

Elementos para una Política Pública desde la Percepción del Suicidio en Nariño*

Elements for a Public Policy Based on the Perception of Suicide in Nariño

DAYRA ELIZABETH OJEDA ROSERO
FREDY HERNÁN VILLALOBOS GALVIS

Universidad de Nariño, Pasto, Colombia

Resumen

Esta investigación pretende plantear los elementos para una política pública basada en la percepción de las comunidades acerca del suicidio en jóvenes del departamento de Nariño (Colombia). Se realizó un estudio cualitativo a partir de grupos focales y entrevistas individuales con diversos sectores poblacionales en los municipios de Pasto, La Unión, Tumaco e Ipiales. Se analizaron los factores percibidos de protección y de riesgo en los niveles individual, familiar, sociocultural y político, y los resultados se validaron con la población participante. Desde la percepción de los actores sociales, el suicidio es una problemática multideterminada que involucra aspectos cognitivos, relacionales, educativos, económicos, políticos y culturales. Se destaca la necesidad de implementar políticas sociales integradas dirigidas a fomentar factores protectores como el soporte social, la educación integral y la oferta de actividades para el uso del tiempo, e implementar programas que promuevan habilidades y competencias personales, junto con el diseño de estrategias conjuntas para reducir los factores de riesgo.

Palabras clave: factores de riesgo, factores protectores, jóvenes, percepción social, política pública, suicidio.

Abstract

The objective of this study of community perceptions regarding the suicide of young people in the Department of Nariño (Colombia) was to provide elements for the formulation of a public policy. A qualitative study was carried out on the basis of focal groups and individual interviews with different population sectors in the municipalities of Pasto, La Unión, Tumaco, and Ipiales. Perceived protective and risk factors at the individual, family, socio-cultural, and political levels were analyzed, and the results were validated with the participating population. The social actors perceive suicide as a multi-determined problem that involves cognitive, relational, educational, economic, political, and cultural aspects. The study highlighted the need to implement inclusive social policies aimed at fostering protective factors such as social support, integrated education, and the availability of leisure time activities, and programs that promote personal skills and competences, as well as the need to design joint strategies to reduce risk factors.

Keywords: risk factors, protective factors, young people, social perception, public policy, suicide.

La correspondencia en relación con este artículo puede dirigirse a Dayra Elizabeth Ojeda Rosero, deliza75@yahoo.com, o a Fredy Hernán Villalobos Galvis, fhvillalobos@gmail.com

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
RECIBIDO: 8 DE JUNIO DEL 2010 - ACEPTADO: 29 DE ABRIL DEL 2011

* Esta investigación hace parte de los resultados del proyecto "Análisis de factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño", cofinanciado por el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología "Francisco José de Caldas" - Colciencias, el Sistema de Investigaciones y el Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño (Grupo de Investigación Psicología y Salud), y el Instituto Cisalva de la Universidad del Valle. De igual manera, los autores expresan sus agradecimientos a los evaluadores, pues sus invaluable aportes permitieron el mejoramiento del presente artículo.

LA SALUD mental de la población es condición indispensable para el desarrollo social, por lo cual constituye una prioridad en salud pública. La salud mental de las personas es afectada por distintos factores, y a su vez influye en diferentes esferas de la vida social (e. g., economía, educación, política). La salud mental se manifiesta en las dimensiones individual, familiar, comunitaria y social, y está presente en los diferentes momentos vitales. El suicidio es una de las principales problemáticas mundiales de salud mental, que sugiere la falta de bienestar integral en la sociedad (Rocha, 2007).

Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2005), en el año 2004, el Departamento de Nariño ocupó el puesto 11 en la tasa de suicidios nacional, 4,6 por 100.000 habitantes. En los años 2005 y 2006, la tasa estimada fue de 6 por 100.000 habitantes. Por su parte, Gutiérrez, Ortiz y Peña (2009) realizaron la caracterización de los suicidios sucedidos en el Departamento de Nariño entre 2002 y 2007. A partir de los datos arrojados por los observatorios del delito en los municipios de Pasto, Ipiales, Tumaco, Túquerres y La Unión, los autores concluyeron que (a) el porcentaje de suicidios es más alto en hombres y mujeres entre 10 y 29 años; (b) el principal mecanismo usado para suicidarse es la intoxicación, y (c) los conflictos son los principales factores precipitantes. De igual manera, en un estudio de casos y controles, entre casos de suicidio y otras muertes violentas en Nariño, se encontró que la ausencia de una práctica religiosa, la carencia de soporte social, la presencia de intentos previos de suicidio y el diagnóstico de depresión en los meses previos a la muerte fueron variables altamente significativas en la predicción del suicidio consumado (Muñoz & Gutiérrez, 2010).

En lo referente a las conductas suicidas en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto (Nariño), Villalobos-Galvis (2009b) encontró que cerca de un 30% de los estudiantes adolescentes han tenido alguna idea,

plan o intento suicida en su vida, y demostró diferencias en cuanto al género y el nivel educativo. En dicha muestra se halló que los primeros intentos se están presentando entre los 10 y los 13 años; que los métodos más utilizados son el corte con objetos filosos, el consumo de pastillas o medicamentos y la ingesta de otras sustancias, y que la presencia de intentos de suicidio se asocia con una mayor vivencia de eventos vitales estresantes, en especial la violación sexual, el maltrato físico intrafamiliar, la separación de la familia y la presencia de conductas suicidas en un ser querido.

Adicionalmente, Eraso, Chaves y Gámez (2008) encontraron que los casos de intento de suicidio atendidos en el Hospital Infantil del municipio de Pasto se caracterizaron por una mayor frecuencia en adolescentes de sexo femenino, entre 14 y 15 años, en su mayoría por intoxicaciones y asociados con la presencia de conflictos familiares y personales.

Por último, en relación con el estudio de la ruta crítica de oferta de servicios, detección, atención y seguimiento frente al suicidio, que es uno de los componentes de investigación que sustenta el presente trabajo, encontró que en el Departamento de Nariño: (a) hay déficits en los procesos de referencia y contrarreferencia en los servicios; (b) no existe un proceso claro de seguimiento a personas con intento de suicidio y apoyo a sobrevivientes; (c) no se cuenta con un programa específico de prevención de conducta suicida, y (d) no se presenta continuidad en consulta de psicología por dificultades económicas (Grupo de Investigación Psicología y Salud & Instituto Cisalva, 2008).

Lo anterior demuestra cómo la situación de las conductas suicidas en la región nariñense ha alcanzado niveles que demandan acciones de prevención efectivas, en las cuales se tenga en cuenta no solo el empoderamiento del individuo, de cara a las presiones y conflictos normales de la vida, sino que además se considere la importancia de las dinámicas familiares y de

los procesos sociales y culturales en los que el individuo, la familia y la comunidad se hallan inmersos; todo esto sumado a la organización efectiva de servicios de salud y a la formulación de políticas públicas orientadas al bienestar.

Normalmente, la literatura resalta el carácter multicausal del suicidio, que permita su comprensión desde diferentes lógicas. Así, resulta comprensible la formulación de teorías sociológicas (Durkheim, 1989), biológicas (Van Heeringer, Portzky & Audenaert, 2004) y psicológicas (Delgado, Insuasty & Villalobos, 2004; Villalobos-Galvis, 2009a) desde las cuales se justifica la necesidad de visiones complejas del fenómeno y se sustenta la importancia de acciones de prevención e intervención que respondan a dicho carácter complejo.

Entre las reflexiones académicas dadas en el Departamento de Nariño se encuentran trabajos como el de Villalobos-Galvis (2007), en el cual se formula un modelo complejo para la comprensión psicológica de las conductas suicidas, que reconoce que los factores de riesgo y de protección que un individuo tiene frente a la conducta suicida están íntimamente ligados a valores, principios y acciones que se desarrollan en la familia. Así, este autor concluye que es fundamental:

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)

Por tanto, los factores de riesgo se entienden en este estudio como condiciones individuales, sociales o ambientales relacionadas con una mayor probabilidad de que se presente el suicidio. Por su parte, los factores protectores son asumidos como aquellas condiciones que disminuyen la probabilidad de que se presente el suicidio (Cova, 2004).

Rocha (2007) resalta la importancia del análisis de las conductas suicidas desde marcos complejos que permitan entender que los fenómenos de calidad de vida y de bienestar integral están profundamente influidos e interrelacionados con otros elementos sociales, económicos, políticos, culturales, etcétera, que determinan el posicionamiento de los individuos y las comunidades en su contexto trascendental y natural. Ante esto, se requiere que diferentes sectores e instituciones aúnen esfuerzos para atender el riesgo que representa la presencia de conductas suicidas previas a la consumación del suicidio (Villalobos-Galvis, 2009b).

El panorama anteriormente descrito muestra que es fundamental generar procesos a corto, mediano y largo plazo que permitan crear escenarios en el Departamento de Nariño dirigidos al fortalecimiento de la salud mental de la población, con la participación efectiva de las instituciones y de los distintos sectores de la comunidad, en aras del bienestar integral de las personas. Es decir, se requiere de una política pública que contemple diferentes dimensiones humanas y sociales.

Actualmente, las políticas públicas requieren un proceso de construcción e implementación participativo e integrador. Para vitalizar las políticas públicas es preciso reconocer que la realidad se construye socialmente y se dinamiza en la medida en que los actores se comprometan con los propósitos contruidos colectivamente. Así, las políticas sociales parten de las construcciones sociales y deben incidir sobre las realidades sociales y culturales (Ojeda & Sánchez, 2007).

Muller (2006) analiza las políticas públicas desde un enfoque cognitivo, partiendo de que estas van más allá de una simple participación de los actores sociales. Para el autor, las políticas públicas permiten constituir relaciones entre las personas y el mundo circundante. En este contexto, la elaboración de políticas parte de una representación que posibilita plantear propuestas de acción pertinentes, lo que Muller

nombra como “el *referencial* de la política pública” (p. 98). Este referencial contiene diferentes niveles de percepción del mundo, entre ellos, los valores, las normas y las teorías sobre la acción.

Para García (2006), desde el enfoque de políticas sociales integradas, la complejidad que encierra la realidad social se convierte en oportunidad para la acción. Se trata de activar múltiples miradas ante una situación multideterminada, miradas disciplinares y populares, y, en especial, integrar la acción de diversos actores sociales:

La gestión integrada es el intento de crear, activar o reconducir dinámicas participativas capaces de asumir un papel activo así como de delegar en órganos inferiores, o de transferir a instancias intermedias lo que hasta ahora estaba centralizado. Se observará fácilmente hasta qué punto la gestión integrada está vinculada a la profundización del estado de las autonomías y a la necesaria descentralización de las políticas de bienestar. (García, 2006, p. 53)

La propuesta de políticas sociales integradas requiere contemplar tres lógicas: (a) la responsabilidad desde la autonomía individual, (b) la solidaridad y (c) las garantías jurídicas. Se incentiva la autonomía de cada agente social a la vez que se fortalece el tejido social, a través de un trabajo sinérgico y recíproco, generando las condiciones para la construcción e implementación participativa de políticas sociales. Para ello, es fundamental incorporar las organizaciones comunitarias y sus iniciativas en la planificación de estrategias de acción social, y evitar siempre coartar la iniciativa y la creatividad, dejando de lado el temor de las administraciones públicas a la participación ciudadana, lo que permitirá que profesionales y ciudadanos comunes sean aliados antes que competidores. Se trata de seguir la lógica de las tradiciones comunitarias (García, 2006).

En el proceso de investigación que fundamenta la construcción de este trabajo se toma como referente el modelo ecológico propuesto

por Bronfrenbrenner, el cual se adecúa también al enfoque de políticas integradas. Este modelo es utilizado y recomendado por el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2003) como marco de análisis para la comprensión y la prevención de la violencia. De esta manera, permite comprender los factores protectores y de riesgo en salud y violencia desde cada uno de sus subsistemas.

La persona se afecta por el ambiente, pero a su vez reestructura el medio en el que vive. Como señaló García (2001), el concepto de ambiente es en sí mismo complejo, ya que se extiende más allá del entorno inmediato para abarcar las interconexiones entre distintos entornos y las influencias que sobre ellos se ejercen desde entornos más amplios. Esta aproximación conceptual y metodológica ha sido utilizada para diversos problemas con etiología multicausal. El modelo ecológico propone que el estudio de la persona requiere del análisis interaccional en los diversos contextos que influyen sobre ella. A través de los diferentes subsistemas, el modelo relaciona factores individuales, familiares, socioculturales y políticos, pues considera que la situación o evento es producto de la influencia de estos niveles sobre el comportamiento humano.

García (2001) conceptualiza los diferentes niveles del modelo ecológico así: (a) el *microsistema* se refiere a la persona con sus relaciones, roles y acciones; (b) el *mesosistema* abarca las interacciones de dos o varios microsistemas; (c) el *exosistema* aborda entornos de la persona en los cuales se generan acontecimientos que la influyen indirectamente, y (d) el *macrosistema* comprende los patrones culturales o sociales que atraviesan los otros sistemas.

De acuerdo con lo anterior, el presente trabajo propone elementos para la formulación de una política pública de prevención del suicidio, con base en la identificación de factores de riesgo y de protección percibidos por las comunidades de cuatro municipios de Nariño, con base en el modelo ecológico.

Método

Tipo de Estudio

La investigación se enmarca en el paradigma cualitativo de investigación, con un enfoque hermenéutico, desde el cual se interpretan las percepciones de los participantes en busca de develar construcciones sociales que fundamenten la propuesta de una política coherente con los resultados investigativos.

Participantes

El estudio se realizó en cuatro municipios del Departamento de Nariño: Pasto, Ipiales, Tumaco y La Unión, pertenecientes a cuatro subregiones diferentes (central, sur, costa pacífica y norte). Participaron representantes de diversos sectores poblacionales: educativo, salud, religioso, gubernamental, organizaciones civiles y ciudadanos en general.

Esta investigación contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad del Valle. La participación en el estudio fue voluntaria, con consentimiento informado, el cual incluyó una descripción breve del proyecto, los beneficios de la investigación, la confidencialidad de la información y los derechos del participante.

Instrumentos y Técnica

Se elaboraron las categorías deductivas, que recogen las áreas de interés (salud, educación, economía, cultura, medios de comunicación y relaciones sociofamiliares), a ser abordadas desde los subsistemas del modelo ecológico (macro-sistema, exosistema, microsistema) (véase Tabla 1). Estas categorías corresponden a los aspectos relacionados con el problema de investigación que fueron identificados a partir de la revisión teórica y de la contextualización en cada municipio. Desde esta tabla, se diseñó y validó con jueces expertos una guía de preguntas orientadoras con relación a la problemática del suicidio, que sirvió de marco tanto para los grupos focales como para las entrevistas individuales a

profundidad. El contenido de la guía se sometió también a un pilotaje con estudiantes universitarios procedentes de los municipios abordados, con el propósito de adecuar el lenguaje a las características culturales. Se obtuvo así una guía semiestructurada, que se adecuó a cada técnica.

El objetivo de los grupos focales fue obtener información sobre la percepción del suicidio en jóvenes, en un contexto de interacción de los participantes, permitiendo a la vez su validación social.

Se desarrollaron tres grupos focales en cada municipio cuidando que cada uno estuviera integrado entre 6 y 12 participantes, con el propósito de garantizar un manejo apropiado de la metodología. Los grupos se integraron así: adolescentes (14 a 18 años), jóvenes (19 a 25 años) y adultos (26 años en adelante).

Por su parte, las entrevistas individuales a profundidad permitieron profundizar en información derivada de los grupos focales. Se aplicaron en promedio diez entrevistas en cada municipio con actores sociales de los sectores mencionados, actores que variaron en cada municipio. Los entrevistados fueron escogidos con uno de los siguientes criterios: (a) haberse identificado que posee información relevante, diferente a la suministrada en el contexto de un grupo focal, y (b) ser referido como informante clave para la investigación y no haber podido participar en un grupo focal.

Procedimiento

Inicialmente, se realizó la contextualización de cada municipio, seguida del diseño de la guía de preguntas orientadoras que sirvió de base para la aplicación de los grupos focales y de las entrevistas individuales a profundidad. Inmediatamente después del desarrollo de los grupos focales se desarrollaron las entrevistas a profundidad.

Análisis de Resultados

La información relacionada con la percepción del suicidio se analizó y categorizó en

los niveles individual, familiar, sociocultural y político. Una vez obtenidos los resultados, la validación se hizo a través de devolución de emergentes en encuentros organizados por sectores, con representantes de la salud, la educación, el sector religioso y las organizaciones sociales. En este proceso de validación se convocó a los representantes a los encuentros por sectores, se socializaron con ellos los resultados y se recibió su retroalimentación.

Inicialmente, los resultados se organizaron con base en los subsistemas del modelo ecológico. Enseguida, para lograr mayor coherencia entre la denominación y el contenido, se definieron cuatro niveles (individual, familiar, sociocultural y político), que permitieron una clasificación coherente de la información. El criterio para clasificar la información en cada nivel fue su alcance, es decir que se ubicó la categoría en el nivel que abarcara el contenido, sin que esto signifique que no existan relaciones con los otros niveles.

Resultados

La información que se presenta a continuación se deriva, en primera instancia, de las narraciones de las personas, en cuanto estas son recurrentes en los diferentes municipios.

Se presentan primero los factores de riesgo y los factores protectores reportados por los participantes en cada uno de los niveles, para finalmente ofrecer una síntesis de estos que a su vez permite visualizar las prioridades para el diseño de políticas y de programas de intervención.

Percepción Comunitaria de los Factores de Riesgo para las Conductas Suicidas

En la Tabla 2 se presentan las principales percepciones de los actores sociales con respecto a los factores de riesgo para la conducta suicida. Como se puede observar, en las percepciones sociales de los participantes se reconoce una gran diversidad de factores de riesgo del fenómeno del suicidio. Desde el punto de vista individual, se encuentran cuatro grupos de elementos: (a) algunas

Tabla 1

Categorías deductivas: áreas correspondientes a los subsistemas del modelo ecológico

	Macrosistema	Exosistema	Microsistema
Salud	Problemáticas de salud física y mental. Conducta suicida		
Educación	Educación formal Educación no formal Educación informal	Oportunidades educativas Analfabetismo	Expectativas educativas y laborales Analfabetismo Rendimiento académico Deserción escolar Adaptación al contexto educativo
Economía	Económica de la región	Oportunidades laborales	Situación económica familiar
Cultura	Costumbres y tradiciones	Costumbres y tradiciones Alternativas para la ocupación del tiempo libre	Manejo del tiempo libre
Medios de comunicación	De comunicación	Medios de comunicación y suicidio	Información brindada por los medios de comunicación
Sociofamiliar	Violencia	Violencia en la comunidad	Pautas de crianza Soporte social Comportamientos violentos (intrafamiliar y con amigos)

características sociodemográficas atribuidas a los suicidas, (b) algunos estresores vitales importantes, (c) la incidencia de trastornos mentales y (d) el déficit de habilidades. Por su parte, en los elementos familiares se distinguen tres grandes aspectos: (a) el carácter *doméstico* que tienen las conductas suicidas, (b) la presencia de conflictos significativos en el interior del hogar y (c) los déficits del sistema familiar para convertirse en fuente de bienestar. En cuanto a los aspectos socioculturales, se detectaron: (a) la violencia y los conflictos sociales e interpersonales; (b) la presencia de antivalores con alta aceptación e importancia social, y (c) la ausencia o déficit de indicadores o medios de integración y control sociales. Finalmente, a nivel político se distinguen dos grandes

grupos de factores: (a) las problemáticas sociales en diversas áreas y (b) la ausencia de políticas claras, continuas, participativas, efectivas, orientadoras e integradoras.

Percepción Comunitaria de los Factores Protectores para las Conductas Suicidas

En la Tabla 3 se presenta una síntesis de los factores protectores propuestos. Un aspecto que llamó la atención en la investigación fue la dificultad para identificar un amplio número de elementos que protejan a las personas del suicidio. Por ello, se encontraron notoriamente más factores de riesgo que factores protectores.

De acuerdo al subsistema de análisis, como factores de protección se encuentran que el

Tabla 2

Factores de riesgo percibidos por los participantes para el suicidio en jóvenes del Departamento de Nariño

Nivel individual	Nivel familiar	Nivel sociocultural	Nivel político
Intento previo de suicidio en la misma persona o en alguien cercano Depresión Abuso de sustancias psicoactivas (spa) Esquizofrenia Trastornos mentales no diagnosticados Desesperanza Déficits en el afrontamiento de eventos estresantes Déficits de habilidades y competencias personales Manejo inadecuado de conflictos amorosos y de pareja Concepciones inadecuadas sobre la salud Bajo nivel educativo Soltería Enfermedad terminal Dificultad para aceptar la muerte de un familiar cercano	La casa como sitio de ocurrencia Escaso apoyo familiar Conflictos entre padres e hijos Conflictos de autoridad Desestructuración familiar Expectativas educativas y profesionales contrarias entre padres e hijos Pautas de crianza inadecuadas	Ausencia de práctica religiosa Escaso soporte social Alta aceptación social del consumo de spa lícitas (alcohol y tabaco) asociadas a actividades lúdicas y deportivas Concepción ambivalente del suicidio (cobardía vs. valentía) Conflictos con amigos Visiones inmediatistas sobre el futuro Introversión y pasividad como características del pastuso y algunas subregiones de Nariño Presión para conseguir dinero, competencia por recursos y éxito Violencia sexual con el rendimiento académico Poco énfasis en formación integral Conflictos entre docentes y estudiantes	Control de métodos autolesivos Pobreza e insatisfacción de necesidades básicas Problemática laboral relacionada con el desempleo y los bajos salarios Inatención médica ante casos de intento de suicidio Escasez de oportunidades educativas Insuficiente e inexistente cobertura de profesionales en salud mental Deficiencias en el seguimiento y rehabilitación de pacientes y familiares afectados por la conducta suicida Violencia asociada a cultivos ilícitos y grupos armados Inadecuado manejo de modelos de vida en los medios de comunicación Ausencia de políticas y estrategias continuas para el uso del tiempo Inexistencia o dificultades de acceso a espacios para el sano esparcimiento Fácil acceso a spa cerca de instituciones educativas

apoyo emocional de la pareja y el ocio productivo a nivel individual. En lo familiar, solo se identifica el apoyo de la familia al individuo. Por su parte, en lo sociocultural se encuentran las dimensiones de: (a) integración y apoyo social, (b) la oportunidad que representa una visión amplia de educación y (c) la identidad como elemento de autorreconocimiento y valoración. Finalmente, en lo político se reconoce la importancia de la oferta de programas y servicios destinados al bienestar. Así pues, se valoran los escenarios sociales dirigidos al uso del tiempo libre y al despliegue de las potencialidades del ser humano en sus diferentes dimensiones, así como también el apoyo social y el trabajo en red.

Elementos para la Formulación de una Política Pública de Prevención del Suicidio en Nariño

A partir de los resultados expuestos en el apartado anterior, se plantea a continuación una serie de elementos que deberían ser considerados en el escenario de la formulación de una política pública de prevención del suicidio en Nariño.

Principios en la Política Pública

Integralidad en la intervención frente a las distintas dimensiones humanas. Las percepciones que tienen las comunidades frente a la causalidad del suicidio, organizadas a través del modelo ecológico, permiten ver la necesidad

de intervenciones que se centren en las dimensiones sociales, comunitarias, interpersonales e individuales de las personas, de tal manera que la acción sinérgica en los diferentes subsistemas lleve a la movilización del sistema social en torno a la salud mental y, por ende, a la disminución de la incidencia y la severidad de las conductas suicidas (Ayyash-Abdo, 2002).

Participación responsable de diferentes sectores institucionales y comunitarios. Esta participación implica un cambio en la concepción de la responsabilidad de la sociedad frente al problema del suicidio, pues se parte de que la causalidad compleja del suicidio requiere también de acciones complementarias desde los diferentes actores sociales. Así pues, se reconoce que líderes sociales, líderes religiosos, familias, gobernantes, etcétera, pueden aportar a la prevención del suicidio desde su respectivo quehacer, y, por ende, la solución a este problema de salud no debe provenir exclusivamente del sector sanitario. Es importante devolver a la sociedad (en su conjunto) la responsabilidad de un fenómeno que a todos afecta de diversas formas (Giovannella, Vaitsman, Escorel, Magalhaes & Costa, 2002).

Respeto por la diversidad cultural y étnica. La diferencia de percepciones frente al suicidio encontrada en las cuatro subregiones del Departamento de Nariño demuestra la importancia de la diversidad cultural y étnica, pues la

Tabla 3

Factores protectores percibidos por los participantes para el suicidio en jóvenes del Departamento de Nariño

Nivel individual	Nivel familiar	Nivel sociocultural	Nivel político
Relación de pareja estable Práctica de actividades lúdicas y deportivas	Apoyo familiar	Soporte social Pertenencia a grupos artísticos y deportivos Educación formal e informal; escolarización Enseñanza de normas, deberes, principios éticos y derechos Características culturales particulares de las subregiones	Redes que promueven conductas saludables Oferta de actividades deportivas y recreativas Implementación de programas que promueven habilidades y competencias personales

cultura crea realidades que afectan el sentido y el modo de vida de las personas (Álvarez, Ojeda & Sánchez, 2008). Una política pública, en este sentido, deberá apartarse de pretensiones de uniformidad y, por el contrario, reconocer en la diversidad de las comunidades su principal ventaja estratégica (Giovanella et al., 2002).

Reconocimiento de identidades juveniles. En consonancia con lo anterior, un trabajo importante es identificar lo que distingue a los jóvenes: sus intereses, inquietudes, anhelos, miedos, etcétera, de tal manera que cualquier acción que se pretenda implementar parta de la comprensión de sus vivencias y genere expectativas desde la familiaridad que represente para la población objetivo (Balardini, 2000).

Calidad y eficiencia de las acciones de intervención. Según lo expresado por varios actores sociales, se requiere de procesos que se basen en criterios científicos que garanticen la idoneidad técnica de la acción emprendida, así como la evaluación de su impacto en relación con la problemática que pretende solucionar. Lo anterior implica una nueva visión centrada no solo en la eficiencia, sino también en la efectividad.

Universalidad y equidad en la prestación de servicios. Dado el carácter complejo de la política, se requiere pensar las acciones de prevención del suicidio desde una mirada universal que garantice que todos los miembros de la sociedad se vean beneficiados por ellas, sin que ello vaya en detrimento de acciones selectivas o indicadas para grupos específicos de riesgo (Cornes, Fernández-Ríos, Arauxo & Pedrejón, 2004).

Ejes y Acciones Estratégicas en la Política Pública

La formulación de ejes estratégicos se orientó a partir de las categorías emergentes del análisis de los factores de riesgo y protección percibidos por los participantes. En general, se concluye que, desde la percepción de los actores sociales en los diferentes sectores poblacionales, el suicidio es una problemática

multideterminada, que involucra aspectos cognitivos, relacionales, educativos, económicos, políticos y culturales, por lo cual demanda acciones complejas para su intervención (véase Tabla 4).

La primera categoría de análisis se denomina *espectro suicida* y hace referencia a la detección e intervención de ideas, planes e intentos suicidas en la vida de las personas y las comunidades. Una segunda categoría es la de *problemática de salud integral*, la cual hace referencia a aspectos específicos de la salud y la enfermedad, y agrupa las acciones relacionadas con el mejoramiento de las condiciones tanto de salud física como de salud mental. La tercera categoría alude al tema de *integración social*, en el cual se plantea la necesidad de fortalecer la participación e integración de las personas a grupos como un factor que disminuye la probabilidad de una conducta suicida. Otra categoría hace referencia al *autorreconocimiento*, que abarca la generación y apropiación de elementos individuales y culturales que definen a las personas y las comunidades, y que, al ser el origen de esquemas mentales, fomentan o impiden la presencia de conductas suicidas. Una quinta categoría es la *violencia y la resolución de conflictos*, implica modificar la creencia de que los métodos violentos, que se ponen en práctica en diferentes niveles del sistema social, son una opción válida para la solución de conflictos, pues, al ser formas de violencia hacia el otro, validan las acciones de violencia hacia sí mismo. También se identificaron elementos que constituyen la categoría de *problemática educativa*, en la cual se propone que la presencia de una adecuada educación, como fuente de oportunidades personales y sociales, es un elemento que disminuye la presencia de conductas suicidas, al facilitar a las personas la visualización y generación de nuevas oportunidades de vida y trabajo. De igual forma, se destaca la presencia de la *problemática económica*, que debe ser tenida en cuenta como un elemento propicio para el suicidio, dado que hay una presión por el éxito

Tabla 4*Ejes y acciones estratégicos en la formulación de una política pública de prevención del suicidio*

Eje estratégico	Individual	Familiar	Sociocultural	Político
Detección e intervención de la conducta suicida	Tamizajes de conductas suicidas (previas y actuales) Atención y seguimiento a personas con ideas o intentos de suicidio	Evaluación de riesgos por conductas suicidas en seres queridos Campañas de prevención de riesgos en el hogar	Fomento de valores sociales que fomenten la vida e invaliden el suicidio como afrontamiento Inclusión de valores religiosos como apoyo a valores sociales Atención y seguimiento a "sobrevivientes"	Desarrollo de políticas y normas sobre el control a la venta y uso de métodos potencialmente autolesivos
Problemática de salud integral	Intervención profesional de trastornos mentales Abordaje psicosocial de enfermedades crónicas o terminales Abordaje psicosocial de la muerte de familiar cercano	Fomento de acciones para el fortalecimiento del funcionamiento familiar y la intervención de disfunciones familiares	Campañas orientadas a la adopción de un concepto positivo de la salud mental Atención integral orientada a grupos de riesgo (género, edad)	Mejoramiento de la cobertura y calidad de servicios en salud mental Capacitación en salud mental al personal del sector sanitario Desarrollo de sistemas de referencia y contrarreferencia
Integración y soporte social	Fomento de las habilidades sociales Estrategias de promoción de relaciones de pareja "saludables"	Creación de espacios que fomenten la comunicación y la integración familiar	Fomento de grupos que permitan la integración social y el uso creativo del tiempo Fomento de modelos y formas de organización cooperativos para el desarrollo integral de la comunidad	Implementación de modelos de democracia participativa e integración comunitaria como opción de desarrollo Fomento de redes sociales
Autorreconocimiento	Desarrollo de la autoestima personal y colectiva Fomento y valoración de la capacidad para superar problemas y dificultades	Fortalecimiento de la familia como instancia que fomenta la autonomía y el autorreconocimiento	Reconocimiento y resignificación de imaginarios culturales frente a las características personales que aumentan el riesgo de suicidio Fomento del optimismo como rasgo de personalidad valorado culturalmente	Promoción de estrategias orientadas a la definición y valoración de las características culturales como elemento de integración social
Violencia y manejo inadecuado de conflictos	Tamizaje y atención temprana de conductas violentas Entrenamiento en formas alternativas de manejo del conflicto	Fortalecimiento de acciones para la prevención y disminución de la violencia intrafamiliar	Fomento de valores que castiguen el uso de la violencia como opción válida en la resolución de conflictos y fomenten el valor de la conciliación	Implementación de estrategias en pro del desarrollo de valores prosociales y de solución alternativa de conflictos Fomento prioritario a acciones sociales pedagógicas sobre las acciones legales y sancionatorias
Problemática educativa		Fomento del uso de pautas adecuadas de crianza Revaloración de la educación como medio de desarrollo personal y social	Apoyo a programas de educación formal y no formal	Fomento de oportunidades educativas pertinentes Implementación de programas que promuevan habilidades y competencias personales
Problemática económica	Desarrollo de habilidades de solución creativa de dificultades (e. g., económicas)	Fomento de la organización familiar y social en torno a alternativas productivas	Desarrollo de valores sociales que vean el dinero y el éxito como medios y no como fines en sí mismos	Fomento de propuestas de desarrollo económico alternativo
Medios de comunicación		Acompañamiento en, y promoción del, uso responsable de los medios de comunicación	Promoción del manejo ético y socialmente responsable de las noticias de muerte por suicidio	
Bienestar	Desarrollo de actitudes de autocuidado y bienestar Fomento de la práctica de actividades lúdico-recreativas		Impulso a la conformación de organizaciones cívico-comunitarias Apoyo a la creación y funcionamiento de grupos artísticos y deportivos	Desarrollo de políticas sobre el uso del tiempo libre Reconocimiento del bienestar como elemento de desarrollo social

económico que contrasta con la difícil realidad y la ausencia de oportunidades en esa misma área. Los *medios de comunicación* también aparecieron como elementos claves al ser espacios a través de los cuales se fomentan valores y conductas que facilitarían el manejo adecuado de las crisis, así como el fomento de nuevas alternativas frente a estas. Finalmente se encuentra la categoría de *bienestar*, la cual promueve una mayor valoración social de este aspecto como elemento crucial en la vida de las personas y las comunidades, lo que conduce a acciones de fomento.

Desde el punto de vista de la ciencia de la prevención se pueden entender las acciones formuladas en la Tabla 4. En cuanto a la prevención primaria, se plantea la importancia de estrategias orientadas al desarrollo de habilidades para la vida —entre las que se encuentran el fomento de la autoestima, las habilidades sociales y de solución de problemas— como elementos que permitan a los individuos desarrollar y utilizar sus recursos para el adecuado afrontamiento de los momentos críticos de la vida. En lo relacionado con la dinámica familiar, se requiere de acciones orientadas al mejoramiento de las relaciones y dinámicas familiares, al fomento de su papel como primer espacio de socialización y como espacio privilegiado de soporte social. En lo referente a lo sociocultural y lo político, la promoción de valores y acciones positivas tales como la salud, el bienestar, el trabajo, el emprendimiento, la identidad cultural, entre otros, que fomenten el desarrollo de una cultura optimista, proactiva y resiliente que vea en las dificultades una oportunidad de mejoramiento y de un buen vivir. Un llamado especial es necesario, en pro del fomento de acciones que permitan la formulación y el acceso de los jóvenes a los programas de salud integral, como elemento base para su adecuado desarrollo y como una oportunidad de justicia social.

En cuanto a la prevención secundaria, se requieren acciones que fomenten el

empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades como agentes que permitan identificar factores de riesgo y formular estrategias de prevención del suicidio. Así pues, se espera, por ejemplo, que la escuela sea un espacio en el que se identifiquen problemáticas y se generen las respectivas acciones de cambio, y que desde el sector de la salud se implementen sistemas de detección, atención y seguimiento de problemas de salud (e. g., depresión, ideas suicidas, trastornos en el desarrollo, etc.) que fomenten una mayor calidad de vida en los jóvenes. Ello implica esfuerzos importantes en la cualificación del talento humano en el sector salud, así como un mejoramiento de las rutas críticas o de atención de la conducta suicida. En el plano de lo social y político, es necesario generar redes sociales que se instauren como una fuente de soporte social que mitigue el impacto de estresores vitales y se convierta en estrategia y fuente de mejor afrontamiento.

Finalmente, como acciones de prevención terciaria, se necesita de sistemas sociales y de salud que permitan la atención de casos de intento de suicidio, así como la atención de personas y grupos sociales cuyos seres queridos o miembros hayan muerto por suicidio. A nivel social y cultural, se necesita de acciones que permitan el desarrollo y la implantación de modelos resilientes frente al suicidio, es decir, que favorezcan que una comunidad no se estanque en el problema, sino que genere cambios sociales tan sustanciales que en el futuro tales conductas no se instauren como formas válidas de acabar con los problemas de la vida.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue plantear elementos que permitieran la formulación de una política pública de prevención del suicidio en Nariño, con base en la identificación de factores de riesgo y de protección percibidos por las comunidades de cuatro municipios.

Por lo anterior, se iniciará la discusión retomando los resultados del trabajo con las comunidades. Inicialmente este trabajo se plantea como una alternativa complementaria a los trabajos epidemiológicos centrados en la identificación objetiva de factores de riesgo y protección, toda vez que pretendió reconocer cuáles eran los factores que percibían los nariñenses como relacionados con el fenómeno suicida. Las comunidades plantearon como factores de riesgo aquellos responsables de que una persona se suicidara, mientras que definieron como factores de protección aquellos que salvaguardaban a una persona de presentar una conducta suicida. Esta concepción es acorde con las formulaciones hechas desde la epidemiología, que definen los factores de riesgo como aquellas condiciones que hacen que, cuando un individuo se expone a ellas, se incremente la posibilidad de presentar un determinado problema de estudio, y como factores protectores aquellos que disminuyen la probabilidad de que se presente una consecuencia negativa, a pesar de que el individuo se haya visto expuesto a condiciones de riesgo (Cova, 2004). Estos factores tienen una relación directa o indirecta con el problema de salud, por cuanto pueden ser de orden causal, precipitante, predisponente o simplemente concurrente, de acuerdo con su presencia o ausencia en determinadas circunstancias (Varela, Salazar, Cáceres & Tovar, 2007).

El estudio de los factores de riesgo y de protección para el suicidio percibidos por una comunidad se valida como un insumo fundamental para el éxito de las acciones de prevención en salud, pues, aunque es posible que no se pueda demostrar el carácter predictivo estadístico de tales factores, sí resultan fundamentales a la hora de garantizar la aceptación de las personas de una comunidad frente a las estrategias, acciones y actividades que se planteen en el manejo de un determinado problema de salud (Heck, 2004). Las políticas públicas que parten del reconocimiento de las condiciones culturales, sociales, políticas, etcétera, de la sociedad

que buscan afectar tienen más posibilidades de generar un cambio estructural significativo, al aprovechar sus recursos y orientarlos hacia nuevos fines (Giovanella et al., 2002).

Con respecto a los factores de riesgo percibidos, los trastornos mentales y las conductas suicidas aparecen como antecesores individuales significativos del fenómeno suicida en los jóvenes. Este planteamiento ha sido ampliamente validado en la literatura científica (Delgado et al., 2004; Muñoz & Gutiérrez, 2010, específicamente para el caso de Nariño) al comprobarse que el diagnóstico psiquiátrico previo, el intento de suicidio previo y la presencia de estrés agudo y depresión se instauraron como los principales factores de riesgo psiquiátrico para suicidio.

De igual manera, las comunidades reconocieron que los estresores vitales (principalmente los conflictos de pareja, la muerte de un ser querido y tener una enfermedad terminal), al estar unidos a un déficit en habilidades para la resolución de problemas, son elementos desencadenantes significativos de las conductas suicidas. Estos hallazgos guardan estrecha relación con lo expuesto por otros estudios (Palacios, Rueda & Valderrama, 2006; Peña, Ortiz & Gutiérrez, 2009; Villalobos-Galvis, 2009a, 2009b), al demostrarse cómo la vivencia de eventos estresantes vitales significativos se convierte en uno de los principales factores relacionados con la presencia de intentos de suicidio. De igual forma, los grandes déficits en estrategias de afrontamiento aumentan el valor de riesgo de dichos eventos, pues se instaura y valida la idea de que el suicidio es una forma de solucionar los problemas que se enfrentan en la vida (Villalobos-Galvis, 2007, 2009a).

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, se encuentra que los participantes reconocen la soltería y el bajo nivel educativo como elementos relacionados con la aparición de las conductas suicidas, en lo cual coinciden con los resultados de estudios epidemiológicos que así lo confirman (Ceballos, 2004; Martínez, 2006; Muñoz & Gutiérrez, 2010; Núñez et al., 2008).

Otro aspecto de suma importancia que reconocen los actores sociales participantes es el riesgo que implica la posibilidad de imitación de conductas suicidas, cuando alguien cercano a la persona ha presentado este mismo tipo de comportamientos. Al respecto, Chamorro y Cristancho (2010) encontraron que el hecho de conocer a alguien que haya muerto por suicidio tiene una incidencia significativa en todas las conductas suicidas de estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales (Nariño), mientras que Núñez et al. (2008) encontraron que la presencia de conductas suicidas se asoció con antecedentes de muerte violenta o de conductas suicidas en familiares y seres queridos.

En cuanto a los factores de tipo familiar, un aspecto notable es que se reconoce que las conductas suicidas se dan en el espacio del hogar y se recurre al uso de elementos o sustancias de uso doméstico. Este hallazgo es confirmado epidemiológicamente en el estudio de Peña et al. (2009), quienes encuentran que el 71% de los suicidios en cinco municipios de Nariño suceden en las casas de las víctimas.

De igual manera, se reconoce que el funcionamiento familiar (expresado en la comunicación, las pautas de crianza, el apoyo social, etc.) resulta un aspecto importante en el origen de las conductas suicidas. Esto es confirmado por Monge, Cubillas, Román y Abril (2007), quienes encontraron que la percepción de un ambiente familiar negativo, los sentimientos de incompreensión y rechazo por parte de los padres, así como la idea de que los padres tienen preferencias específicas por alguno de sus hijos, se establecieron como los factores principalmente relacionados con los intentos de suicidio en estudiantes de secundaria. Igualmente, Valadez, Amezcúa, Quintanilla y González (2005) encontraron asociaciones entre el intento de suicidio y el funcionamiento general de la familia, la presencia de dificultades económicas, la inadecuada comunicación, escasas manifestaciones claras de afecto, el manejo inadecuado de los conflictos y la agresividad, así

como la dinámica de pareja alterada. Asimismo, Núñez et al. (2008) reconocen que la estructura y la dinámica familiar disfuncional están altamente asociadas con la presencia de intentos de suicidio.

La ausencia de una práctica religiosa también fue formulada como un posible factor relacionado con el suicidio en Nariño. Estas percepciones de los actores sociales que participaron en el estudio concuerdan con los hallazgos de Muñoz y Gutiérrez (2010), quienes comprobaron que la no confesión de un credo religioso es un factor de riesgo epidemiológico para el suicidio en Nariño. Similares resultados frente al tema plantean Rosales, Gallardo y Conde (2005), quienes encontraron que el ser ateo es también un factor relevante para la presencia de depresión.

El aislamiento, la carencia de amigos o de relaciones sociales y afectivas significativas, y la presencia de continuas discusiones con los seres queridos son situaciones que se identificaron como posibles factores vinculados con la presencia del fenómeno suicida en Nariño. En otros estudios realizados con población nariñense, Villalobos-Galvis (2009b) encuentra que bajos niveles de soporte social se asocian significativamente con la presencia de ideas e intentos suicidas. En el mismo sentido, el aislamiento social, el sentido de rechazo o desapego, la alienación o la insatisfacción con las relaciones sociales están asociados con el incremento de las conductas suicidas, en general, y de la ideación suicida, en particular (Villalobos-Galvis, 2009a).

Otro de los principales factores relacionados con el suicidio, desde el punto de vista de los actores sociales, es el de la violencia, reconociendo en esto las dimensiones de la violencia hacia sí mismo y la violencia por parte de los demás. Cerdá y Alvarado (2010) confirmaron que los estudiantes de educación preescolar, primaria y secundaria son víctimas de violencia en general, mientras que las agresiones familiares y la discriminación de género, clase social y complejidad física se instauran como realidades concretas que lesionan e impactan a los estudiantes.

Esto a su vez se relaciona con que, entre las manifestaciones de violencia en el hogar, el abuso sexual fue la que más fuertemente se asoció con la conducta suicida, seguida de la violencia verbal, el uso de drogas, la violencia física y el tabaquismo, por lo cual Espinoza-Gómez et al. (2010) proponen que la violencia intrafamiliar debe ser considerada dentro de los programas preventivos contra el suicidio.

Sobre los factores de riesgo, finalmente, se reconoce que la presencia de suicidio en la comunidad es reforzada por algunas creencias que lo plantean como un valor social, al asignarle al suicida un sentido de valentía para enfrentar la muerte. Estos elementos han sido analizados por Agnew (1998), quien plantea que la aprobación del suicidio puede ser una función de la socialización de cada individuo, pues pudo haber estado expuesto o se le enseñaron creencias que favorecen o condenan el suicidio. Tal exposición está en función de las variables religiosas, regionales y sociodemográficas. Además, la aprobación del suicidio será mayor en aquellas personas con bajo control social, es decir, aquellos individuos con débiles vínculos o compromisos con otras personas, pues podrían sentir que tienen menos razones para vivir y así verían al suicidio como algo menos disruptivo que los demás. También los vínculos débiles impiden que el individuo vea que el suicidio puede ser una conducta inadecuada, a la vez que puede reforzar visiones amorales frente a actos desviados como la conducta suicida (Agnew, 1998).

En cuanto a los factores protectores, Ojeda y Sánchez (2007) encontraron diversidad de percepciones sobre el significado del tiempo y la relación con su uso como factor protector de la salud mental en las distintas regiones del Departamento de Nariño. Desde allí realizaron recomendaciones a la hora de formular políticas públicas, tales como aprovechar los recursos existentes a nivel local y regional; generar escenarios físicos y sociales alternativos a los existentes; preparar a los agentes comunitarios

primarios para la diversificación de actividades; aprovechar las actividades para fortalecer valores sociales y familiares, y desarrollar proyectos a largo plazo.

De igual manera, la participación en las redes sociales ha sido comentada como un factor de protección (Clemente & González, 1996; Durkheim, 1989), lo cual se relaciona con la percepción comunitaria de que pertenecer a grupos artísticos o cívico-comunitarios es una buena forma de prevenir el suicidio. Así mismo, la educación se instaure como una estrategia social de inclusión, al permitir a la persona sentirse parte de una comunidad y apropiarse de los valores sociales que en ella se promueven.

La educación se instaure también como una buena forma de adquirir habilidades que le permiten al individuo ampliar su repertorio comportamental para el manejo efectivo de las dificultades cotidianas, y, junto con otras habilidades como las sociales, las de resolución de conflictos interpersonales y las de solución de problemas, incrementa la capacidad resiliente de los individuos y los posiciona de mejor manera para el logro de sus expectativas personales y sociales (Rojas & Arévalo, 2008).

Desde lo anterior, se ve cómo la posibilidad de impactar en la disminución del riesgo de suicidio y en el mejoramiento de la salud mental de las comunidades está vinculada con la formulación y realización coordinada y participativa de acciones que se enmarquen en una política social que apunte al mejoramiento de las condiciones integrales de salud y bienestar de las comunidades.

Las políticas sociales estructuradas desde las percepciones que las comunidades tienen acerca de un problema o de una posibilidad se consolidan desde el lenguaje, entendido como un configurador de la realidad que sostiene diversas prácticas culturales, por lo que hacer ciencia implica participar en la interpretación de la cultura (Estrada & Diazgranados, 2007). Así, se asume que la percepción social es una

construcción comunal de la realidad. Al respecto, Álvarez et al. (2008) concluyeron que la percepción sobre el suicidio devela cómo una comunidad comprende una problemática en su entorno cultural. En este sentido, la presente investigación se fundamenta prioritariamente en la percepción social sobre el suicidio y desde allí propone un análisis para propiciar políticas sociales integradas.

Siguiendo a Muller (2006) en su análisis cognitivo de las políticas públicas, estas “deben analizarse como unos procesos a través de los cuales van a elaborarse las representaciones que una sociedad se da para entender y actuar sobre lo real, tal como ella lo percibe” (p. 95). Es decir, los universos cognitivos de los actores sociales constituyen el punto de partida y de llegada para las políticas sociales. De forma similar, el presente estudio permite inferir que desde la percepción social sobre el suicidio en el Departamento de Nariño se pueden proponer relaciones con elementos de los distintos contextos considerados (salud, educación, economía, cultura, medios de comunicación y relaciones sociofamiliares) y con los diferentes sistemas del modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner.

Con base en lo anterior y superando una mirada unicausal, es necesario pensar en un abordaje complejo del suicidio y, por ende, de la salud mental en el Departamento de Nariño. Este es un primer elemento que los actores de distintos sectores, tanto institucionales como comunitarios, necesitan reconocer y comprender para formular políticas integradas.

A primera vista, parecería un asunto de fácil manejo, pero en el ejercicio real de la acción tiene diversas implicaciones. Así, surgen interrogantes como ¿cuáles estrategias posibilitan que sectores como salud, economía, educación, entre otros, se interesen por abordar, de manera conjunta, la problemática del suicidio en el Departamento de Nariño? Una de las estrategias fundamentales es quizás la definición consensuada, la apropiación de los principios de la

política y la comprensión e intervención a través de los ejes estratégicos, que permitan direccionar los esfuerzos en la misma dirección.

En este sentido, en el año 2007, el Instituto Departamental de Salud de Nariño propuso el Modelo de Atención en Salud Mental para el Departamento de Nariño, el cual es considerado pionero por ser una propuesta conceptual y estratégica que dimensiona la salud mental desde la integralidad. A partir de las bondades del modelo, que señala claramente la voluntad política por plantear un abordaje novedoso de la salud mental, se requiere dinamizar el trabajo sinérgico, definido como principio, en aras de reducir los índices de suicidio y de promocionar la salud mental de los nariñenses.

Si el estudio de la problemática ha sugerido que es relevante un trabajo coordinado de actores sociales, se requiere que estos asuman el principio de la sinergia como prioridad. En esta primera fase resulta prioritario invitar a los actores a pensar el asunto desde una perspectiva relacional, antes que desde una perspectiva fraccionada o centrada en las competencias diferenciales de cada sector. Si bien algunas de las estrategias propuestas en este trabajo se vienen aplicando en el Departamento de Nariño lideradas por el Instituto Departamental de Salud, y se ha venido adquiriendo experiencia en el proceso de implementación, es el momento de avanzar en la articulación de principios y acciones para fortalecer su impacto.

Por último, aunque las diferentes problemáticas de salud mental requieren de abordajes específicos y es importante que existan perspectivas diferenciales, también es cierto que existe interdependencia entre los factores de riesgo y protectores implicados. Por ello se propone superar la división existente entre diversos comités locales y regionales, y buscar mecanismos por los cuales estos integren su quehacer, y puedan así avanzar hacia una concepción de bienestar integral de la población, escenario en el que la salud mental sea una consecuencia de

la integración social promovida desde diversos sectores sociales.

Referencias

- Agnew, R. (1998). The approval of suicide: A social-psychological model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 2, 205-225.
- Álvarez, A., Ojeda, E. & Sánchez, N. (2008). Percepción social de la comunidad acerca del suicidio en Pasto y Tumaco, Nariño: divergencias y puntos de encuentro. *Universidad y Salud*, 10, 7-17.
- Ayyash-Abdo, H. (2002). Adolescent suicide: An ecological approach. *Psychology in the Schools*, 39, 459-475. Recuperado de <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/94515887/pdf>
- Balardini, S. (2000). De los jóvenes, la juventud y las políticas de juventud. *Última década*, 13, 11-24.
- Ceballos, G. (2004). Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante el año 2002: un informe de casos. *Boletín Electrónico Psicología Clínica y de la Salud. ABA Colombia*. Recuperado de http://www.abacolombia.org.co/bv/clinica/analisis_suicidio_santa_marta_2002_abril_2004.pdf
- Cerdá, P. & Alvarado, J. (2010). Análisis de la violencia familiar, comunitaria y escolar en infantes de Nuevo León. *Ciencia UANL*, 8, 267-275.
- Chamorro, E. & Cristancho, D. (2010) *Estudio epidemiológico de las conductas suicidas en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales* (Trabajo de grado, Universidad de Nariño). Recuperado de <http://190.66.76:8085/atenea/biblioteca/81946.pdf>
- Clemente, M. & González, A. (1996). *Suicidio: una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cornes, J., Fernández-Ríos, L., Arauxo, A. & Pedrejón, C. (2004). La ciencia de la prevención: fundamentos y perspectivas. Implicaciones en psicología. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 31, 86-95.
- Cova, F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección. El desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología*, 8, 93-101.
- Delgado, A., Insuasty, D. & Villalobos, F. (2004). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Universidad y Salud*, 5, 60-76.
- Durkheim, E. (1989) *El suicidio*. Madrid: Akal (Trabajo original publicado en 1897).
- Eraso, J., Chaves, D. & Gámez, P. (2008). Caracterización de los pacientes con intento de suicidio atendidos en un hospital pediátrico. *Universidad y Salud*, 10, 18-31.
- Espinoza-Gómez, F., Zepeda-Pamplona, V., Bautista-Hernández, V., Hernández-Suárez, C., Newton-Sánchez, O. & Plasencia-García, G. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conductas suicidas en estudiantes universitarios. *Salud Pública Mex.*, 52, 213-219.
- Estrada, A. & Diazgranados, S. (2007). *Keneth Gergen. Construcción social. Aportes para el debate y la práctica*. Bogotá: Uniandes.
- García, F. (2001). *Conceptualización del desarrollo y la atención temprana desde las diferentes escuelas psicológicas* [Versión electrónica]. Recuperado de http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/xijorp/xi_Garcia.pdf
- García, J. (2006). Gestión integrada de políticas sociales. En M. Marchioni (Ed.), *Comunidad y cambio social. Teoría y praxis para la acción comunitaria* (pp. 41-58). Madrid: Popular.
- Giovannella, L., Vaitsman, J., Escorel, S., Magalhaes, R. & Costa, N. (2002). Health and inequality: Institutions and public policies in the 21st century. *Pan Am J Public Health*, 11, 466-470.
- Grupo de Investigación Psicología y Salud & Instituto Cisalva (2008). *Informe técnico de avance del proyecto Análisis de los factores de riesgo para suicidio y validación de un modelo de intervención en población juvenil en Nariño* (inédito). Universidad de Nariño, Colombia.
- Gutiérrez, M. I., Ortiz, Y. & Peña, M. P. (2009). El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del Departamento. *Pensamiento Psicológico*, 6, 97-108.
- Heck, R. (2004). La percepción social de las categorías de riesgo del suicidio entre los colonos alemanes del nor-oeste de Río Grande del Sur. *Texto Contexto Enferm.*, 13, 559-567.
- Instituto Departamental de Salud de Nariño (2007). *Modelo de atención en salud mental para el departamento*

- tamento de Nariño. Recuperado de <http://www.idsn.gov.co/>
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2005). *Informe técnico, Suicidio, Forensis 2005. Datos para la vida*. Bogotá: Panamericana.
- Martínez, J. (2006). *Factores asociados a los intentos de suicidio en pacientes atendidos en el Hospital Roberto Calderón de Managua* (Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua). Recuperada de http://www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/64.pdf
- Monge, J., Cubillas, M., Román, R. & Abril, E. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y Salud*, 17, 45-51.
- Muller, P. (2006). *Las políticas públicas*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Muñoz, E. & Gutiérrez, M. (2010). Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y controles. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 291-312.
- Núñez, N., Olivera, S., Losada, I., Pardo, M., Díaz, L. & Rojas, H. (2008) Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio. *Pensamiento Psicológico*, 4, 85-100.
- Ojeda, E. & Sánchez, N. (2007). Elementos para una propuesta de política pública sobre el uso del tiempo como factor protector de la salud mental en jóvenes del Departamento de Nariño. *Universidad y Salud*, 8, 72-86.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf
- Palacios, X., Rueda, A. & Valderrama, P. (2006). Relación de la intención e ideación suicida con algunas variables sociodemográficas, de la enfermedad y aspectos psicoafectivos, en personas con el VIH-SIDA. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 25-38.
- Peña, M., Ortiz, Y. & Gutiérrez, M. (2009). El suicidio en Nariño: una mirada desde los observatorios del delito en cinco municipios del departamento. *Pensamiento Psicológico*, 6, 97-107.
- Rocha, A. (2007). Calidad de vida y riesgo suicida: un problema de salud pública. *Universidad y Salud*, 8, 142-149.
- Rojas, F. & Arévalo, C. (2008). *Propiedades psicométricas del inventario de resiliencia ante el suicidio (Suicide Resilience Inventory -SRI-25; Osman et al., 2004) adaptado al español, en una muestra de adolescentes y jóvenes escolarizados en la ciudad de San Juan de Pasto* (Trabajo de grado, Universidad de Nariño). Recuperado de <http://190.66.76:8085/atenea/biblioteca/77136.pdf>
- Rosales, J., Gallardo, R. & Conde, J. (2005). Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10, 25-36.
- Valadez, I., Amescúa, R., Quintanilla, R. & González, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos de Medicina Familiar*, 7, 69-78.
- Van Heeringer, C., Portzky, G. & Audenaert, K. (2004). The psychobiology of suicidal behaviour. En D. de Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof & A. Schmindtke (Eds.), *Suicidal behaviour: Theories and research findings* (pp. 61-66). Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Varela, M., Salazar, I., Cáceres, D. & Tovar, J. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3, 31-45.
- Villalobos-Galvis, F. (2007). Aplicación del modelo procesual del estrés a la conducta suicida. *Universidad y Salud*, 8, 126-141.
- Villalobos-Galvis, F. (2009a). *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior* (Tesis doctoral, Universidad de Granada, España). Recuperada de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>
- Villalobos-Galvis, F. (2009b). Situación de la conducta suicida en estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, Colombia. *Salud Mental*, 31, 165-171.