas preguntas que servirán para mejorar o mantener las políticas con las que ya se cuenta o plantear nuevas que sean eficaces y tengan en cuenta el contexto y las verdaderas necesidades de la comunidad con la idea de salvar mayor cantidad de personas.

Por último, se sugiere realizar una investigación que permita conocer que tan efectivos están siendo los canales de comunicación entre el Estado y el Gobierno en cuanto a los planes y campañas que se efectúan en contra de la conducta suicida debido a que en esta investigación se hizo evidente que existen algunas falencias al respecto.

## Referencias

- 2 GM block. (20 de Agosto de 2010). 2 GM block. Recuperado el 6 de Abril de 2012, de Rudolf Hess: el suicidio de último nazi: <http://2gmblog.blogspot.com/2010/08/rudolf-hess-el-suicidio-de-ultimo-nazi.html>
- Academia de Ciencias Luventicus. (2003). Luventicus.org. Recuperado el 23 de Marzo de 2012, de <http://www.luventicus.org/articulos/03U011/durkheim.html>
- ADEPAC. (s.f). Asociación para el desarrollo de la psicología analítica en Colombia. Recuperado el 5 de Enero de 2013, de <http://www.adepac.org/b-1.htm>
- Aguilar Astorga, C. R., & Lima Facio, M. A. (Septiembre de 2009). *Contribuciones a las Ciencias Sociales* . Recuperado el 27 de Abril de 2012, de ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas?: <http://www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm>
- Alcoz, J. B. (2007). "Por la qual cosa es dapinado". Suicidio y muerte accidental en la Navarra bajo-medieval . Anuario estudios medievales , 27-69.
- Alejo, H., & Cardona, G. (2011). Sistema de vigilancia epidemiológica dela conducta suicida SISVECOS. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud, direccion de Salud Publica.
- Alejo, H., González Ortiz, J. O., & Hernández, W. (2003). Conducta Suicida según ciclo vital. *Forensis* , 106-119
- Arias, R. N. (2006). Psicoenergetica. metodo de psicoterapea corporal para integrar las emociones y el cuerpo. Mexico: Pax México.
- Aries, P., & Duby, G. (1992). Historia de la vida privada. T. 1: "Imperio romano y antigüedad tardía. Madrid: Taurus.

- Arroyave Alzate, S. (2011). Las Políticas Públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos. (U. Nacional, Ed.) *Revista del Departamento de Ciencia Política* (1), 95-111.
- Barrero, S. A. (1999). EL SUICIDIO, COMPORTAMIENTO Y PREVENCIÓN. *Cubana de medicina general integral*, 196-217.
- Barrionuevo, C., Brito, R., & Wolfenson, Á. (s.f.). El Suicidio: Reflexiones ético-históricas. *Psiquiatría Universitaria*, 7, 111-120.
- Bardach, E. (2004). *Los ocho pasos para el análisis de Políticas Públicas; un manual para la práctica*. Mexico: CIDE
- Becco, H. J. (1992). *Historia real y fantástica del Nuevo mundo*. Caracas: Biblioteca Ayacucho.
- Beltran, R., Canet, J. L., & Sirera, J. L. (1997). *Historia y Ficciones: Coloquio sobre la literatura del siglo XV*. Vaencia : Universitat de Valencia Departament de Filologia Espanola
- Bertalanffy, L.V. (1976). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. (J. Almela, Trad.) Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Berua, J. B. (1964). *Historia de las religiones Vol 1*. España: Senen Martin.
- Biografia.info. (s.f.). Biografia.info. Recuperado el 22 de Marzo de 2012, de Biografía de Herodoto: <http://www.biografica.info/biografia-de-herodoto-1146>
- Biografias de. (2011). Biografias de . Recuperado el 9 de Abril de 2012, de <http://www.biografias-de.com/fritz-perls>
- Blazquez, N. (2010). *Bioética y Biotanasia*. Madrid: Visión Libros.
- Boeree, G. (1998). *Psicología-online*. Recuperado el 10 de Abril de 2012, de <http://www.Psicología-online.com/ebooks/personalidad/frankl.htm>

- Boeree, G. (1998). Teorías de la personalidad: una selección de los mejores autores del siglo XX (2006 ed.). (R. E. Roques, Trad.) Santo Domingo, Gazcue, Republica Dominicana: UNIBE.
- Boeree, G. (S.f.). Webspase. Recuperado el 9 de Abril de 2012, de <http://webspase.ship.edu/cgboer/jung.html>
- Bohórquez Vera, M. d., Espinosa González, J. P., López Lara, L., Pareja Sánchez, L. A., Sánchez Hernández, A. M., González Ortíz, J. O., y otros. (2004). Suicidio y niñez: Factores relacionados con el suicidio en mujeres menores de 18 años en Bogotá durante el año 2003. *Forensis* , 184-227.
- Bremmer, J. N. (2002). El concepto del alma en la antigua Grecia. Madrid: Siruela.
- Burke, P. (2000). El renacimiento europeo. España: Libros de Historia.
- Byler, D. (1999). Animo Dios no nos olvida. Barcelona: Clie.
- Caracol televisión. (16 de Mayo de 2011). Suicidio en Bogotá. (Youtube.com, Ed.) Bogotá, Cundinamarca, Colombia. Recuperado el 2 de Septiembre de 2012, de Suicidio en Bogotá: <http://www.youtube.com/watch?v=GJwBHLNEtWY&feature=fvwrel>
- Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(4):231–8.
- Castaño Henao, B. L. (2005). Filicidio-suicidio. Un reto por estudiar. *Forensis* , 178-203.
- Castro, D. V. (2010). El suicidio, sus estatutos y ética del psicoanálisis. (D. d. Antioquia, Ed.) *Affectio Societatis* (12), 1-13.
- Citytv. (16 de Mayo de 2011). Hombre Se Quita La Vida Al Norte De Bogotá. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Centro de prensa OMS. (10 de Septiembre de 2012). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2012, de Día Mundial para la Prevención del Suicidio:

[http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_suicide\\_prevention\\_day/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/es/index.html)

Colombialink. (2010). Colombialink. Recuperado el 27 de Agosto de 2012, de Samuel Moreno Rojas - Alcalde de Bogotá:

[http://www.colombialink.com/01\\_INDEX/index\\_personajes/politica/moreno\\_samuel.html](http://www.colombialink.com/01_INDEX/index_personajes/politica/moreno_samuel.html)

Colombialink. (2010). Colombialink. Recuperado el 06 de Octubre de 2012, de Luis Eduardo Garzón - Alcalde de Bogotá:

[http://www.colombialink.com/01\\_INDEX/index\\_personajes/politica/garzon\\_luis\\_eduardo.html](http://www.colombialink.com/01_INDEX/index_personajes/politica/garzon_luis_eduardo.html)

Copyright. (2006). Frases & pensamientos. Recuperado el 10 de Abril de 2012, de <http://www.frasesypensamientos.com.ar/autor/thomas-szasz.html>

Congreso de la república. (16 de Julio de 1979). Ministerio de Salud y protección social. Recuperado el 2 de Octubre de 2012, de Ley 9 de 1979:

<http://www.minSalud.gov.co/Normatividad/LEY%200009%20DE%201979.pdf>

Congreso de la Republica de Colombia. (9 de Enero de 2007). Ministerio de Salud. Recuperado el 24 de Julio de 2012, de Ley número 1122 del 2007: <http://www.minSalud.gov.co/Normatividad/LEY%201122%20DE%202007.pdf>

Daniels, C. (5 de Junio de 2012). King 5. Recuperado el 16 de Julio de 2012, de La ley de Washington de prevención del suicidio es la primera de su tipo: <http://translate.google.com.co/translate?hl=es&langphttp://www.king5.com>

/health/Washingtons-suicide-prevention-law-is-first-of-its-kind-157334245.html

David, R. (2004). La religión y la magia en el antiguo Egipto. Barcelona: Critica.

Durkheim, É. (2008). El Suicidio. España: Akal.

El Arco Interno. (2009). El Arco Intern. Recuperado el 9 de Abril de 2012, de Alexander Lowen: [http://www.arcointerno.com.ar/art\\_biografias.html](http://www.arcointerno.com.ar/art_biografias.html)

El Espectador. (8 de Abril de 2008). El espectador.co. Recuperado el 8 de Agosto de 2012, de Alarma en Bogotá por suicidio de jóvenes: <http://www.elespectador.com/node/9210/noticias>

El espectador.com. (16 de Mayo de 2011). El espectador.com. Recuperado el 2 de Septiembre de 2012, de Se lanzó hombre desde una antena de celular en el norte de Bogotá: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/articulo-270244-se-lanzo-hombre-una-antena-de-celular-el-norte-de-bogota>

El tiempo.com. (16 de Mayo de 2011). El tiempo.com. Recuperado el 2 de Septiembre de 2012, de El hombre se impulsó y se lanzó en la calle 166 con carrera 14A, a las 11:43 de la mañana.: <http://m.eltiempo.com/colombia/bogota/un-hombre-murio-tras-lanzarse-de-una-antena-de-30-metros-en-bogota/9362824/1>

Escobar. Triana. (1999). Morir como el ejercicio final de derecho a una vida digna. Bogotá: El Bosque

Eguiluz Romo, L. D. (2011). Uaricha Revista de Psicología, 8 (6), 66-90.

Espanyol, R. (2011). Breve historia del holocausto. Madrid: Nowtilus S.L.

Frankl, V. (2002). Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia. Mexico: Fondo de cultura economica.



- Franco, E, Toro, J. (2002). La eutanasia: Estimación del sufrimiento. Bogotá: Universidad Libre.
- Ferretti, O. (18 de Febrero de 2011). Historia y humanidades. Recuperado el 24 de Marzo de 2012, de El aporte de la sociología de Durkheim al suicidio: <http://omar-ferretti.suite101.net/el-aporte-de-la-sociologia-de-durkheim-al-suicidio-a40536>
- Fernandez, C., & Perilla, S. (9 de Septiembre de 2009). El Tiempo.com. Recuperado el 25 de Junio de 2012, de Seis suicidios se presentan diariamente en Colombia, según cifras de Medicina Legal: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-6062807>
- Ford, N. (1988). When did I begin? Conception of the human individual in history.
- Gangutia Elícegui, E. (2004). La fuerza y lo efímero: Jóvenes en los poemas homéricos. *Mélanges de la Casa de Velázquez. Jóvenes en la historia* (34-1), 17-42.
- Garzon, L. E. (31 de Octubre de 2007). *Alcaldía de Bogotá*. Recuperado el 23 de Abril de 2012, de Decreto 503 del 2007: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27237>
- Gligo, N. (2001). Notas sobre la historia Ecológica de América Latina. En N. Gligo, *La dimensión ambiental en el desarrollo de América Latina* (págs. 55-91). Chile: CEPAL.
- Gomes, A. (27 de Septiembre de 2009). Resumen de Historia. Recuperado el 6 de Abril de 2012, de <http://www.resumendehistoria.com/2009/09/biografia-de-adolfo-hitler-resumen.html>
- Gomes, A. (26 de Febrero de 2011). Resumen de Historia. Recuperado el 6 de Abril de 2012, de <http://www.resumendehistoria.com/2011/02/las-guerras-mundiales-resumen.html>

- Gómez, A. (25 de Septiembre de 2009). Resumen de Historia. Recuperado el 13 de Marzo de 2012, de <http://www.resumendehistoria.com/2009/09/cristobal-colon-pequena-biografia.html>
- Gómez, A. (28 de Febrero de 2011). Resumen de Historia. Recuperado el 6 de Abril de 2012, de <http://www.resumendehistoria.com/2011/02/biografia-de-benito-mussolini-resumen.html>
- Gonzales, S., & Farrill, M. d. (2003). Conductas suicidas enfoque sistémico. *Revista cubana de Psicología*, 20, 117-127.
- Gonzalez Ortíz, J. O. (2007). Epidemiología de los Suicidios. *Forensis* , 181204.
- González Ortíz, J. O. (2001). LOS SUICIDIOS: COLOMBIA 2001. *Forensis* , 167-191.
- González Ortíz, J. O. (2000). Los suicidios. *Forensis* , 118-141.
- Gonzales, P., & Trindade, J. (2006). Derecho penal y criminología Latinoamericana
- Guardiola, P. A., Araujo, H. T., & Castillo, S. M. (10 de Junio de 2008). Institución Educativa Distrital "Laura Vicuña". Recuperado el 20 de Marzo de 2012, de [http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Flecturito.wikispaces.com%2Ffile%2Fview%2FMODERNIDAD.pptx&ei=tRRpT8vrEfLIsQLbn7SmCQ&usg=AFQjCNFZZ8Qg5WUdarfyrd5hkTHxuacpBw&sig2=Cnw2PLeA\\_YEKESO XuFJY7A](http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Flecturito.wikispaces.com%2Ffile%2Fview%2FMODERNIDAD.pptx&ei=tRRpT8vrEfLIsQLbn7SmCQ&usg=AFQjCNFZZ8Qg5WUdarfyrd5hkTHxuacpBw&sig2=Cnw2PLeA_YEKESO XuFJY7A)
- Guibert Reyes, W., & Torres Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista cubana de medicina integral*, 17, 452-460.

Hernández, W. (2002). Los suicidios en Colombia entre el libre y la prevención. *Forensis* , 111-127.

Hooper, N., & Bennett, M. (2001). Atlas ilustrado la guerra en la Edad Media: 768-1492. Madrid: AKAL.

Iacud, R. (2001). Proyectar la vida el desafío de los mayores. Buenos Aires: Manantial.

Izquierdo, F. M. (25 de Marzo de 2010). Psicología online. Recuperado el 20 de Febrero de 2011, de Psicología online: [HYPERLINK "http://www.Psicología-online.com/monografias/9/index.shtml"](http://www.Psicología-online.com/monografias/9/index.shtml)

Kalmanovitz, S. (Agosto de 2004). Nueva Sociedad. org. Recuperado el 24 de Septiembre de 2012, de Recesión y recuperación de la economía colombiana: [http://www.nuso.org/upload/articulos/3211\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/3211_1.pdf)

La cariñosa. (16 de Mayo de 2011). *La cariñosa.com*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2012, de Vigilante despechado se lanza de cabeza desde torre de 30 metros : <http://www.xn--lacariosa-q6a.com/joven-despechado-se-lanza-de-cabeza-desde-torre-de-30-metros/>

La Filosofía en el Bachillerato. (2001). La Filosofía en el Bachillerato. Recuperado el 15 de Mayo de 2012, de [http://www.webdianoia.com/platon/platon\\_bio.htm](http://www.webdianoia.com/platon/platon_bio.htm)

Leon, M. d. (S.f.). Reocities. Recuperado el 19 de Marzo de 2012, de <http://www.reocities.com/juancast/index31.html>

Lorca, A. M. (S.f.). Recuperado el 22 de Marzo de 2012, de EL ANTIGUO EGIPTO EN LA CULTURA GRIEGA: <http://www.andresmlorca.com/documentos/EI%20antiguo%20egipto%20en%20la%20cultura%20griega.pdf>

Lowy, M. (6 de Noviembre de 2004). Ediciones Simbióticas. Recuperado el 5 de Abril de 2012, de Barbarie y modernidad en el Siglo XX: <http://www.edicionessimbioticas.info/Barbarie-y-modernidad-en-el-Siglo>

Lozano, A. (2011). Breve historia de la primera guerra mundial. España: Nowtilus.

Luna Vargas, J. A., Llanos Rivera, J., & Sarmiento Anzola, L. (2005). Universidad San Martín. Recuperado el 27 de Junio de 2012, de El suicidio en Colombia, una lectura desde el Análisis Existencial y la Logoterapia: [http://www.sanmartin.edu.co/academicos\\_new/Psicología/revista/el\\_suicidio\\_en\\_colombia\\_una\\_lectura\\_desde\\_el\\_analisis\\_existencial.pdf](http://www.sanmartin.edu.co/academicos_new/Psicología/revista/el_suicidio_en_colombia_una_lectura_desde_el_analisis_existencial.pdf)

Maldonado Castañeda, C. E. (Mayo-Junio de 2005). Acerca del estatuto epistemológico de la bioética. Derecho y Vida. *Ius et vita* (No. LII - No. LIII), 1-4.

Malvido, E. (Diciembre de 2010). El suicidio entre los esclavos negros en el Caribe en general y en el francés en particular. Una manera de evasión considerada enfermedad. Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos, 113-124.

Maresca, S. J. (2004). Universidad de ciencias Empresariales y Sociales. Recuperado el 20 de Marzo de 2012, de El suicidio Hume y los griegos: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/123456789/612/1/El%20suicidio.pdf>

Martinez, R. (25 de Agosto de 2005). Monografías. Recuperado el 13 de Marzo de 2012, de <http://www.monografias.com/trabajos25/colonizacion-america/colonizacion-america.shtml>

Martinez, D., Gutierrez, M. d., Uriza, P., Bernal, G., Mendoza, S., & Sierra, M. L. (Agosto de 2011). Centro de Historia y Patrimonio cultural de Sutatausa. Recuperado el 13 de Marzo de 2012, de

[http://openarchive.icomos.org/989/1/1.PROYECTO\\_ARTE\\_RUPESTRE\\_SUTATAUSA\\_INTRO.pdf](http://openarchive.icomos.org/989/1/1.PROYECTO_ARTE_RUPESTRE_SUTATAUSA_INTRO.pdf)

Mazzarell, L. O. (S.f.). Adolescenza. Recuperado el 27 de Marzo de 2012, de El Suicidio: <http://www.adolescenza.org/suicidio.pdf>

Millan de Benavides, C., & Estrada, A. M. (2004). Pensar (en) género. teoría y practica para nuevas cartografias del cuerpo. Bogota: Pensar.

Millán, T. A. (29 de Febrero de 2008). *Metodologia de la Investigación*. Recuperado el 7 de Mayo de 2012, de Investigacion cualitativa: <http://metodoinvestigacion.wordpress.com/2008/02/29/investigacion-cualitativa/>

Ministerio de Protección Social. (10 de Agosto de 2007). Decreto número 3039. Recuperado el 24 de Julio de 2012, de Ministerio de Salud: <http://www.minSalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF>

Ministerio de Salud. (18 de Junio de 1998). Ministerio de Salud. Recuperado el 24 de Julio de 2012, de Resolución Numero 2358 de 1998: <http://www.minSalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%3%93N%202358%20DE%201998.pdf>

Ministerio de Salud y protección social. (10 de Septiembre de 2012). *Ministerio de Salud y protección social*. Recuperado el 10 de Octubre de 2012, de Prevención del suicidio en todo el mundo: más protección y más esperanza: <http://www.minSalud.gov.co/Paginas/Prevencion-del-suicidio-en-todo-el%20mundo-m%3%A1s-protección-y-mas-esperanza.aspx>

Misión del Sector Salud y Protección Social. (S.f.). Misión del Sector Salud y Protección Social. Recuperado el 12 de 08 de 2012, de <http://www.minSalud.gov.co/Ministerio/Paginas/Misi%C3%B3n,Visi%C3%B3nyPrincipios.aspx>

- Moliní, E. (2005). Aportaciones teóricas y metodológicas a un enfoque Gestalt sistémico. Acta del II Congreso Nacional de Gestalt , (págs. 2-7).
- Moncada Tuta, N. L. (2011). Comportamiento del suicidio en Colombia en el 2011. *Forensis*, 245-265.
- Morales, O. A. (14 de Diciembre de 2004). *Universidad de los Andes Venezuela*. Recuperado el 7 de Mayo de 2012, de <http://webdelprofesor.ula.ve/odontologia/oscarula/publicaciones/articulo18.pdf>
- Moreno., C. E. (S.f.). *Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Recuperado el 23 de Abril de 2012, de [http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=13](http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=13)
- Morin, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Moron, P. (1992). *El suicidio*. Mexico: Publicaciones Cruz SA.
- Najles, A. R. (S.f.). *El niño globalizado, segregacion y violencia*. La paz: Plural Editores
- Ojeda Rosero, D. E., & Villalobos Galvis, F. H. (29 de Abril de 2011). *Revista colombiana de Psicología* . Recuperado el 23 de Octubre de 2012, de *Elementos para una Política Pública desde la Percepción del Suicidio en Nariño*: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/Psicología/article/view/14414/28674>
- O'Hanlon, B. (2005). *Crecer a partir de las crisis*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria en Salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de Centro de prensa: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2011). Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la Salud (resumen). Washington, D.C.: World Report on Violence and Health: Summary.

Palacio, A. F. (2010). La Comprensión Clásica del Suicidio. de Emile Durkheim a nuestros días. (U. d. Departamento de Psicoanálisis, Ed.) Revista *Affectio Societatis*, 7 (12), 1-12.

Parma, C. Recuperado el 25 de Junio de 2012, de Victimología del suicidio: [http://www.carlosparma.com.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=163:victimologia-del-suicidio-&catid=48:Psicología-forense&Itemid=27](http://www.carlosparma.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=163:victimologia-del-suicidio-&catid=48:Psicología-forense&Itemid=27)

Pérez Barrero, S. A. (2005). *Revista trimestral latinoamericana y caribeña de desarrollo sustentable futuros*. Recuperado el 30 de Octubre de 2012, de Recomendaciones para una estrategia de prevención del suicidio: [http://www.revistafuturos.info/futuros\\_11/suicidio1.htm](http://www.revistafuturos.info/futuros_11/suicidio1.htm)

Parés Farras, R. (2007). *Cartas a Nuria: Historia de la ciencia*. Cordoba: books4pocket.

Perls, F. (1999). *El enfoque gestáltico. Testimonios de terapia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

Pineda, E. N. (2 de Noviembre de 2010). Scribd. Recuperado el 4 de Julio de 2012, de El suicidio en Colombia: <http://www.scribd.com/doc/21070644/El-Suicidio-en-Colombia>

- Pineda Pablos, N. (2007). El concepto de política pública: Alcances y limitaciones. *Seminario de políticas públicas*, (págs. 1-27). Mexico.
- Psicomundo. (1995). Psiconet.org. Recuperado el 27 de Marzo de 2012, de [www.lacan/biografia/biografia-psidysk.htm](http://www.lacan/biografia/biografia-psidysk.htm)
- Psicología en línea . (Sf). Costasur.com. Recuperado el 21 de 04 de 2012, de <http://Psicología.costasur.com/es/acting-out.html>
- Porta, L., & Silva, M. (Octubre de 2003). *Universidad Católica de Cordoba*. Recuperado el 8 de Mayo de 2012, de La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa: <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>
- Puerto, F. J. (1991). *Historía de las ciencias y de la técnica*. Madrid: Akal, S.A.
- Posada Villa, J. A. (2010). Análisis especial sobre la depresión e indicadores de suicidio. The WHO World Mental Health Survey Consortium, 7-70.
- Redacción Editorial. (7 de Julio de 2011). La vanguardia .com. Recuperado el 22 de Septiembre de 2012, de El suicidio en los jóvenes: <http://www.vanguardia.com/opinion/editorial/111656-el-suicidio-en-los-jovenes>
- Redacción EL UNIVERSAL.com.mx. (11 de Diciembre de 2006). El universal. Recuperado el 3 de Marzo de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/393244.html>
- Reyes, W. G. (2002). La promoción en Salud ante el suicidio. *Revista Cubana de Medicina*(1), 18, 33-45.
- Reyes, W. G. (2002). Prevención de la conducta suicida en la APS. Recuperado el 21 de Abril de 2012, de Prevención de la conducta suicida en la APS: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_2\\_02/mgi09202.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi09202.htm)



Rodriguez, L. C. (S.f.). Fundación Universitaria Autónoma de Colombia. Recuperado el 3 de Marzo de 2012, de [http://www.fuac.edu.co/recursos\\_web/descargas/grafia/secular.pdf](http://www.fuac.edu.co/recursos_web/descargas/grafia/secular.pdf)

Rodríguez Gama, A. (2006). El suicidio y su prevención. *Forensis*, 273-312

Roth Deubel, A. N. (2009). La evaluación de Políticas Públicas en Colombia: una mirada crítica a partir de las prácticas evaluativas oficiales de los programas de la "Red de Apoyo Social". *Revista del CLAD Reforma y Democracia* (45), 1-14.

Sasak, M. (1994). Who Became Kamikaze Pilots, And How Did They Feel Towards Their Suicide Missions?(W. Fitzhugh, Ed., & Exordio, Trad.) Virginia, Estados Unidos: The Concord Review.

Save the children. (2010). La crisis económica y la niñez. Mesa de economía Alianza por la niñez colombiana, 2-19.

Secretaria Distrital de Salud y el centro regulador de urgencia. (s.f.). Manual del primer respondiente: Secretaria Distrital.

Senado de la república de Colombia. (10 de Enero de 2005). Secretariassenado.gov.co. Recuperado el 15 de Julio de 2012, de Ley 599 de 2000: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2000/ley\\_0599\\_2000\\_pr003.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2000/ley_0599_2000_pr003.html)

Séptimo Día. (31 de Julio de 2011). El Suicidio. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Sheen, M. M. (28 de Octubre de 2010). Terapia Familiar Sistémica. Diálogos desde el sótano. Recuperado el 16 de Abril de 2012, de Relación parento-filial: ¿Jerárquica o recíproca?: <http://terapiafamiliarsistemica.wordpress.com/2010/10/28/relacion-parento-filial-%C2%BFjerarquica-o-reciproca/>

Sociología Contemporánea. (19 de Diciembre de 2004). Sociología Contemporánea. Recuperado el 4 de Abril de 2012, de <http://sociologiac.net/2004/12/19/biografia-norbert-elias/>

Subirats, E. (1983). El alma y la muerte. Barcelona: Anthropos Editorial del Hombre.

Segovia, F. H. (2003). Santo Tomás. Madrid : Editex.

Szasz, T. (2002). Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Barcelona: Paidós

Tavárez, J. (1 de Abril de 2011). José Tavárez.net. Recuperado el 6 de Abril de 2012, de El suicidio: ¿Un acto de valentía o cobardía?: [josedavarez.net/suicidio.html](http://josedavarez.net/suicidio.html)

Tello Pedraza, J. E. (2010). Comportamiento del suicidio en Colombia. *Forensis* , 212-134.

Trujillo, G. (10 de Febrero de 2011). Grupo ACF. Recuperado el 8 de Abril de 2012, de Psicología humanista análisis transaccional counseling psicoterapia: <http://grupo-acf.com/2011/02/Psicología-humanista-analisis-transaccional-counseling-psicoterapia-centrada-en-el-cliente/>

Thode, R. (2010). [egiptologia.org](http://www.egiptologia.org). Recuperado el 20 de Marzo de 2012, de <http://www.egiptologia.org/mitologia/panteon/anubis.htm>

Tuesca Molina, R., & Navarro Lechuga, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*. Barranquilla, 17,19-28.

Urbina, F. P. (s.f.). Material Historia y Ciencias Sociales. Recuperado el 6 de Abri de 2012, de LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL (1939-1945): <http://histeriahumanista.blogspot.es/img/iigm.pdf>

Valenzuela Cortés, D. M. (2008). Suicidio. *Forensis* , 191-215.

Valenzuela Cortés, D. M. (2009). Suicidio. Colombia 2009: Epidemiología del Suicidio. *Forensis* , 200-233.

Valls, F. R. (2003). Hume. Madrid: Editex.

Vargas-Mendoza, J. E. (2009) Ansiedad y miedo a la muerte. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. En [http://www.conductitlan.net/ansiedad\\_y\\_miedo\\_a\\_la\\_muerte.ppt](http://www.conductitlan.net/ansiedad_y_miedo_a_la_muerte.ppt)

Varona, R. (17 de Junio de 2009). La vanguardia.com. Recuperado el 19 de Marzo de 2012, de En memoria : <http://enmemoria.lavanguardia.com/cultura-funeraria/ritos-funerarios/ritos-funerarios-del-antiguo-egipto.html>

Verlinden, C., & Perez, F. (2006). Cristobal Colon y el descubrimiento de América. España: Rialp.

Yama'a islamica de la -andalus. (1 de Diciembre de 2009). Publicación digital Islam y Al-Andalus. Recuperado el 6 de Abril de 2012, de [http://www.islamyal-andalus.es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=50:kamikaze&catid=44:memoria&Itemid=120](http://www.islamyal-andalus.es/index.php?option=com_content&view=article&id=50:kamikaze&catid=44:memoria&Itemid=120)

Zarate Lezama, I. A. (2003). Factores psicosociales familiares asociados alienación sexual en escolares de educación secundaria en Lima cercado. Tesis para optar a grado de magister en Psicología. (F. d.-U. grados, Ed.) Lima, Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

**Apéndices**

## Apéndice A

### Caracterización del caso suicida

El 16 de Mayo del 2011 desde las ocho de la mañana un hombre de 27 años de edad decide subir por sus propios medios a una torre de celular que tenía en promedio una altura de 50 metros, ubicada en la ciudad de Bogotá capital de Colombia en la localidad de Usaquén más exactamente en el barrio Babilonia al norte de esta ciudad exactamente en la calle 164 con carrera 14 A. (El espectador.com, 2011).

Sin embargo ese no fue el único intento que hizo David para quitarse la vida durante esa misma mañana; el primer intento lo hizo al llegar a su sitio de trabajo donde se desempeñaba como vigilante, en un conjunto residencial de la localidad de Suba, en este sitio se intentó colgar utilizando su corbata y una correa pero esta no soporto el peso y se rompió, más tarde esa misma mañana fue a un puente peatonal cercano he intento lanzarse pero desistió de la idea al parecer por la altura del mismo, por ultimo decide subir a la antena de celular en donde permanece por un periodo de casi cuatro horas(8:30 a 11:15 am). Durante este trascurso de tiempo David pidió a los organismos de socorro que le suministraran aguardiente y cigarrillos, así como que trataran de comunicarse con la que sería su ex novia una joven estudiante llamada Eliana Carolina Hernández de 16 años de edad (Caracol television, 2011).

El grupo de especialistas informa que mientras se pudieron comunicar con él por celular constantemente les manifestaba sentirse triste, a eso de las 10:30 de la mañana David lanzo el celular con el que estaba en contacto con los organismos de socorro. A las 11 am David se levantó de donde estaba sentado anunciando que efectivamente se lanzaría, pero el policía lo persuade anunciándole que Carolina ya había llegado, sin embargo después el policía informo que esto nunca había sido verdad, si no que se lo habían dicho para que desistiera del suicidio. A las 11:20 de la mañana David rompe y lanza sus papeles, y es entonces cuando las autoridades tienen plena conciencia de la identidad del sujeto y su número celular. Con esta información el coronel Álvaro Bermúdez el comandante encargado de la policía de la localidad de Usaquén lo intento llamar al celular para hablar con él, y aunque este contexto, segundos después colgó la llamada; a las 11:25 tiro unas fotos en las que aparecían unas niñas por lo que las autoridades pensaron que eran sus hijas, todo esto repitiéndole constantemente a el equipo que intentaba ayudarlo que no le interesaba ver a nadie. Por ultimo a las 11:30 las autoridades despejaron el lugar para que una grúa de los bomberos intentara bajarlo, pero esto fue en vano, a las 11:45 David mirando al cielo se dio la bendición y se lanzó al vacío (El tiempo.com, 2011).

Muchas personas hoy en día piensan que las razones que llevaron a David García quien paso de ser un vigilante anónimo a ese joven que vestido con su uniforme azul y sus zapatos negros que por una mañana completa mantuvo la atención de los organismos de socorro y muchos ciudadanos, con la intención de lanzarse al vacío desde esa antena de celular, eran únicamente pasionales; y aunque esta historia tiene mucho de cierto, debido a que este fue uno de los desencadenantes principales Davis era una persona con muchas más dificultades de fondo que se analizarán más adelante.

Se sabe que el 16 de febrero anterior al suicidio había terminado la relación con Carolina con la que llevaba aproximadamente 3 años de noviazgo, los cuales comenzaron de una manera inocente y a escondidas de la madre de Carolina la cual trabajaba en una cafetería cercana un almacén de repuestos de carros donde él trabajaba y dormía, puesto que su sueldo de 100,000 pesos mensuales no le alcanzaban para pagar un arriendo y cubrir sus necesidades básicas, por esto y por el hecho de que la madre de Carolina no lo aceptaba como novio de su hija por considerarlo inferior a esta. Por esto el necesitaba de manera urgente buscar un nuevo trabajo mejor remunerado, para lo cual busco la ayuda de su hermana Diana García, pero esta se negó a ayudarlo porque consideraba que este ya era un hombre hecho y derecho y aunque le daba lastima las condiciones en las que este vivía ella manifiesta que se le salía de las manos pues David tenía problemas con su cuñado. Al respecto Carolina manifiesta lo siguiente: "Muchas veces la ausencia de las personas cercanas significa mucho, demasiado; uno necesita ser escuchado y uno necesita hablar y expresar lo que siente y muchas veces ves en el suicidio una salida" (Septimo Dia, 2011).

Además de las complicaciones económicas y sentimentales David comenzó a tener graves problemas de salud, de tipo auditivo puesto que no escuchaba bien, además no podía ver bien por lo que necesitaba gafas pero económicamente no las podía conseguir por lo cual se sentía muy aburrido y se encerró en sí mismo. Por estas razones Carolina se comenzó a deprimir puesto que sentía que estaba cargando con sus problemas y los de David; en ese momento ella le dice que se quiere quitar la vida que si él la apoyaba se tomaran un frasco de pastillas, al final desistieron de la idea porque en palabras de David con la vida no se podía jugar. Después de eso David con ayuda de Carolina consigue el trabajo como celador en el que se ganaba un poco más de 800.000 pesos mensuales y se fue a vivir con su hermana la que en un principio no quería vivir con él en este momento cambio de idea. En ese momento decide viajar en febrero del 2011 a Fusagasugá una población cercana a Bogotá donde vivía su padre para contarle lo que había pasado, esa noche conoció a Marisol García una joven de 15 años con la que según la joven mantuvieron relaciones sexuales esta información llega a oídos de Carolina a lo cual el simplemente responde que esta aburrido de la monotonía y terminaron la relación por lo cual el regresa con Marisol y en ese triángulo amoroso retomo la relación con Carolina por lo cual Marisol se inventó estar embarazada de David y él le creyó por lo cual Carolina le volvió a terminar. En ese momento Carolina se entera que tiene una infección de transmisión sexual en ese momento Carolina toma la decisión de cambiar el teléfono, cambiar de colegio y de residencia (Septimo Dia, 2011).

A causa de todo esto y sus problemas en el trabajo David cambio su temperamento se convirtió en una persona sola, poco tolerante y el sábado 14 de mayo después de tener una discusión con su hermana David se

encierra en su cuarto y escribe en su diario las siguientes palabras “la falta de fe, en momento siento que no tengo fuerzas para continuar este camino tan largo”. Al siguiente día se levantó normal para el trabajo y en ese momento le manifestó a un amigo y compañero del trabajo Héctor Dasurdo quien fue una de las personas que por última vez vio a David antes de suicidarse. Este manifiesta que el día de los hechos David le manifestó que estaba aburrido, que tenía muchos problemas y sentía ganas de dispararse, al terminar el turno y dejárselo a David, Hector se va pero decide devolverse pues necesitaba pedirle un favor, y fue entonces cuando lo encuentra encima de un carro intentando colgarse con la correa y la corbata, al intentar bajarlo la correa se rompió, pero David estaba convencido de su decisión, salió a correr y fue entonces cuando encontró la antena de celular, desde hay pidió perdón se santiguo y lanzo una carta antes de morir; Ninguno de sus familiares ni Carolina se enteraron de lo que estaba pasando a pesar de que la transmisión la pasaban cada quince minutos esperando que alguien llegara a ayudar y a convencerlo (Septimo Dia, 2011).

## Apéndice B

## Categoría: Suicidio desde una perspectiva socio histórica

Año	Tasa	Información Significativa	Análisis
1986	951	a) Desde 1988 hasta 1990 la tasa de suicidios en el género masculino representa 4 hombres de cada 100.000 habitantes y a 1 mujer por cada 100.000 personas es decir 1% menos que en los próximos años y que los 2 años anteriores (Gomez, y otros, 2002)	En Colombia desde hace 26 años el suicidio ha estado en aumento de manera significativa especialmente entre los años 1996 y 1998, justo en la época en que la crisis económica a nivel mundial ocasionada por la moratoria rusa, al momento de afectar al país, ocasiono pérdidas significativas, puesto que encontró un país débil en sus cuentas fiscales y un sector privado endeudado de manera exorbitante; hasta el punto que por medida extrema se suspendiera el financiamiento externo. Todo inicio con una caída significativa de la moneda nacional, lo que genero un desequilibrio económico y falsas expectativas dentro del mercado inmobiliario y accionario. Como era de esperarse esto genero dificultades a nivel social dentro de todos los sistemas además del económico (Kalmanovitz, 2004).
1987	958		
1988	912		
1989	831		
1990	865		
1991	1010	b) En 1991, 798 personas suicidas fueron hombres y 212 fueron mujeres, después en 1992, 850 eran hombres y 236 eran mujeres, posteriormente en el 1993, 871 eran hombres y 214 mujeres, además en 1994, 930 hombres y 268 eran mujeres, en 1995 La cantidad de personas fueron 889 hombres 261 mujeres, en 1996 la cantidad de hombres fue de 618 y 251 mujeres, estos años equivalen en tasa representativa a 5 hombres de cada 100.000 habitantes y a 1 mujer por cada 100.000 habitantes. (Gomez, y otros, 2002)	Por un lado se aumentó la violencia por parte de los grupos armados al margen de la ley, a cauda del enriquecimiento ilícito, lo que genera una coyuntura dentro de la población civil, que se une con el aumentó el desempleo y el hecho de que las familias se vieran en dificultades para poder cubrir las necesidades básicas de todos sus miembros; por otro lado esto es proporcional con el acrecimiento significativo de los índices de pobreza y desigualdad. Todas estas circunstancias sociales en un país políticamente inestable pudieron haber ocasionado que muchos colombianos tomaran la decisión desesperada de quitarse la vida como un mecanismo de escape. A pesar de dicho aumento de la conducta suicida y de las coyunturas que socialmente existían en esta época, no se encontró ningún registro que hablara
1992	1086		
1993	1085		
1994	1198		
1995	1150		
1996	1613		
1997	1692		
		c) De los cuales la mayoría Vivían en la zona urbana del país y eran solteros y además el rango de edad de las personas suicidas se ubicó de los 25 a los 49 (Gomez, y otros, 2002)	
1998	2046	a) Durante ese año se registró un aumento significativo dentro del número de suicidios y un aumento de 6% en el porcentaje de muertes violentas, de las cuales no se especifican características socio-demográficas en particular (Medicina Legal, 1999).	
1999	2089	a) La mayor parte de la población suicida durante este año se caracterizaba por ser mayor de 60 años y ser de sexo masculino, esto debido a que según el estudio realizado en este año por Medicina Legal (1999), estas edades son vulnerables por varias razones 1. Los cambios biológicos que se presentan en ese momento de la vida, 2. el miedo constante a la jubilación y 3. la alta posibilidad de presentar enfermedades orgánicas graves (Medicina Legal, 1999).	
		b) Las regiones del país donde se presentaron mayor cantidad de casos son: Valle del Cauca (296), Antioquia (273), Santander (124) y Cundinamarca (97) (Medicina Legal, 1999).	
		c) El mes de diciembre ha sido uno de los meses en donde se ha reportado mayor número de suicidios durante los últimos tres años. De igual forma los meses de agosto y marzo, son meses significativos en cuanto al número de suicidios (Medicina Legal, 1999).	
		d) De manera similar entre los años 1996-1999 el principal medio para suicidarse fue el arma de fuego (34%), seguida de la intoxicación (33%), el ahorcamiento o suspensión (22%), el lanzamiento de alturas (4%), el arma corto-punzante (2%) y el ahogamiento o sumersión (1%); al hacer un comparativo entre el género y el arma utilizada se encuentra que en las mujeres es más común utilizar sustancias para envenenarse mientras que los hombres prefieren las armas de fuego (Medicina Legal, 1999).	
		e) De los 333 casos de suicidio que se presentaron en Bogotá, 115 de estos casos dieron positivo en la prueba de alcoholemia, dando como resultado que el 56% hicieron uso de armas de fuego, seguido de un 26% con ahorcamiento y 16% por uso de sustancias tóxicas. Cabe anotar que de los casos en los que dio positiva la prueba de alcoholemia, 3% de estos casos dieron positivo en la prueba de cocaína (Medicina Legal, 1999).	
2000	2070	a) De los 2070 casos presentados, 1633 eran masculinos y 437 eran mujeres lo que quiere decir que en promedio por cada cuatro hombres que se suicidaban se suicida una mujer (González Ortiz, 2000).	
		b) A diferencia del año anterior, la mayor parte de la población suicida se caracterizaba por ser adultos jóvenes entre los 18 a 24 años (González Ortiz, 2000).	

		<p>c) El promedio de suicidios por mes fue de 174, siendo los meses con mayor número de suicidios Mayo con 192, Enero con 191 y Octubre con 182; lo que quiere decir que aproximadamente a nivel nacional se presentaron 6 casos por día, 1 caso cada cuatro horas (González Ortiz, 2000).</p> <p>d) Durante este año la mayor parte de suicidios se reportó en las regiones del Valle del Cauca y en Antioquia, y Bogotá se presentó como la ciudad con mayor número de suicidios (González Ortiz, 2000).</p>	<p>de la creación de un plan o política al respecto de la prevención de la conducta suicida de manera específica, mas halla de la inclusión del suicidio dentro de los eventos prioritarios para las áreas de salud mental (Save the children, 2010).</p> <p>Con respecto a las características sociodemográficas existen variables importantes que se han comportado de manera idéntica a través de estos 25 años; por ejemplo el hecho de que los hombres sean los que presentan mayor frecuencia de acto suicida, mientras las mujeres son las que más lo intentan. A pesar de esta marcada diferencia, entre ambos géneros y aunque sería importante por esto mismo tener en cuenta esta categoría para la futura formulación de una política o plan en materia de atención y prevención, hasta el momento no se encontró registro alguno a nivel nacional o Distrital. Siguiendo por la misma línea cabe anotar que los mecanismos que utilizan los hombres para quitarse la vida son significativamente más violentos que los utilizados por las mujeres, por tomar un ejemplo los hombres suelen tomar como herramientas las armas de fuego, la asfixia mecánica o el hecho de lanzarse al vacío, entras que las mujeres utilizan método más pasivos como infringirse cortadas en la muñecas o utilizar venenos como los raticidas o el cianuro. Por otro lado geográficamente hablando las regiones de Colombia que presentan mayor incidencia de suicidios son Antioquia, Valle y Bogotá que se toma por separado del departamento por ser la ciudad capital, son las ciudades con mayor índice de suicidio lo que se ve asociado a la densidad poblacional que existe en dichas ciudades más halla de alguna otra causa en particular de las cuales existan estudios al respecto. Una de las categorías sobre las que existe mayor preocupación a nivel nacional</p>
2001	2056	<p>a) En este año el suicidio ocupó el segundo puesto en cuanto a muertes violentas en el país (González Ortiz, 2001).</p> <p>b) La mayor parte de la población suicida se caracterizaba por estar entre los 18 a 24 años de edad (González Ortiz, 2001).</p> <p>c) 77% de la población suicida era de sexo masculino y por tanto 23% representaba el sexo femenino (González Ortiz, 2001).</p> <p>d) Nuevamente los meses con mayor número de suicidios en el año fueron marzo, junio y diciembre (González Ortiz, 2001).</p> <p>e) En cuanto a las regiones geográficas se presentó una variante importante puesto que los departamentos cambiaron radicalmente ya que en este año los índices superiores se presentaron en Guaviare Huila Risaralda y Santander (González Ortiz, 2001).</p>	
2002	2045	<p>a) Durante el 2002 de los 2045 casos de suicidio que se presentaron 1572 personas eran de sexo masculino, diferencia altamente significativa teniendo en cuenta que solo 473 casos eran de mujeres (Hernández, 2002).</p> <p>b) Durante este año el rango de edad crítica en casos de suicidio estuvo entre los 15 y los 24 años para ambos géneros (Hernández, 2002).</p> <p>c) Durante este año el Valle del Cauca es el departamento con mayor número de suicidios seguido por Antioquia y por la ciudad de Bogotá (Hernández, 2002).</p>	
2003	1938	<p>a) Durante el 2003 de los 1938 casos de suicidio que se presentaron 1485 personas eran de sexo masculino, diferencia altamente significativa teniendo en cuenta que solo 253 casos eran de mujeres. Los casos de suicidio durante este año se presentaron en promedio 5 veces al día con un intervalo de 6 horas entre cada uno (Alejo, González Ortiz, &amp; Hernández, 2003).</p> <p>b) Los meses de mayor incidencia fueron mayo, enero, diciembre y junio (Alejo, González Ortiz, &amp; Hernández, 2003).</p> <p>c) Además el promedio de edad en que se realiza dicho acto en los hombres es a los 36 años mientras que en las mujeres es a los 27 años; por lo general el suicidio se realiza cuando las personas están en el momento de la vida de mayor productividad laboral y académica lo que le genera grandes pérdidas al país (Alejo, González Ortiz, &amp; Hernández, 2003).</p> <p>d) Durante este año se tienen algunas cifras sobre las causas más frecuentes de suicidio en esa temporada, en donde el 20.9 % se refiere a los conflictos de pareja, seguido por causas económicas y enfermedades mentales; sin embargo es importante tener en cuenta que el mayor porcentaje está ubicado en las causas no especificadas debido a que no se tiene la información (Alejo, González Ortiz, &amp; Hernández, 2003).</p>	
2004	1817	<p>a) En el 2004 se presentaron 121 casos menos que en el 2003, cuya mayor población se encontraba entre los 18 y 21 años (Bohórquez Vera, y otros, 2004).</p> <p>b) El 79% de los casos presentados durante este año, pertenecían al género masculino, lo cual indica que por cada mujer que se suicida en</p>	



	<p>Colombia, se suicidan cuatro hombres (Bohórquez Vera, y otros, 2004).</p> <p>c) En lo que se refiere a la escolaridad el mayor porcentaje se encontró en las personas que alcanzaron a terminar la básica primaria con un 45.8% y la educación secundaria 37.6% (Bohórquez Vera, y otros, 2004).</p> <p>d) De los casos presentados durante el 2004, 35.1% de los casos se caracterizaba por tener como estado civil solteros, seguido por un 17.2% por convivir en unión libre; sin embargo es importante señalar que del estado civil solo se contó con la información de 1701 personas (Bohórquez Vera, y otros, 2004).</p> <p>e) En cuanto a la ocupación que desarrollaban en el momento en el cual se cometió el suicidio, es importante señalar que el mayor porcentaje de suicidios lo ocupaban los estudiantes, seguido de los agricultores, las amas de casa, los comerciantes y los desempleados (Bohórquez Vera, y otros, 2004).</p> <p>f) Los principales mecanismos utilizados por los suicidas en este año fueron la intoxicación, el arma de fuego y el ahorcamiento. Sin embargo durante este año predominó el suicidio por asfixia mecánica (ahorcamiento), alcanzando un 34.3% (Bohórquez Vera, y otros, 2004).</p> <p>g) Con respecto a las razones que impulsaron o apoyaron la ideación suicida, el principal motivo fue asociado según estudios a los conflictos de pareja con un 31.7%, seguido de otros motivos con un 23.7%, por motivos económicos con 22.8% y por enfermedades con un 21.9% (Bohórquez Vera, y otros, 2004).</p> <p>h) Durante este año, a nivel nacional predominó la ciudad de Bogotá, seguido por los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca (Bohórquez Vera, y otros, 2004).</p> <p>i) La casa se identifica como el lugar que más se usa para cometer el suicidio con un porcentaje del 82% (Bohórquez Vera, y otros, 2004).</p>	<p>o incluso mundial es el factor de la edad, en Colombia el rango de edad de las personas suicidas está entre los 14 y los 30 años de edad lo que es a su vez la edad más productiva en Colombia; por otro lado cobra importancia puesto que en la adolescencia es cuando los jóvenes están formando su identidad personal, la cual se ve afectada por que el desarrollo económico, la vida urbana, las transformaciones familiares y los cambios hormonales, además de la creación de nuevas relaciones incluyendo las de pareja, con las cuales se crea un vínculo muy fortalecido y dependiente a causa de los cambios emocionales que se viven en el momento, por lo mismo cuyo rompimiento y terminación se convierte también en una de las principales causas de suicidios en los jóvenes. Otro dato importante en cuanto a las relaciones dentro de los adolescentes llama la atención que las personas solteras o solas presentan mayor índice de suicidio que las personas que mantiene una relación de pareja (Redacción Editorial, 2011).</p> <p>Por otro lado existen tres factores importantes que se cruzan dentro de la matriz; por una parte personas que se encuentran solteras, viudas o divorciadas, junto con los adolescentes tienden a presentar enfermedades psicológicas y psiquiátricas como la depresión, específicamente la depresión mayor, que a su vez tiene sus inicios durante la adolescencia, lo que crea una coyuntura perfecta entre la edad, la formación de las relaciones humanas, la depresión con las diferentes conductas suicidas, las cuales como ya se ha visto anteriormente van desde la ideación hasta el acto en sí (Posada Villa, 2010).</p> <p>El siguiente cruce de información que es importante tener en cuenta, tiene que ver con las fechas en las que según los estudios realizados por el instituto de</p>
2005	1786	

		tuvieron durante el año fueron Risaralda, Tolima y Huila (Castaño Henao, 2005).	medicina legal y ciencias forenses, son en las que se dispara el índice de suicidio en Colombia, puesto que según los registros los meses en los que esto ocurre son: marzo y abril; esto llama la atención porque en Colombia en estos meses por lo general se celebran las fiestas de semana; lo que en Colombia para aun la mayoría de sus habitantes implica una semana de reflexión católica y recogimiento espiritual, junio y julio en los que tiene lugar las vacaciones de los colegios, lo que además por lo general implica entregas de notas de los adolescentes y conflictos familiares en algunas ocasiones, por ultimo diciembre y enero. Esta también es una época de celebración y descanso en la que por lo general las familias están unidas y por lo tanto hace que las personas que por alguna razón como los conflictos, la distancia no cuentan con sus familiares tiendan a sentir tristeza y melancolía, si a esto además se le suma el consumo de alcohol y demás sustancias, lo cual suele ser muy común en estas épocas del año, se convierten en factores de riesgo importantes para la conducta suicida (Tuesca Molina & Navarro Lechuga, 2003)
2006	1751	<p>a) La mayor parte de los casos era de sexo masculino con 1407 casos que equivalieron al 80% seguido por el femenino con 344 casos que correspondieron al 20% (Rodríguez Gama, 2006).</p> <p>b) El rango de edad donde se ubica la mayor cantidad de personas está entre los 18 y los 35 años, con un promedio de 36.2% en los hombres y en las mujeres un 29.1% (Rodríguez Gama, 2006).</p> <p>c) Según información aportada por medicina legal el bajo nivel de escolaridad es un factor vinculado a un gran porcentaje de los casos de suicidio. Otro factor ligado a un gran número de los casos de suicidio, es que los individuos vivían solos, ya sea por ser solteros, están separados, divorciados o viudos (Rodríguez Gama, 2006).</p> <p>d) Las armas de fuego dejan de ser uno de los medios más usados durante el año para el suicidio y por otro lado se ve un aumento progresivo en el ahorcamiento con una tasa de 35 % en lo que se refiere al sexo masculino. Por su lado las mujeres siguen haciendo uso de métodos como la intoxicación y el envenenamiento para llevar a cabo el suicidio (Rodríguez Gama, 2006).</p> <p>e) Los conflictos con la pareja sigue se muestra como el desencadenante principal para el suicidio, llegando a impulsar 188 de los casos, seguido de los problemas económicos con 115 casos y las enfermedades mentales con un total de 105 casos (Rodríguez Gama, 2006).</p> <p>f) Medicina legal hizo un sondeo sobre los intentos de suicidio durante el año y encontró que un 53% perdieron la vida en su primer intento y alrededor del 37% perdió la vida, después de haberlo intentado por segunda vez (Rodríguez Gama, 2006).</p> <p>g) Se presentaron alrededor 146 casos mensuales y aproximadamente 5 casos al día, en promedio cada 5 horas; los meses en los que se presentó un mayor número de casos fueron marzo, julio y noviembre, particularmente los días domingos y entre las 12 y 17, en la vivienda de las personas y cuando se encontraban descansando (Rodríguez Gama, 2006).</p> <p>h) Los departamentos con mayor cantidad de casos fueron Antioquia, Cundinamarca y Valle del Cauca (Rodríguez Gama, 2006).</p>	
2007	1771	<p>a) Durante los suicidios que se registraron durante el 2007, 80.7% de estos correspondían al género masculino, lo cual indica que por cada mujer que se suicida, se suicidan 4 hombres (González Ortiz, 2007).</p> <p>b) El promedio de edad en el cual se reportaron más casos de suicidio, fue entre los 20 y los 24 años, con un total de 269 casos de los cuales 214 fueron hombres y 55 mujeres (González Ortiz, 2007).</p> <p>c) En relación con el nivel escolar predomina un nivel escolar primario, que en algunos de los casos es incompleto (5.78%), seguida por nivel secundario incompleto con un 4.63% (González Ortiz, 2007).</p> <p>d) Con respecto a la ocupación que desempeñaban se encuentra una gran cantidad de agricultores, siendo este un gremio con 128 casos y los estudiantes con 121 casos (González Ortiz, 2007).</p> <p>e) El estado civil "soltero" es una característica compartida por 7.69% de los casos presentados y los conflictos de pareja se muestran como uno de los principales motivadores para llevar a cabo el suicidio, siendo relacionado con este hecho 197 de los casos registrados (González Ortiz, 2007).</p> <p>f) El método comúnmente usado, en lo que se refiere al género masculino es el ahorcamiento y en las mujeres es la intoxicación, y el lugar</p>	

---

		predilecto para llevar a cabo el acto es la vivienda (González Ortiz, 2007).
		g) En cuanto a grupos vulnerables, los campesinos presentan un total de 91 casos, seguidos por los adictos a sustancias psicoactivas y los grupos étnicos, ambos con 18 casos registrados (González Ortiz, 2007).
		h) Durante mayo, junio y diciembre, se presentaron el mayor número de casos de suicidio, siendo como día predilecto el domingo (González Ortiz, 2007).
		i) A nivel territorial, dentro de la ciudad de Bogotá y en los departamentos de Antioquia y del Valle del Cauca, se reportaron el mayor número de casos (González Ortiz, 2007).
2008	1841	a) Durante el 2008 se presentó un incremento de 70 casos, pero en promedio en Colombia se siguen suicidando aproximadamente 4 personas por cada 100.000 habitantes (Valenzuela Cortés, 2008).
		b) A lo largo se presentaron un mayor número de casos de suicidio por hombres (1503), frente al caso de las mujeres (338) (Valenzuela Cortés, 2008).
		c) El rango de edad en el cual se presentó un mayor número de casos, se encuentra entre los 20 y 24 años de edad (Valenzuela Cortés, 2008).
		d) De 899 de los casos con los que se contaba información de los sujetos, la gran mayoría de estos contaba con una educación primaria, otro gran porcentaje con una formación secundaria y finalmente un porcentaje mucho menor con formación profesional (Valenzuela Cortés, 2008).
		e) En lo referente al estado civil de los sujetos, las personas solteras son las que concentran el mayor número de suicidios, seguidos por los que están en unión libre, por los casados y por los separados (Valenzuela Cortés, 2008).
		f) Con base a al mecanismo causal se evidencia el ahorcamiento, el uso de arma de fuego y la intoxicación por químicos son los métodos preferidos por los hombres para llevar a cabo el hecho. Por su lado las mujeres prefieren la intoxicación por químicos, el ahorcamiento y por último la caída desde un lugar alto (Valenzuela Cortés, 2008).
		g) A lo largo del año los meses más representativos, en cuanto a cantidad de suicidios se refiere fueron enero, mayo, julio y diciembre; y en cuanto al día predilecto de la semana por parte de los suicidas, se encuentra el domingo y el lunes como los días más significativos (Valenzuela Cortés, 2008).
		h) Dentro de las razones que motivan el acto suicida, los conflictos con la pareja o ex pareja, y las dificultades económicas son algunos de los motivos compartidos por gran parte de la población suicida (Valenzuela Cortés, 2008).
		i) Teniendo en cuenta el lugar en el cual se prefirió realizar el acto suicida, se ve una preferencia por llevarlo a cabo en el hogar, seguido de la vía pública (Valenzuela Cortés, 2008).
		j) Con respecto a los casos, se notó una predilección por llevar a cabo el acto entre las 6:00 y las 11:59 (Valenzuela Cortés, 2008).
2009	1845	a) Los conflictos amorosos, la falta de motivación en diferentes esferas, los problemas económicos, la presencia de enfermedades físicas/mentales, eran las causas más probables para que se suicidaran las personas (Valenzuela Cortés, 2009).
		b) En cuanto al método, a nivel del género se hayo que las mujeres elijen primero intoxicarse, luego ahorcarse y por último dispararse con un arma de fuego; por su lado los hombres elijen primero ahorcarse, luego dispararse y por último intoxicación con sustancias alteradoras del

---

---

		sistema nervioso central (Valenzuela Cortés, 2009).
		c) De las 1845, 365 eran mujeres y 1480 eran hombres (Valenzuela Cortés, 2009).
		d) El mayor número de casos de suicidios se presentó entre los 20 y 24 años (Valenzuela Cortés, 2009).
		e) Las características de las personas que realizaron suicidio, generalmente están asociadas a una escolaridad básica primaria, perteneciente al gremio campesino, adictos o consumidores de drogas, soltero (a), y en mayor porcentaje estudiantes, trabajadores forestales y agropecuarios, desempleados y encargados del hogar (Valenzuela Cortés, 2009).
		f) Las personas solteras (en este año 599) son las que se suicidan con mayor frecuencia, hecho que suele ser vinculado a trastornos depresivos (Valenzuela Cortés, 2009).
		g) El mes que mayores casos registro fue Junio, seguido de Diciembre y Abril (Valenzuela Cortés, 2009).
		h) El día de la semana con mayor impacto fue el domingo; a partir de ese día inicia un descenso sostenido en los suicidios hasta el sábado (Valenzuela Cortés, 2009).
		i) El sitio donde más ocurren los suicidios, es en el hogar de las víctimas (Valenzuela Cortés, 2009).
2010	1864	a) Durante este año la distribución de conducta suicida refleja que el rango de edad más frecuente está ubicado entre los 20 y los 34 años de edad, en cuanto a personas mayores de edad, al referirse a los menores de edad el mayor índice se encuentra entre los 15 y los 17 años (Tello Pedraza, 2010)
		b) El 82 %equivale a personas de sexo masculino y el 18% a personas del sexo femenino. (Tello Pedraza, 2010)
		c) Se tiene registro del grado de escolaridad de las personas el cual muestra que aunque existen 682 casos de los cuales no se tiene información alguna. Si se puede considerar que los grupos con mayor incidencia suicida en las personas con estudios secundarios, respecto a las demás categorías estudiadas (Tello Pedraza, 2010)
		d) En cuanto a el mecanismo utilizado, los factores desencadenantes, los días y meses más frecuentes y el lugar preferido por las personas para llevar a cabo el hecho no existe diferencia con respecto al año anterior. (Tello Pedraza, 2010)
		e) Respecto a la ocupación y oficio de las víctimas es más frecuente en los hombres aquellos que se desempeñaban como agricultores y comerciantes, mientras que para las mujeres aquellas que se dedicaban al hogar o los estudios. (Tello Pedraza, 2010).
		f) El departamento con una mayor incidencia de suicidios es Antioquia con un total de 252 casos seguido por el Valle del Cauca con 175 casos registrados (Tello Pedraza, 2010)
2011	1889	a) Durante este año con respecto al año inmediatamente anterior hubo un incremento de 22 casos respectivamente (Moncada Tuta, 2011)
		b) En cuanto a genero se encontró mayor porcentaje de suicidio en hombres con un total de 1523 casos, que en mujeres las cuales presentaron 366 casos; en proporción daría un total de una mujer por cada 4 hombres que se quitan la vida (Moncada Tuta, 2011)
		c) Los rangos de edad que continúan presentando mayores índices de suicidio son de los 20 a los 24 años, es decir lo que se considera como adulto joven con un porcentaje de 16.62%, seguido de las

---

---

personas entre los 25 y 29 años con un porcentaje de 13.23%. (Moncada Tuta, 2011)

- d) Aunque no es la población con mayor incidencia si se debe anotar que este año con respecto al anterior las personas mayores de 80 años presentaron un aumento significativo de suicidios, ya que pasaron de 5.73% a 6.04%
  - e) Con respecto a la formación académica, la ocupación y el estado civil sigue siendo mayor en las personas que terminaron el bachiller, se juntó con aquellas que están desempleadas y cuyo estado civil es soltero. (Moncada Tuta, 2011)
  - f) Durante este año el mecanismo más elegido fue el ahorcamiento y la intoxicación por sustancias, de igual manera la posible razón por la cual las personas se suicidaron con mayor frecuencia fueron las discusiones y los conflictos con la pareja (Moncada Tuta, 2011).
  - g) Por ultimo las poblaciones con mayor índice de suicidio son: Bogotá con 14.66%, Medellín con 6.08%, Cali con 3.91% y Pasto con 1.82% (Moncada Tuta, 2011)
-

## Apéndice C

## Categoría: Gestión de las entidades gubernamentales ante el suicidio

Políticas públicas y planes nacionales y Distritales	Políticas públicas y planes internacionales	Análisis
Al momento de ser creadas las políticas públicas en Colombia en el papel tienen un marco conceptual preciso, con una idea de empoderamiento inclusión y eficacia (Arroyave Alzate, 2011),	A nivel mundial una política pública. Son acciones, decisiones u omisiones que obedecen a un fenómeno complejo de carácter social, que afecte a la comunidad en general. (Aguilar Astorga & Lima Facio, 2009)	En cuanto a la gestión de las entidades gubernamentales en Colombia cabe señalar que las políticas públicas desde su creación después de la guerra, se entienden como aquellas acciones que son emprendidas por los diferentes tipos de poder ( ejecutivo, legislativo y judicial) con la intención de implementarlas para la solución de fenómenos complejos, como en este caso lo es el suicidio.
Contrario a lo que ocurre en varios países del mundo, en Colombia el suicidio no es considerado un delito visto como una conducta propia de la persona. Sin embargo para el código penal lo que sí se puede considerar un delito castigado con cárcel es el hecho de que alguna persona ayude a otra a quitarse la vida (Ley 890 del Senado de la Republica de Colombia, 2005).	La OMS en el año 2000, creo un documento llamado la prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud. Con este documento como su nombre lo dice se pretende brindar herramientas al personal encargado de la atención primaria dentro de los diferentes centros de salud para poder identificar, evaluar, tratar o bien remitir a la persona suicida.	En este orden de ideas en países como Colombia estas políticas muchas veces están construidas en el papel pero nunca se llevan a cabo o la comunidad en general las desconoce.
La primera ley que de en la que se nombra el suicidio a nivel nacional es la ley 9 de 1979 en la que se obliga a que los actos suicidas queden documentados en el certificado de defunción de manera clara y detallada	La organización panamericana de la salud sustenta el hecho de que las políticas leyes y normas de algunos países tomen el suicidio como un hecho de carácter delictivo dadas sus creencias culturales y religiosas, sin embargo esto es propio de cada legislación y por lo mismo se debe evitar lanzar prejuicios al respecto (Organización Panamericana de la salud, 2002).	En el caso particular del suicidio es posible pensar que la dificultad radique en la forma como se ha entendido el fenómeno hasta hace poco tiempo ya sea a nivel internacional, nacional y Distrital.
Inicialmente se habla de la resolución número 2358 de 1998 de manos del Ministerio de Salud en la dirección general de promoción y prevención de la salud mental; dentro de este decreto se considera el suicidio como una patología mental, en este orden de ideas exponen las cifras de intentos suicidas asociándolo directamente con patologías como la depresión la bipolaridad, la esquizofrenia y los trastornos de ansiedad (Ministerio de Salud, 1998).	La OMS maneja una guía de intervención para trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, dentro de la cual tiene un capítulo completo en el que de manera detallada relaciona los temas del manejo y la evaluación que se le debe dar a la conducta suicida, esta se ofrece como apoyo para los diferentes países, ofreciendo diferentes factores de riesgo y mecanismos de atención con el fin de prevenir estas conductas (OMS, 2011)	Como bien lo dice la Organización panamericana de la salud no se debe juzgar a aquellos países que consideran el suicidio como un delito; tampoco hay que olvidar que en la actualidad para las entidades gubernamentales es equivocado pensar que la vida no le pertenece al ser humano en sí y por lo mismo el hecho de tomar la decisión de quitarse la vida es propia de la persona, si esta es equivocada o no en cierta medida no le compete al Estado. Ya es muy distinto cuando otra persona se ve involucrada en la decisión, ya que en esa medida sería muy complicado saber cuándo es un favor y cuando un delito según la legislación colombiana.
ley número 1122 de 2007 en el capítulo correspondiente a salud publica en el artículo 33 se plantea que el gobierno nacional dentro el plan nacional de salud pública debe definir los perfiles epidemiológicos que permitan la identificación y ubicación de los factores de riesgo de la prevalencia de las diferentes enfermedades y conductas de riesgo como son la violencia intrafamiliar, la salud sexual y reproductiva, la drogadicción y el suicidio; todo esto con ayuda de las investigaciones que se hagan a nivel público o privado con el fin de generar planes de acción que posibiliten la orientación y	Dentro de este documento se encuentran se muestra una ruta específica sobre lo que deben hacer los profesionales en situaciones en las que una persona a intentado lo que llaman un episodio medicamente importante, es decir cuando existe un riesgo inminente de autolesión, también se incluye dentro de las poblaciones en riesgo aquellas personas con trastornos mentales y psicológicos, los que consumen sustancias que lo pongan en peligro de suicidio, otro factor importante que se puede presentar es el hecho de las enfermedades y dolores crónicos y emocionales graves; según esta	Históricamente según las leyes en Colombia antes de 1980 no era obligatorio informar al Estado sobre la existencia de un suicidio, lo que en cierta medida ocasionaba que se desconociera la existencia de este fenómeno. Luego de reconocerse como una conducta que ocurría y a la cual había que prestarle atención se catalogó como una enfermedad mental y por lo mismo las personas que manifestaran quererse quitar la vida se les trataba de la misma manera que si tuvieran una enfermedad como la depresión o la esquizofrenia. Incluso organismos internacionales como la OMS lo incluyen dentro de su guía de

la promoción de la salud mental (Congreso de la Republica de Colombia, 2007)	guía cada una de estas situaciones tiene una ruta diferente (OMS, 2011).	intervención para los trastornos mentales, luego hacen un pequeño cambio casi imperceptible para la comunidad en general y es el hecho de reconocer que aunque cualquier persona se puede llegar a suicidar por diferentes factores de riesgo dentro de los diferentes sistemas de la vida cotidiana; las personas con diferentes trastornos psicológicos y psiquiátricos continúan siendo considerada la población con mayor riesgo de suicidio.
En el mismo año el ministerio de protección social bajo el decreto número 3039 del 2007 decreta el plan nacional de salud pública en el que el suicidio deja de ser visto como consecuencia de una enfermedad y por ende se desliga del capítulo de salud mental, para estar inmerso en el de violencia y lesiones de causa externa. (Ministerio de Protección Social, 2007)	En cuanto a las circunstancias que dan alguna alerta la OMS recomienda, el cuidado especial a personas con antecedentes de autolesión, que los gobiernos nacionales ofrezcan apoyo psicosocial a la sociedad en general, y que no se centren exclusivamente en la atención clínica una vez ocurrido el acontecimiento (OMS, 2011). Por otro lado es necesario prevenir el consumo de sustancias legales e ilegales en exceso y mantener el contacto y seguimiento constante con las de inclinación suicida, por parte de personal médico entrenado, sus familias y la comunidad (OMS, 2011).	En Colombia se rompió un poco con la idea desde el año 2007 en adelante; inicialmente el ministerio de protección social desliga los decretos y las leyes que tienen que ver con el suicidio del capítulo de salud mental para pasar a ser parte del de violencia y causas externa, lo cual se convierte en un hecho muy importante ya que gracias a esto se permite pensar a el suicidio como un fenómeno social, producto de varias fallas en el sistema de la sociedad y del ser humano.
Por otro lado está la ley 1369 de 2009 que se refiere a garantizar el desarrollo integral de la familia, en la que se hace tácita la disminución del suicidio, puesto que hace referencia a que este sistema es vital para el adecuado desarrollo de la salud mental del individuo y como tal disminuye el riesgo de futuros intentos suicidas. Para los jóvenes y futuros adultos miembros de la sociedad civil (Alejo & Cardona, 2011)..	Para esta organización internacional el punto más importante de atención es la prevención para lo cual dan tres opciones básicas con el fin de iniciar este proceso: restringir el acceso a mecanismos que puedan facilitar el suicidio como es el caso de los venenos, las armas de fuego y el acceso a lugares elevados; por otro lado se debe entrenar y capacitar a la comunidad con respecto a los factores de riesgo y las señales de advertencia para poder mejorar el cubrimiento auto sostenible dentro de la población Además diseñar políticas que permitan reducir el consumo perjudicial de alcohol y demás sustancias, que puedan ser disparadoras de lesiones auto-infligidas (OMS, 2011)..	Al lograr este reconocimiento se consigue que las entidades gubernamentales se preocupen por aumentar los mecanismos de prevención en sectores como la comunidad, las escuelas y los sitios de trabajo aumentando la cobertura para disminuir los suicidios y de manera tangencial atendiendo otras dificultades que vienen inmersas dentro de la decisión de suicidarse. Todo esto contrario lo que ocurría cuando el suicidio era considerado como un problema psiquiátrico de tipo individual.
la ley 1438 de 2011 que se crea en pro del fortalecimiento del sistema de salud y seguridad social con la cual se espera que en acción coordinada con el Estado, las instituciones y la sociedad trabajen en pro del mejoramiento de la salud y los ambientes sanos par la comunidad(Alejo & Cardona, 2011).	Otra cosa muy importante a la que hay que prestarle atención es al manejo de la información es por esto que se considera necesario exigir a los medios de comunicación a que implementen mecanismos de información responsable con respecto al suicidio, evitando darle a este fenómeno social un tinte sensacionalista, o dándole al suicidio un carácter de normalidad, hasta el punto de hacerlo ver como la solución a los problemas y dificultades, sino que por el contrario brinden información acertada y sustentada que permita a la comunidad entender y comprender el fenómeno en si (OMS, 2011).	De esta manera se construyen planes que pretenden llegar a la comunidad en general, entendiendo que cualquier persona puede servir como colaborador en la atención y la prevención de un caso suicida con la modificación del manual de primer respondiente, la línea de atención 116, el fortalecimiento del tema dentro de las instituciones educativas y finalmente la creación del sistema de vigilancia epidemiológico de la conducta suicida.
El primer documento a nivel Distrital del que se tenga conocimiento, es una modificación al ya editado manual de primer respondiente, elaborado bajo el plan de gobierno <i>Bogotá sin indiferencia</i> en el año 2004. En este manual se le explica a la persona que cumpla el papel de primer respondiente que hacer y qué no hacer en caso de ayudar a una		

---

<p>persona con ideación o intento suicida, bajo el subtítulo de personas con trastornos mentales (Secretaría Distrital de salud y el centro regulador de urgencia, s.f.).</p>	<p>A la promoción de la prevención a nivel mundial se le suma como estrategia el nombramiento del 10 de septiembre como el día mundial para promocionar la prevención del suicidio, esto con la intención de generar conciencia sobre la importancia que tiene el promocionar campañas para prevenir y fomentar la investigación académica sobre el tema( Centro de prensa OMS , 2012)..</p>
<p>Además bajo el plan de desarrollo de Bogotá positiva se generó el acuerdo 308 de 2008 en el que el suicidio se convirtió en una prioridad, puesto que el objetivo principal pretende disminuir la tasa de suicidio a 3.1 por cada 100.000 habitantes entre el año 2008 y el año 2012. En este documento inicialmente hacen una documentación estadística sobre cómo se han comportado las tasas de suicidio durante los últimos años. En este mismo documento se nombra la creación del comité interinstitucional para el estudio de la conducta suicida en Bogotá (Cardona, 2008).</p>	<p>De igual manera se asocian con la asociación internacional para la prevención del suicidio, con el fin de crear terapias adecuadas para personas que han intentado quitarse la vida de lo anterior es necesario resaltar lo siguiente.  “Es necesaria una labor mundial de concienciación de que el suicidio es una de las grandes causas prevenibles de muerte prematura. Los gobiernos deben elaborar marcos normativos para las estrategias nacionales de prevención del suicidio. A nivel local, las declaraciones políticas y los resultados de la investigación deben plasmarse en programas de prevención y actividades comunitarias” (Centro de prensa OMS , 2012)</p>
<p>Otro plan importante en el ámbito educativo, es el de acciones salud en el colegio: el cual consiste en identificar la ideación e intento de suicidio dentro de los planteles educativos llevando a cabo actividades lúdicas que permitan la promoción de un estado de salud mental sano promoviendo los proyectos de vida y la expresión de los sentimientos y emociones de manera canalizada; además de enseñarle a los docentes hacer los primeros auxilios a nivel psicológico en caso de urgencia (Cardona, 2008).</p>	<p>Otra política de prevención que se maneja específicamente dentro de los Estados Unidos es la ley recientemente aprobada en Estados Unidos en la ciudad de Washington, en la que se establece que todos los profesionales encargados de la salud mental están obligados a tomar seis horas de capacitación en cursos continuos con respecto a la prevención del suicidio cada seis años a partir del 2014, esta es la primera ley que se aprueba sobre esta temática, (Daniels, 2012).</p>
<p>El último y más reciente de los documentos elaborados por la secretaria Distrital de salud es en el que se enuncia el marco bajo el cual será creado el sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida el cual tendrá como fin la creación de una base de datos dentro de la cual se llevará un control de todos los casos que puedan existir en cuanto a conducta suicida se refiere a nivel Distrital. (Alejo &amp; Cardona, 2011)</p>	

---



## Apéndice D

## Categoría: Efectividad de las acciones gubernamentales

Acción emprendida	Análisis de la efectividad
<p>A nivel Distrital se modifica existe el manual de primer respondiente el cual como su nombre lo indica es la guía para que cualquier persona dentro de la comunidad sepa que debe y que no debe hacer como el primer actor involucrado en la atención de algunas emergencias, dentro de las cuales se encuentra la atención a una ideación o un intento suicida (Secretaría Distrital de salud y el centro regulador de urgencia, s.f.).</p> <p>Inicia explicando lo que se debe hacer en caso de ideación suicida al respecto menciona lo siguiente: 1 no ponerse en peligro a sí mismo, 2 no dejar sola a la persona que está manifestando querer suicidarse, 3 llamar a la línea de emergencia 123 o 125 para comunicarse con los organismos correspondientes, 4 Establezca contacto verbal con la persona, 5 no tema preguntar si lo que está pensando es en suicidarse, ya que esto no significa sugerir la idea, 7 Intente ser receptivo y ofrecer apoyo, 8 retire los objetos que puedan representar un peligro inminente para la persona, 9 comuníquese con la red de apoyo de la persona ( familiares y amigos) (Secretaría Distrital de salud y el centro regulador de urgencia, s.f.).</p> <p>De igual manera si la persona ya ha efectuado el acto suicida lo que el primer respondiente debe realizar es: 1 llamar a emergencias, 2 prestar primeros auxilios, conservar el mecanismo que utilizo para mostrarlo a los médicos especialmente si se trata de una sustancia, 3 comuníquese con sus redes de apoyo, 4 asegúrese que este bajo vigilancia permanente y a cargo de un mayor de edad en caso de hospitalización (Secretaría Distrital de salud y el centro regulador de urgencia, s.f.).</p> <p>Con respecto a que no hacer cuando se está en presencia de una persona que manifiesta querer quitarse la vida recomiendan lo siguiente: No menosprecie la intención por engaño que parezca, intente no desafiar al sujeto, evite tener una actitud de burla, no se niegue al dialogo, jamás se acerque si la persona no lo desea, no utilice frases de cajón que puedan hacer pensar al sujeto que no lo están tomando en serio (Secretaría Distrital de salud y el centro regulador de urgencia, s.f.).</p>	<p>De acuerdo a la revisión documental realizada se podría llegar a pensar que a nivel Distrital la información que existe en relación a los diferentes planes que podrían ayudar a la comunidad en general, en pro de tener mayor información sobre el fenómeno del suicidio, su atención, su prevención y sus factores de riesgo (como es el caso del manual de primer respondiente y la línea de atención psicológica 106) aunque existen, no se conoce evidencia en materia de documentación que demuestre que el Estado o las entidades Distritales, realizan promoción constante dentro de los diferentes medios de comunicación dando a conocer estas herramientas dentro de las diferentes comunidades.</p> <p>Se podría pensar que a excepción del documento elaborado por la secretaria Distrital de Salud y la Universidad Javeriana, que consiste en un cronograma en el cual se enumeran las diferentes actividades que se han realizado por dentro y por fuera de la Secretaría de Salud con el fin de disminuir la tasa de suicidio entre el año 2008 y el 2012, en el cual resaltan las actividades que se han realizado en el interior de la secretaria y por fuera de ella, principalmente diferentes actividades dentro de la campaña de Salud al Colegio, la cual cabe señalar que se realizó en ese momento en el 2008 dentro de las Localidades de Bosa, Engativá, Suba y Candelaria.</p> <p>En relación a documentos y bases de datos con respecto al suicidio, como lo son el manual del primer respondiente y la base de datos SISVECOS, sería igualmente importante que existieran registros sobre el cómo se están dando a conocer a la comunidad o en su defecto que los medios de comunicación tuvieran algo al respecto, sin embargo no se logró conseguir</p> <p>En relación a los medios de comunicación se reconoció que existe una fecha del año en que se hace especial énfasis sobre la importancia que tiene el fenómeno del suicidio a nivel mundial, es aquel día que fue catalogado como el día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre), día en que se da a conocer alguna información básica sobre dicho fenómeno. Para citar algunos ejemplos el caso del artículo del espectador en que se anuncia la creación de la línea 106 y el comunicado en que el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de su página web lanza un comunicado en el que textualmente dice lo siguiente:</p> <p>“En el marco del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, el Ministerio de Salud y Protección Social hace un llamado a profesores, padres y sociedad en general para que identifiquen tempranamente comportamientos que pudieran estar relacionados con ideas suicidas (Ministerio de salud y protección social , 2012).”</p> <p>Este comunicado que no es mayor a una hoja habla de las cifras actuales de suicidio, de la edad en la que se presenta con mayor frecuencia, algunos signos de alarma y una línea de atención a nivel nacional y una página web donde las personas pueden encontrar información teórica al respecto.</p> <p>En este orden de ideas, cuesta pensar que dedicando un solo día al año o realizando campañas, en solo algunas de las Localidades de Bogotá en pro de generar conciencia a nivel colectivo y utilizando los medios de comunicación únicamente en el momento en que por</p>
<p>Con el fin de que la comunidad pudiera encontrar apoyo de tipo psicológico se crea la línea de atención para la conducta suicida 106, con personal entrenado en atención en crisis, que incluye además hospitalización el día y atención domiciliaria en caso de ser un paciente con enfermedad mental o crónico (Cardona, 2008).</p>	
<p>Además está el plan acción salud en el colegio, el cual consiste en desarrollar diferentes actividades dentro de las instituciones educativas, que permita el fortalecimiento de la salud mental, fomentando actividades de proyecto de vida y la expresión de sentimientos y emociones. De igual manera se realizan actividades de primer respondiente. Sin embargo estas actividades según este documento se realizaron únicamente en las localidades de Bosa y Candelaria (Cardona, 2008).</p>	
<p>Así mismo en la localidad de Engativá se realizaron estrategias comunitarias de terapia narrativa y en Suba se manejaron estrategias para el reconocimiento de redes en salud mental</p>	
<p>El sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida SISVECOS, plantea diversas estrategias de vigilancia con respecto a las conductas suicidas a nivel</p>	

nacional: como primera etapa plantan la notificación inmediata del caso, esto hace referencia a revisar los riesgos de fatalidad por parte de un profesional en salud mental, este se debe notificar al sistema de vigilancia dentro de las primeras 24 horas por medio de la metodología de estudio de caso, para lograr la canalización de los servicios, para garantizar la atención de la conducta suicida ya sea ideación, intento o acto (Alejo & Cardona, 2011).

Para lograr conseguir la información que retro alimente el sistema se necesita de lo que se llama unidades básicas de notificación la primera es la unidad informativa, es decir la persona natural o jurídica, la institución médica o educativa que informa sobre el caso; luego están las unidades generadoras de los datos, es decir aquellas instituciones educativas o médicas que pueden reportar casos de manera periódica; finalmente están las instituciones médicas que ayudan a construir la base de datos de SISVECOS es decir la unidad notificadora (Alejo & Cardona, 2011).

El mantenimiento de estas unidades es el que permitirá en cada uno de los hospitales permitirá que los psicólogos graduados conozcan a fondo los diferentes casos y puedan llevar a cabo un seguimiento constate de los hechos reportados dentro de su localidad. Es importante tener en cuenta que una vez se haga la identificación de un caso confirmado el hospital debe registrar el caso durante las primeras 24 horas para que el psicólogo enviado por SISVECOS tenga el primer contacto con la persona (Alejo & Cardona, 2011).

Los pasos para la valoración del caso que debe llevar a cabo el profesional de la salud mental son :

“1. Realizar la visita o contacto con el caso; 2. Realizar la valoración mediante los instrumentos: escala de valoración de riesgo (especial para Adolescentes), Eco mapa, estructura familiar, APGAR; 3. Completar la información para la valoración mediante revisión documental y entrevistas con las personas y profesionales que se requieran para hacer la definición del caso. Adjuntar la información y protocolos de vigilancia Seguridad química, medicamentos seguros y lesiones de causa externa; 4. Confirmar caso sospechoso o caso confirmado; 5. Definir el caso de acuerdo a las manifestaciones de conducta suicida y su riesgo; 6. Completar el plan de valoración y realizar el plan de acción; 7. Concertar la entrega del caso a la intervención psicosocial de conducta suicida al ámbito familiar. Que tendrá como máximo 20 días desde el momento de la notificación. Completar el formato de captura de datos para este fin” (Alejo & Cardona, 2011, pág. 12).

Por último con base en lo anterior se debe después del cierre de dicha intervención realizar un seguimiento o monitoreo para evaluar la efectividad de la información

El 10 de septiembre del 2012 por medio de un comunicado el ministerio de salud y protección social dio a conocer una línea de atención y orientación en Drogas y Salud Mental: 01 8000 113 113 y la página web y el chat [www.unaopciónenlínea.gov.co](http://www.unaopciónenlínea.gov.co) a nivel nacional la cual consta de información teórica respecto a temas como la ansiedad, la depresión, la ludopatía el suicidio etc (Ministerio de salud y protección social , 2012)

alguna razón se dan a conocer casos aislados de suicidio, los planes y políticas existentes tengan la efectividad esperada, dado que la desinformación se convierte en un obstáculo inmenso que abre una brecha entre el ciudadano y las diferentes opciones de ayuda que le brinda el Estado.

Por otro lado en muchos de los documentos obtenidos se hace alusión a la importancia de llevar a cabo investigaciones multidisciplinarias y multi-paradigmáticas sobre el suicidio, dado que es un tema que necesita darse a conocer, y retro alimentarse de toda la información posible; a este respecto se suman diversas dificultades en tanto a nivel práctico las entidades Estatales operan de forma desarticulada e independiente, en tanto a nivel interno cada institución se ciñe a sus características institucionales para atender los casos, además de que vinculación por parte de la comunidad al momento de solicitar información es limitada, haciéndose visible el desconocimiento, la desarticulación y la demora en la respuesta.