

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
2. JUSTIFICACIÓN.....	23
3. OBJETIVOS.....	26
3.1. Objetivo General .....	26
3.2. Objetivos específicos .....	26
4. MARCO TEÓRICO .....	27
5. METODOLOGÍA .....	38
5.1. Tipo de Estudio .....	38
5.2 Definición de Variable .....	39
5.3. Población .....	40
5.4. Muestra .....	41
5.5. Procedimiento .....	41
5.6. Técnicas e Instrumentos .....	42
5.7. Procesamiento de la Información.....	43
6. RESULTADOS.....	46
7. ANALISIS DE RESULTADOS.....	103
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	115
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	122
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	123

## LISTA DE FIGURAS

Figura No. 01. Distribución por edad de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	46
Figura No 02. .Distribución por sexo de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	47
Figura No. 03. Distribución por estado civil de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	48
Figura No. 04. Distribución por religión a la que pertenecían las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	49
Figura No. 05. Distribución por escolaridad de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	49
Figura No. 06. Distribución por el tipo de trabajo que desempeñaban las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	51
Figura No.07. Distribución según el método empleado por las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	51
Figura No. 08. Distribución de personas que vivían con el sujeto.....	52
Figura No. 09. Distribución por tipo de unión de los padres de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta.....	53
Figura No 10. . Opinión de los familiares acerca de la forma como se mostraba en sus relaciones interpersonales la persona que decidió suicidarse.....	55
Figura No. 11. Opinión de los familiares acerca de como era la actitud de la persona que decidió suicidarse frente a disputas en el hogar.....	56
Figura No. 12. Opinión de los familiares acerca de de cómo considera que era el miembro que se suicidó.....	57
Figura No. 13. Opinión de los familiares acerca de los cambios que notó alguna vez en la persona que decidió suicidarse.....	58
Figura No. 14. Opinión de los familiares acerca de cómo cree que eran las actividades que realizaba en su tiempo libre la persona que decidió suicidarse.....	59
Figura No. 15. Distribución de opinión de los familiares con respecto si la noticia de un suceso similar entre sus amigos o familiares.....	59

Figura No. 16. Distribución de opiniones con respecto a la observación de comportamientos (Aislamiento).....	60
Figura No. 17. Distribución de opiniones con respecto a la observación de comportamientos (Agresividad verbal y no verbal).....	61
Figura No. 18. Frecuencia de la observación de comportamientos (Pasividad ante los conflictos) por parte de los familiares en las personas que consumaron el suicidio.....	61
Figura No. 19. Expresión de sentimientos de la persona que se suicidó ante los miembros del grupo familiar.....	62
Figura No. 20. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción Rabia.....	62
Figura No. 21. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción alegría.....	63
Figura No. 22. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción tristeza.....	64
Figura No. 23. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción sorpresa.....	64
Figura No. 24. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción asco.....	65
Figura No. 25. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción desprecio.....	65
Figura No. 26. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó miraba a los ojos al hablar con los demás.....	66
Figura No. 27. Distribución de opiniones con respecto a la concordancia entre los gestos y la expresión verbal de la persona que se suicidó.....	66
Figura No. 28. Distribución de opiniones de los familiares acerca de frecuencia de los movimientos corporales lentos de la persona que decidió suicidarse.....	67
Figura No. 29. Distribución de opiniones de los familiares acerca de frecuencia de los movimientos corporales rápidos de la persona que decidió suicidarse.....	68

Figura No. 30 Opinión de los familiares acerca de frecuencia de los movimientos corporales normales de la persona que decidió suicidarse.....	68
Figura No. 31. Distribución de opiniones de los familiares acerca de la frecuencia en que la persona que se suicido expresaba sus ideas en momentos oportunos y de forma clara.....	69
Figura No. 32. Opinión de los familiares acerca de si la persona que dice que se va a suicidar lo hace finalmente.....	69
Figura No. 33. Distribución de opiniones de los familiares acerca de si la persona que decidió suicidarse le agradaba mantener contacto (tocar).....	70
Figura No. 34. Distribución de opiniones de los familiares acerca de si la persona que decidió suicidarse le agradaba mantener contacto (abrazar).....	71
Figura No. 35. Distribución de opiniones de los familiares acerca de si la persona que decidió suicidarse le agradaba mantener contacto (acariciar).....	71
Figura No. 36. Distribución de opiniones de los familiares acerca de si la persona que decidió suicidarse le agradaba mantener contacto (besar).....	72
Figura No. 37. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de las causas a las que las que atribuyen la toma de decisión del suicidio por parte de uno de sus miembros.....	73
Figura No.38. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de las causas a las que atribuyen la toma de decisión por parte de uno de sus miembros.....	74
Figura No. 39. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de las disposiciones sociales o ambientales a los que atribuyen la toma de decisión del suicidio de alguno de sus miembros.....	74
Figura No. 40. Distribución de las opiniones de los familiares acerca del grado de preferencia por factores a los que atribuyen la toma de decisión del suicidio.....	75
Figura No. 41. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de las creencias religiosas como factor protector para la toma de decisión del suicidio.....	76
Figura No. 42. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de la preferencia por considerar como fracasado a la persona que decide suicidarse.....	77
Figura No.43. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de los miembros que se culparon por el suicidio.....	78

Figura No. 44. Distribución de las opiniones de los familiares de si es posible reconocer cuáles situaciones pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio, luego de haber experimentado este hecho.....	79
Figura No. 45. Distribución de las opiniones de los familiares de si es posible reconocer cuáles situaciones pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio, luego de haber experimentado este hecho.....	80
Figura No. 46. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel familiar.....	81
Figura No.47. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel laboral.....	82
Figura No. 48. Distribución de las opiniones de los familiares acerca que hubiera hecho si hubiera percibido las ideas suicidas del sujeto.....	83
Figura No. 49. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de las posibles causas que pudieron haber provocado el suicidio.....	84
Figura No. 50. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de por cuáles disposiciones personales el sujeto pudo haber tomado la decisión de suicidarse.....	86
Figura No. 51. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de por cuáles disposiciones ambientales el sujeto pudo haber tomado la decisión de suicidarse.....	87
Figura No. 52. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de la causa que tiene mayor importancia para la toma de decisión del suicidio.....	89
Figura No. 53. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si la posible situación que provocó el suicidio fue razón suficiente para que el sujeto decidiera hacerlo.....	90
Figura No. 54. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca si pertenecer a alguna creencia religiosa puede ser un factor protector contra la conducta suicida.....	91
Figura No. 55. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si las personas que consuman un suicidio pueden considerarse como fracasados.....	93
Figura No. 56. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de de que miembros de la familia creen	

haber tenido alguna responsabilidad en la toma de decisión del suicidio del sujeto.....	94
Figura No. 57. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si es posible reconocer cuáles situaciones pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio.....	95
Figura No. 58. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cual situación pudo haber llevado al sujeto a tomar la determinación del suicidio.....	97
Figura No. 59. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel familiar.....	98
Figura No. 60. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel laboral.....	100
Figura No. 61. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si el sujeto pudo haber recibido alguna influencia negativa de los medios de comunicación determinante para la toma de decisión del suicidio.....	101
Figura No. 62. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si el sujeto pudo haber recibido alguna influencia negativa de los medios de comunicación determinante para la toma de decisión del suicidio.....	102

## LISTA DE TABLAS

Tabla No. 01. Cuadro operativo de variables.....	39
Tabla No. 02. Distribución por sexo de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	47
Tabla No. 03. Distribución por religión a la que pertenecían las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	48
Tabla No. 04. Distribución del medio socio económico de los familiares de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	50
Tabla No. 05. Distribución por empleo de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.....	50
Tabla No. 06. Distribución de personas que vivían con el sujeto.....	52
Tabla No. 07. Distribución por tipo de familia de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta.....	53
Tabla No. 08. Distribución de opinión de los familiares con respecto a la presencia de antecedentes de suicidio familiar.....	54
Tabla No. 09. Opinión de los familiares acerca de si considera que la persona que decidió suicidarse era una persona preocupada por su aspecto personal.....	54
Tabla No. 10. Opinión de los familiares acerca de si considera acerca de cómo era el desempeño de la persona que decidió suicidarse en el trabajo y/o escuela.....	55
Tabla No. 11. Opinión de los familiares acerca de de cómo era el modo de comportarse de la persona que decidió suicidarse frente a la presencia de personas ajenas al núcleo familiar.....	57
Tabla No. 12. Opinión de los familiares acerca de si cree que el sujeto que decidió suicidarse profesaba o pertenecía a alguna secta o religión.....	58
Tabla No. 13. Opinión de los familiares acerca de la suficiencia de la posible causa del suicidio en alguno de sus miembros.....	76
Tabla No. 14. Opinión de los familiares acerca de si el sujeto pudo haber recibido alguna influencia negativa de los medios de comunicación determinante para la toma de decisión del suicidio.....	82

Tabla No. 15. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de las posibles causas que pudieron haber provocado el suicidio.....	84
Tabla No. 16. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de por cuáles disposiciones personales el sujeto pudo haber tomado la decisión de suicidarse.....	85
Tabla No. 17. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de por cuáles disposiciones ambientales el sujeto pudo haber tomado la decisión de suicidarse.....	87
Tabla No. 18. Relación entre el APGAR familiar y la opinión de los familiares acerca de la causa que tiene mayor importancia para la toma de decisión del suicidio.....	88
Tabla No. 19. Relación entre el APGAR Familiar y la opinión de los familiares acerca de si la posible situación que provocó el suicidio fue razón suficiente para que el sujeto decidiera hacerlo.....	89
Tabla No. 20. Relación entre el APGAR Familiar y la opinión de los familiares acerca si pertenecer a alguna creencia religiosa puede ser un factor protector contra la conducta suicida.....	91
Tabla No. 21. Relación entre el APGAR Familiar y la opinión de los familiares acerca de si las personas que consuman un suicidio pueden considerarse como fracasados.....	92
Tabla No. 22. Relación entre el APGAR Familiar y la opinión de los familiares acerca de que miembros de la familia creen haber tenido alguna responsabilidad en la toma de decisión del suicidio del sujeto.....	94
Tabla No. 23. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si es posible reconocer cuáles situaciones pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio.....	95
Tabla No. 24. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cual situación pudo haber llevado al sujeto a tomar la determinación del suicidio.....	96

Tabla No. 25. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel familiar.....	98
Tabla No. 26. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel laboral.....	99
Tabla No. 27. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si el sujeto pudo haber recibido alguna influencia negativa de los medios de comunicación determinante para la toma de decisión del suicidio.....	101
Tabla No. 28. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de lo que hubieran hecho luego de percibir las ideas suicidas del sujeto.....	102

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO A. Cuestionario sobre la percepción social de los Familiares de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2002-2005.....	132
ANEXO B. Apgar Familiar.....	142

## **INTRODUCCIÓN**

Los reportes de las tasas de suicidio en el mundo, en Colombia y en la ciudad de Santa Marta han significado hasta el momento los principales elementos de alerta ante este suceso, que constituye un problema de salud pública.

Hasta el momento las investigaciones han relacionado el suicidio con múltiples factores referentes a aspectos sociales, psicológicos, biológicos y culturales enmarcados en un espacio-temporal determinado. Por lo cual se ha explicado como un suceso multicausal, que ha sido abordado por diferentes disciplinas como la sociología, la medicina, la psiquiatría, antropología, etc.

Para la presente investigación se hace relevante uno de los factores de protección contra la conducta suicida: La familia. La función primordial de las familias es atender las necesidades y cuidado de los hijos, estas necesidades son de índole biológico- material y espiritual las cuales son atendidas según los modos de vida y costumbres, conocimientos y grados de desarrollo alcanzados en la sociedad de la que forma parte, por medio de la educación. (Dahm & Geissler ,1990).

Teniendo en cuenta lo anterior constituiría una función primordial de la familia, además, la promoción de estilos de vida saludables entendidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. (Maya, 1997).

El suicidio desde la presente es abordado como una conducta que puede estar relacionada con factores de protección y de riesgo en los cuales la familia cumple un papel fundamental como principal ente educativo del ser humano.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El suicidio es una causa creciente de mortalidad. La OMS reporta un millón de suicidios al año en todo el mundo, se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad y la tercera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 34 años, las investigaciones señalan que las tasas de suicidio en las Américas oscilan entre el 2 y 13 por cada 100.000 habitantes. (WHO, 2005).

En la última década, la tasa de suicidio en Colombia ha estado entre cuatro y cinco muertes por cada cien mil habitantes. Durante el año 2005, se realizaron 1.786 necropsias en Colombia cuya probable manera de muerte fue suicidio, 31 casos menos que en el año 2004, observándose un descenso del 1,7% de estos casos, el 79% correspondió al género masculino con una edad promedio de 36,2 años mientras que la de las mujeres fue de 28,3 años. La tasa de mortalidad específica para suicidio en el año 2005 fue de 3,9 casos por cada 100.000 habitantes, diferencia que no es estadísticamente significativa (IC=0,9-1,0) comparada con el 2004. En promedio se presentaron 149 casos mensuales de suicidio, cifra que se mantiene similar al 2004 (aprox. 5 casos al día), o un caso cada cinco horas. El país perdió, en el 2005, más de 55.000 años de vida por esta causa (Años de Vida Potencialmente Perdidos "AVPP"), con las consiguientes implicaciones no sólo en materia socioeconómica, sino de costo psicológico, de pareja y familiar, puesto que, siendo en su gran mayoría personas jóvenes las que se suicidan, dejan entre otras, hogares recién constituidos, con hijos pequeños y familias a la deriva. (CRNV, IMLCF, 2005).

El mecanismo de muerte que predominó sigue siendo el ahorcamiento (32,6%). Entre los motivos sobresalen el conflicto de pareja (29,7%) y la enfermedad (23,6%). Por departamento, Risaralda presenta la mayor tasa de suicidio y por municipio, Cepitá - Santander. El escenario más frecuente es la vivienda (59,5%), constituyéndose en otro evento de violencia en el hogar. (CRNV, IMLCF, 2005).

Santa Marta tiene una población de 447.860 habitantes según datos suministrados por el DANE (2005), es la capital del Departamento del Magdalena, tiene una extensión de 239.935 hectáreas de la superficie terrestre de la Costa Caribe Colombiana. Los casos de suicidio en la ciudad de Santa Marta oscilan entre 3.3 y 7.8 por cada 100 mil habitantes. Durante los años 2002 y 2003 ocurrieron 14 y 15 suicidios en Santa Marta respectivamente, para unas tasas de 3.3 y 3.5 por cada 100.000 habitantes. (Ceballos, Arroyave, Díaz & Vergara, 2005).

Teniendo en cuenta los informes del Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses además de los reportes de la prensa en el año 2004, se suicidaron 17 personas en Santa Marta lo cual equivale a una tasa de 3.8 por cada 100 000 habitantes y 14 personas en el 2005, lo cual denota un leve incremento en las tasas de suicidio en relación con los años desde el 2002 al 2004 y un descenso no muy significativo en estas cifras con respecto al año 2005.

El suicidio es un problema grave de salud pública y requiere de toda la atención. Es importante destacar que el suicidio en la actualidad es considerado como un aviso de la deficiente calidad de salud mental en las personas. (OMS, 2004).

Probablemente los informes de suicidios son infravalorados debido a estigmas culturales y religiosos relacionados con la autodestrucción y una falta de voluntad para conocer ciertos traumas autoinfligidos, como algunos accidentes de tránsito y los subregistros de datos por esta mismas causas. (Ceballos, 2004).

En Colombia y en el mundo organismos tanto gubernamentales como no gubernamentales, instituciones de salud en general y centros de

investigaciones han orientado su interés al estudio del suicidio como un problema de salud pública que afecta la calidad y el promedio de vida de una población.

La familia es el núcleo esencial de desarrollo humano. Es su primera y más básica fuente de socialización; en su seno se construye el apego, base de la autoestima y el autoconcepto para la vida adulta. Y aún más, es el escenario que nos permite aprender desde niños a afrontar retos y a asumir responsabilidades (Palacios & Rodrigo, 1998).

Teniendo en cuenta el papel que cumple la familia en la formación de los individuos, la posición de la misma con respecto a las vivencias de sus miembros resulta determinante en la forma como estos asumen dichas experiencias. Gran parte de lo que somos y lo que pensamos son el resultado de las percepciones y evaluaciones de nuestros familiares. (Baron & Byrne, 1998).

Ante la problemática actual con respecto a la dinámica del fenómeno del suicidio en la ciudad de Santa Marta, la presente investigación busca dar respuesta al siguiente interrogante ¿Cuál es la percepción social de los familiares de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta durante los años 2002-2005?

## 2. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS (2004) a escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500.000) y por guerras (230.000).

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años. Exceptuando las zonas rurales de China, se suicidan más hombres que mujeres, aunque en la mayoría de lugares los intentos de suicidio son más frecuentes entre las mujeres (OMS, 2004).

Según la OMS (1996), en Europa cada año mueren 58.000 ciudadanos por suicidio, 7.000 más que por accidentes de automóvil. El suicidio, especialmente entre la población joven, ocupa una de las primeras causas de defunción, la segunda posición en varones entre 15 y 24, y entre 25 y 34 años, con tasas respectivas de 6,7 y 11,5 por 100.000 habitantes. Aunque está presente en todos los grupos de edad: llega a alcanzar tasas de 35 y 70 por 100.000 en varones entre 80 y 84 años, y mayores de 84 años, respectivamente mientras que en mujeres mayores de 84 años, la tasa es de 9,62 por 100.000.

Cuba es el país de América Latina con mayor índice de suicidios, reveló un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996). Según los

Indicadores Básicos de la Salud 2005 de la OPS, Cuba tuvo una tasa de suicidios de 18.1 por cada 100,000 habitantes en el período 2000-2005, lejos del segundo lugar ocupado por Uruguay con 15.9 y muy por encima de países como Perú con 2.3 y Guatemala con 1.9.

Sucesos como el suicidio constituyen una de las principales causas de muerte en el país y en el mundo. Sin embargo, en Santa Marta el déficit de investigaciones de sucesos como estos constituye el principal vacío para la realización de políticas sociales que contrarresten actos autodestructivos por lo tanto esta investigación apunta a la descripción de la percepción social de los familiares de las personas que han consumado el suicidio en Santa Marta y de esta forma lograr identificar posibles factores de protección y de riesgo ante esta problemática.

Según conclusiones y recomendaciones del Comité Interinstitucional para el Estudio de La Conducta Suicida (CIECS, 2006), en cuanto al estudio de conductas como el suicidio es importante ir más allá de la víctima, es necesario interesarnos por estudiar el entorno cultural, político, económico, familiar, que rodea al fenómeno. Además, sin olvidar el dato cuantitativo, sería pertinente buscar información desde la palabra, en la narrativa, el significado, el sentido, que rodean el fenómeno.

Este estudio sería de gran apoyo académico para disciplinas como la Psicología y otras como la Sociología, la Medicina, la Antropología que han demostrado un valioso interés por el conocimiento de las circunstancias que han hecho parte de la realidad de sucesos como el suicidio. A propósito de esto se denota la gran importancia de estudiar interdisciplinariamente este complejo suceso.

La presente propuesta se constituye como la segunda experiencia a nivel local en investigación del suicidio en la población en general pero la primera en tomar

un lapso tan amplio como lo es desde el año 2002 hasta el 2005. Además, es novedosa la inclusión al estudio de la percepción social de los familiares y de la funcionalidad de la familia en cuanto a los casos de suicidio en toda la población.

El acercamiento a la percepción social de los familiares de las personas que han consumado el acto del suicidio desde el 2002 hasta el año 2005, permitirá realizar un cuadro complejo de factores que se pueden constituir en situaciones de riesgo o de protección sobre los cuales elaborar proyectos y programas sociales de promoción de la vida y el bienestar y prevención del suicidio en la familias de la ciudad de Santa Marta.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General**

Determinar la percepción social de los familiares de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta durante los años 2002-2005.

#### **3.2. Objetivos específicos**

3.2.1. Identificar las impresiones de un miembro de las familias de las personas que han consumado suicidio en Santa Marta durante los años 2002-2005 acerca del miembro que tomó la decisión.

3.2.2. Establecer desde los canales de comunicación las señales que están asociadas al suceso de suicidio de alguno de sus miembros, ocurridos en la ciudad de Santa Marta, dentro de su contexto social y familiar.

3.2.3. Identificar la atribución de un familiar frente a la toma de decisión del suicidio de alguno de los miembros de la familia durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta.

3.2.4. Establecer la percepción de un familiar con respecto a la funcionalidad en las familias de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta durante los años 2002-2005.

3.2.5. Identificar la relación entre la percepción de la funcionalidad de la familia con la toma de decisión del suicidio que encuentra un familiar de las personas

que consumaron el suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta.

#### **4. MARCO TEÓRICO**

El suicidio es un fenómeno que ha acompañado la historia del hombre. Y aunque en diferentes épocas la explicación de sus causas y la actitud hacia el mismo han variado, el comportamiento o el acto suicida han existido en casi todas las culturas. Al suicidio han llegado personajes de la filosofía como Sócrates, Séneca y Sartre; de la historia como Cleopatra; militares como Aníbal y Hitler; bíblicos como Saúl y Judas; literatos como Maupassant, Silva y Storni; matemáticos como Godel; científicos como Turing; mitológicos como Yocasta, la madre y esposa del celebre Edipo; eticistas como Kohlberg y millones de seres corrientes como nosotros. (Franco, 2001).

En el transcurso de la historia la actitud frente al suicidio por parte de la sociedad ha ido cambiando. En la Antigüedad, Los Galios consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para Celtas Hispanos, Vikingos y Nórdicos. En los pueblos germánicos (Visigodos), el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa, lo cual era bien visto. Por el contrario, en el imperio Romano, el suicidio era considerado como un acto digno y de valor. Luego los primeros concilios de la Iglesia católica establecieron que las personas que cometieran suicidio, serian excomulgados y por lo tanto no se les podría aplicar los rituales de la iglesia tras su muerte, repercutiendo también en sus familiares; ya que la práctica de este era percibida como pecado. (Perednik, 2005).

Desde el punto de vista religioso el suicidio maneja diferentes perspectivas influenciadas por la cultura, en el cristianismo específicamente, es considerado como una acción reprochable y aberrante. San Agustín (354-430 d.c.) consideró a este acto como el peor de los pecados, pues al rechazar la vida que es concedida por Dios se estaría negando la voluntad divina; aportando las bases para el pensamiento cristiano actual. (Bellah, 1969).

Hoy por hoy en diferentes culturas se mantiene una percepción especial acerca del suicidio, determinada por sus leyes, creencias y aspectos socio-políticos. En la cultura oriental, quitarse la vida se ha considerado como una forma de expresión. Dentro de este contexto encontramos a la china, que registra un cuarto del total de suicidios en el mundo. Esta manera de concebir la muerte, tiene que ver con virtudes confucianas, ya que la doctrina de Confucio, como filosofía y religión, es la influencia cultural más importante en este país. (Gutiérrez, 2001).

Durkheim (1897) postuló que el suicidio era un fenómeno sociológico más que un puro acto de individualismo. Lo consideraba como una consecuencia de una mala adaptación social del individuo y de una falta de integración, identificando cuatro tipos de suicidio: Suicidio Egoísta, Altruista, Anómico y Fatalista.

El suicidio egoísta, debido a una excesiva individuación y escasa integración al grupo social, por otro lado, el suicidio altruista, donde la individuación es insuficiente y excesiva la integración social. El suicidio fatalista, se presenta como único medio de escapar de una situación de excesiva reglamentación social y el suicidio anómico, es resultado de situaciones de perturbación del orden colectivo en que las normas –vigentes previamente- han perdido su legitimidad y fuerza de cohesión y, las que aun no han sido reemplazadas por otras alternativas. Estos sucedidos a determinadas condiciones sociales. No obstante,

la tendencia actual considera al suicidio desde el punto de vista psicológico en lugar de una perspectiva moral.

Referente al tema del suicidio ha existido mucho interés profesional, es por esta razón que ha sido objeto de investigaciones de las cuales han surgido estudios tales como:

Características psicosociales del suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2002-2003, Ceballos et al., (2005). Cuyo objetivo fue evaluar las características sociodemográficas de las personas que consumaron el suicidio en Santa Marta durante los años 2002 y 2003 por medio de un estudio descriptivo del cual se concluyó que en relación con la edad, el rango se encontró entre los 14 y los 81 años, con un promedio de 32.5 años de edad (DE: 15.9), el 69% de los casos eran varones y 31% mujeres; el 75.3% correspondían a solteros y separados o divorciados; respecto a la ocupación se encontró que el 68.5% estaban desempleados y el nivel socioeconómico mostró el 76% de estrato bajo y 24% de estrato medio. El método más utilizado fue el ahorcamiento, seguido del envenenamiento, encontrándose que las mujeres en ningún caso utilizaron métodos diferentes a los dos mencionados.

Percepción social y atribuciones causales acerca del suicidio. Aaron (2002). En el presente estudio participaron 327 personas entre usuarios de Internet y estudiantes universitarios, que estuvieran enterados de la ocurrencia de un suicidio año anterior al estudio. Se utilizaron 32 variables cuantitativas y cualitativas acerca del aspecto demográfico, las actitudes, las creencias, atribuciones y sentimientos de los participantes acerca del suicidio. De los resultados se destaca que el 60% de la atribución causal del suceso fue externa, por ejemplo, factores económicos o problemas interpersonales. El otro 40% atribuye causalmente el suicidio a causas internas (psicopatología, drogas

y alcohol). Los participantes estadounidenses y liberales religiosos usaron más atribuciones internas que los no residentes estadounidenses y conservadores religiosos.

Domino, MacGregor y Hannah (1988-1989) investigaron diferencias entre estudiantes de Nueva Zelanda y América. Los americanos posiblemente percibieron menos la relación entre suicidio y enfermedades mentales, viendo el suicidio de manera más seria, apoyan menos libremente el derecho a morir, para ver el suicidio en un contexto religioso y para verlo como un comportamiento más impulsivo.

Limbacher y Domino (1986) determinaron que los hombres aceptan más el suicidio que las mujeres; similarmente, Marks (1988-1989) encontró que los hombres están más dispuestos a aceptar la idea de que "una persona tiene derecho a suicidarse". Stillion, MacDowell y Shamblin (1984) también encontraron que las mujeres son más simpáticas y enfáticas hacia las víctimas del suicidio, sobre todo cuando las víctimas eran del mismo género. (Aaron, 2000).

La palabra "suicidio" es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas *sui* y *occidere*, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. Edward Shneidman (1996) definió el suicidio como "el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución".

El suicidio es una conducta que se ha analizado desde diferentes perspectivas, de acuerdo con el momento histórico y con las características de las sociedades en las que éste tiene lugar. Actualmente es visto como un fenómeno complejo,

en el que influyen diversos factores biopsicosociales. (Maris, 1995; Chew, et al., 1994.)

Según Durkheim (1968), el suicidio se relaciona con toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado.

Los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas “elegidas” que tienen como meta provocar la muerte propia a corto plazo (Saldaña, 2001). Sin embargo muchas veces estos comportamientos no han sido provocados con la finalidad de morir, sino como una expresión de cólera, rabia o frustración.

El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo, su existencia y realidad social, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad que actúan como refuerzo de su actitud de elusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento” (Clemente & González, 1996).

Edward Shneidman, fue el primero en promover el estudio de los factores de riesgo del suicidio. Entre los métodos que él y otros han utilizado para estudiar tales condiciones y sucesos que hacen vulnerable a una persona se haya la autopsia psicológica. El perfil psicológico de la persona que comete suicidio se reconstruye mediante amplias entrevistas con los amigos y familiares que estén en posibilidades de saber lo que el individuo pensaba y hacia en el periodo previo a la muerte. Este y otros métodos han permitido que los investigadores identifiquen una gran cantidad de factores de riesgo. (Barlow, 2001).

Actualmente existe una tendencia al predominio del análisis multicausal y evolutivo de este fenómeno, que confiere relevancia a factores personales, interpersonales y biológicos en interacción con factores circunstanciales y psicosociales que actúan como desencadenantes. (Guibert, 1997)

Uno de estos factores psicosociales es la familia, que desempeña una función privilegiada al ejercer las influencias más tempranas, directas y duraderas en la formación de la personalidad de los individuos, y que actúa en el transcurso de sus vidas como agente modulador en su relación con el medio propiciando una menor o mayor vulnerabilidad para la enfermedad y el aprendizaje de conductas protectoras de la salud a partir de su funcionamiento familiar. (Horwitz et al., 1985); Herrera, (1997). Este lo comprendemos con una dinámica relacional sistémica que se establece entre los miembros de una familia permitiendo que esta funcione positivamente, cumpla sus funciones y permita la expresión y desarrollo de la individualidad. (Cuesta, Pérez & Louro ,1996).

Las pautas de interacción familiar se transmiten de una generación a otra, de manera consciente e inconsciente, lo que posibilita que a través del aprendizaje se perpetúen modelos negativos de Funcionamiento Familiar que constituyen factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida, ellos son: la desorganización familiar en lo que respecta a un consenso de normas, sentimientos de falta de comunicación y hostilidad entre sus miembros, las riñas familiares constantes por parejas en permanente desacuerdo y disputa con agresión física o psicológica, la familia destruida por abandono físico o emocional de alguno de los padres o de ambos, los sentimientos de rechazo familiar unido a cogniciones disfuncionales familiares y la presencia frecuente en ambos padres de sentimientos de desesperanza y pesimismo acompañados de actitudes y conductas pasivas ante su propia vida y la familia.( Guibert, 1997; Satir, 1991).

Según el instrumento para docentes y demás personal institucional en el que se hace referencia a la prevención del suicidio (SUPRE & OMS 2001), en cuanto a los principales factores de riesgo para llevar a cabo el comportamiento suicida indican que en circunstancias particulares es más común en algunas familias que en otras debido a factores genéticos y medioambientales.

Teniendo en cuenta que por factor de riesgo se entienden aquellas circunstancias que pueden tener mayor relevancia clínica para predecir la eventual aparición de un suceso; el análisis muestra que todos los factores y situaciones descritas más adelante, se asocian frecuentemente con intentos de suicidio y suicidios entre la población.

*Factores culturales y sociodemográficos.* El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo. Los pueblos indígenas y los inmigrantes pueden ser asignados a este grupo, dado que a menudo experimentan no sólo dificultades emocionales y lingüísticas, sino también falta de redes sociales. En muchos casos estos factores se combinan con el impacto psicológico de la tortura, heridas de guerra y aislamiento.

Estos factores culturales se vinculan con la escasa participación en las actividades tradicionales de la sociedad, así como el conflicto con los valores de los diversos grupos. Específicamente, este conflicto es un factor poderoso para las jóvenes nacidas o criadas en un país nuevo y más libre pero que retienen fuertes raíces en la cultura de sus padres aún profundamente conservadora.

El crecimiento individual de cada joven se entrelaza con la tradición cultural colectiva; los niños y los jóvenes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos

autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio. (Carris, Sheeber & Howe, 1998).

*Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez.* Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, desde ese momento en adelante, especialmente sino pudieron superar el trauma (Sudak, Ford & Rushforth, 1984).

Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vida negativos y desestabilizadores que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son: (Gould et al., 1999): Psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales; abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia; antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio; familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño); escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia; peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones; divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores; entre otros.

El DSM IV define los problemas psicosociales como “un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona”. (DSM-IV, 1995).

Los factores psicosociales de riesgo individuales que, de acuerdo con investigaciones (Guibert,1997), son esenciales en la ocurrencia de un intento suicida: la presencia generalizada de sentimientos de desesperanza y culpa, presencia de depresión mayor, personas que han sobrevivido al intento suicida,

personas que han llamado la atención por presagiar o amenazar con el suicidio (proyecto suicida), antecedentes familiares de suicidio o de intento, personas sin apoyo social y familiar y presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad.

Otros factores que hasta el momento se han relacionado con el comportamiento suicida son:

*Intentos Previos de Suicidio.* Los antecedentes de intentos de suicidio, singulares o recurrentes con o sin los trastornos psiquiátricos, son factores de riesgo importantes para el comportamiento suicida. (Beautrais et al., 1997)

*Acontecimientos negativos de la vida cotidiana como disparadores del comportamiento suicida.* Generalmente se observa en personas suicidas, una susceptibilidad marcada frente al estrés, junto al estilo cognitivo y los rasgos de personalidad arriba mencionados (debido a factores genéticos hereditarios y también a patrones de familia y situaciones estresantes negativas experimentadas muy temprano en la vida). Esta susceptibilidad, hace difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida está precedido, a menudo, de algún acontecimiento estresante. Se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios. (Arlaes, Hernández et al., 1998)

*Estilo cognitivo y personalidad.* Rasgos de personalidad como: la agresividad; comportamiento antisocial; conductas irreales, representación de fantasías; alta impulsividad; Irritabilidad; rigidez de pensamiento y de cumplir con patrones; escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades Ansiedad excesiva frente a pequeños malestares físicos o pequeñas decepciones; sentimientos de inferioridad y de incertidumbre se observan frecuentemente

durante la adolescencia (Garofolo et al., 1998), pero también se asocian con el riesgo de intento o de suicidio consumado (a menudo con trastornos mentales) y a una deficiente capacidad del individuo para enfrentar los diversos estresores a nivel cognoscitivo que cobra mas relevancia como factor de riesgo de suicidio que los estresores por si mismos (Botsis, Soldatos, Liossi & Kokkevi, 1994).

*Trastornos psiquiátricos.* Brent, Perper, Moritz, Baugher & Allman (1993) encontraron que el suicidio es la manifestación mas temida de un trastorno psiquiátrico (citado por Campo et al, 2003). Este comportamiento suicida supera la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos: depresión, trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, trastornos psicóticos.

*Factores Biológicos.* Actualmente se sugiere que una deficiencia de serotonina, medida como la disminución del metabolismo del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en LCR, esta relacionado con el pobre control de impulsos y comportamiento suicida (Kaplan et al., 1994). Parece que la relación entre los mecanismos serotoninérgicos y el suicidio están probablemente relacionados a dimensiones psicopatológicas básicas como la regulación de la agresión, la impulsividad, el afecto depresivo y la ansiedad (Apter et al., 1993).

Para el propósito de la presente investigación se tendrá en cuenta la literatura referente a la percepción social de la familia acerca del comportamiento suicida en alguno de sus miembros, la cual podemos dividir en tres categorías: El reconocimiento de las emociones (comunicación verbal y no verbal) de la persona que decide suicidarse por parte de sus familiares, atribuciones acerca de la causa del comportamiento suicida, y las impresiones de los familiares acerca del miembro que consume el hecho.

Comunicación verbal y no verbal. La manera como nos comportamos en un grupo social se encuentra afectado por factores temporales como el estado de ánimo, las emociones, cansancio, enfermedad, entre otros, que influyen en nuestra forma de actuar y pensar. (Baron et al., 1998).

Este tipo de conductas son relativamente difíciles de controlar. (DePaulo, 1992). De tal manera que cuando los demás intentan ocultar sus sentimientos, estos se manifiestan de muchas maneras por medio de indicadores no verbales a través de canales básicos como la expresión facial, el contacto visual, los movimientos corporales, posturas y el contacto.

Atribuciones acerca de la causa del comportamiento suicida. A lo largo de nuestras interacciones sociales con los demás, estos presentan una serie de comportamientos frente a determinadas situaciones en las cuales buscamos comprender y conocer las causas de ese comportamiento. Todo como consecuencia de nuestro deseo básico de conocer las relaciones causa-efecto en el entorno social. (Pittman, 1993), identificando de esta manera las causas de las conductas de los demás, lo que permite conocer sus disposiciones y tendencias.

Las impresiones de los familiares acerca del miembro que consume el hecho. El manejo de las impresiones en un contexto social, es muy importante y en muchas situaciones determinantes en cuanto a la forma como percibimos y como nos perciben los demás. En nuestras relaciones sociales, constantemente tenemos conceptos acerca de las personas, según sus comportamientos, denominadas impresiones, manejadas como ejemplares de conducta, pero que a medida que adquirimos más experiencia con estos se convierten en abstracciones mentales, derivadas del contacto y la observación en múltiples ocasiones de sus conductas. (Klein et al., 1993).

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Tipo de Estudio**

Para la presente investigación se utiliza el tipo de estudio Descriptivo. Este estudio comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o los procesos del fenómeno del suicidio, especificando sus características y rasgos relevantes. (Hernández, Fernández & Baptista, 2003) En este caso, se pretende determinar la percepción social de los familiares frente al fenómeno del suicidio de alguno de sus integrantes, discriminada en cuanto a la comunicación, atribución e impresiones de estos acerca del suceso.

El diseño es transversal, ya que la información necesaria se recolectará en un solo momento, en un tiempo único (Hernández et al. 2003), teniendo como finalidad la descripción de las variables y el análisis de la incidencia de estas, según casos de suicidios presentados en la ciudad de Santa Marta durante los años 2002-2005.

## 5.2 Definición de Variable

Tabla No 01. Cuadro operativo de variables

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	MICROVARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<p><b>PERCEPCIÓN SOCIAL</b></p> <p>Proceso o conjunto de procesos mediante el cual pretendemos conocer y comprender a los demás. Convirtiéndose en uno de los aspectos mas básicos e importantes de la vida social.</p>	<p><b>FORMACIÓN DE IMPRESIONES</b></p> <p>Es el proceso mediante el cual nos formamos impresiones de los demás. (Baron, R. y Byrne D. ,1998)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Características personales del sujeto: cualidades, defectos, habilidades, debilidades.</li> <li>✓ Características sobresalientes del sujeto: estado de ánimo, relaciones interpersonales.</li> </ul>
	<p><b>ATRIBUCIÓN CAUSAL</b></p> <p>Proceso a través del cual buscamos identificar las causas de la conducta de los demás y así conocer sus disposiciones y tendencias estables. (Baron &amp; Byrne ,1998).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Atribución interna:</i> Disposiciones internas del sujeto que provocaron el suceso.</li> <li>✓ <i>Atribución externa:</i> Influencia del medio ambiental y social para la toma de decisión del suicidio.</li> </ul>

	<p><b>COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL</b></p> <p>Es el proceso de transmitir información e interpretar los inputs tanto de contenido hablado como no hablado. (Baron et al., 1998).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contacto visual.</li> <li>✓ Movimientos corporales.</li> <li>✓ Expresiones faciales.</li> <li>✓ Posturas</li> <li>✓ Contacto</li> <li>✓ Microexpresiones</li> <li>✓ Expresión verbal.</li> </ul>
<p><b>SUICIDIO</b></p> <p>El suicidio se relaciona con toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado. (Durkheim, 1968).</p>		<p>Comprobación de muerte autoinflingida por el sujeto.</p>

### 5.3. Población

La población objeto de estudio está constituida por los familiares relacionados con los casos considerados de etiología medico-legal suicida y registrada en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Santa Marta durante los años 2002-2005, los cuales constituyen un total de 60 casos.

#### **5.4. Muestra**

Del total de los casos se tomó como muestra el 50%, es decir 30 casos. A partir del ajuste de finitud de una fracción muestral de 59 casos de los 60 que son el total desde el año 2002-2005; se aceptó como un máximo de error del 5 %. Se utilizó un *muestreo aleatorio simple con reemplazo* el cual consiste en sacar, por medio de un sorteo riguroso, una serie de unidades de un universo. (Sierra, 2001).

Este procedimiento se realizó por medio de un programa computarizado (Excel) el cual aleatoriza y tiene en cuenta los que ya salieron para darle nuevamente la probabilidad de estar dentro de la muestra al momento de la selección.

#### **5.5. Procedimiento**

**Fase I.** Se identificó el tema de investigación y se hizo la revisión bibliográfica pertinente. Luego se definieron los objetivos y la justificación al igual que el marco conceptual del proyecto. Se solicitó al área de Medicina Legal y Ciencias Forenses de la ciudad de Santa Marta, los reportes de los casos de suicidios ocurridos entre los años 2002-2005. De igual forma se solicitó al Departamento Administrativo y Nacional de Estadísticas (DANE), los registros sobre datos personales como: dirección y estrato socioeconómico.

**Fase II.** Se procedió a identificar de la muestra del 50% seleccionada del total de casos ocurridos desde el año 2002 al 2005 en Santa Marta, datos relevantes del occiso como: edad, sexo, método e información acerca de la dirección de la residencia familiar y ubicación de la familia de las víctimas. Posteriormente se elaboró el cuestionario para la recolección de la información en el que se recogieron los datos sobre la percepción social de la familias de los suicidas.

**Fase III.** Se ubicaron a los familiares de los suicidas a quienes se les hizo una presentación breve de la investigación y se les mostró a través de una carta la autorización de la Universidad para realizar la visita, y en donde se les garantizó la absoluta confidencialidad de la información proporcionada por ellos luego de que aceptaron la entrevista. Para lograr que el miembro de la familia nos suministrara la información requerida fue importante establecer relaciones directas con los familiares en donde se le explicó claramente los objetivos y la metodología (duración del cuestionario, confidencialidad, individual, etc.) del estudio, para lograr obtener buenos resultados en la información suministrada por ellos. Para la aplicación de los instrumentos se realizaron visitas a casa de los familiares de cada suicida.

**Fase IV.** Después de haber establecido un buen proceso de empatía se procedió a la aplicación de los cuestionarios. En este paso fue importante que el encuestador, suministrara lo necesario para la aplicación (pruebas, lápices, borradores, sacapuntas y cuadernillos adicionales) y de igual forma estar dispuesto a las preguntas que surjan sin influenciar en sus respuestas.

En este paso se tuvo en cuenta lo siguiente: el cuestionario APGAR y el cuestionario sobre percepción social se aplicó a un miembro de la familia estudiada. Con la aplicación del cuestionario se procedió a su tabulación y análisis, además del APGAR según su protocolo de calificación para luego realizar las conclusiones, elaborar el informe y presentar los resultados.

## **5.6. Técnicas e Instrumentos**

Para obtener la información necesaria la revisión y utilización de los siguientes medios de recolección de datos:

- Un cuestionario el cual hace referencia a la percepción social para los familiares del suicida, bajo los lineamientos de la Teoría de Percepción Social en relación con la formación de impresiones, las atribuciones y comunicación verbal y no verbal que se llevan a cabo en el desarrollo de su proceso perceptivo sobre el suceso. Este cuestionario se ha diseñado teniendo en cuenta un lenguaje sencillo, claro, preciso, sin abstracciones y con opciones de respuestas para lograr el entendimiento del lector. Su validación y confiabilidad se realizó en el transcurrir de la investigación, con la asesoría de jueces expertos y con el análisis de la variabilidad de las respuestas (test-retest).
- El APGAR familiar, el cual es un instrumento que fue diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y ha sido útil en la identificación de familias en riesgo. En este caso fue útil para determinar la percepción de la funcionalidad familiar en cada uno de los casos para lo cual se debió suministrar el APGAR a un miembro que conforma el núcleo familiar o persona que convivió con la persona fallecida.

### **5.7. Procesamiento de la Información**

Para el procesamiento de la información se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- **Etapas de Diseño y/o elección del instrumento para recoger la información pertinente para la investigación.** Los cuales comprenden el cuestionario sobre percepción social de las familias de los suicidas, consta de 33 ítems, fue creado durante el presente proceso de investigación y

validado a partir de la revisión de 3 pares académicos y la realización de una prueba piloto con el 30% de la muestra seleccionada en test-retest. Los resultados del mismo fueron procesados por medio del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS para Windows 12.0); el cual permitió hacer un análisis correlacional de variables en estos dos momentos (test-retest) para la validación de los ítems.

El otro instrumento que fue aplicado es el APGAR familiar el cual contiene 5 ítems o parámetros básicos de la función familiar: Adaptación, participación, ganancia o crecimiento, afecto y recursos, creado en su versión original por Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle (Smilkstein, 1978) y se encuentra validado (Good et al, 1979). Los resultados se calificaron de acuerdo con el protocolo de puntuación del cuestionario, estableciendo así la distribución de las características teniendo en cuenta cada caso.

- **Etapa de codificación de la información** después de la validación del instrumento se aplicó a las familias seleccionadas (por el muestreo aleatorio simple), para recoger la información pertinente para la investigación y se procedió a realizar la codificación de la información para la realización de las bases de datos por medio del programa SPSS.
- **Etapa de Ingreso de la información** en las bases de datos.
- **Etapa de análisis**, para hacer las descripciones pertinentes a los objetivos planteados sobre la percepción social de la familia frente a la toma de decisión del suicidio de alguno de sus miembros: en donde se analizaron las variables de manera individual y las relaciones entre la funcionalidad de las familias y las variables de interés del cuestionario de percepción social del suicidio (comunicaron verbal y no verbal, atribución causal sobre el suicidio y formación de impresiones sobre el suicida); Otra información que se analizó

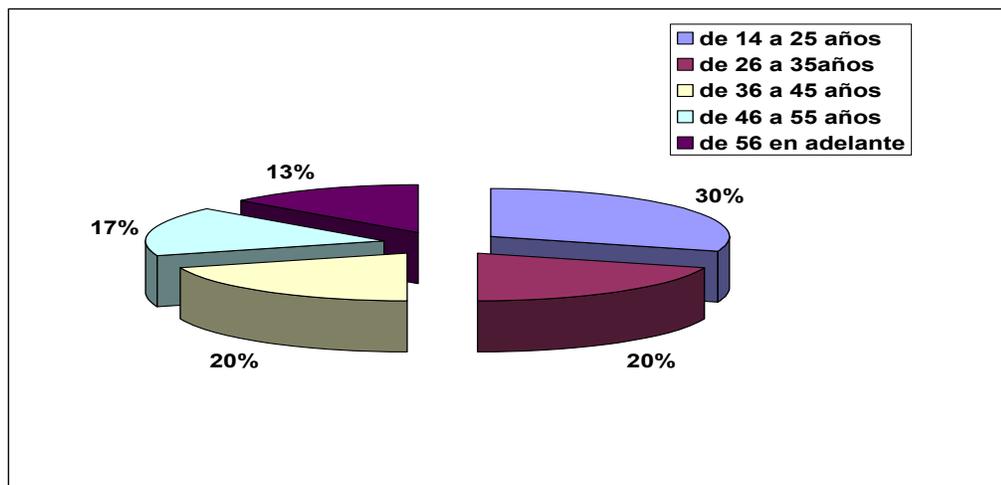
fue la de identificar la relación de la funcionalidad de la familia con la toma de decisión (suicidarse) de uno de los miembros.

- **Etapas de conclusión**, aquí se realizó un análisis global permitiendo dar una visión general de toda la información procesada (tablas descriptivas y de frecuencias relativas).

## 6. RESULTADOS

Los resultados están orientados a responder a la determinación de la percepción social de los familiares de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta durante los años 2002-2005.

En lo relacionado con los datos generales de las personas que han consumado suicidio en Santa Marta se encontró lo siguiente:



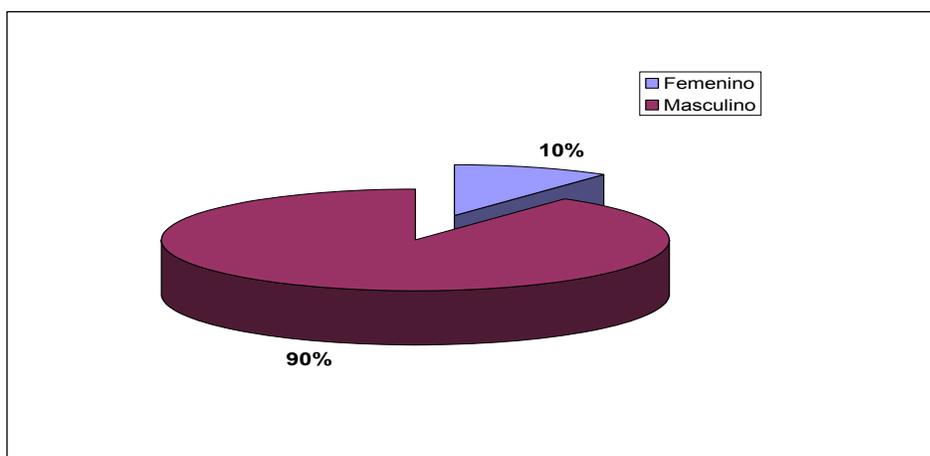
**Figura No. 01. Distribución por edad de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**

Los resultados muestran que la población más vulnerable se encuentra en el rango de edad correspondiente entre 14 a 25 años con un 30%, y por último entre 26 a 35 y 36 a 45 años con un 20% respectivamente.

En cuanto a la distribución por sexo de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta se encuentra que:

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	3	10%
Masculino	27	90%
Total	30	100%

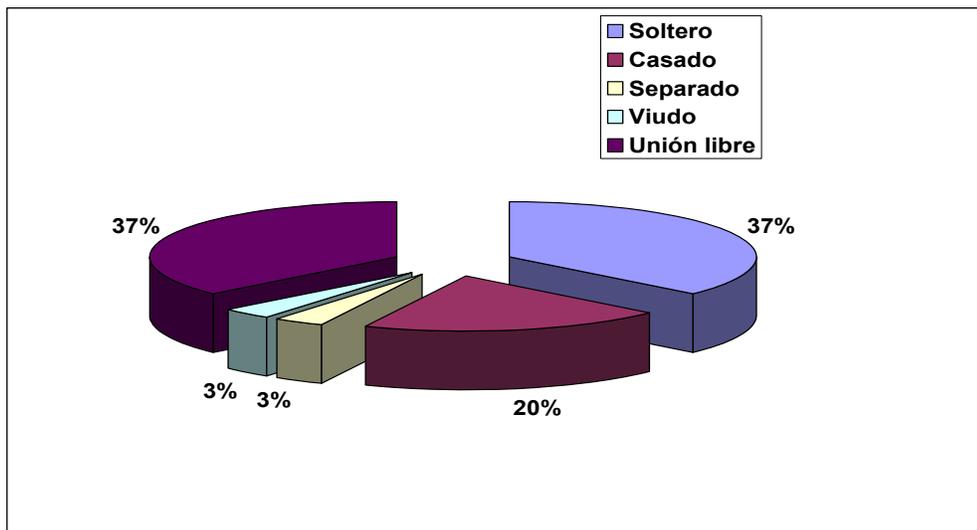
**Tabla No. 02. Distribución por sexo de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta.**



**Figura No 02. .Distribución por sexo de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**

En el sexo masculino se presenta más el suceso con un 90% en comparación con el sexo femenino con un 10%.

La distribución por estado civil demuestra que:



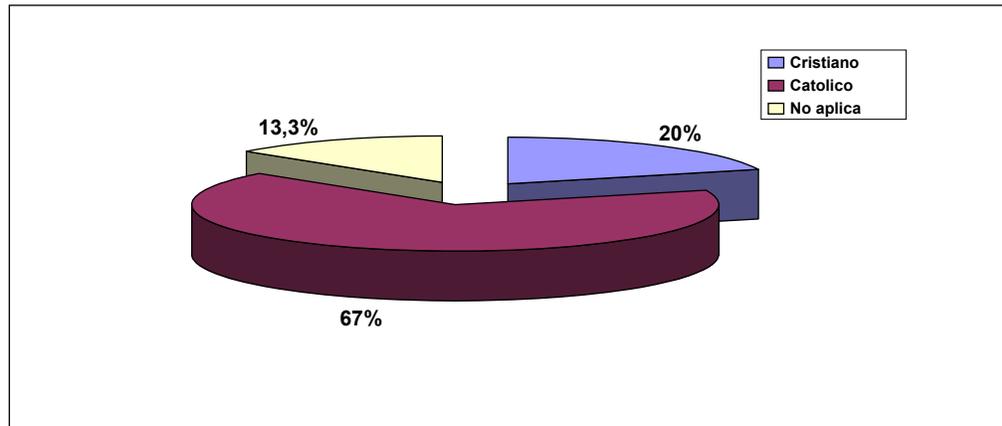
**Figura No. 03. Distribución por estado civil de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**

La mayor parte de los suicidios fueron consumados por personas que convivían en unión libre con sus parejas y por personas solteras con un 37% respectivamente.

Los resultados acerca de la distribución por religión permiten vislumbrar que:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Cristiano	6	20%
Católico	20	67%
No aplica	4	13%
Total	30	100%

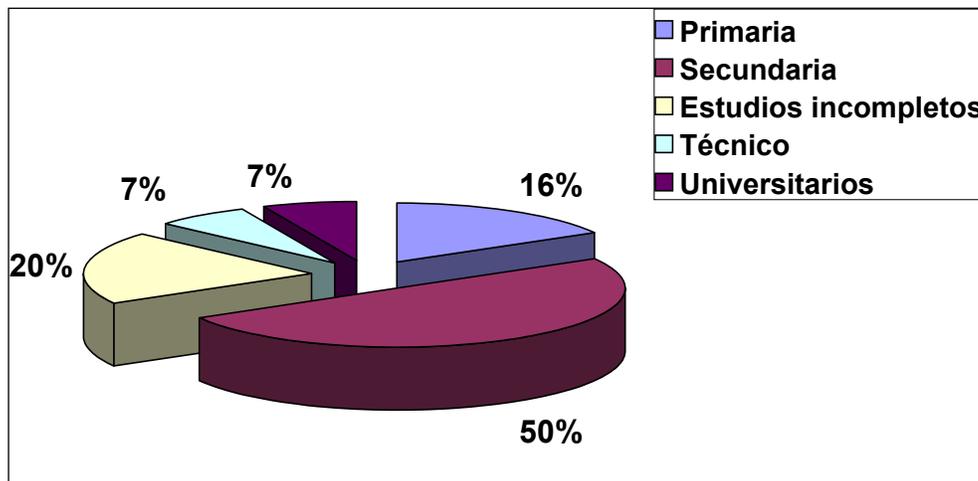
**Tabla No. 03. Distribución por religión a la que pertenecían las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**



**Figura No. 04. Distribución por religión a la que pertenecían las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**

El 67% de las personas que consumaron suicidio según sus familiares pertenecían a la religión católica y por el contrario un 20% a la religión cristiana.

En los resultados de la distribución por escolaridad se encontró que:



**Figura No. 05. Distribución por escolaridad de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**

El 50% de las personas que consumó el suicidio fueron personas con un nivel educativo medio, es decir estudios secundarios, mientras que el 20% de los sujetos tenían estudios incompletos.

Los resultados con respecto al medio socioeconómico muestran que:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
<b>Bajo</b>	23	80%
<b>Medio</b>	7	20%
<b>Total</b>	30	100%

**Tabla No. 04. Distribución del medio socio económico de los familiares de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**

La mayoría de los sujetos que consumaron suicidio en un 80% tenían un nivel socio económico bajo, y por el contrario el 20% restante pertenecía a un nivel socioeconómico medio.

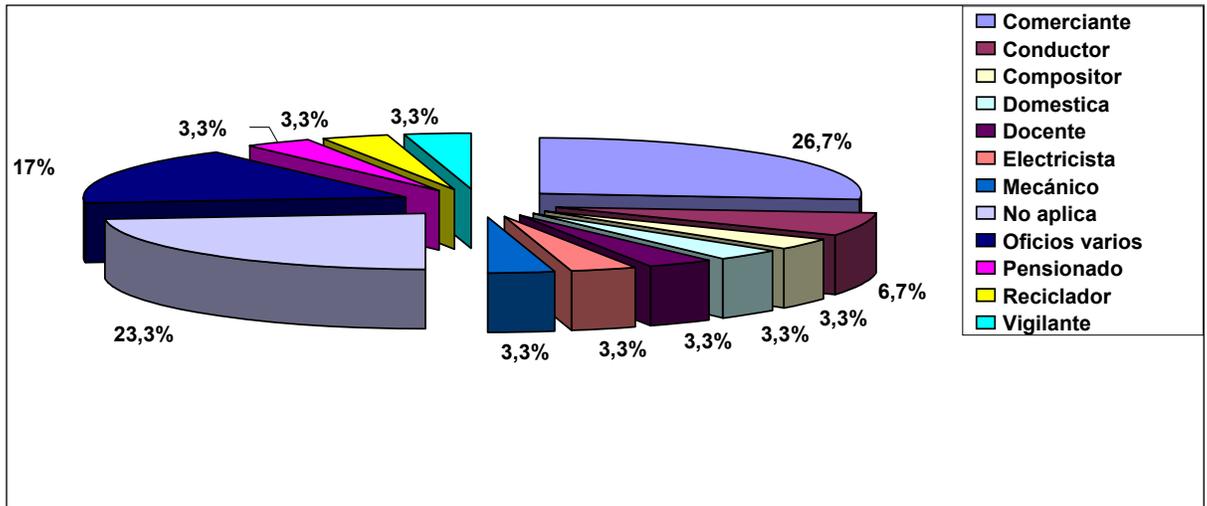
En cuanto a la distribución por empleo se encontró que:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
<b>No</b>	6	20
<b>Si</b>	24	80
<b>Total</b>	30	100

**Tabla No. 05. Distribución por empleo de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**

La mayor parte de la población en un 80% que consumó suicidio eran personas con una actividad diaria ya que se encontraban trabajando.

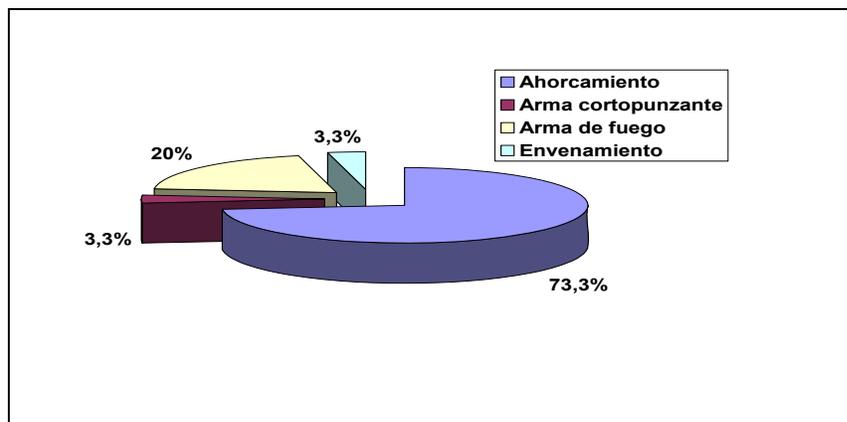
En lo referente a por el tipo de trabajo que realizaban las personas que consumaron el suicidio:



**Figura No. 06. Distribución por el tipo de trabajo que desempeñaban las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**

Para la distribución por el tipo de trabajo se encontró que el 27% de la población tenía por actividad laboral todo lo concerniente al comercio, mientras que con un 23% se encuentran las personas que no tenían como trabajo alguna de estas actividades.

Los resultados obtenidos según la distribución por método empleado:



**Figura No. 07. Distribución según el método empleado por las personas que consumaron suicidio en Santa Marta**

En un 73% denotan que el método mas utilizado para la consumación del suicidio es el ahorcamiento y en segundo lugar con un 20% el arma de fuego.

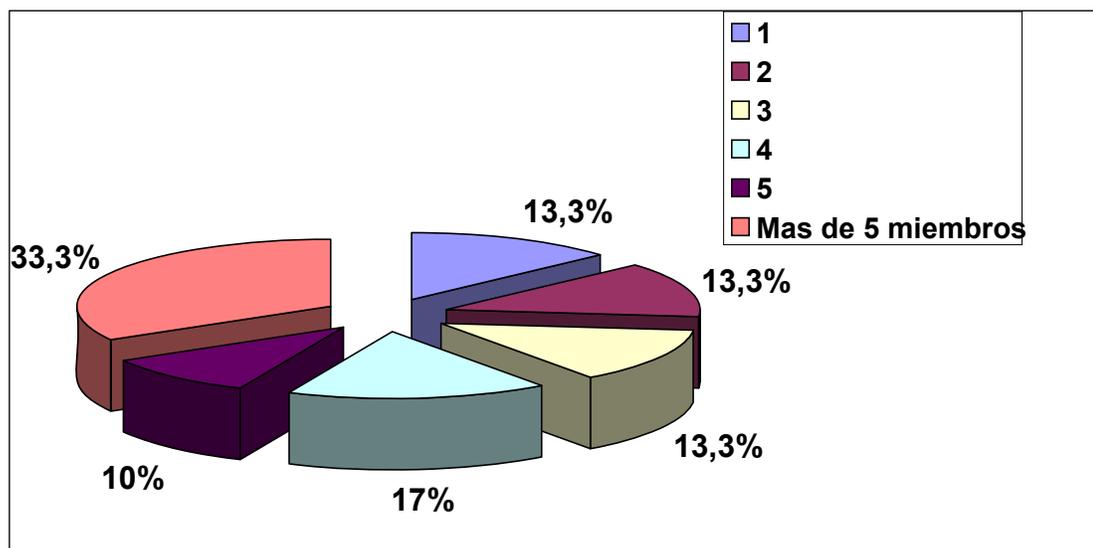
En cuanto a la distribución con respecto a las personas que vivían con el sujeto:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Padre	5	11%
Madre	10	22%
Hijos	7	16%
Cónyuge	8	18%
Otros	15	33%
Total	45	100%

**Tabla No. 06. Distribución de personas que vivían con el sujeto**

Se encontró que el 33% de los sujetos convivan con otras personas diferentes a su núcleo familiar y el 22% con la madre.

A partir de los resultados de la distribución de personas que vivían con el sujeto se encontró que:



**Figura No. 08. Distribución de personas que vivían con el sujeto**

En los resultados de distribución con respecto al número de miembros de la familia se encontró que el 33% de estas familias se componen principalmente con más de 5 miembros, además el 17 % vivía con 4 miembros en su familia.

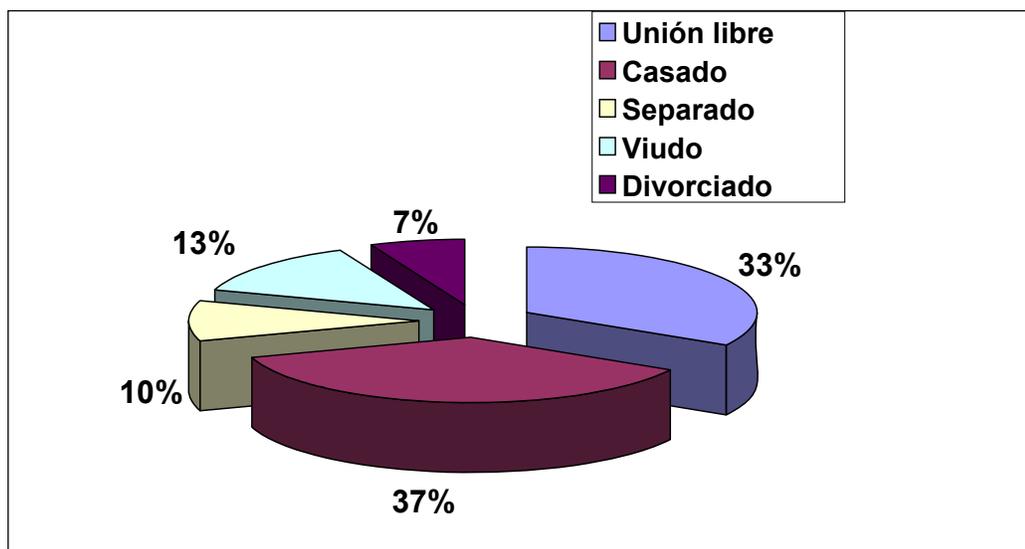
En la distribución por tipo de familia se encontró:

Tipo de Familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	8	27%
Uniparental	11	37%
Extensa	11	37%
Total	30	100%

**Tabla No. 07. Distribución por tipo de familia de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta**

Igual porcentaje a las familias uniparentales y extensas con un 37% y un 27% correspondientes a las nucleares.

Según los resultados de la distribución por tipo de unión de los padres se encontró que:



**Figura No. 09. Distribución por tipo de unión de los padres de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta**

De las personas que consumaron suicidio el 37% eran principalmente casados y un 33% convivían en unión libre, un 13% eran viudos y un 10% eran separados.

En cuanto a la distribución por antecedentes familiares se encontró lo siguiente:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
No	26	87%
Si	4	13%
Total	30	100%

**Tabla No. 08. Distribución de opinión de los familiares con respecto a la presencia de antecedentes de suicidio familiar**

Que el 87% de los familiares afirman no haberse presentado ningún antecedente de suicidio en su familia, a diferencia del 13% que manifiestan presencia de estos antecedentes.

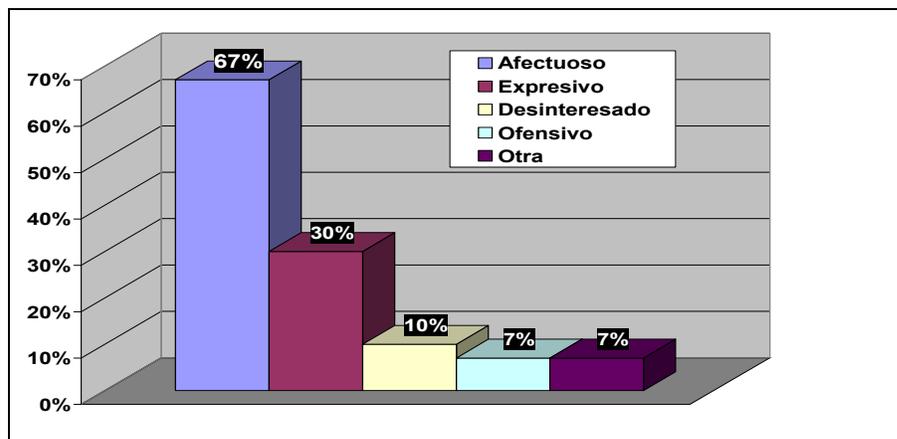
En lo relacionado a las impresiones que construyeron los familiares con respecto al miembro de su familia que tomo la decisión del suicidio se encontró lo siguiente:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Extremadamente	2	7%
Mucho	16	53%
Poco	12	40%
Total	30	100%

**Tabla No. 09. Opinión de los familiares acerca de si considera que la persona que decidió suicidarse era una persona preocupada por su aspecto personal.**

Según el 53% de los familiares de Los sujetos que consumaron suicidio dicen que eran personas que se preocupaban mucho por su aspecto personal y por el contrario el 40% de los familiares afirman que eran poco cuidadosos con su aspecto.

En lo que respecta a la forma como se mostraba el sujeto en sus relaciones interpersonales:



**Figura No 10. . Opinión de los familiares acerca de la forma como se mostraba en sus relaciones interpersonales la persona que decidió suicidarse.**

El 67% de los familiares afirman que los sujetos eran expresivos, el 30% afectuosos, mientras que en el 7% de los casos desinteresados y en el otro 7% ofensivos en sus relaciones interpersonales.

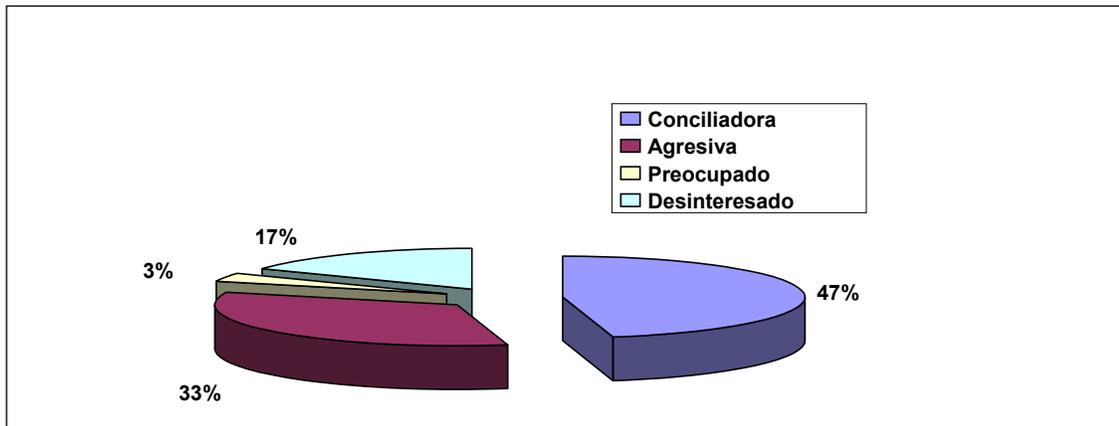
En lo que respecta al desempeño de la persona que consumó suicidio en el trabajo o escuela se encontró lo siguiente:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	10	33
Bueno	19	63
No aplica	1	3
Total	30	100

**Tabla No. 10. Opinión de los familiares acerca de si considera acerca de cómo era el desempeño de la persona que decidió suicidarse en el trabajo y/o escuela.**

El 63% tenían un buen desempeño, mientras que el 33% los consideraba como excelente.

Con respecto a la opinión de los familiares acerca de la actitud de la persona que decidió suicidarse se encontró lo siguiente:



**Figura No. 11. Opinión de los familiares acerca de como era la actitud de la persona que decidió suicidarse frente a disputas en el hogar.**

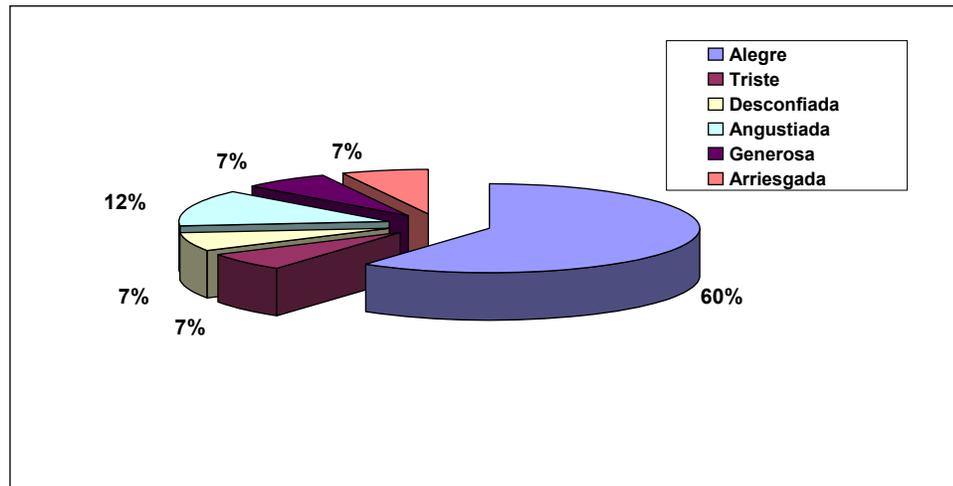
Los resultados muestran que el 47% de los familiares de los sujetos que consumaron el suicidio dicen que estos presentaban en su mayoría actitudes conciliadoras en el hogar, aunque se percibe igualmente la agresividad con un 33%, por otro lado con un 17% sus actitudes reflejaban desinterés.

Por otro lado, se encontró que según el 53% de los familiares, las personas que consumaron suicidio se comportaban de manera serena frente a personas ajenas a su núcleo familiar mientras que con el 30% de las veces estos les eran indiferentes.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Irritado	3	10%
Sereno	16	53%
Indiferente	9	30%
Otro	2	7%
Total	30	100%

**Tabla No. 11. Opinión de los familiares acerca de de cómo era el modo de comportarse de la persona que decidió suicidarse frente a la presencia de personas ajenas al núcleo familiar.**

Según los familiares las personas que consumaron el suicidio fueron consideradas como:



**Figura No. 12. Opinión de los familiares acerca de de cómo considera que era el miembro que se suicidó.**

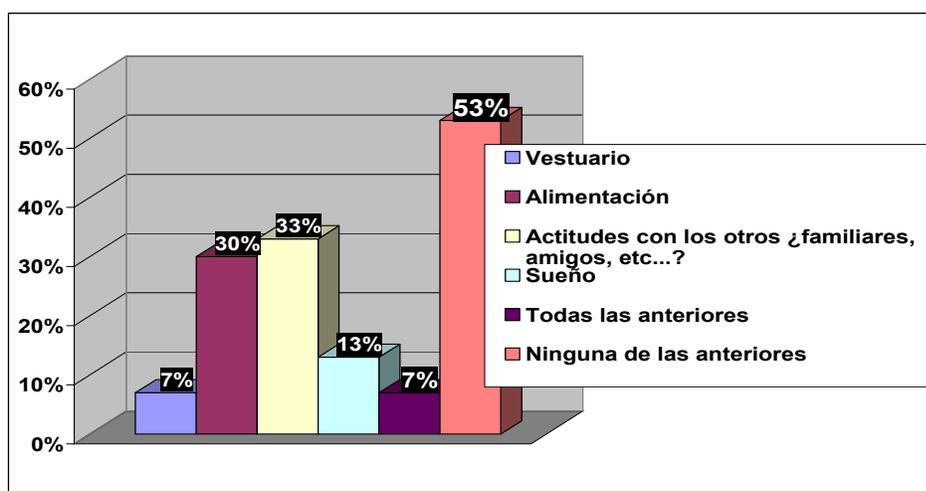
Alegres según el 60%, en contraste con el 12% que afirma que eran personas angustiadas.

Los familiares de las personas que decidieron suicidarse, en un 50% no atribuyen relación alguna al hecho de que los sujetos con pertenecer a grupos religiosos, por otro lado, el 46% consideran que si existe algún tipo de relación con el suicidio.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	47%
No	15	50%
No esta seguro	1	3 %
Total	30	100%

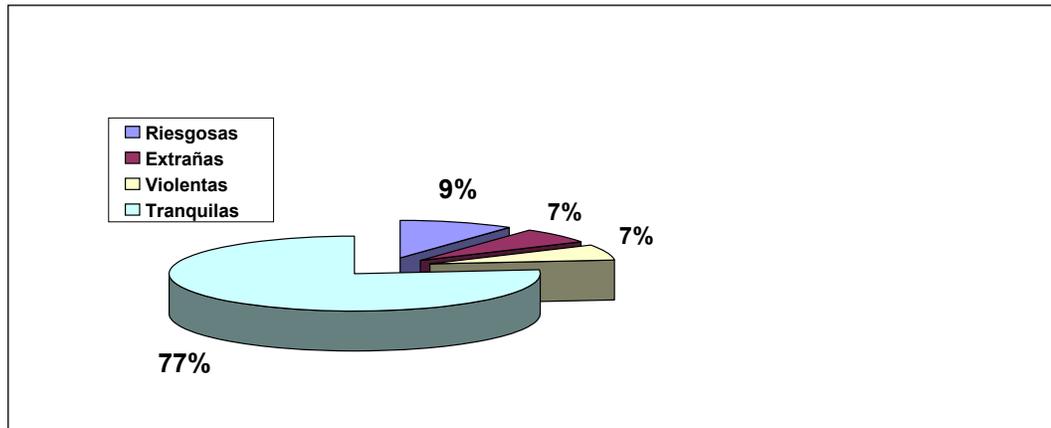
**Tabla No. 12. Opinión de los familiares acerca de si cree que el sujeto que decidió suicidarse profesaba o pertenecía a alguna secta o religión.**

Los familiares de las personas que tomaron la decisión de suicidarse en un 53% dicen no haber percibido aparentes cambios en la conducta del suicida, sin embargo el 33% identificó un cambio brusco de estos hacia otras personas, mientras que el 30% notó cambios en la alimentación.



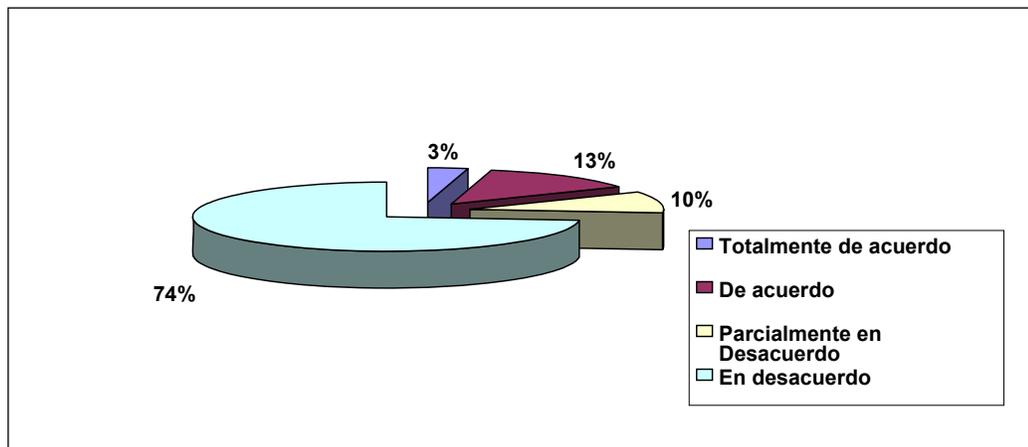
**Figura No. 13. Opinión de los familiares acerca de los cambios que notó alguna vez en la persona que decidió suicidarse.**

Se encontró que el 77% de los sujetos que tomaron la decisión de suicidarse practicaban en su tiempo actividades tranquilas, por el contrario, el 10% de estos consideran que sus actividades eran riesgosas.



**Figura No. 14. Opinión de los familiares acerca de cómo cree que eran las actividades que realizaba en su tiempo libre la persona que decidió suicidarse.**

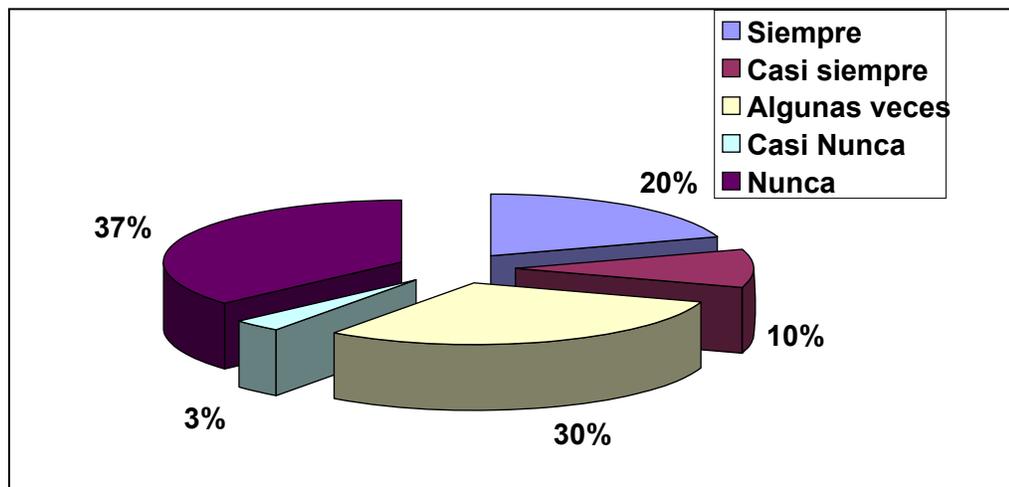
En cuanto a los resultados referentes a las señales asociadas al suicidio de acuerdo a la comunicación verbal y no verbal que los familiares identificaron con respecto al miembro que se suicidó se encontró lo siguiente:



**Figura No. 15. Distribución de opinión de los familiares con respecto si la noticia de un suceso similar entre sus amigos o familiares**

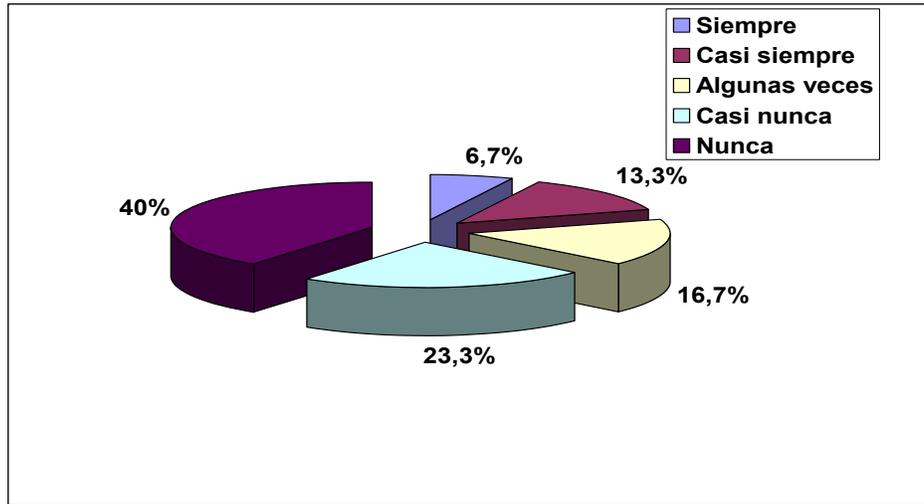
Según los resultados arrojados por los familiares, el 74% de estos desapruban el hecho de que el suceso pudo haber estado relacionado con que el sujeto tuviera información acerca de alguna situación similar entre amigos o familiares, mientras el 13% considera que si pudo haber existido este tipo de relación.

Con respecto a la observación de comportamientos se encontró que el 37%, de los familiares consideran que el sujeto nunca presentó aislamiento contrastado con el 20% de la población en estudio que afirma que si se presentó este comportamiento.



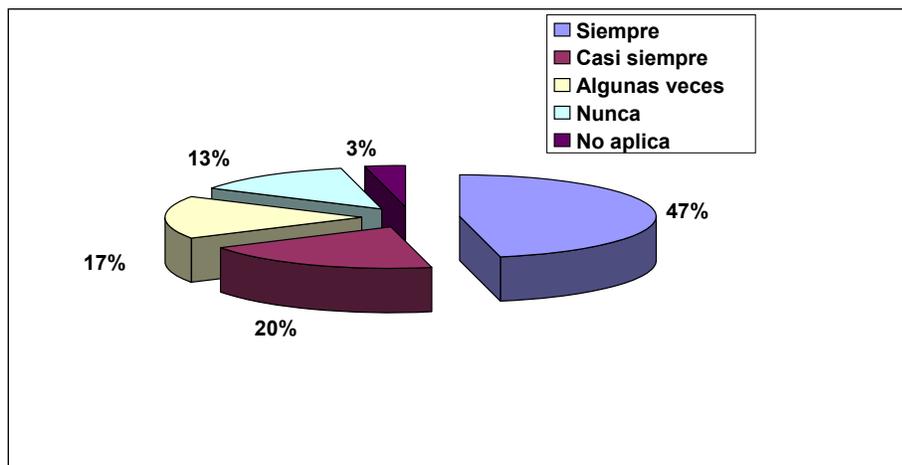
**Figura No. 16. Distribución de opiniones con respecto a la observación de comportamientos (Aislamiento).**

Según los resultados, de las opiniones se encontró que el 40% de los familiares no recuerdan haber observado agresividad en algún momento en el miembro que decidió suicidarse, además, para el 23% de los mismos casi nunca observaron este comportamiento y solo un 16% de los familiares afirman que su familiar algunas veces presentaba conductas agresivas.



**Figura No. 17. Distribución de opiniones con respecto a la observación de comportamientos (Agresividad verbal y no verbal).**

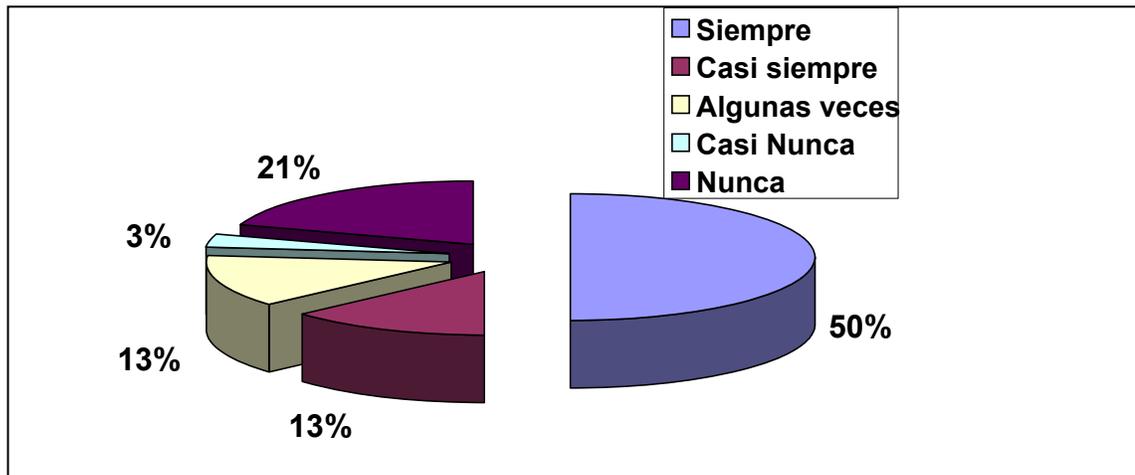
Los resultados de las opiniones de los familiares demuestran que el 47% de los mismos consideran que los sujetos que decidieron suicidarse siempre presentaron pasividad ante los conflictos, mientras que para el 13% este comportamiento no se hacía evidente en situaciones conflictivas.



**Figura No. 18. Frecuencia de la observación de comportamientos (Pasividad ante los conflictos) por parte de los familiares en las personas que consumaron el suicidio.**

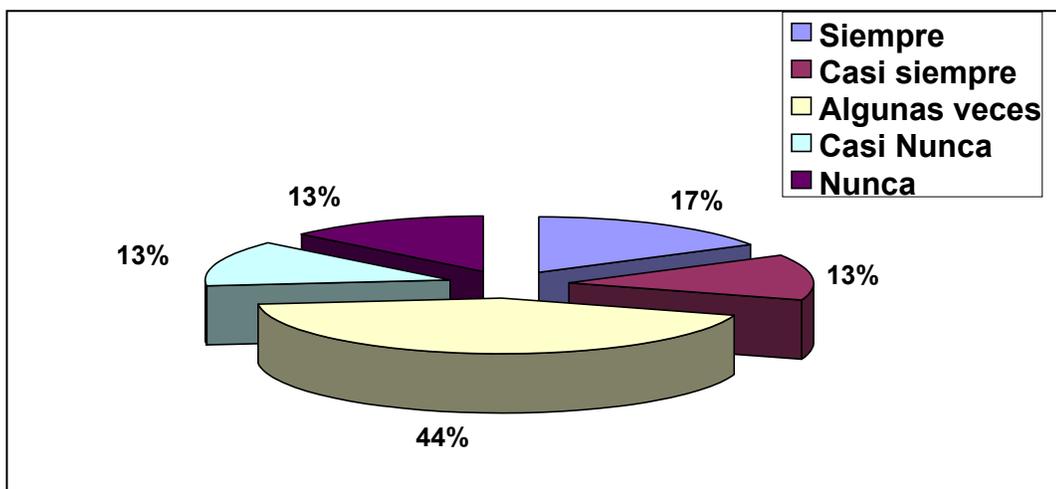
Según la distribución acerca de la expresión de sentimientos el 50% de los familiares afirman que el sujeto se expresaba abiertamente ante sus familiares y

amigos; por otro lado el 21% sostiene que el sujeto nunca expresaba sus sentimientos abiertamente.



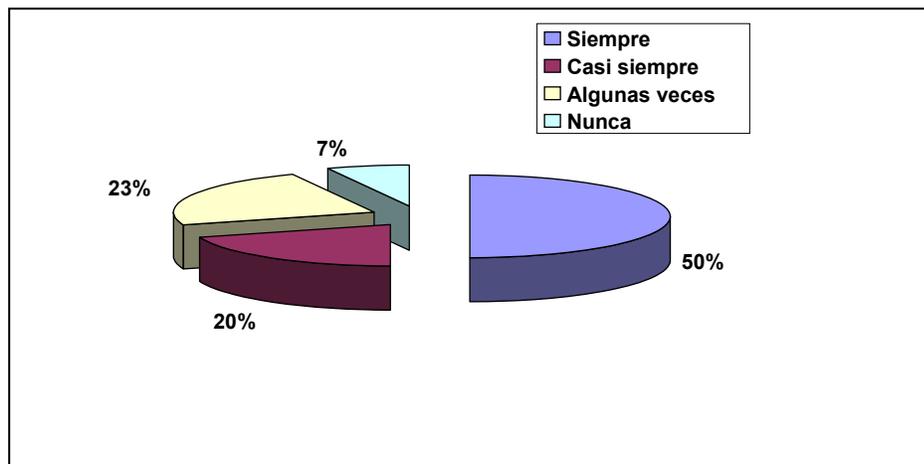
**Figura No. 19. Expresión de sentimientos de la persona que se suicidó ante los miembros del grupo familiar.**

Según el 44% de los familiares, las personas que consumaron suicidio expresaban solo algunas veces la emoción rabia mientras que para el 13% nunca expresaba dicha emoción.



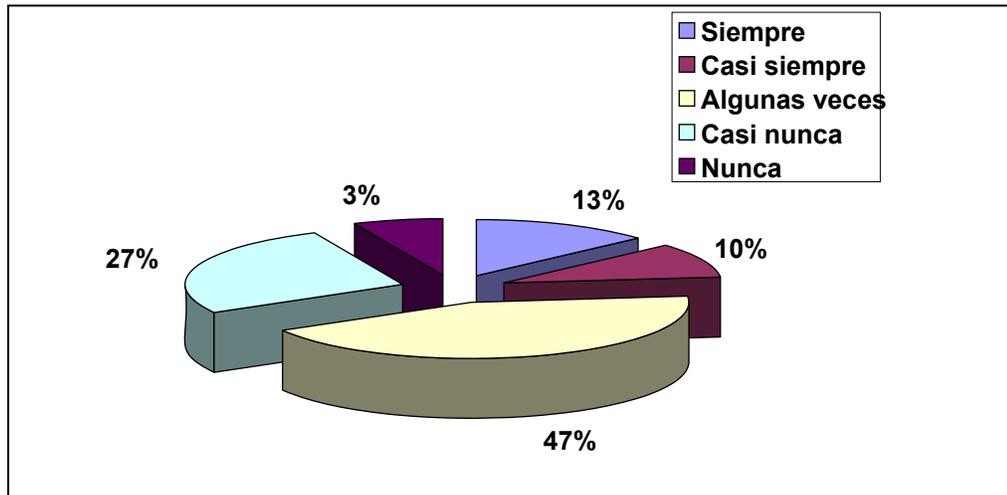
**Figura No. 20. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción Rabia.**

En comparación con la opinión de los familiares con respecto a la expresión de la emoción rabia por parte del miembro que decidió suicidarse, se encontró que para el 50% sus miembros siempre expresaban abiertamente la emoción alegría en circunstancias que lo ameritaban.



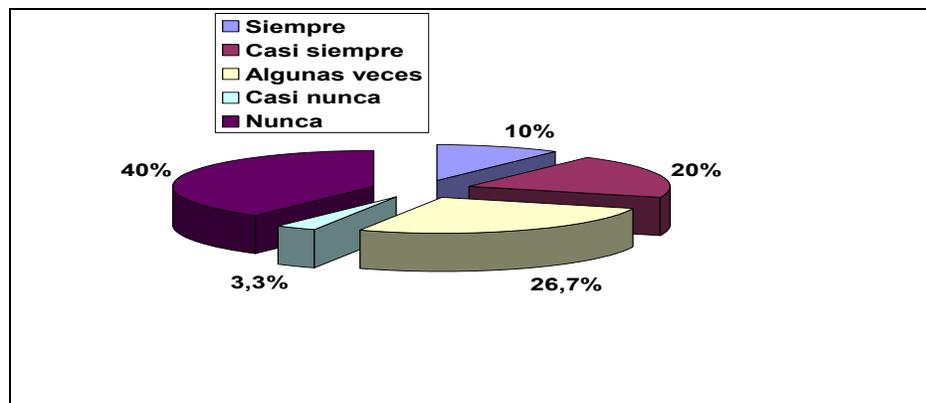
**Figura No. 21. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción alegría**

Por otro lado, se puede observar una muy clara diferenciación entre la frecuencia de expresión de la tristeza del miembro que se suicidó ante el familiar encuestado, ya que según el 47% de estos consideraron que su familiar expresaba la emoción tristeza solo en algunas ocasiones.



**Figura No. 22. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción tristeza.**

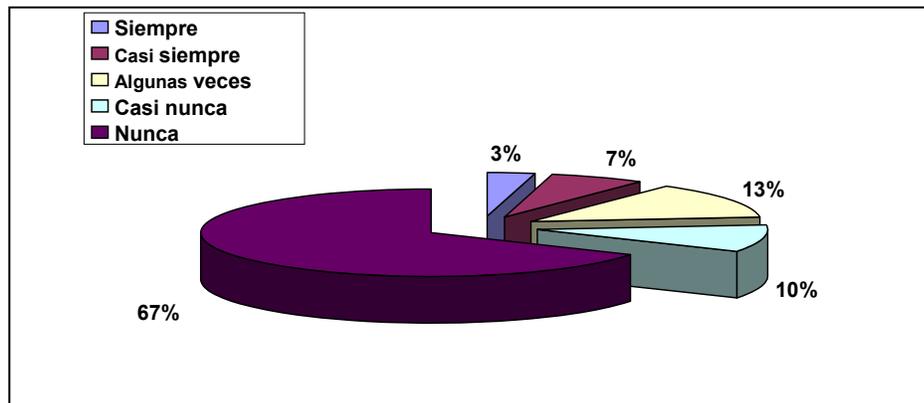
En cuanto a la demostración de la emoción sorpresa se pudo encontrar que el 40% de los familiares afirman que la expresión no se daba en el miembro que decidió suicidarse y solo el 10% consideran que su familiar siempre demostraba dicha emoción.



**Figura No. 23. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción sorpresa.**

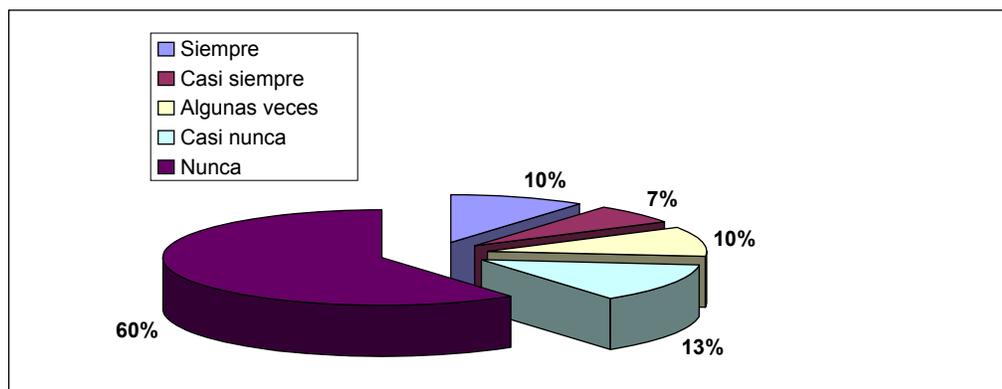
Por otro lado, Se denota claramente que la expresión de la emoción asco por parte del miembro que se suicidó no se hizo evidente para el familiar

encuestado, el 67% de los familiares no recordaron evidenciar la expresión de dicha emoción mientras el 3% si recuerda haber observado la expresión de dicha emoción.



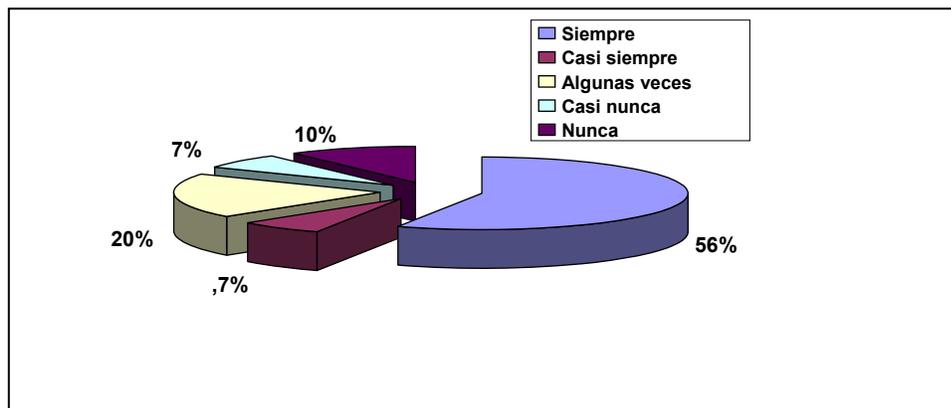
**Figura No. 24. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción asco.**

Al igual que el asco, los familiares en su mayoría no lograron percibir, en el miembro que tomo la decisión de suicidarse, la expresión de la emoción desprecio lo cual se denota en un 60% de distribución.



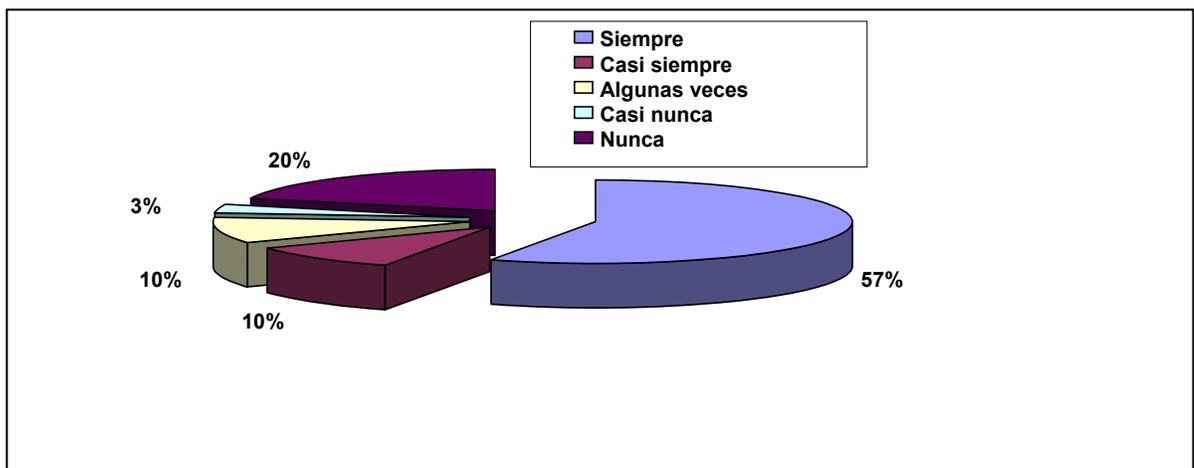
**Figura No. 25. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó demostraba la emoción desprecio.**

Para el 56% de los familiares de las personas que se han suicidado, estos en la mayoría de veces miraban a los ojos de los demás cuando entablaban conversaciones y solo un 10% recuerda que el miembro que se suicidó miraba a los ojos al hablar.



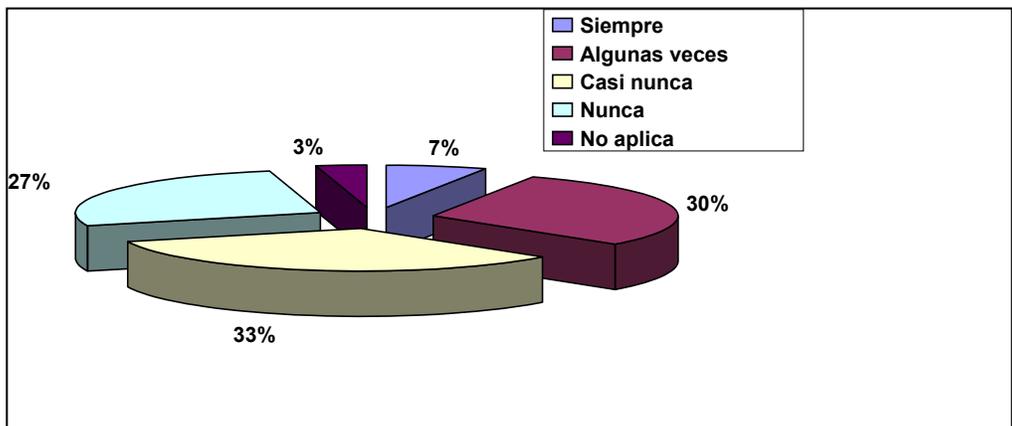
**Figura No. 26. Distribución de opiniones con respecto a la frecuencia con la que la persona que se suicidó miraba a los ojos al hablar con los demás.**

Para el 57% de los familiares fue evidente que el miembro que se suicidó en su familia expresaba congruentemente sus gestos en con respecto a lo que expresaba verbalmente.



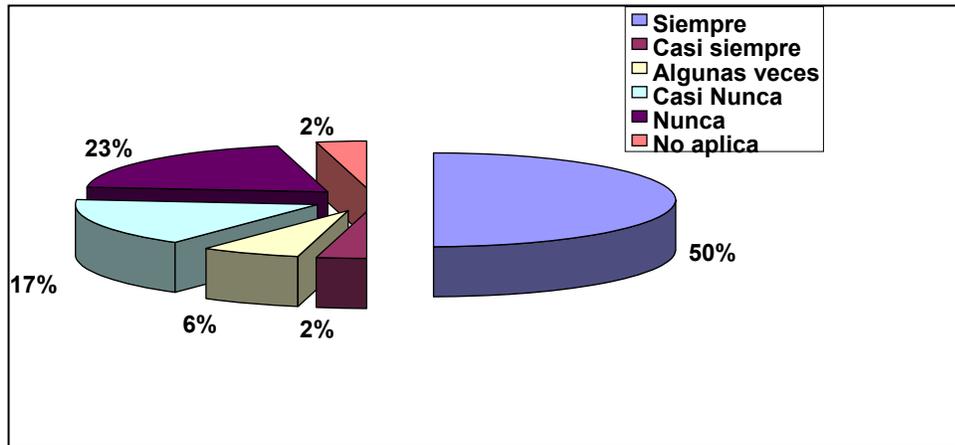
**Figura No. 27. Distribución de opiniones con respecto a la concordancia entre los gestos y la expresión verbal de la persona que se suicidó.**

En cuanto a la opinión de los familiares con respecto a la frecuencia de los movimientos corporales lentos de la persona que se suicido consideran que casi nunca eran evidentes en su familiar evidenciado en un 33%, por otro lado un 30% de los familiares consideran que se presentaban algunas veces.



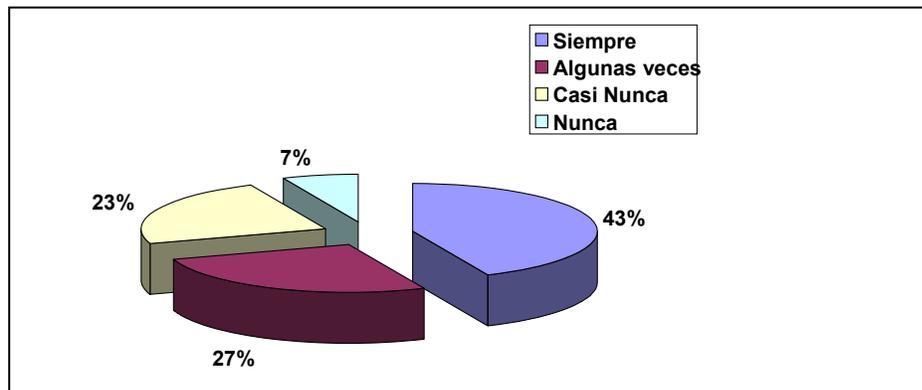
**Figura No. 28. Distribución de opiniones de los familiares acerca de frecuencia de los movimientos corporales lentos de la persona que decidió suicidarse**

Según la opinión de los familiares, se puede observar que solo el 50% consideran que los movimientos corporales rápidos eran evidentes en las actividades que realizaba el miembro de la familia que decidió suicidarse, mientras el 23% de los familiares considera lo contrario.



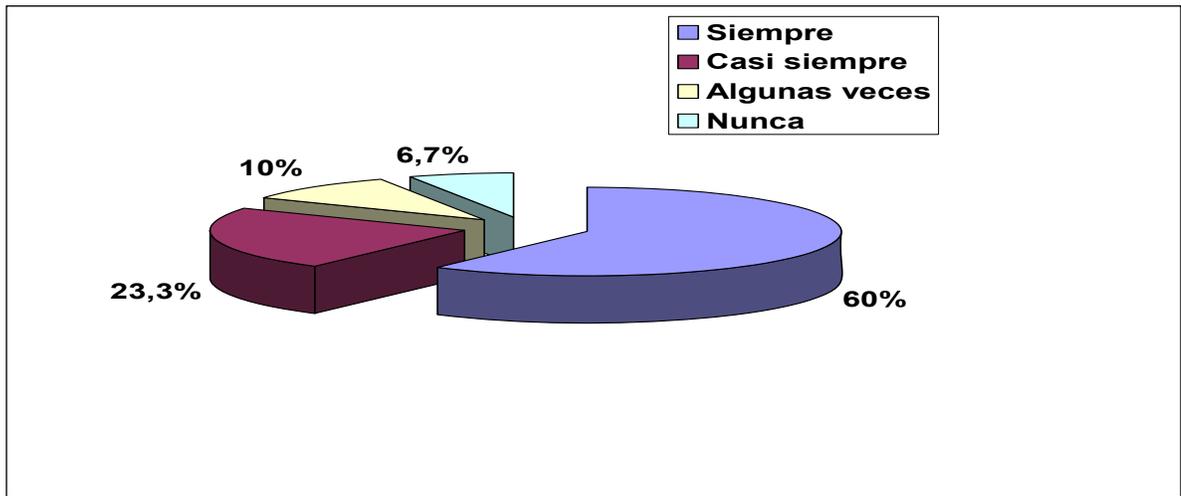
**Figura No. 29. Distribución de opiniones de los familiares acerca de frecuencia de los movimientos corporales rápidos de la persona que decidió suicidarse.**

Para los familiares, las personas que toman la decisión de suicidarse evidencian que sus movimientos corporales al realizar sus actividades son principalmente normales 43%, mientras el 7% considera lo contrario.



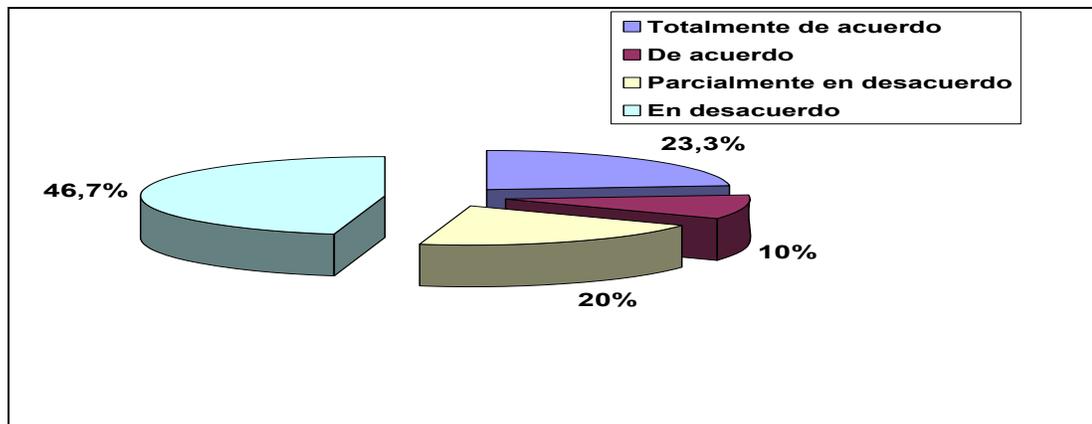
**Figura No. 30 Opinión de los familiares acerca de frecuencia de los movimientos corporales normales de la persona que decidió suicidarse**

La grafica permite observar que el 60% de familiares dicen que los miembros que se suicidaron expresaban sus ideas en momentos oportunos y de tal manera que lograban entender lo que ellos querían decir.



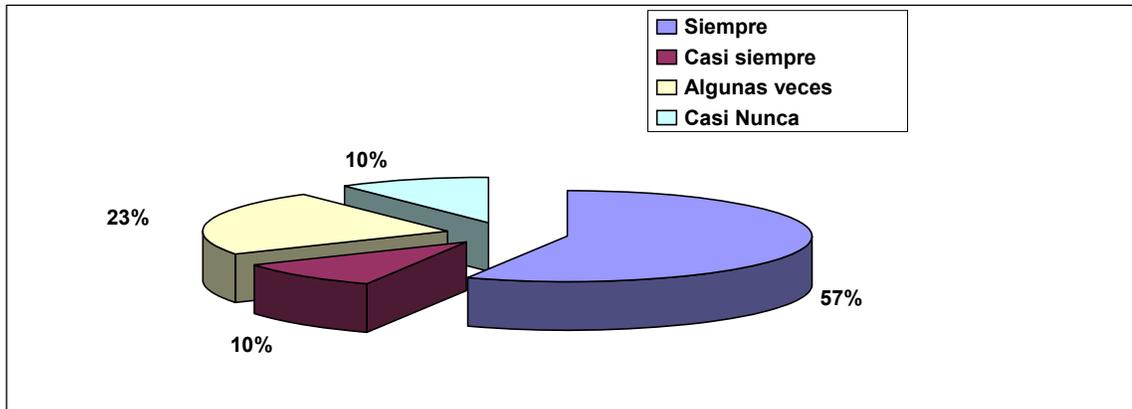
**Figura No. 31. Distribución de opiniones de los familiares acerca de la frecuencia en que la persona que se suicido expresaba sus ideas en momentos oportunos y de forma clara.**

Se hace relevante que los familiares en un 47% se encuentran en desacuerdo con la idea de que las personas que dicen que se van a suicidar lo hacen finalmente y solo el 10% de los familiares están de acuerdo con esta idea.



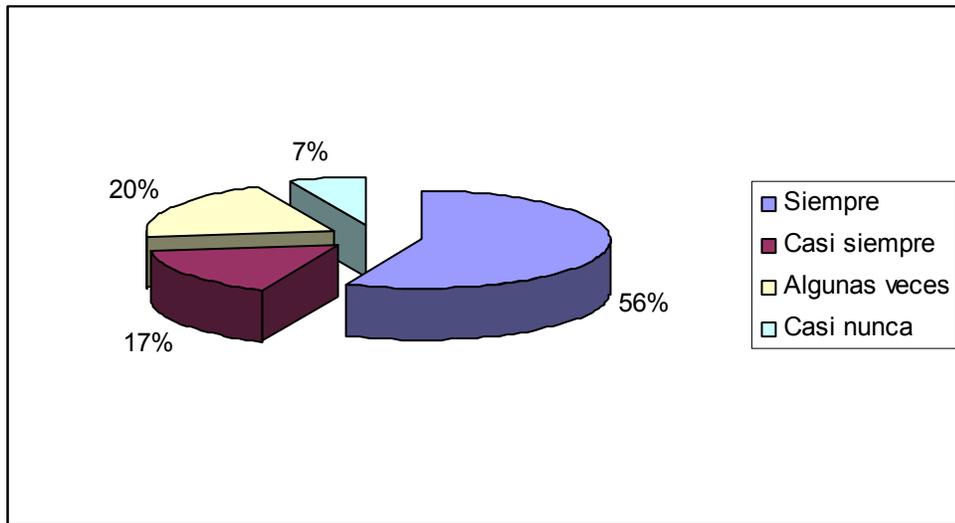
**Figura No. 32. Opinión de los familiares acerca de si la persona que dice que se va a suicidar lo hace finalmente**

De acuerdo a la opinión del 57% de los familiares, las personas que consuman suicidio en la ciudad de Santa Marta les agradaba con gran frecuencia mantener contacto físico con los demás a través de sus manos y solo el 10% asegura no haber observado esta conducta.



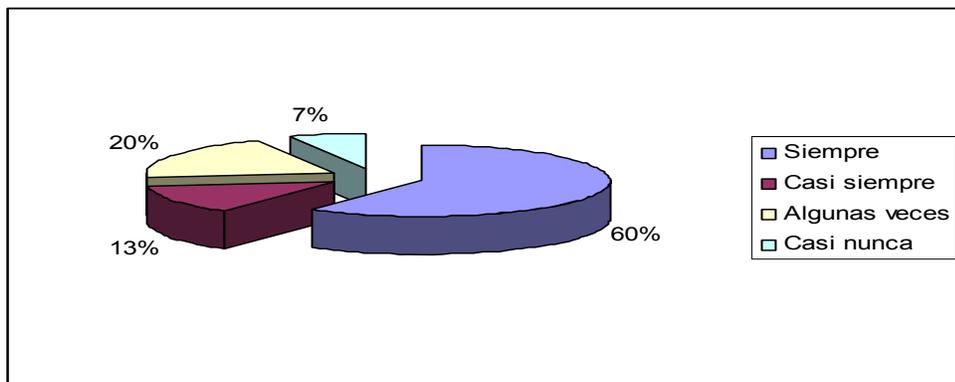
**Figura No. 33. Distribución de opiniones de los familiares acerca de si la persona que decidió suicidarse le agradaba mantener contacto (tocar).**

En cuanto al agrado de las personas que decidieron suicidarse con respecto a mantener contacto físico a través de abrazos hacia los demás, sus familiares consideraron, en el mayor de los casos 56%, que siempre expresaban agrado por esta conducta y solo el 7% considera que casi nunca la expresaba.



**Figura No. 34. Distribución de opiniones de los familiares acerca de si la persona que decidió suicidarse le agradaba mantener contacto (abrazar)**

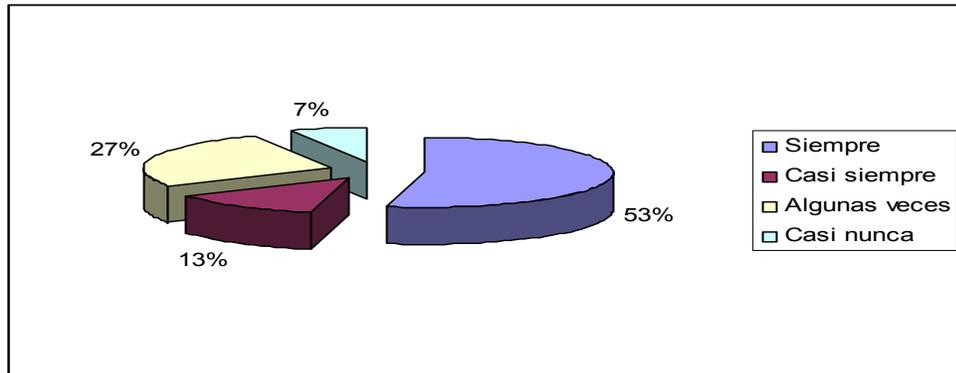
En cuanto al agrado de las personas que decidieron suicidarse con respecto a mantener contacto físico a través de caricias hacia los demás, sus familiares consideraron, en el mayor de los casos 60%, que siempre expresaban agrado por esta conducta.



**Figura No. 35. Distribución de opiniones de los familiares acerca de si la persona que decidió suicidarse le agradaba mantener contacto (acariciar).**

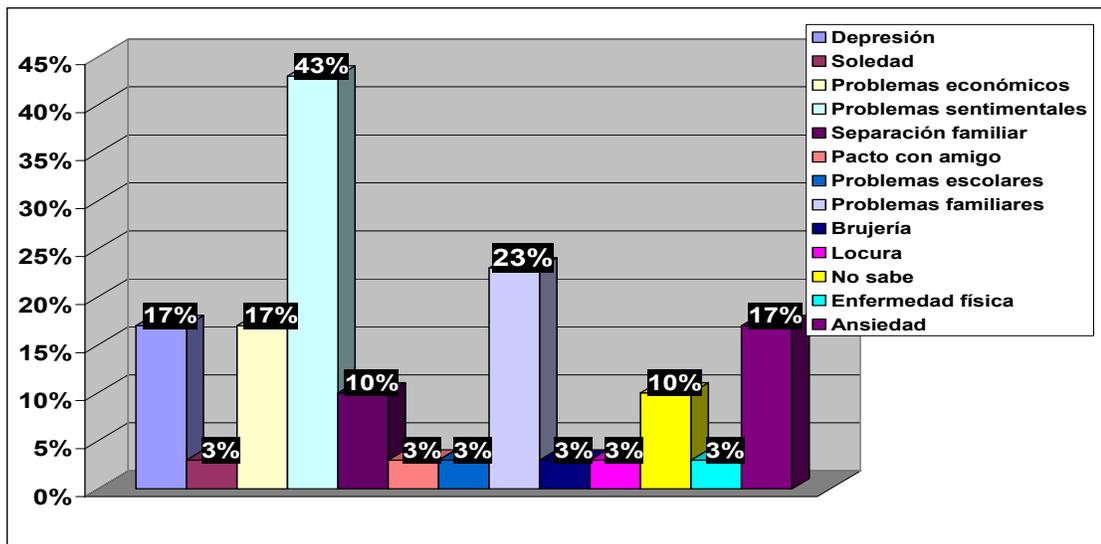
Según la gráfica se evidencia que para el 53% de los familiares, las personas que consumaron suicidio en Santa Marta les agradaba mantener contacto físico

por medio de los besos con los demás y solo el 7% no le evidenciaba esta conducta.



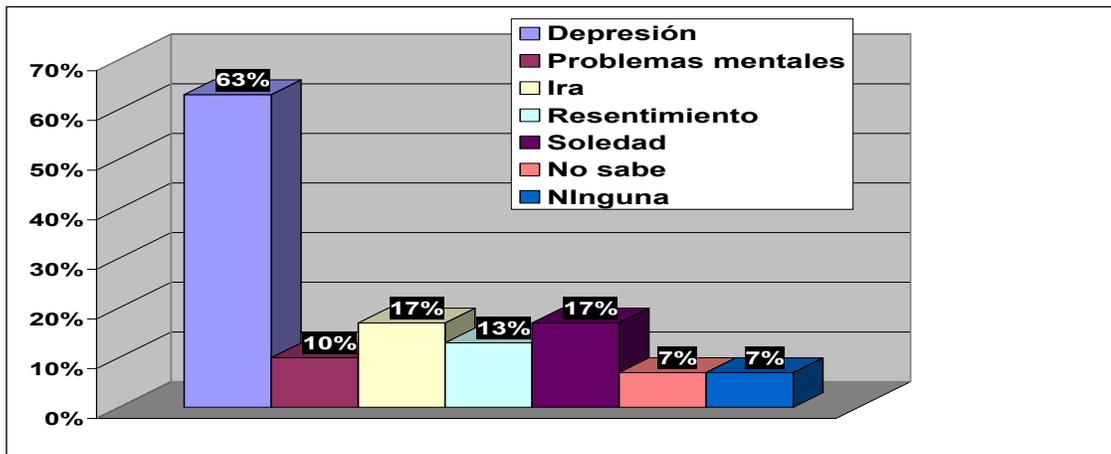
**Figura No. 36. Distribución de opiniones de los familiares acerca de si la persona que decidió suicidarse le agradaba mantener contacto (besar).**

En cuanto a la atribución casual que realizan los familiares a la toma de decisión de suicidio en alguno de sus miembros se hacen relevantes las que hacen referencia a los problemas sentimentales en un 43% seguido de los problemas familiares en un 23% de preferencia. Además, se encontraron otras causas a las que también los familiares atribuyen la ocurrencia del suceso como la depresión en un 17%, los problemas económicos y la ira en un 17% de igual forma que el ítem anterior.



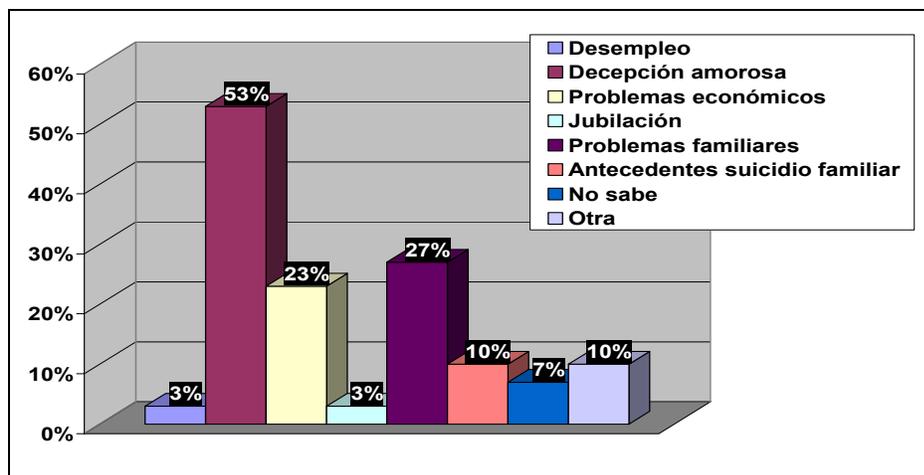
**Figura No. 37. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de las causas a las que atribuyen la toma de decisión del suicidio por parte de uno de sus miembros.**

En cuanto a las disposiciones personales que los familiares atribuyen la toma de decisión del suicidio se encontró que los resultados muestran que los familiares atribuyen la depresión como la principal causa para la toma de decisión del suicidio con un 63% de preferencia. Seguidamente, la ira y la soledad ambas con un 17% y el resentimiento con un 13%. Por otra parte se encontró que los familiares no determinan las causas y no consideran que haya existido causa algunas ambas en un 7%.



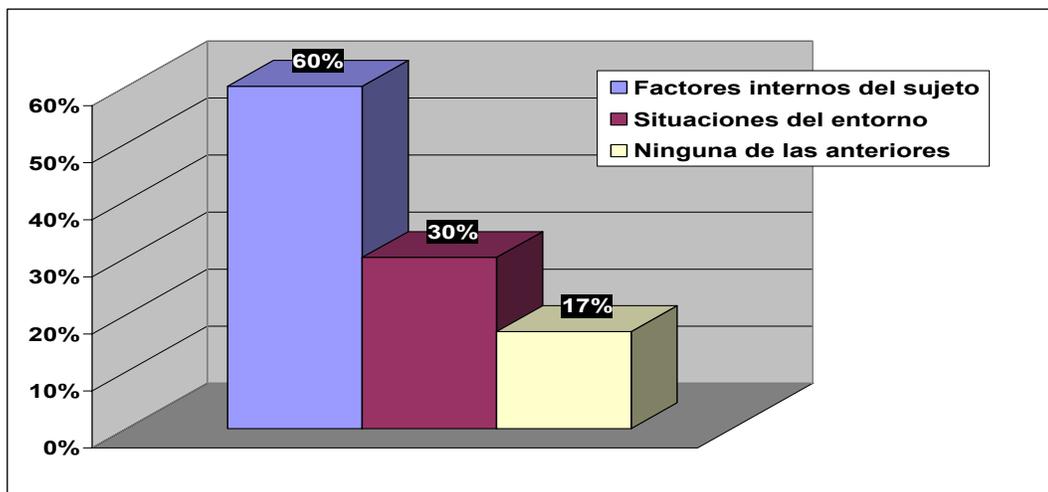
**Figura No. 38. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de las Disposiciones personales a las que los que atribuyen la toma de decisión del suicidio de alguno de sus miembros**

Según la grafica se puede evidenciar en los familiares la preferencia con un 53% por atribuir a una situación de decepción amorosa como la causa del mismo. Además atribuyen el suceso a otras causas como los problemas familiares en un 27%, los problemas económicos en un 23 %, antecedentes de suicidio en un 10%, un 7% no sabe y aparece el desempleo y la jubilación con un 3% ambas.



**Figura N° 39. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de las Disposiciones sociales o ambientales a las que los que atribuyen la toma de decisión del suicidio de alguno de sus miembros.**

En cuanto a la preferencia de los familiares sobre los factores que son más relevantes para la toma de decisión del suicidio se encontró que estos atribuyen a los factores internos como determinantes al momento de atribuir factores causales al suicidio lo cual se denota en un 60% de preferencia. Por otra parte un 30% de los familiares de las víctimas manifestó preferencia por los factores externos y un 16% por ninguna de éstos factores.



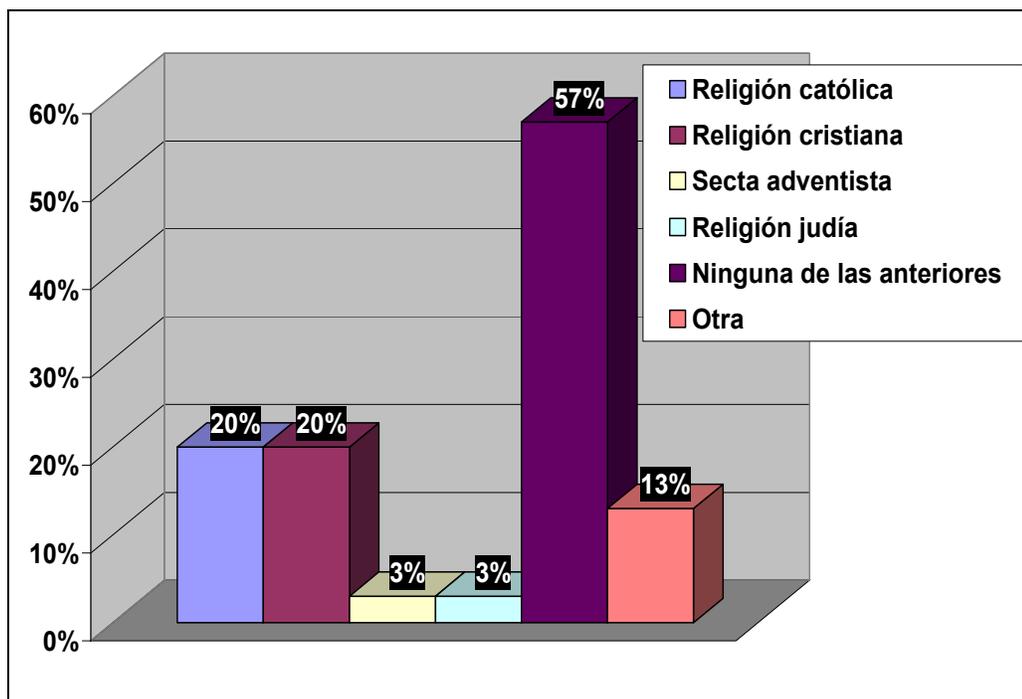
**Figura N° 40. Distribución de las opiniones de los familiares acerca del grado de preferencia por factores a los que atribuyen los familiares la toma de decisión del suicidio.**

En cuanto a la percepción de los familiares acerca de si la posible causa fue razón suficiente para cometer suicidio se encontró que el 86% están en desacuerdo con que las posibles causas que llevaran a su pariente al suicidio sean suficientes para que esto sucediera. Por otro lado el 10% consideran que la (s) causa (s) justifica claramente lo sucedido

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	3	10%
De acuerdo	1	3%
En desacuerdo	26	86%
Total	30	100%

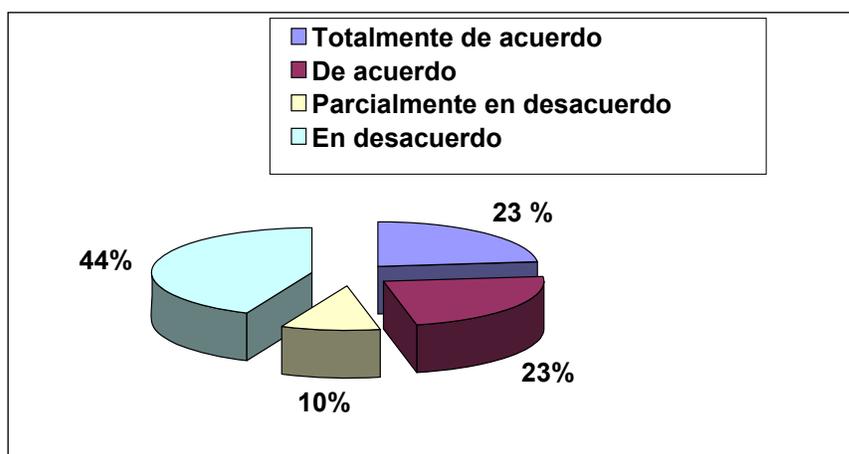
**Tabla No.13. Opinión de los familiares acerca de la suficiencia de la posible causa del suicidio en alguno de sus miembros.**

Según la grafica de acuerdo con la percepción de los familiares el 57% de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta consideran que ninguna de las creencias religiosas propuestas (católica, cristiana, adventista, judía, musulmana) se pueden considerar como factor protector contra el suicidio. Por otra parte consideran que pertenecer a religión católica y a la religión Cristiana se puede considerar como un factor protector, ambas en un 20%. .



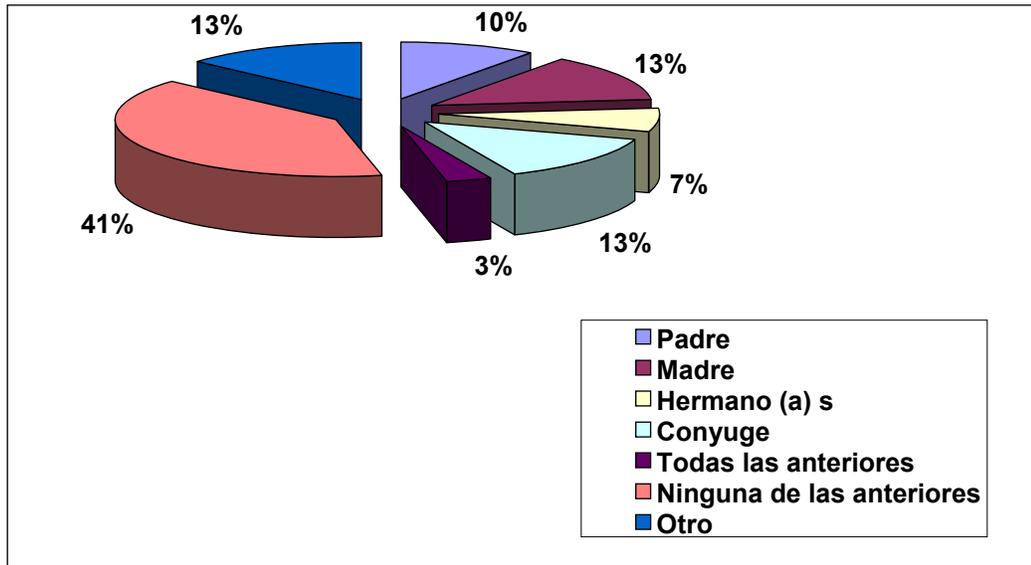
**Figura N° 41. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de las creencias religiosas como factor protector para la toma de decisión del suicidio.**

Según la grafica el 44% de los familiares de las personas que deciden suicidarse no consideran que estos sean fracasados. Por otro lado, se puede observar que estos consideran que sus familiares son fracasados según las opciones totalmente de acuerdo y de acuerdo en un 23% ambas.



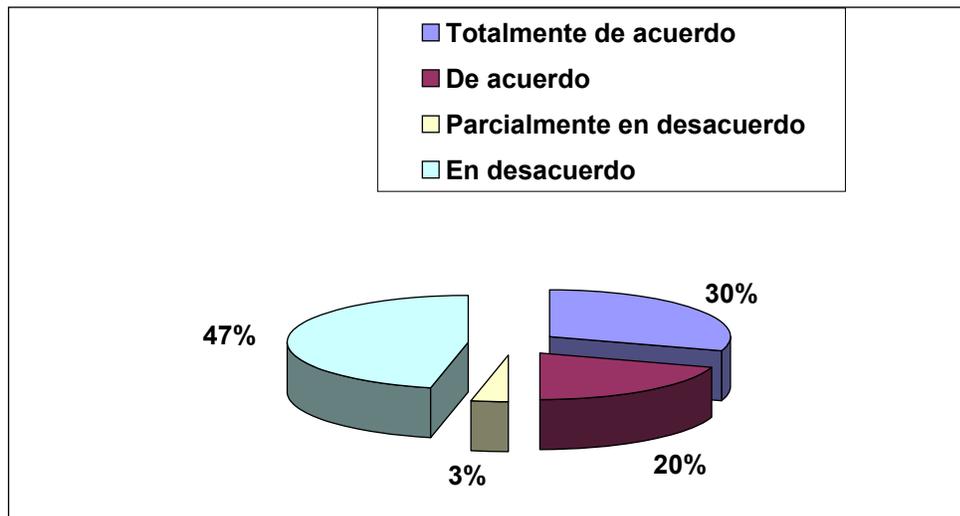
**Figura N° 42. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de la preferencia por considerar como fracasado a la persona que decide suicidarse.**

Un porcentaje considerable 41% de los familiares de las víctimas no se atribuyen responsabilidad sobre el hecho, sin embargo, en algunos de los casos los esposos o esposas y las madres de las víctimas se sienten culpables luego del hecho ambos en un 13% así como algún otro miembro de la familia de los sujetos con un 13%, el padre con un 10% y los hermanos con un 7%.



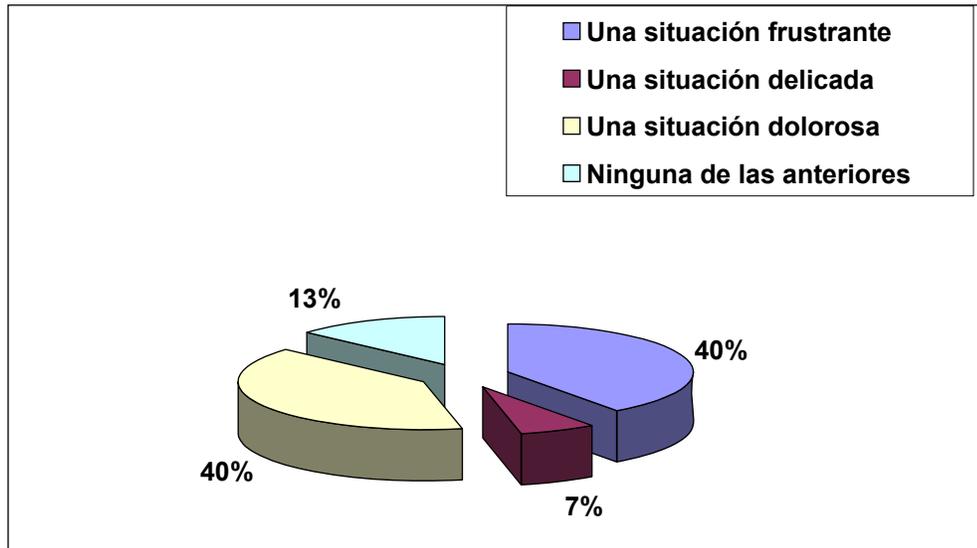
**Figura N° 43. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de los miembros que se culparon por el suicidio.**

En cuanto a la percepción de los familiares de las personas que tomaron la decisión de suicidarse acerca de si es posible reconocer cuales situaciones son determinantes para consumir el suicidio se encontró que el 47% están en desacuerdo frente al hecho de poder reconocer cuales situaciones son determinantes para la toma de decisión del suicidio, sin embargo, el 30% de los familiares no descartan la posibilidad de poder percibir e identificar dichas conductas.



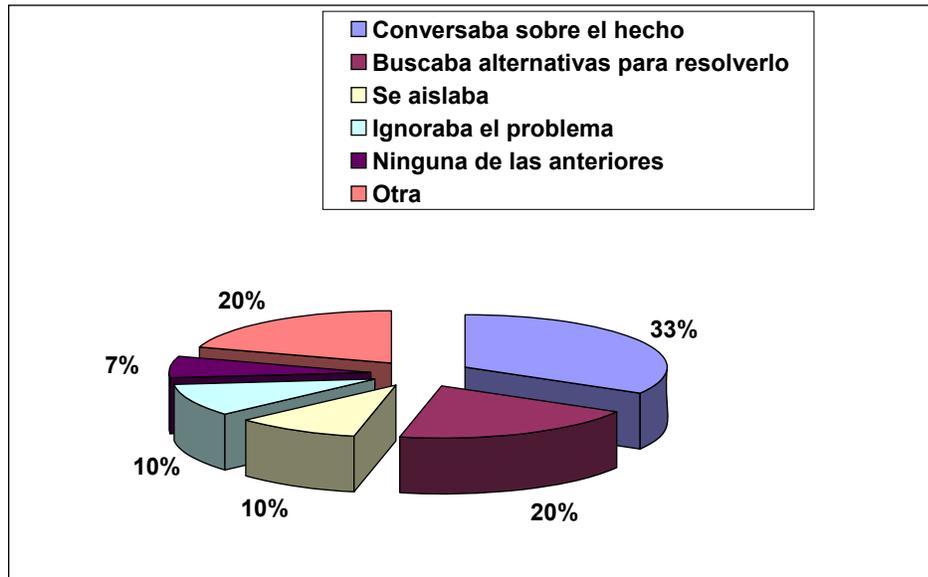
**Figura N° 44. Distribución de las opiniones de los familiares de si es posible reconocer cuáles situaciones pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio, luego de haber experimentado este hecho.**

Los resultados muestran que de los familiares de las personas que tomaron la decisión de suicidarse perciben que las situaciones frustrante y las situaciones dolorosas ambas con un 40% constituyen el principal indicador en este caso determinante para consumir el suicidio y que es posible relacionarlo teniendo en cuenta el alto porcentaje obtenido en factores como la depresión y la situación familiar relacionados dentro de lo que podría considerarse causante de frustración. Un porcentaje correspondiente a 13% no atribuye el suceso a alguna situación en particular y un 7% lo atribuye a una situación delicada.



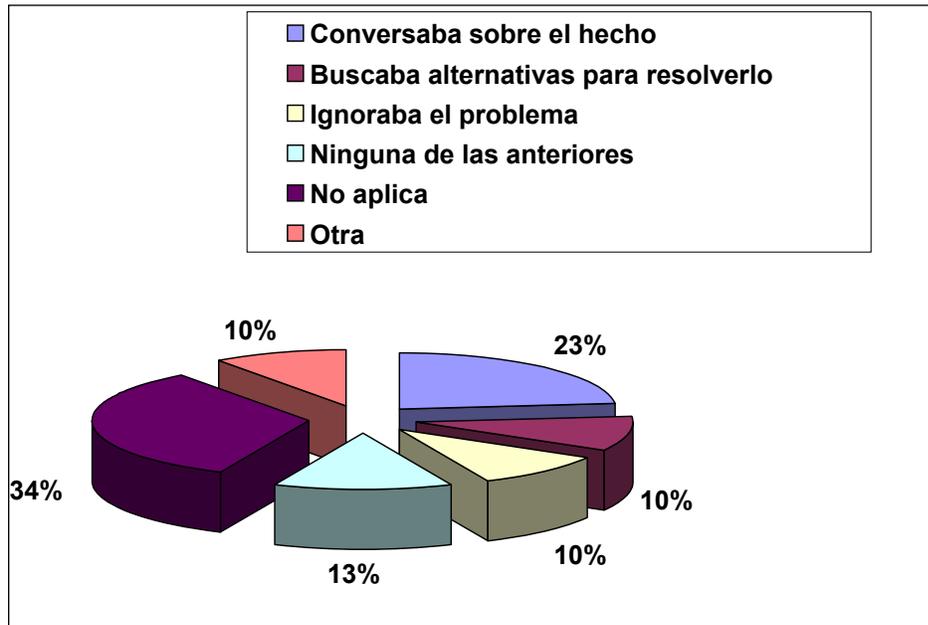
**Figura N° 45. Distribución de las opiniones de los familiares de si es posible reconocer cuáles situaciones pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio, luego de haber experimentado este hecho.**

Según los resultados obtenidos el 33% y el 20% de los familiares de los sujetos que consumaron el suicidio determinaron que eran personas con acertadas estrategias para la resolución de conflictos a nivel familiar aunque otro 20% lo atribuye a otro tipo de estrategia. Por otra parte, percibe de igual forma que algunos de los sujetos que consumaron suicidio presentaban pobres estrategias para la solución de los mismos puesto que ignoraban el problema o percibieron que ninguna de las opciones se ajustaba al sujeto ambos con un 10%.



**Figura N° 46. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel familiar.**

Lo que respecta al campo laboral el 23% de los familiares manifestaron que su familiar resolvía sus conflictos a nivel laboral conversando y en un 13% ninguno de los anteriores. Por otra parte, según la percepción de los familiares el sujeto buscaba alternativas para resolverlo, otros ignoraban el problema o recurrían a algún otro tipo de estrategia todos en un 10%. Además en este ítem no se presenta un porcentaje significativo puesto que un 34% de los casos el sujeto no trabajaba o sus familiares no tenían un concepto claro sobre su desempeño en el campo laboral.



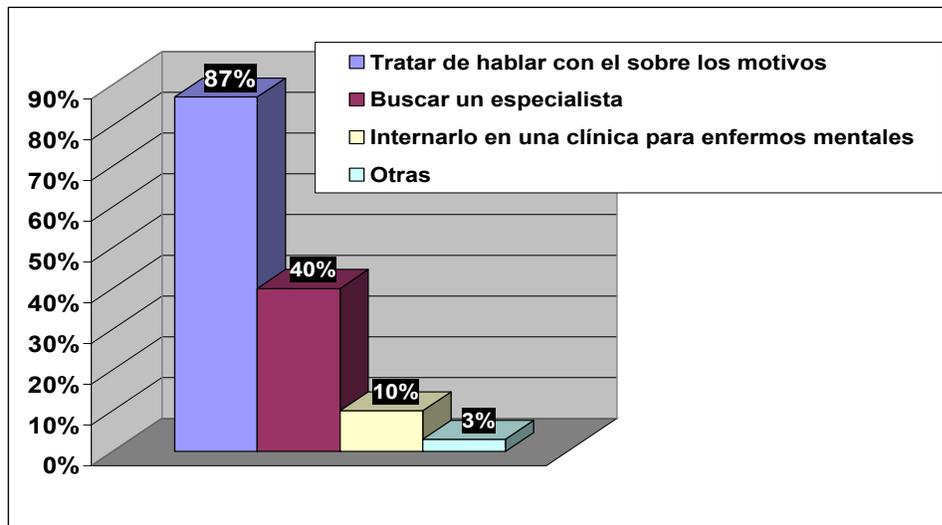
**Figura N° 47. Distribución de las opiniones de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel laboral.**

En lo que respecta a la influencia de los Medios de comunicación el 80% de los familiares tiene muy claro que los medios de comunicación no son una influencia ni negativa ni determinante para que una persona consuma suicidio por lo cual demuestran su desacuerdo ante esta posibilidad; sin embargo en el 16% de los casos se percibe la posible influencia de los periódicos sobre este hecho.

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	5	16%
Parcialmente en desacuerdo	1	3%
En desacuerdo	24	80%
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Tabla No. 14. Opinión de los familiares acerca de si el sujeto pudo haber recibido alguna influencia negativa de los medios de comunicación determinante para la toma de decisión del suicidio.**

Por otra parte, en lo que respecta a lo que hubieran hecho los familiares si hubiesen percibido las ideas suicidas del sujeto el 87% determinaron que si hubieran percibido las ideas del suicidio de sus familiares hubieran hablado con ellos y según el 40% le hubieran conseguido ayuda especializada.



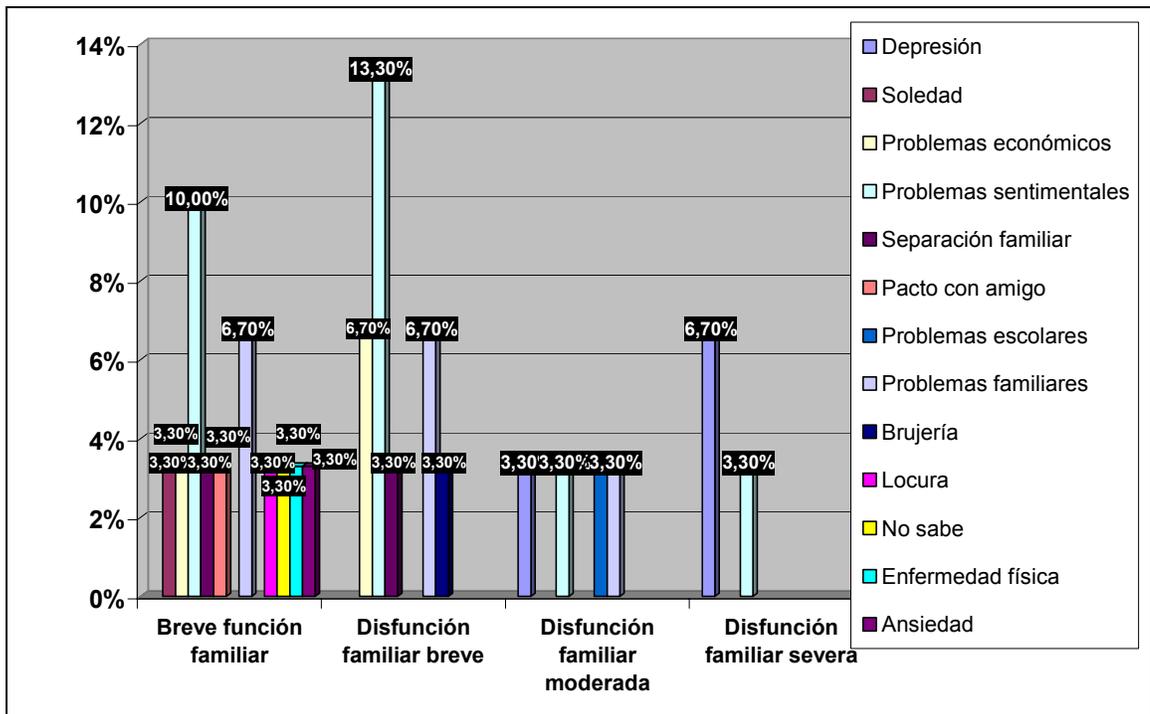
**Figura N° 48. Distribución de las opiniones de los familiares acerca que hubiera hecho si hubiera percibido las ideas suicidas del sujeto.**

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Buena función familia	Disfunción familiar leve	Disfunción familiar moderada	
Depresión			3,30%	10,00%
Soledad	3,30%			3,30%
Problemas económicos	3,30%	6,70%		10,00%
Problemas sentimentales	10,00%	13,30%	3,30%	30,00%
Separación familiar	3,30%	3,30%		6,70%
Pacto con amigo	3,30%			3,30%
Problemas escolares			3,30%	3,30%

<b>Problemas familiares</b>	6,70%	6,70%	3,30%	16,70%
<b>Brujería</b>		3,30%		3,30%
<b>Locura</b>	3,30%			3,30%
<b>No sabe</b>	3,30%			3,30%
<b>Enfermedad física</b>	3,30%			3,30%
<b>Ansiedad</b>	3,30%			3,30%
<b>Total</b>	43,30%	33,30%	13,30%	100,00 %

**Tabla No. 15. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de las posibles causas que pudieron haber provocado el suicidio.**

En un 13% los familiares que atribuyen los problemas sentimentales como factor desencadenante de suicidio perciben su familia como disfuncionalidad leve. Sin embargo un 10% de igual forma atribuye como causante del suceso la percibe su familia como funcionalmente buena.

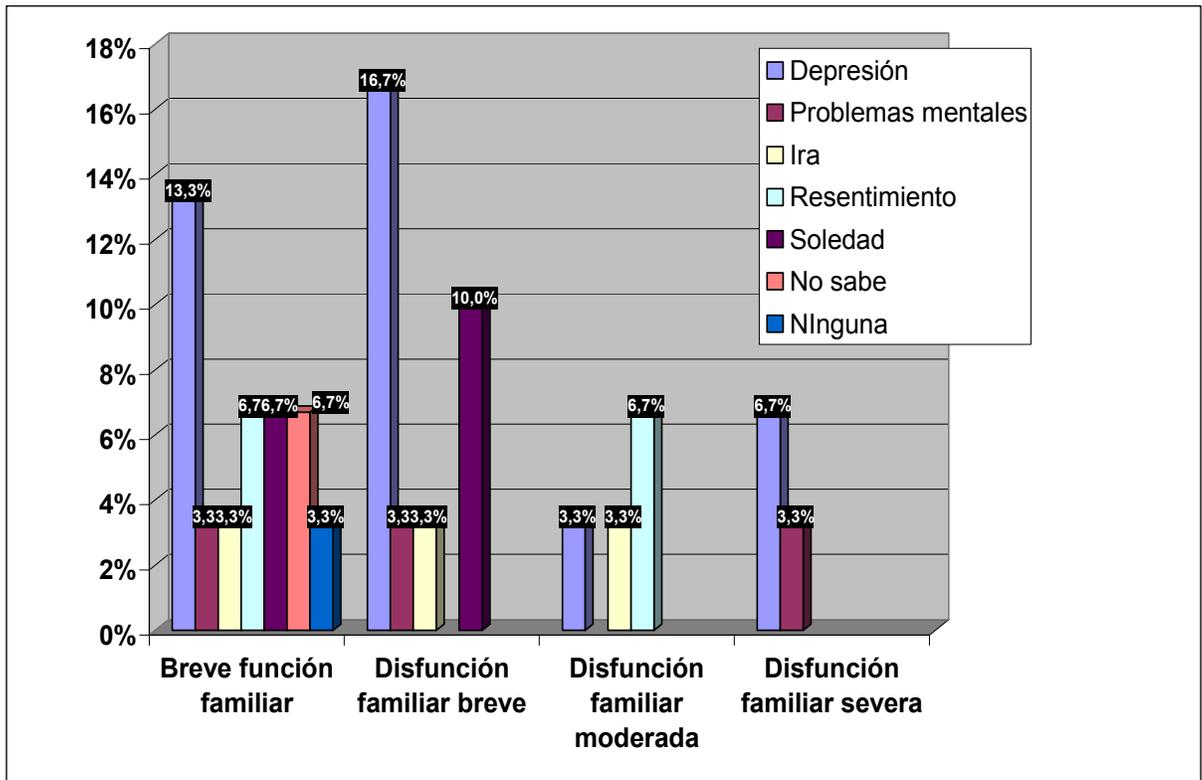


**Figura No. 49. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de las posibles causas que pudieron haber provocado el suicidio.**

El 16% de los familiares de las personas que consumaron suicidio y perciben a su familia como disfuncionalmente leve atribuyen que las disposiciones personales por la cual el sujeto pudo haber tomado la determinación de suicidarse fue depresión. Por otra parte un grupo de familiares que atribuyeron la depresión como la disposición personal por la cual el sujeto se suicido perciben su familia como funcionalmente buena en un 13%.

Opciones	Cuestionario APGAR				Total
	Breve función familiar	Disfunción familiar breve	Disfunción familiar moderada	Disfunción familiar severa	
<b>Depresión</b>	13,3%	16,7%	3,3%	6,7%	40,0%
<b>Problemas mentales</b>	3,3%	3,3%		3,3%	10,0%
<b>Ira</b>	3,3%	3,3%	3,3%		10,0%
<b>Resentimien</b>	6,7%		6,7%		13,3%
<b>Soledad</b>	6,7%	10,0%			16,7%
<b>No sabe</b>	6,7%				6,7%
<b>Ninguna</b>	3,3%				3,3%
<b>Total</b>	43,3%	33,3%	13,3%	10,0%	100,0 %

**Tabla No. 16. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de por cuáles disposiciones personales el sujeto pudo haber tomado la decisión de suicidarse.**



**Figura No. 50. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de por cuáles disposiciones personales el sujeto pudo haber tomado la decisión de suicidarse.**

Un 16% de los familiares de las personas que consumaron suicidio y perciben a su familia como disfuncionalmente leve atribuyeron que la disposición social o ambiental por la cual el sujeto pudo haber tomado la determinación de suicidarse fue el desempleo. Por otra parte un grupo de familiares que atribuyeron el desempleo como la disposición social o ambiental por la cual el sujeto se suicidó perciben a su familia como funcionalmente buena en un 16% respectivamente.

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Breve función familiar	Disfunción familiar breve	Disfunción familiar moderada	
Desempleo	16,70%	16,70%	3,30%	43,30%
Decepción amorosa	6,70%	6,70%	3,30%	20,00%
Problemas económicos	3,30%			3,30%
Jubilación	3,30%		6,70%	10,00%
Problemas familiares	3,30%			3,30%
Antecedentes suicidio familiar		6,70%		6,70%
Otra	3,30%	3,30%		6,70%
No sabe	6,70%			6,70%
Total	43,30%	33,30%	13,30%	100%

Tabla No. 17. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de por cuáles disposiciones ambientales el sujeto pudo haber tomado la decisión de suicidarse.

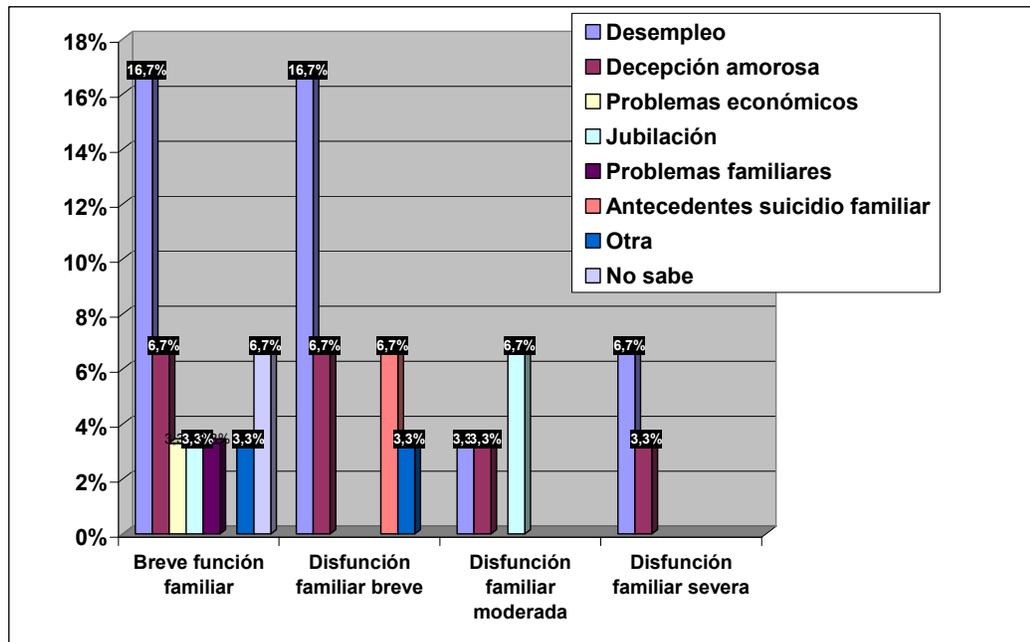
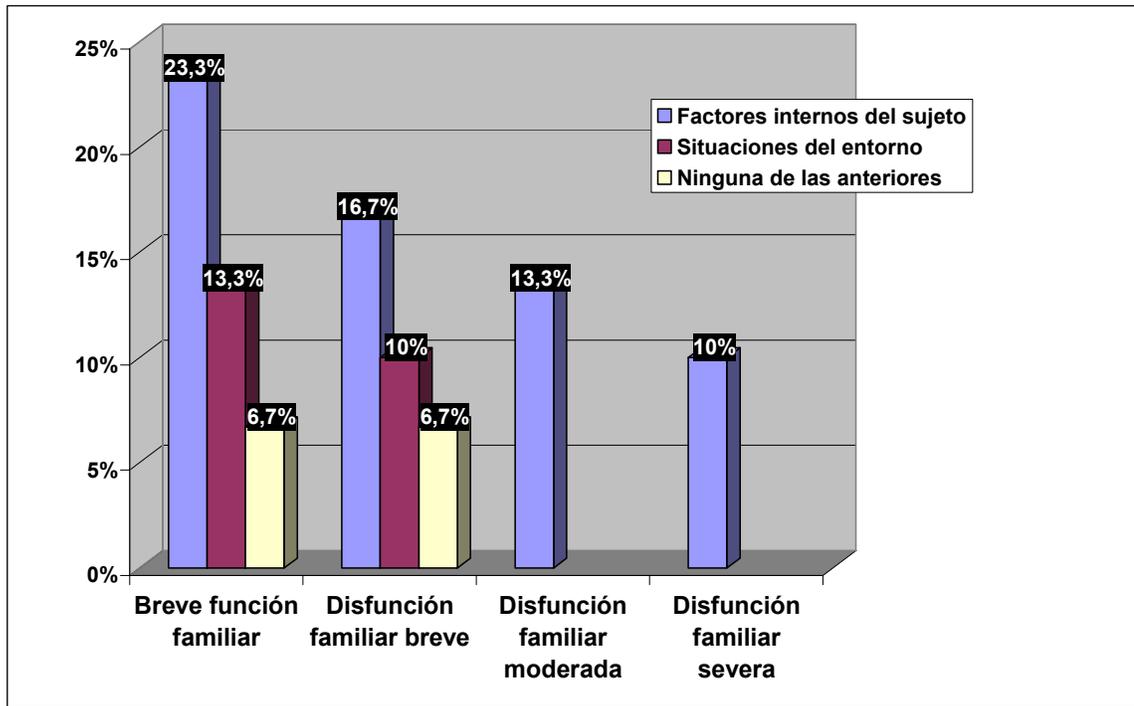


Figura No. 51. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de por cuáles disposiciones ambientales el sujeto pudo haber tomado la decisión de suicidarse.

En cuanto al origen de la (s) causa (s) que los familiares atribuyeron a la toma de decisión del suicidio se puede observar que la mayor relación se presenta entre la percepción de los familiares de una buena funcionalidad de la familia y los factores internos como causas mas influyentes en la toma de decisión del suicidio en 23%. Esta relación denota que las familias que presentan una breve disfuncionalidad pueden estar percibiendo los factores internos como causas que tienen mayor relevancia con respecto al suicidio en un 16%.

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Buena función familiar	Disfunción familiar leve	Disfunción familiar moderada	
<b>Factores internos del sujeto</b>	23,30%	16,70%	13,30%	63,30%
<b>Situaciones del entorno</b>	13,30%	10,00%		23,30%
<b>Ninguna de las anteriores</b>	6,70%	6,70%		13,30%
<b>Total</b>	43,30%	33,30%	13,30%	100,00%

**Tabla No. 18. Relación entre el APGAR familiar y la opinión de los familiares acerca de la causa que tiene mayor importancia para la toma de decisión del suicidio.**

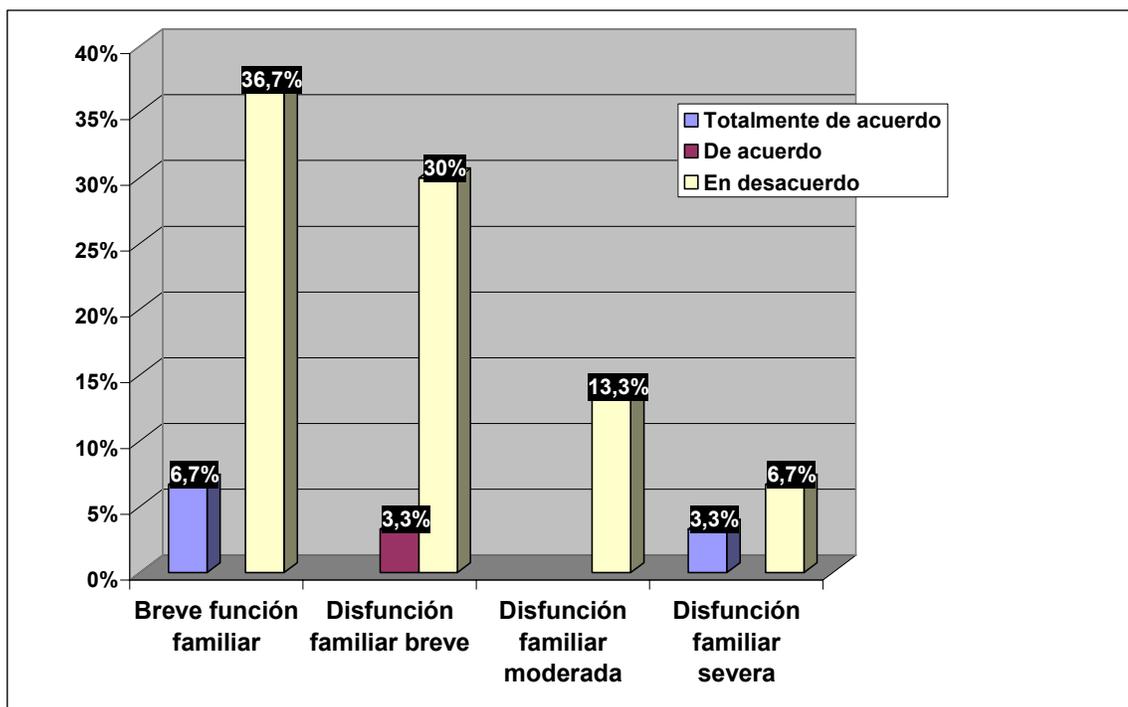


**Figura No. 52. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de la causa que tiene mayor importancia para la toma de decisión del suicidio.**

La notoria relación entre la percepción de la mayoría de los familiares con respecto a la buena funcionalidad familiar y estar en desacuerdo con el hecho de que la posible causa fuera suficiente para la toma de la decisión del suicidio en un 37%, denota que las familias que presentan una disfuncionalidad leve creen estar ofreciendo el apoyo suficiente a sus familiares.

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Buena función familiar	Disfunción familiar leve	Disfunción familiar moderada	
Totalmente de acuerdo	6,70%			10,00%
De acuerdo		3,30%		3,30%
En desacuerdo	36,70%	30,00%	13,30%	86,70%
<b>Total</b>	<b>43,30%</b>	<b>33,30%</b>	<b>13,30%</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla No. 19. Relación entre el APGAR Familiar y la opinión de los familiares acerca de si la posible situación que provocó el suicidio fue razón suficiente para que el sujeto decidiera hacerlo.**



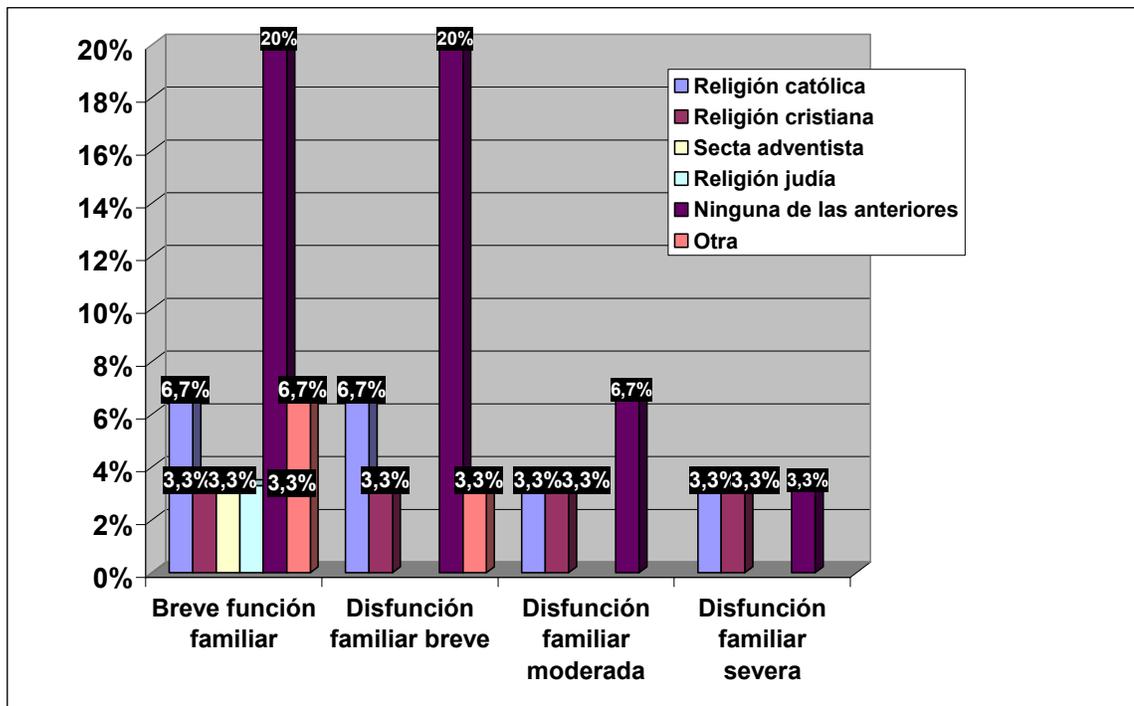
**Figura No. 53. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si la posible situación que provocó el suicidio fue razón suficiente para que el sujeto decidiera hacerlo.**

Una relación del 20% en este ítem denota que posiblemente los familiares que perciben la funcionalidad de la familia como funcionalmente buena tienen ideas referentes a que ninguna de las creencias acerca de las religiones conocidas puede constituirse como un factor de protección contra el suicidio.

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Buena función familiar	Disfunción familiar leve	Disfunción familiar moderada	

Religión católica	6,70%	6,70%	3,30%	20,00%
Religión cristiana	3,30%	3,30%	3,30%	13,30%
Secta adventista	3,30%			3,30%
Religión judía	3,30%			3,30%
Ninguna de las anteriores	20,00%	20,00%	6,70%	50,00%
Otra	6,70%	3,30%		10,00%
<b>Total</b>	<b>43,30%</b>	<b>33,30%</b>	<b>13,30%</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla No. 20. Relación entre el APGAR Familiar y la opinión de los familiares acerca si pertenecer a alguna creencia religiosa puede ser un factor protector contra la conducta suicida.**

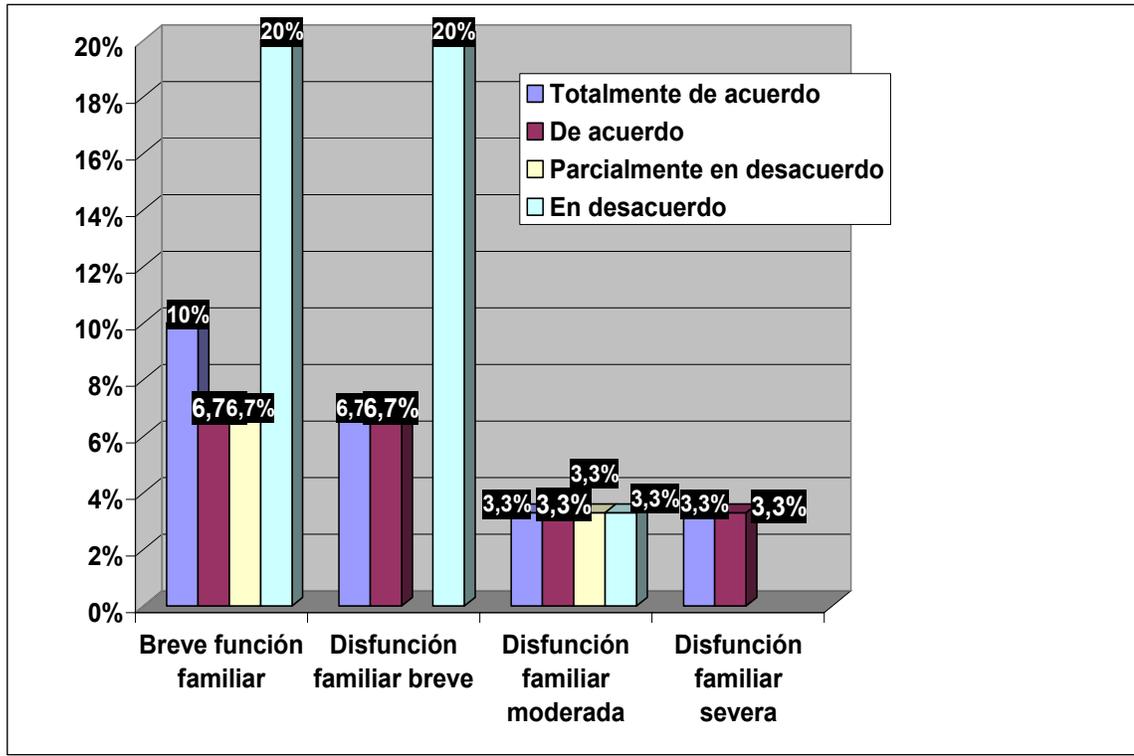


**Figura No. 54. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca si pertenecer a alguna creencia religiosa puede ser un factor protector contra la conducta suicida.**

Para los familiares que consideraron que las personas que consumaron el suicidio no son personas fracasadas, la funcionalidad de sus familias puede estar caracterizada por la buena funcionalidad familiar. Pero de igual forma las personas que estuvieron de acuerdo con la idea de que aquellas que se suicidan pueden considerarse como fracasados, perciben, que sus familias presentan una disfuncionalmente familiar leve.

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Breve función familiar	Disfunción familiar breve	Disfunción familiar moderada	
<b>Totalmente de acuerdo</b>	10,00%	6,70%	3,30%	23,30%
<b>De acuerdo</b>	6,70%	6,70%	3,30%	23,30%
<b>Parcialmente en desacuerdo</b>	6,70%		3,30%	10,00%
<b>En desacuerdo</b>	20,00%	20,00%	3,30%	43,30%
<b>Total</b>	43,30%	33,30%	13,30%	100,00%

**Tabla No. 21. Relación entre el APGAR Familiar y la opinión de los familiares acerca de si las personas que consuman un suicidio pueden considerarse como fracasados.**



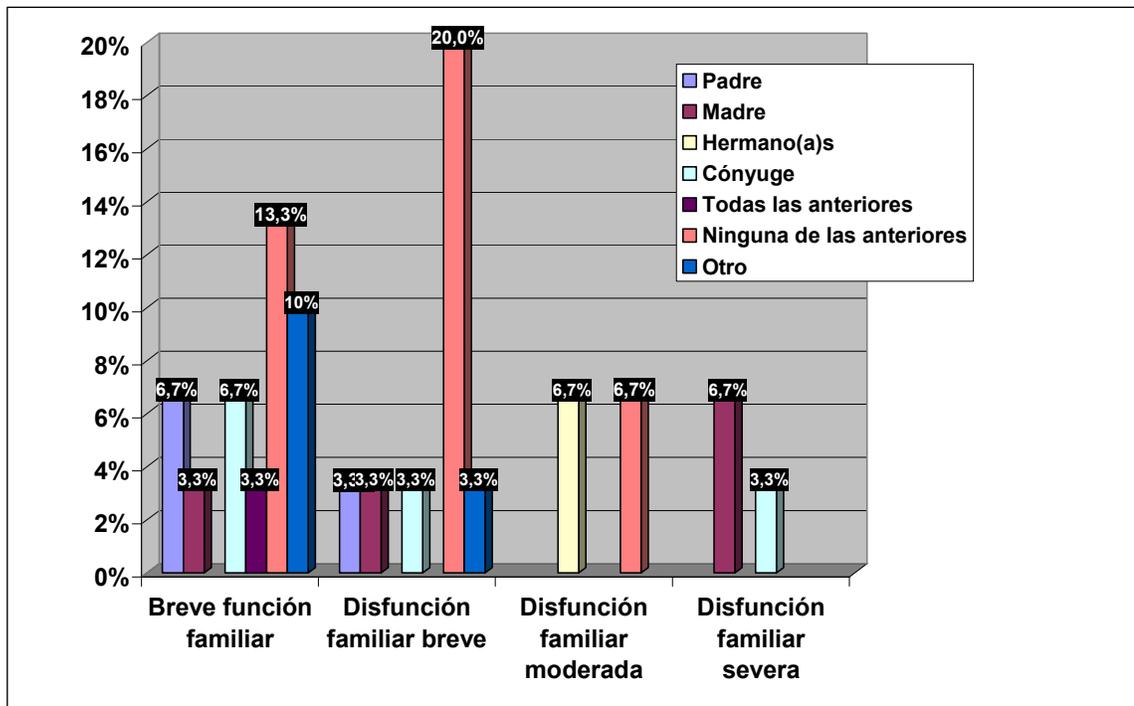
**Figura No. 55. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si las personas que consuman un suicidio pueden considerarse como fracasados.**

Una relación del 20% se hace relevante en cuanto a que los familiares de las personas que consumaron suicidio que no se atribuyen haber tenido responsabilidad sobre el suceso perciben a la familia como disfuncional leve. Un 13% de las familias que de igual forma no creen haber tenido responsabilidad sobre el hecho perciben a la familia como funcionalmente buena.

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Buena función familiar	Disfunción familiar leve	Disfunción familiar moderada	
Padre	6,70%	3,30%		10,00%
Madre	3,30%	3,30%		13,30%
Hermano(a)s			6,70%	6,70%

<b>Cónyuge</b>	6,70%	3,30%		13,30%
<b>Todas las anteriores</b>	3,30%			3,30%
<b>Ninguna de las</b>	13,30%	20,00%	6,70%	40,00%
<b>Otro</b>	10,00%	3,30%		13,30%
<b>Total</b>	43,30%	33,30%	13,30%	100,00%

**Tabla No. 22. Relación entre el APGAR Familiar y la opinión de los familiares acerca de que miembros de la familia creen haber tenido alguna responsabilidad en la toma de decisión del suicidio del sujeto.**



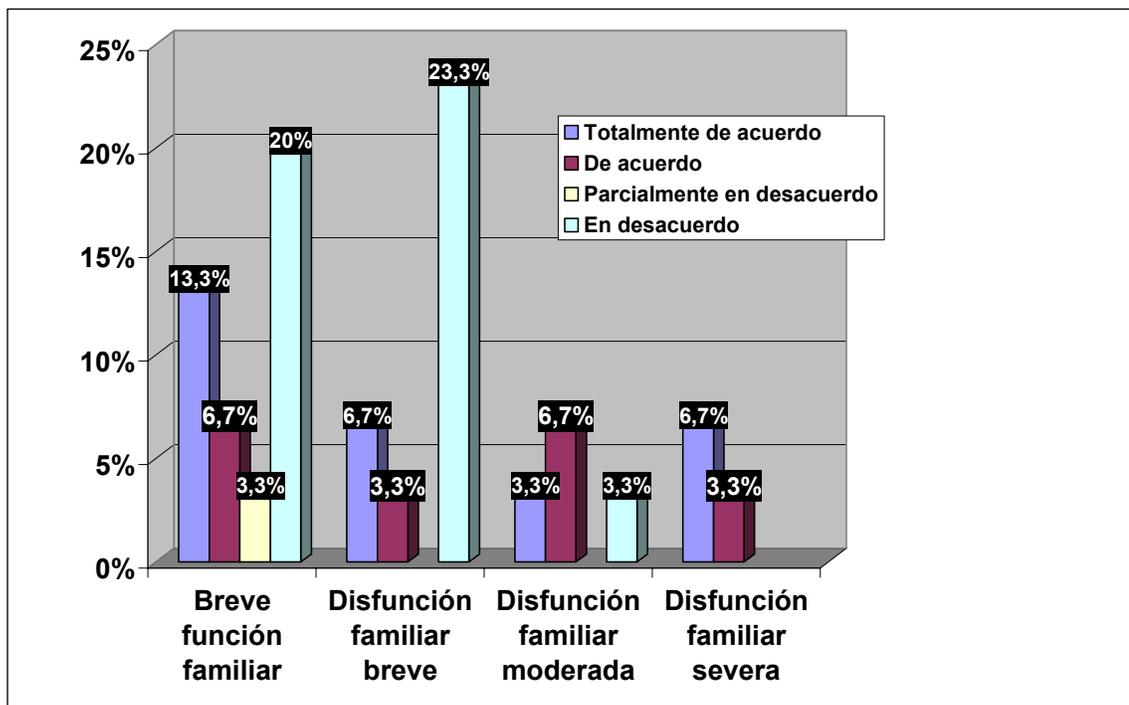
**Figura No. 56. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de de que miembros de la familia creen haber tenido alguna responsabilidad en la toma de decisión del suicidio del sujeto.**

Una relación del 23% muestra en cuanto a que los familiares de las personas que consumaron suicidio que aseguran no poder reconocer situaciones determinantes para el suceso denotan su percepción acerca de la funcionalidad de la familia como levemente disfuncional. De igual forma los familiares de las

victimas que aseguran no poder reconocer situaciones determinantes para el suceso perciben su familia como funcionalmente buena en un 20%.

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Buena función familiar	Disfunción familiar leve	Disfunción familiar moderada	
Totalmente de acuerdo	13,30%	6,70%	3,30%	30,00%
De acuerdo	6,70%	3,30%	6,70%	20,00%
Parcialmente en desacuerdo	3,30%			3,30%
En desacuerdo	20,00%	23,30%	3,30%	46,70%
<b>Total</b>	<b>43,30%</b>	<b>33,30%</b>	<b>13,30%</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla No. 23. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si es posible reconocer cuáles situaciones pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio.**

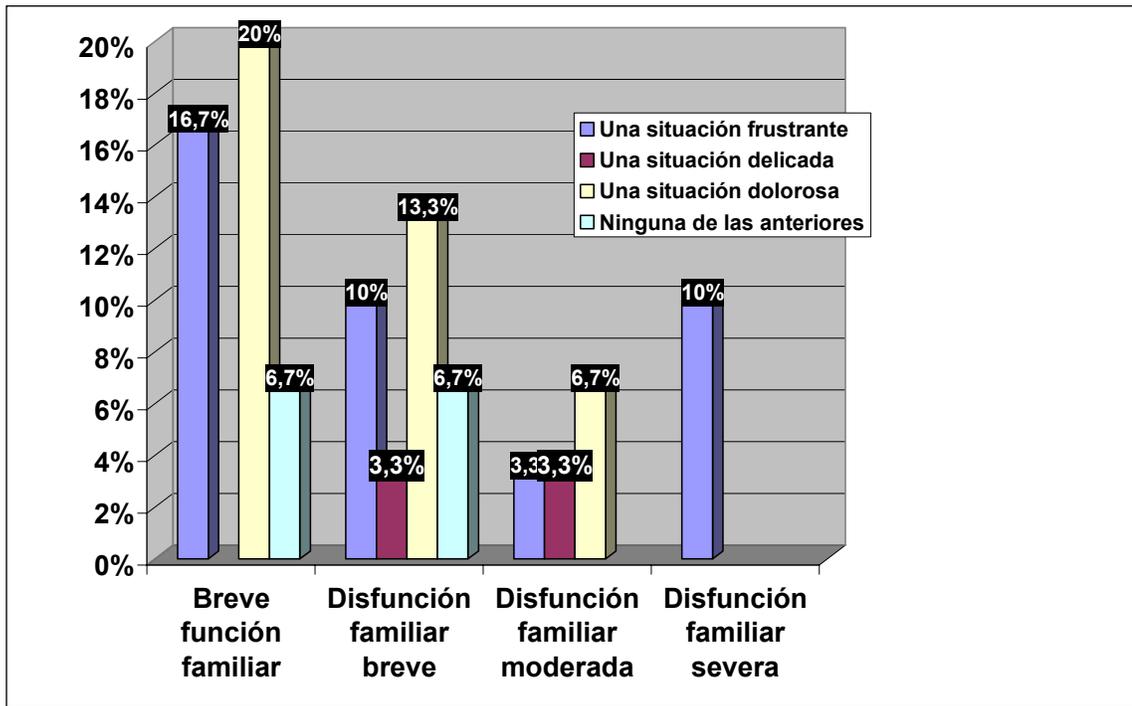


**Figura No. 57. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si es posible reconocer cuáles situaciones pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio.**

Existe una relación del 20% entre los familiares de las personas que consumaron suicidio que atribuyen que la posible situación que provocó el suicidio en uno de sus miembros fue la presencia de alguna situación dolorosa, y la percepción de los mismos acerca de la funcionalidad de la familia como funcionalmente buena; el otro 16% que atribuyen el hecho a alguna situación frustrante de igual forma perciben su familia como funcionalmente buena.

Opciones	Cuestionario APGAR				Total
	Breve función familiar	Disfunción familiar breve	Disfunción familiar moderada	Disfunción familiar severa	
Una situación frustrante	16,7%	10,0%	3,3%	10,0%	40,0%
Una situación delicada		3,3%	3,3%		6,7%
Una situación dolorosa	20,0%	13,3%	6,7%		40,0%
Ninguna de las anteriores	6,7%	6,7%			13,3%
<b>Total</b>	<b>43,3%</b>	<b>33,3%</b>	<b>13,3%</b>	<b>10,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Tabla No. 24. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cual situación pudo haber llevado al sujeto a tomar la determinación del suicidio.**

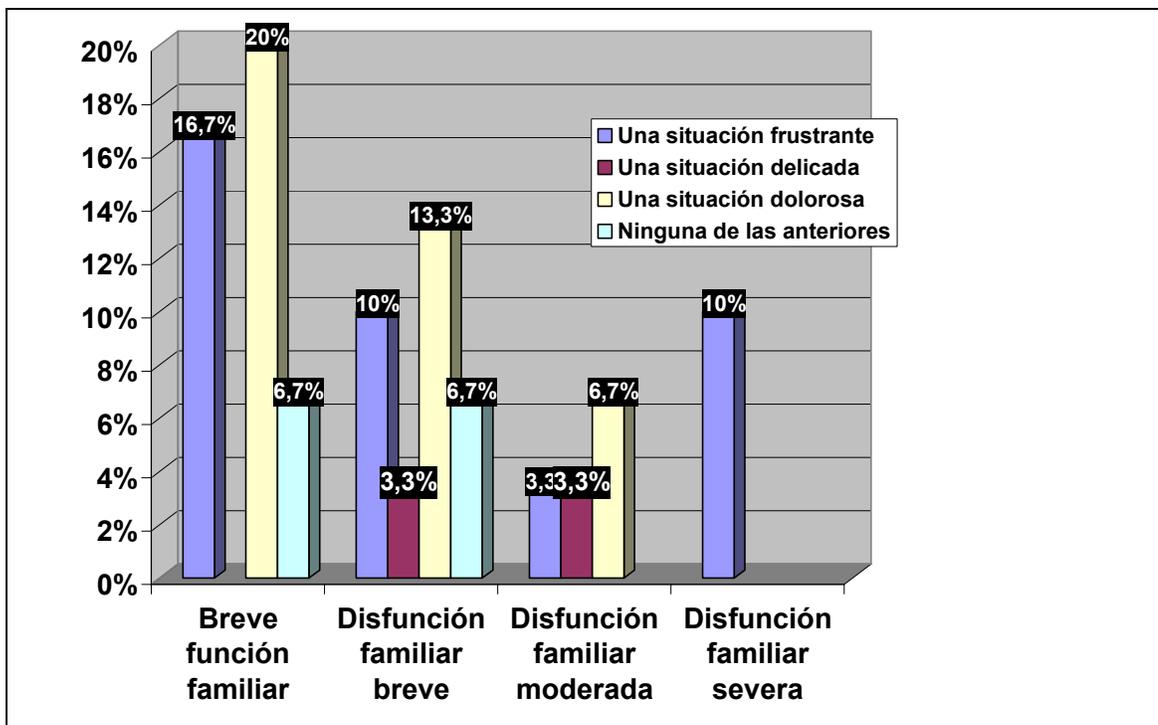


**Figura No. 58. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cual situación pudo haber llevado al sujeto a tomar la determinación del suicidio.**

Por otra parte, los resultados muestran que un 13% denota la relación que existe entre la atribución que hacen los familiares de las personas que consumaron el suicidio acerca de la estrategia que utilizaba el miembro que se suicido la cual era alguna otra forma de estrategia no especificada y la percepción de los mismos acerca de la funcionalidad de la familia como funcionalmente buena. Además, un 10% representa la relación entre la identificación de los familiares con respecto a la preferencia del sujeto por buscar alternativas para resolver sus problemas familiares y una buena y leve funcionalidad familiar.

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Buena función familiar	Disfunción familiar leve	Disfunción familiar moderada	
Conversaba sobre el hecho	10,00%	6,70%	6,70%	33,30%
Buscaba alternativas para resolverlo	10,00%	10,00%		20,00%
Se aislaba	3,30%	3,30%	3,30%	10,00%
Ignoraba el problema	3,30%	3,30%	3,30%	10,00%
Ninguna de las anteriores	3,30%	3,30%		6,70%
Otra	13,30%	6,70%		20,00%
<b>Total</b>	<b>43,30%</b>	<b>33,30%</b>	<b>13,30%</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla No. 25. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel familiar.**

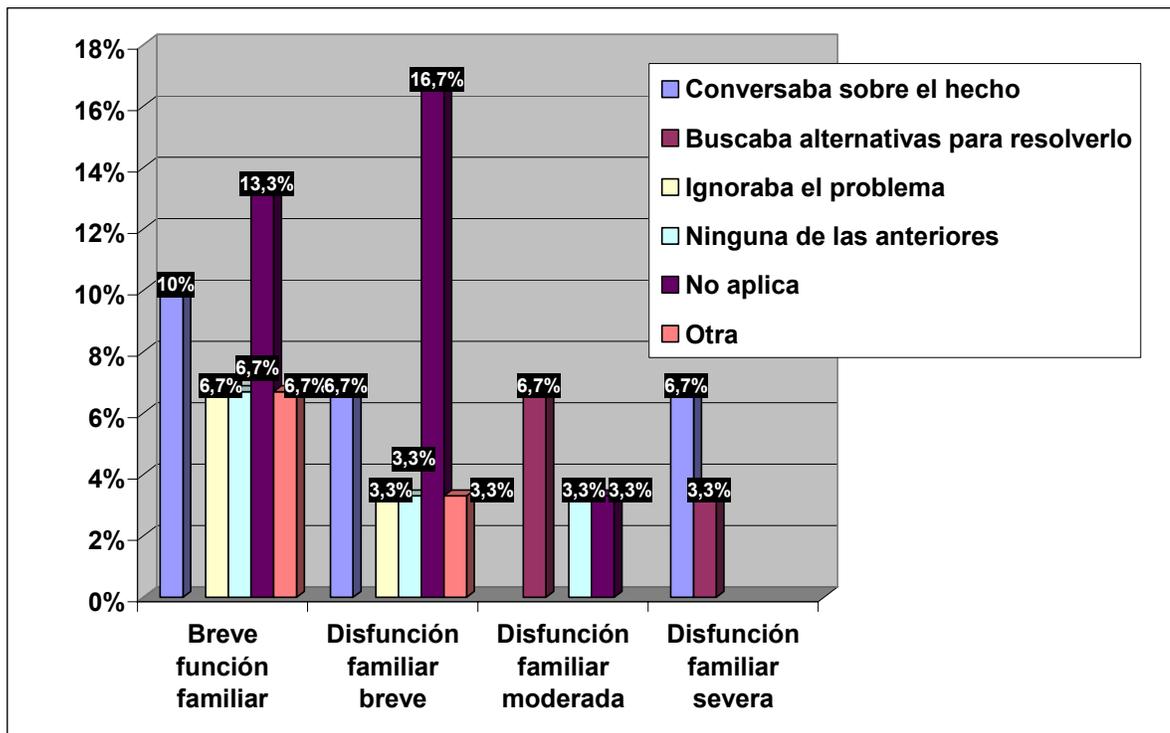


**Figura No. 59. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel familiar.**

En cuanto a las estrategias utilizadas se encuentra poca relación certera entre la funcionalidad de la familia y las estrategias que utilizaba el sujeto para solucionar sus problemas dado que varios de los familiares afirman que los miembros que consumaron el suicidio no laboraban o no sabían con certeza lo que hacía.

Opciones	Cuestionario APGAR			Total
	Buena función familiar	Disfunción familiar leve	Disfunción familiar moderada	
<b>Conversaba sobre el hecho</b>	10,00%	6,70%		23,30%
<b>Buscaba alternativas para resolverlo</b>			6,70%	10,00%
<b>Ignoraba el problema</b>	6,70%	3,30%		10,00%
<b>Ninguna de las anteriores</b>	6,70%	3,30%	3,30%	13,30%
<b>No aplica</b>	13,30%	16,70%	3,30%	33,30%
<b>Otra</b>	6,70%	3,30%		10,00%
<b>Total</b>	43,30%	33,30%	13,30%	100,00%

**Tabla No. 26. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel laboral.**



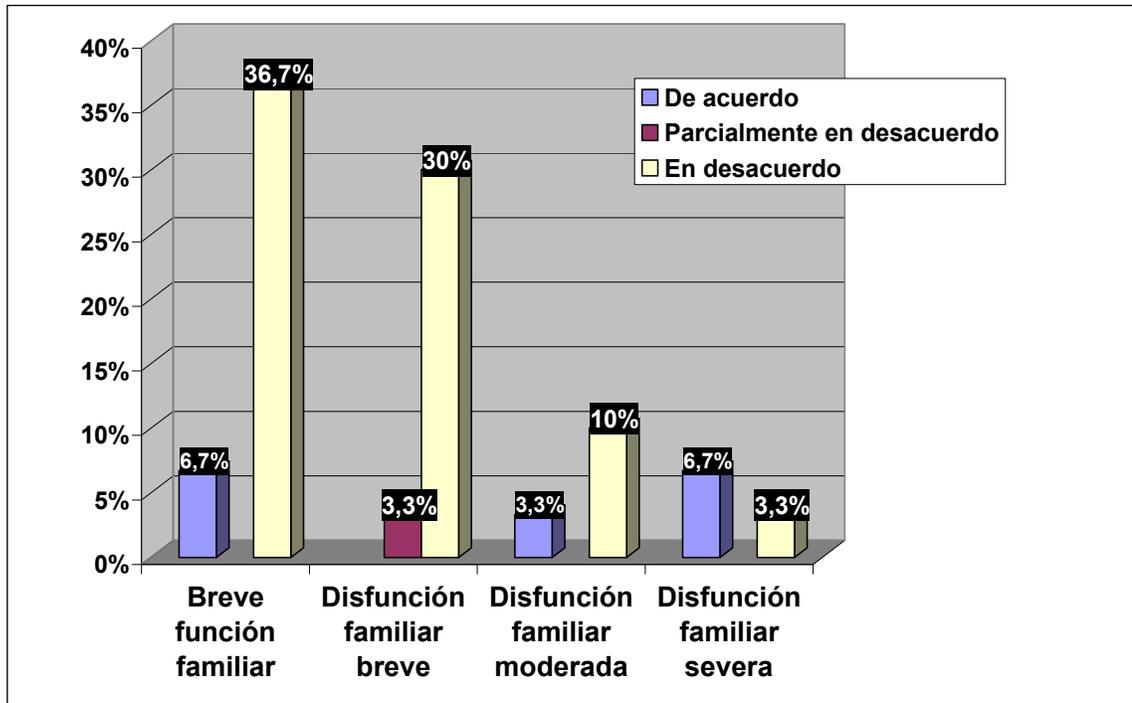
**Figura No. 60. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel laboral.**

Los resultados muestran que el 36% hace referencia a la percepción de los familiares de las personas que tomaron la decisión del suicidio acerca de la funcionalidad de la familia como funcionalmente buena y estar en desacuerdo con respecto a la influencia negativa de una noticia de los medios de comunicación.

Opciones	Cuestionario APGAR				Total
	Breve función familiar	Disfunción familiar breve	Disfunción familiar moderada	Disfunción familiar severa	
<b>De acuerdo</b>	6,7%		3,3%	6,7%	16,7%
<b>Parcialmente en desacuerdo</b>		3,3%			3,3%
<b>en desacuerdo</b>	36,7%	30,0%	10,0%	3,3%	80,0%

<b>Total</b>	43,3%	33,3%	13,3%	10,0%	100,0%
--------------	-------	-------	-------	-------	--------

**Tabla No. 27. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si el sujeto pudo haber recibido alguna influencia negativa de los medios de comunicación determinante para la toma de decisión del suicidio.**

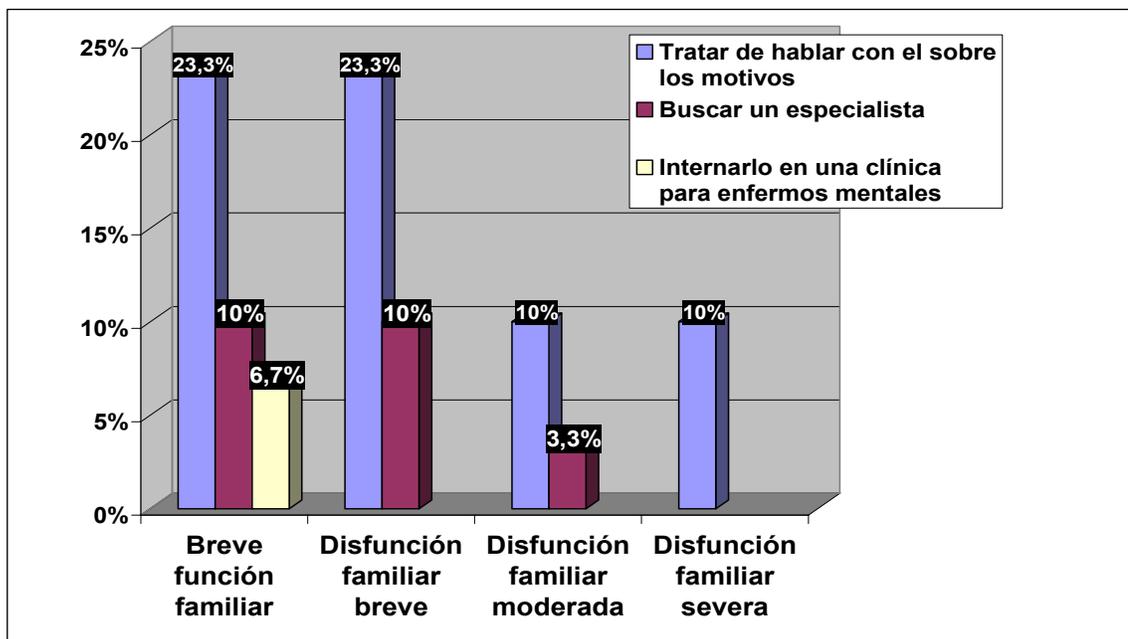


**Figura No. 61. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si el sujeto pudo haber recibido alguna influencia negativa de los medios de comunicación determinante para la toma de decisión del suicidio.**

En cuanto a lo que hubieran hecho los familiares luego de haber percibido las ideas suicidas del sujeto en un 23% de los familiares que contestaron que hubieran tratado de hablar con él perciben su familia como disfuncionalmente leve, de igual forma los familiares que en un 23% respondieron este ítem perciben su familia con buena funcionalidad familiar.

Opciones	Cuestionario APGAR				Total
	Buena función familiar	Disfunción familiar leve	Disfunción familiar moderada	Disfunción familiar severa	
Tratar de hablar con el sobre los motivos	23,30%	23,30%	10,00%	10,00%	66,70%
Buscar un especialista	10,00%	10,00%	3,30%		23,30%
Internarlo en una clínica para enfermos mentales	6,70%				6,70%
Otras	3,30%				3,30%
<b>Total</b>	<b>43,30%</b>	<b>33,30%</b>	<b>13,30%</b>	<b>10,00%</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla No. 28. Relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de lo que hubieran hecho luego de percibir las ideas suicidas del sujeto.**



**Figura No. 62. Distribución de las opiniones acerca de la relación entre el APGAR Familiar y la Opinión de los familiares acerca de si el sujeto pudo haber recibido alguna influencia negativa de los medios de comunicación determinante para la toma de decisión del suicidio.**

## 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Uno de los aspectos de la percepción social hace referencia a la formación de impresiones, en nuestro estudio el determinar las impresiones que tienen los familiares con respecto al suicidio de uno de sus miembros, permite conocer como estos consideraban a los mismos en cuanto a el aspecto personal, el desempeño laboral o en la escuela, la forma de comportarse, la pertenencia o no alguna religión, el tipo de actividades que realizaba y preferencias.

Se determinó que las personas que se suicidaron con mas frecuencia correspondían al sexo masculino en comparación al sexo femenino, esto radica para Durkheim (1952) en que los hombres son excesivamente más auto-reflexivos, o más angustiados por necesidades ilimitadas y con menos fuerzas externas reguladoras, o tal vez simplemente porque ellos están menos envueltos en la sociedad. Convirtiéndose esto, en un factor de riesgo para el suicidio en este sexo.

Las edades en las cuales se presentaron más casos de suicidios corresponden a los rangos entre los 14 a 25 y entre 26 a 35. Para la OMS (1996). El suicidio, se presenta especialmente entre la población joven, ocupando una de las primeras causas de defunción a nivel mundial.

Se encontró que los familiares consideran que los sujetos se preocupaban mucho por su aspecto personal, eran alegres, afectuosas y expresivas en sus relaciones con las demás personas; además tenían un buen rendimiento en el trabajo y/o escuela. En la investigación El suicidio en adolescentes (1996) se concluyó que entre los signos de alarma para el suicidio se encuentran el desanimo, la aflicción y un bajo desempeño en las labores diarias, ya sean académicas o laborales.

Los comportamientos que presentaban frente a las situaciones extrañas o nuevas para ellos, eran de serenidad, actitudes conciliadores frente a los problemas del hogar, y el uso del tiempo libre en actividades tranquilas.

Por otra parte el estado civil es importante en la toma de decisión del suicidio, esto es sustentado por Durkheim (1897) donde destaca el papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En su opinión, la subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. Confirmando los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que en su mayoría los casos de suicidio se presentaron en personas con ningún o poco compromiso afectivo y social, como lo son las personas solteras y las que vivían en unión libre.

Entre tanto se encontró en las personas que vivían en unión libre eran bastante expresivas con los demás, tenían un buen desempeño en sus labores, pero que se mostraban angustiadas frente a la presencia de personas extrañas para ellos.

El tipo de unión de los padres de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta corresponde a la unión libre y al matrimonio. La mayoría de las respuestas reflejan que las personas que consumaron el suicidio en Santa Marta, convivían con otros y con la madre, confirmando los resultados arrojados en cuanto al tipo de familia y el número de miembros de esta, siendo familias extensas y uniparentales.

En cuanto a la escolaridad y el nivel socio económico se encontró que los sujetos en su mayoría estaban estratificados en un nivel bajo, en este caso se puede comparar con los resultados arrojados por el estudio de Ceballos y cols, (2005), el cual concluyó que el 76% de la población estudiada

correspondía a un nivel socioeconómico bajo; sin embargo a pesar de esto tenían estudios realizados, especialmente los secundarios, contrastando con investigaciones realizadas como, el estudio de Trenzado Rodríguez y Parras Trenzado (2001) en el cual se afirmó que entre los factores de riesgo asociados con el suicidio se destacaron la baja escolaridad en el 77% de los casos. Cabe resaltar que el tipo de trabajo que desempeñaban no era calificado, sin embargo tenían un buen rendimiento y se mostraban como personas alegres. Estos en sus comportamientos eran personas conciliadoras y serenas.

Por otra parte las personas que consumaron suicidio no profesaban ningún tipo de creencia religiosa según sus familiares, aunque la mayoría de estos afirmaron que sus familiares fueron bautizados en la religión católica. En este caso podríamos remitirnos a la percepción que se tiene del suicidio desde la antigüedad donde a partir de los primeros concilios de la iglesia católica se estableció que las personas que cometieran suicidio, serían excomulgados debido a que la práctica de este era pecado (Tomado de Perednik, 2005) así como desde otras religiones; sin embargo, los resultados del presente estudio permite establecer según la percepción de los familiares la religión no es un factor protector para la toma de decisión del suicidio.

Sus familiares afirman no haberse presentado ningún tipo de antecedentes de suicidio en la familia, por lo cual no lo toman como una explicación causal del suicidio corroborado en los resultados arrojados por el estudio de Trenzado Rodríguez y Parras Trenzado (2001) en el cual se concluyó que no existían antecedentes de suicidio en la mayoría de los casos.

Cabe resaltar que el método mas utilizado para la consumación del suicidio fue la asfixia mecánica o ahorcamiento, determinado de la misma forma en el

estudio realizado por Ceballos y Cols., (2005) en el cual se concluyó que el método más utilizado fue el ahorcamiento, en este caso podríamos inferir que por el fácil acceso a una cuerda o elementos que pueden causar asfixia como sabanas, tiras de telas, entre otras. A diferencia del arma de fuego el cual no es de fácil acceso, ya que hay muchas restricciones para su porte.

Teniendo en cuenta los diferentes canales de comunicación, las señales que se identificaron dentro de su contexto social y familiar asociadas al suceso de suicidio tomando como referencia uno de los familiares fueron:

Para los familiares no es relevante la idea de que la decisión del miembro de su familia que se suicidio pudo haber estado influenciada por la noticia de un suceso similar entre sus amigos o familiares.

Debe destacarse el impacto que tienen los medios de comunicación en las conductas suicidas, particularmente en jóvenes. Algunos autores plantean que el grado de publicidad que se dé a una historia de suicidio se relaciona directamente con el número de suicidios posteriores, especialmente si se trata del caso de una celebridad o personaje importante (Wasserman, 1994). Philips encontró que la frecuencia de suicidios aumentaba hasta 10 días después de la información televisada sobre casos de suicidio (Philips, 1992). Sin embargo, para los familiares la influencia de los medios no es tan significativa, lo cual nos puede denotar el desconocimiento de la influencia de estos ante diferentes conductas que puede llegar a adoptar un individuo y que pueden ser reorientadas en el entorno familiar.

Es evidente que la mayoría de los familiares recuerdan haber observado con más frecuencia en esta persona ciertos comportamientos como la pasividad ante los conflictos, que expresaba poco la agresividad tanto verbal como no

verbal y que solo en algunas ocasiones se aislaba. La identificación de comportamientos como la pasividad pueden relacionarse con la imagen que recuerdan los familiares con respecto a la conducta del sujeto en el momento de un conflicto, para ellos esta conducta no denotaba algo negativo.

Se hace relevante que la mitad de los familiares encuestados consideran que los miembros de su familia que decidieron suicidarse expresaban abiertamente sus sentimientos ante la familia y amigos, sin embargo una minoría que resulta significativa considera que esto nunca o casi nunca ocurría.

Para los familiares es mucho más claro recordar que los miembros de su familia que consumaron el suicidio demostraba con mayor frecuencia emociones como la alegría que puede significar de mayor agrado para los demás; en segunda instancia emociones como la sorpresa y la rabia, las cuales, según los familiares eran expresadas por el miembro solo algunas veces, mientras consideran que demostraba con menor frecuencia emociones como el asco y el desprecio que son consideradas como menos agradables para las personas. Según Reeve, (1994), se suelen identificar bastante bien la ira, la alegría y la tristeza de las personas que observamos pero se identifican peor el miedo, la sorpresa y la aversión, lo cual es congruente con los resultados encontrados. Sin embargo, los resultados del presente estudio permiten denotar que los familiares no lograban reconocer en el miembro la emoción sorpresa la cual expresa la posición de una persona para orientarse frente a la nueva situación.

Se encontró que los familiares consideran que el miembro que decidió consumar el suicidio miraba a los ojos a los demás al entablar conversaciones. El contacto ocular consiste en la mirada que una persona dirige a la mirada de otra. Los que hablan necesitan tener la seguridad de que alguien los escucha, y

los que escuchan necesitan sentir que su atención es tomada en cuenta y que el que habla se dirige directamente a ellos. Ambos requisitos se cumplen con un adecuado uso del contacto ocular. Por otra parte, la disposición de una persona a brindar oportunidades de contacto ocular suele revelar sus actitudes con respecto a ella. Las personas que se agradan mutuamente mantienen mucho más contacto ocular, que las que no se gustan. Lo cual puede denotar que los familiares podían tener la seguridad de que los miembros que se suicidaron los escuchan, y de esta forma podrían percibir seguridad.

Para la mayoría de los familiares los gestos de los miembros en mención estaban acorde con las palabras de los mismos. En cuanto al último aspecto, los familiares que respondieron afirmativamente justificaron su respuesta con ideas como: “el era una persona muy inteligente”, “a veces estaba alegre y decía cosas raras, luego se aislaba”, “era una persona muy seria por que le gustaba las cosas correctas”, “cada vez que ocurría algo el lo expresaba como era”. Sin embargo estos porcentajes solo superan un poco mas de la mitad de la distribución.

Además consideran que sus movimientos corporales eran regularmente rápidos y en segunda instancia normales. El movimiento del cuerpo puede transmitir energía y dinamismo durante la interacción, si bien cuando este movimiento es incongruente con el contenido verbal o el contexto comunicacional, normalmente tiene el efecto de distraer la atención del interlocutor. En este sentido, un exceso de movimiento incongruente puede producir impresión de inquietud, o nerviosismo, mientras que la escasez de movimiento incongruente puede transmitir una impresión de excesiva formalidad. (Vila, 1990). Los familiares de las personas que consumaron el suicidio las perciben como personas que realizaban movimientos rápidos pero no exagerados que les permitiera identificar algunas de las características citadas.

Por otro lado se hace evidente que para los familiares de las personas que consumaron suicidio en Santa Marta, estos en la mayoría de las ocasiones expresaban sus ideas en momentos oportunos y de tal forma que podían entender lo que su miembro les quería decir, algunos de los familiares sustentaron estas respuestas con afirmaciones como: “Cuando estaba borracho decía las cosas, y a pesar de que tenían tiempo de haber ocurrido el las volvía a recordar ”, otros recuerdan que sus familiares, los cuales se caracterizaban por decir lo que pensaban en momentos oportunos, habían cambiado poco tiempo antes de suicidio tomando posiciones mucho mas aisladas.

La mayoría de los familiares no están de acuerdo acerca de que las personas que dicen que se van a suicidar finalmente lo logran, a pesar que dicha distribución no supera la mitad de los encuestados, es muy significativa en la medida en que justifican sus respuestas con ideas como: “si una persona dice que se va a suicidar lo hace para intimidar o llamar la atención de los demás” , “la persona que va a hacerlo lo hace y no lo manifiesta”, “si la persona es seria lo hace”, “el que lo dice no lo hace, el que no lo dice si lo hace , por que el que se calla sufre mas , pero el que lo dice se desahoga”.

Comparando la opinión de los familiares con las investigaciones según las cuales de cada diez personas, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones, además todo el que se suicida expresó lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta. (Pérez, 2001). Las ideas que reflejan la mayoría de los familiares pueden considerarse factores de riesgo pues conducen a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.

Así mismo los familiares recuerdan haber observado en el miembro que decidió suicidarse, el agrado por mantener contacto físico por medio de las manos, con abrazos, caricias y besos, por lo cual es muy probable que los familiares recordaran los momentos de expresión del afecto y la promoción de reacciones favorables en los demás que se deben presentar en la familia.

En cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar y los aspectos que la componen se puede destacar el mediano grado de satisfacción que los familiares de los suicidas perciben con respecto su núcleo familiar, en cuanto a: Afecto, participación y adaptación, sin embargo se denota la relevancia del aspecto Recursos , lo cual puede revelar que en la mayoría de las familias de las personas que se suicidan en Santa Marta la satisfacción por el apoyo económico que reciben se perciben como algo muy importante a diferencia de otros factores como el de participación, esto se refleja además en que los familiares, solo en un 43% perciben la funcionalidad familiar en estado de Buena función familiar, mientras el 34% percibe su familia como levemente disfuncional.

A pesar de que la familia en un porcentaje significativo percibe su familia como funcionalmente buena resaltando el aspecto del apoyo económico como relevante no se encuentra que sea un factor importante y protector para que una persona evite cometer el suicidio.

Respecto a el apoyo económico relacionable con el aspecto recurso autores determinan que las normas y los valores generales de una sociedad, así como las posibilidades reales que cada miembro tiene para desarrollar sus potencialidades y para recibir ayuda en caso de que lo necesite. Esta sociedad, aparte de la forma tan injusta en que reparte sus riquezas, ofrece

algunas otras características que favorecen el desequilibrio en diferentes estados emocionales con respuestas suicida.

Al respecto comenta Piédrola (1991) “como reacciones ante este tipo de estrés tales circunstancias se han citado las siguientes. Una primera comporta quererse abstraer del medio, con un rechazo pasivo. Un grado extremo de ese rechazo puede ser el suicidio”.

Teniendo en cuenta lo anterior, los familiares de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta, en su mayoría, perciben a la funcionalidad familiar como buena relacionable con los resultados arrojados sobre la atribución causal que hacen los familiares ya que se encontró aspectos relevantes teniendo en cuenta los diversos factores desglosados así: en cuanto a que en el caso sobre los posibles motivos que llevaron a su pariente a tomar la decisión del suicidio se encontró que un 43% lo atribuye a problemas sentimentales y el 23% a problemas familiares. Estas cifras representan la mayor preferencia entre los familiares lo cual denota que estos consideran muy relevante las problemáticas afectivas debido a que pueden hacer vulnerable al sujeto al punto de cometer suicidio.

En este mismo orden según los familiares las disposiciones personales que pudieron influir en la toma de decisión del suicidio lo atribuyen en un 63% a la depresión siendo esta en el mayor de los casos el producto resultante de los problemas afectivos y sentimentales por las cuales las personas pasan pero que para algunos es fatal. Además, con un porcentaje de 17% cada una, se encontró a la ira y a la soledad como causantes del suceso y que pueden ser relacionables de igual manera con las consecuencias que puede provocar una decepción amorosa y una problemática familiar.

Estos resultados son comparables con las afirmaciones que hace (Arlaes, Hernández et al., 1998) sobre que los acontecimientos negativos de la vida que pueden generar en un sujeto un alto grado de susceptibilidad, haciéndole difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada por lo cual se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios.

Por otra parte según los familiares de las personas que cometieron suicidio en un 53% atribuyen las causas a la decepción amorosa encontrándose esta entre las disposiciones sociales y ambientales que pudieron haber provocado el hecho, lo cual sigue siendo muy significativo teniendo en cuenta la posible relación entre decepción amorosa y depresión, y en segundo lugar igualmente relevante la posible relación que existe entre los problemas familiares con un 27% y los problemas económicos con un 23% debido a que estos dentro de la vida del ser humano, según los familiares. “son fundamentales para la supervivencia y la felicidad, y por lo tanto si se carece de ella se pierde en muchos casos la esencia de la vida”

De igual forma, resulta relevante que a los factores ambientales y sociales los familiares atribuyan preferencialmente la causa a la decepción amorosa del sujeto la cual posee un porcentaje considerable después de la depresión, sin embargo cuando les corresponde comparar estos con factores internos prefieren los segundos como factores a los cuales atribuirle la toma de decisión del suicidio en lo que respecta a uno de sus familiares. Dichos resultados son comparables con la teoría de los sesgos atribucionales Kelly (1967) el cual encontró que el error fundamental de la atribución es la tendencia a explicar el comportamiento de los demás en términos de causas

internas más que externas, es decir atribuimos las acciones de los actores a disposiciones personales estables.

Según Echebarría entre los sesgos de la atribución se da el proceso de “psicologización”, estudios mencionan acerca de la tendencia atributiva a disposiciones internas. (Jones & Harris, 1967). La “psicologización” se refiere a seguir haciendo juicios atributivos relativos a disposiciones internas, a pesar de tener información que demuestre lo contrario.

En cuanto a si los familiares consideran la situación que desencadenó el hecho como razón suficiente encontramos que éstos están en un 86% en desacuerdo y lo sustentaron teniendo en cuenta que el miembro que se suicidó tenía todo el apoyo de sus familiares y no les hacía falta nada.

Se denota que para los familiares era necesario que el miembro que tomó la decisión de suicidarse, comunicara sus problemas y tratara de solucionarlos y no hubiera tomado esta determinación.

Además, los familiares de las personas que consumaron suicidio no consideran la religión como un factor protector contra el hecho en un 57%. Los que consideran que creer en la religión católica y cristiana es un factor protector lo sustentan en que orar mantiene ocupada a las personas y no tienen tiempo para pensar en otras cosas, además en la idea de que la religión brinda apoyo y ayuda a salir de los problemas. También afirman que no existen obstáculos cuando una persona decide suicidarse, porque no se piensa en nada ni de las situaciones. Por otro lado consideran que para evitar el suicidio se debe estar más apegado a esta y dejarse ayudar por alguna religión.

Respecto a este punto algunos autores tratando de identificar las actitudes que dan cuenta de que una persona se va a suicidar se encuentran que una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espiritual, la ambición desmesurada del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores morales, la masificación, la soledad del hombre, la pérdida de roles y valores (García-García et al., 2001).

En cuanto a si lo familiares consideraban que el miembro que se suicidó era unos fracasados estos respondieron en un 43% estar en desacuerdo estos lo sustentan considerando que el suicidio es algo momentáneo, puede ser por locura de un rato y prefieren determinar que en lugar de fracasados fueron valientes, cobardes, imbecilidad, debilidad para enfrentarse a los problemas y pesimismo. Respecto a lo anterior, se han tenido en cuenta en este sentido uno de los mitos sociales con respecto al suicidio como *“el que intenta el suicidio es un valiente*. Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, lo cual entorpece su prevención, pues lo justifica al hacerlo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer como es el valor. *Desde el punto de vista científico encontramos que* los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican miden según la cantidad de veces que usted se quita la vida o se la respeta” (Pérez, 2005).

Se pueden encontrar que lo familiares de las víctimas no se atribuyen responsabilidad sobre el hecho en un 40% aunque para algunos familiares el esposo o esposa si tuvieron un grado de responsabilidad en un 13% por lo problemas familiares y de pareja que tenían. El 40% de los familiares

determinaron que el sujeto pudo haberse enfrentado a una situación dolorosa como la decepción amorosa y los problemas familiares en este grado de preferencia. Atribuyen además, que sus parientes buscaban alternativas para solucionar sus problemas familiares en un 33%, de igual manera en un 23% los familiares manifestaron que el sujeto cuando presentaba problemas a nivel laboral trataba de resolverlos conversando.

En cuanto a la influencia que los medios de comunicación pudieran haber influido en su pariente estos tienen muy claro y responden con convicción que están en desacuerdo en un 80% y que si hubieran sabido que su familiar iba a tomar la decisión del suicidio hubieran conversado con ellos a tiempo en un 87%.

Finalmente, en un porcentaje significativo los familiares de las personas que consumaron suicidio atribuyen que si hubieran percibido las ideas suicidas del sujeto hubieran hablado con el o hubieran buscado un especialista.

## **8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### *Conclusiones*

Con la realización de este estudio se pretendió determinar la percepción social de los familiares de las personas que consumaron el suicidio en la ciudad de Santa Marta durante los años 2002-2005, lo cual implicó realizar un análisis de toda la información obtenida y de la cual surgieron las siguientes conclusiones:

En general la percepción social de los familiares de las personas que consumaron el suicidio con respecto al suceso, es positiva, ya que determinaron

que estas eran personas responsables y con un buen desempeño en su trabajo, se mostraban alegres y expresivos. Se hace clara la contradicción existente entre la actitud positiva frente a la vida que mostraban según la opinión de sus familiares y la toma de decisión del suicidio, relacionado con presiones tanto ambientales como internas del sujeto, que sus familiares no percibieron en su totalidad o no le dieron la relevancia a las posibles reacciones que podían tener frente a estas circunstancias.

Por otro parte a partir de la relación existente entre los datos socio demográficos del sujeto y el suicidio, se encontró que la población joven es la mas vulnerable frente a este suceso, específicamente el sexo masculino, esto debido tal vez, a las presiones a las que se encuentran sometidos en nuestra cultura, en la cual se mantiene la percepción social de que el hombre es el responsable del bienestar tanto económico y social de su familia, presentándose como uno de los agentes causales de la toma de decisión del suicidio, según los familiares.

La mayoría de los familiares consideran que el miembro que consumó el suicidio mantenía una actitud conciliadora frente a situaciones conflictivas y se mostraba frente a personas extrañas de una manera serena y en algunas ocasiones indiferente, esto se relaciona con la cultura del contexto caribe en la cual las personas en la mayoría de los casos demuestran ser sociables y tienden a entablar relaciones fácilmente con personas extrañas. Lo cual lo determinaron a través de la identificación de emociones en el sujeto como la alegría principalmente, además se relaciona con la observación de conductas como la pasividad. Además el hecho de que los miembros que decidieron suicidarse dentro de la familia demostraran su afecto a través del contacto físico le permitía a la familia formas este tipo de impresiones.

Por otra parte se presentan con mayor frecuencia dos tipos de familia predominantes en los niveles socioeconómicos bajos, la extensa caracterizada por estar compuesta por mas de cinco miembros, que pueden ser abuelos, primos, tíos, entre otros, y donde generalmente no se manejan estilos de vida saludables, debido a que sus condiciones económicas son algo precarias. La familia uniparental, compuesta en la mayoría de los casos por madres cabeza de hogar, tienen que trabajar para sostener a sus hijos, obligándola a ausentarse por mucho tiempo de su hogar, impidiendo una comunicación eficaz y una constante supervisión de las personas que tienen a su cargo; denotando que este tipo de familia necesita mucho más atención por parte de las entidades y organismos de salud.

Algunos de los familiares sostienen que el desempeño de estos en el trabajo era excelente, pero que en su tiempo libre realizaban actividades riesgosas, extrañas y violentas, notando cambios en los hábitos de sueño. De lo cual se puede concluir, que los familiares a pesar de percibir los cambios significativos en el comportamiento del sujeto no se les facilitó identificar si dichos comportamientos eran determinantes para la toma de decisión del suicidio ya que de haberlo percibido hubieran utilizado estrategias como conversar con ellos sobre los motivo y buscar ayuda especializada.

La expresión de sentimientos es un factor muy importante en la formación de los seres humanos. Aunque en la cultura occidental en la cual vivimos existen distintas culturas que aceptan diversas formas de expresión, por lo general es muy poco aceptado el expresarlo que se siente. Ello por que vivimos en una cultura que tiende a negar las emociones y los afectos, y sobrevalora la razón por encima de todo. Los familiares de las personas que consuman suicidio se encuentran satisfechos con la forma en que su familia expresa sus afectos y responde a sus emociones como tristeza, rabia, amor, esto podría denotar

poca claridad de los mismos acerca de la función familiar como espacio de intercomunicación y principal agente socializador ya que cuando una familia es capaz de aceptar a los demás y aceptar las emociones u opiniones es muy probable que solucionen sus diferencias de manera no violenta. (Maturana, 1991).

Los familiares afirman que estos no profesaban abiertamente algún tipo de secta o religión, lo que además se relaciona con las ideas de los mismos acerca de que pertenecer a algún tipo de religión no constituye un factor protector contra el suicidio, a diferencia de los estudios antes descritos.

De igual forma por medio de este estudio se establecieron que los familiares atribuyen principalmente los factores internos como precipitantes ante la toma de decisión del suicidio, siendo la depresión el principal entre los factores internos, el cual relacionan con la decepción amorosa, siendo este el principal factor externo al que ellos atribuyen la toma de decisión del suicidio.

Ahora bien, a pesar de que los familiares atribuyen posibles causas de la toma de decisión de suicidio no están de acuerdo con que las posibles causas fueran razón suficiente para que el sujeto consumara el suicidio. Por otro lado, están en desacuerdo en considerar que el hecho de consumir el suicidio pueda considerarse a la persona que lo realiza como fracasada, debido a que lo percibían como personas inteligentes con metas y determinan el suceso como algo imprevisto.

Según los familiares de las personas que consumaron el suicidio no atribuyen responsabilidad alguna con respecto al suceso, lo cual nos permite concluir que probablemente es debido a que esta situación negativa o desfavorable, en lo cual se encontró los llamados Sesgos favorables al grupo que según Kelly (Op.

Cit.) Los miembros de grupos que tienen éxito asumen más responsabilidad por el rendimiento del grupo que los miembros de un grupo que ha tenido un fracaso.

Concebir a la familia como un sistema (Cibanal, 2004) implica reconocer la influencia recíproca entre sus miembros y con otros sistemas más amplios, por eso en las familias donde hay sujetos con riesgo suicida el funcionamiento tiende a ser disfuncional lo que reafirma la concepción de que la salud del individuo no puede ser marginada de la idea de una familia que funcione eficazmente (Reyes, & Torres, 2001).

### *Recomendaciones*

En la ciudad de Santa Marta en el 2002-2005 se suicidaron en la ciudad 60 personas lo cual representa un alto índice de mortalidad por lo tanto es necesario más allá de los estudios estadísticos realizar estudios comparativos entre los grupos de poblaciones más vulnerables y con mayor riesgo para realizar campañas de promoción de la vida y prevención del suicidio desde las familias.

La Organización Mundial de la Salud sugiere seis medidas para prevenir el suicidio las que a continuación se relacionan:

- Tratamiento de las enfermedades mentales.
- Destoxificación del gas de los vehículos de motor.
- Destoxificación del gas doméstico.
- Control de la posesión de las armas de fuego.
- Control sobre la disponibilidad de las sustancias tóxicas.

- Disminuir los reportes de las noticias sensacionalistas en los medios de difusión. (WHO, 2000).

Es muy importante adaptar a nuestro contexto un programa de prevención liderado por profesionales de diferentes áreas. Los estudios realizados deben tener como punto central el conocimiento de la funcionalidad familiar y aspectos como la expresión de emociones, mecanismos de comunicación intrafamiliar.

Además, dichas programas deberían ser educativos enseñando a los padres como identificar las posibles situaciones que pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio.

Por otra parte, los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfoca correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las siguientes sugerencias de los suicidólogos sobre cómo difundirlas:

- Publicar los signos de alarma de una crisis suicida: posible depresión, tendencia al aislamiento; amenazas suicidas; deseos de morir; desesperanza; súbitos cambios de conducta, afectos y hábitos; aislamiento; consumo excesivo de alcohol o drogas; realización de notas de despedidas; etc.
- Publicar las fuentes de salud mental a las que se puede acudir en caso de una crisis suicida. Asimismo, se deben divulgar aquellas instituciones, organizaciones y líderes naturales a los cuales recurrir para recibir la primera ayuda psicológica cuando se está en una situación de riesgo de suicidio.
- Divulgar los grupos de riesgo suicida.

De igual forma es necesario realizar talleres lúdicos desde las instituciones educativas por medio de las escuelas para padres, después de realizar la identificación de los rangos de edades en los que se presentan mayor vulnerabilidad y las posibles situaciones de riesgo, con el fin de lograr la plena participación de las familias de niños y adolescentes fomentando el interés, la unión, y la prevención de esta problemática.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron, J. (2000). Percepción social y atribuciones causales acerca del suicidio. Manuscrito presentado para obtener el título de magíster de ciencias en psicología. Universidad del estado de California. UMI. No. 1398161.
- Amescua R. & Márquez E. (1998). El suicidio en los adolescentes. rev. Hospital psiquiátrico de la habana, XXXV (1): 61-5.
- Apter A., Plutchik R & Van Praag H. Anxiety (1993). Impulsivity and Depressed Mood in Relation to Suicidal and Violent Behavior. Acta Psychiatr Scand; 87: 1-5.
- Arlaes L, Hernández G, Álvarez D & Eñizares T. (1998) Conducta suicida, factores de riesgo asociados. Revista Cubana Medicina General Integral; 14(2):122-6.
- Arroyave, J & Díaz, S (2004). Un acercamiento al suicidio consumado en adolescentes de la ciudad de Santa Marta (col) años 2002-2003. \*del estudio del suicidio en Santa Marta años 2002-2003. Universidad Del Magdalena, Revista Semilleros De Investigación Vol.1. No 1. 66-69.
- Beautrais AL, et al (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36: 1543-1551.
- Barlow, D. (2001). Psicología de la conducta anormal. Un enfoque integral. Ed. Thomson, México, 252-259.
- Baron, R. & Byrne D. (1998). Psicología social. Ed. Prentice Hall. Octava Edición, España.
- Bellah, R. (1969). Religious Evolution en Beriain. S.N.
- Botsis A., Soldatos C., Lioffi A., Kokkevi A. (1994). Suicide and Violence Risk. I. Relationship to coping Styles. Acta Psychiatr Scand; 89: 92 6.

- Brent D., Perder J., Moritz G., Baugher M., Allman C. (1993). Suicide in Adolescents with no Apparent Psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 32: 494-500.
- Campo, G., Roa, J., Perez A., Salazar, O., Piragauta, C., Lopez, L., Ramirez, C., (2003), Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colombia Médica*; 34:9-16.
- Carris M.J., Sheeber L., Howe S. (1998). Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *Journal of adolescence*, 21(4): 459-472.
- Castells, P. Silber, T. (2003). *Guía práctica de la salud y psicología del adolescente*. Ed. Planeta. Bogota DC.
- Ceballos, G.A.; Arroyave, J.; Díaz, S. & Vergara, K. (2005) Características psicosociales del suicidio en la ciudad de Santa Marta (Colombia) durante los años 2002-2003 .*Boletín electrónico psicología clínica y de la salud*. Febrero. issn: 1657-7760 extraído de <http://www.abacolombia.org.co>.
- Ceballos G.A. (2004) Características de las personas que consumaron suicidio en la ciudad de Santa Marta (COLOMBIA) durante el año 2002: U estudio de casos. *Revista DUAZARY*, Vol 1(1); 24-8.qw
- Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – División de Referencia de Información Pericial -DRIP. (CRNV, IMLCF ,2005) *Forensis* 179-203.
- Cibanal, L (2004). *Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar*. [www.perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_terap\\_famil\\_4.htm](http://www.perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_terap_famil_4.htm)
- Clemente, M. y González, A. (1996). *Suicidio: Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cooper, J.; Goethals, G.; Olson J; Worchel S. (2002). *Psicología social*. Editorial Thompson, Mexico D.F. Pág. 36.

- Cuesta D de la, Pérez E & Louro I. (1996); Un instrumento de evaluación familiar para el médico de la familia. *Revista Cubana Medicina General Integral* 12(1):24-32.
- Chew K.S. & Mccleary R. (1994). A life course theory of suicide risk. *Suicide Life Threat Behav*; 24:234-44
- Comité Interinstitucional para el Estudio de la Conducta Suicida (CIECS). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Acta de la reunión celebrada en la Academia Nacional de Medicina de Colombia, 21 de abril de 2006.
- Dahm, I & Geissler A. (1990). *Sociología para médicos*. La Habana: Ed. Ciencias Sociales:25-32.
- DePaulo, B. (1992). Nonverbal behavior and selfpresentation. *Psychological Bullett*, Pags. 111, 240-243.
- *Diccionario de la Lengua Española*. Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición. 2001.
- Domino, G; Macgregor, J.C & Hannah, M.T. (1988-1989) "Collegiate Attitudes toward suicide: New Zealand and United States", *Omega*, 19:4, pp. 355-360.
- Durkheim, E (1897). *Premia Editorial*. Tlahuapan Puebla, 1987. Segunda Edición.
- Elles, Richard & Levine, (1.995). *Introducción a la sociología, aplicaciones con países de habla hispana*". Londres. Mc. Graw Hill.
- Franco, A. (2001). *Ética y Conductas Suicidas*. Artículo de revisión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXX. No. 4; 369-382.
- García-García JA, Landa V, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. (2001) *Cuidados Primarios de Duelo (CPD)*. El nivel primario de atención al doliente. *Sestao: Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya*; p 17-8.

- García-Resa E, Braquehais D, Blasco H, Ramirez A, Jiménez L, Díaz-Sastre C et al. (2002) Sociodemographic features of suicide attempts. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 30: 112-119.
- Garofolo R. et al. (1998). The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 101(5): 805-902.
- Gómez C., M., Rodríguez, N, Bohórquez A, & et al. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. XXXI. No. 4.
- Good MJD, Smilkstein G, Good BJ, et al. (1979). The family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Pract*; 8: 55.
- Gould MS, et al. (1999) Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9): 915-923.
- Guibert W. (1997) El suicidio. Análisis y enfrentamiento. TTR. Ciudad de La Habana, Cuba.
- Guibert W. & Alonso A. (2001). Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos suicidas. *Revista Cubana Medicina General Integral*.
- Gutiérrez, C. (2001). La cultura del suicidio en china. Tomado de [www.solidaridad.net](http://www.solidaridad.net).
- Jones, E., & Harris, V. A. (1967). The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 3, 1-24.
- Hawton k. & James A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. Volume 330. Tomado de <http://www.bmjournals.com>.
- Hernández R, Fernández, C, Baptista, P. (2003) Metodología de la investigación. 3ª. Ed. México, Mc Graw Hill.

- Herrera PM. (1997) La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral* 13(6):591-5.
- Horwitz N, Florenzano R & Ringeling I. (1985) Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol Of Sanit Panam.* ; 98(2):144-55.
- Instituto Nacional de Salud Mental (1992). Useful information on suicide. DHHS. Publication No. (ADM) 86-1489.
- Jiménez I. & et al. (1998) .Análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXVII, No. 3, Santa Fe de Bogotá.
- Kaplan H., Sadock B. & Grebb J. (1994). *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical psychiatry Seventh Edition.* Williams and Wilkins. Baltimore.
- Klein, S. & Loftus, J. (1993). Behavioral experience and trait judgments about the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 740-745.
- Larraguibel, M. & Gonzáles, P. (2000). Factores de Riesgo de la Conducta Suicida en Niños y Adolescentes. *Rev. chil. pediatr.*, mayo 2000, vol.71, no.3, p.183-191.
- Lucero, RK. (1998). Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972-1992). *Revista Médica de Uruguay*; 14(3): 236-47.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (1995). DSM-IV. MASSON SA.
- Maturana, H. (1991). *El Sentido de lo Humano*, Ed. Hachette/Comunicación, Santiago., Chile.
- Maris R.W. (1995). Suicide Prevention in Adults (age 30-65). *Suicide Life Threat Behavior.*; 25:171-9.
- Maya L (2001). Los estilos de vida saludables componente de la calidad de vida. Tomado de [www. funlibre.org](http://www.funlibre.org).

- Montoya B. & Ivàn, D. (1996). Epidemiología del suicidio. En boletín epidemiológico de Antioquia. Dirección Seccional Salud de Antioquia. p. 253-60.
- Organización Mundial de la Salud, (2000). Informe de Salud Mental: Tasa Mundial de Suicidio. Tomado: [www.saludalia.com](http://www.saludalia.com).
- Organización Mundial de la Salud, (2001), SUPRE. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Trastornos Mentales y Cerebrales, Prevención del Suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra, p Iv.
- Organización Mundial de la Salud (2004) El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Día Mundial para la Prevención del Suicidio ,10 de septiembre.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1996). Proyecciones para el 2010 en Salud Mental. Presentado en el Congreso Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, Santiago de Compostela, España.
- Organización Mundial de la Salud, (1996). OMS Anuario Estadístico. 1995-96.
- Organización Panamericana de Salud (1998). Indicadores de Salud. Departamento de Investigaciones, La Nueva Cuba.
- Palacios, J. & Rodrigo, M. J. (1998). La familia como contexto de desarrollo humano. En el texto. J. Rodrigo y J. Palacios. Familia y Desarrollo Humano (pp. 25-44). Madrid.
- Perednik, G. (2005). Filosofía y Suicidio. CATOBLEPAS. Revista crítica del presente. Número 40. Pág. 05.
- Pérez S, Sánchez M. Epidemiología de la conducta suicida en Bayamo. Revista Cubana Med. Gen. Integr; 2(10):110-5.

- Pérez S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV, No. 3; 386-394.
- Philips DP. The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. *American Journal of Sociology* 1992; 87:1340-59.
- Pittman, T. (1993). Control motivation and attitude change. In G. Weary, F. et als. *Control Motivation and social cognition*. Pags, 157-175. New York.
- Piedrola, L. (1991). *Medicina preventiva y salud pública*, Barcelona, España: Salvat medicina.
- Poldiger, W. (1969) *La tendencia al suicidio*. Madrid, España: Morata.
- Plan Distrital de Desarrollo “Todos por Santa Marta, Jalemos para el mismo lado” 2004-2007. Alcaldía Distrital de Santa Marta, 2004.
- Reyes, G. y Torres, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana Medica General Integral* ;17(5):452-60.
- Rodríguez F, González F, Marrero C & Darías C. (1997) Las personas con autolesiones. En: Rodríguez F, Vázquez JL, Desviat M, eds. *Psiquiatría social y comunitaria I*. Madrid: ICEPSS,:719-40.
- Saldaña, C. (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas del Adolescente*. Ediciones Pirámide. Madrid-España.
- Sánchez R., Cáceres H., Gómez D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados. *Revista Biomédica*; 22:407-16.
- Sánchez R., Orejarena S., Guzmán & Forero J. (2002) Suicidio en Bogotá: un fenómeno que aumenta en poblaciones jóvenes. *Biomédica*; 22:417-24.
- Satir V. (1991) *.Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México, DF: Pax,:23-4.
- Search. *El suicidio en adolescents*. (1996) *Statistics Methodist Health Care System*. Houston, Texas.

- Sierra, R. (2001). Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicio. Décima cuarta edición. Thompson editores Spain paraninfo, S.A. Pàgs. 193; 306.
- Smilkstein G. (1978) The family APGAR: A proposal for a family function test and its used by physicians. J Fam Pract 12-31.
- Sudak H.S, Ford, A. & Rushforth, N. (1984). Adolescent suicide: an overview. American journal of psychotherapy, 38: 350-363.
- Shneidman E. (1996). Definition of suicide. New York: John Wiley, 1985:20.
- SPSS para Windows 12.0. Paquete Estadístico Para las Ciencias Sociales. SPSS inc. 2004.
- Torres Y., Posada J. & Rojas M. (1993) Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias Psicoactivas, Colombia. Ministerio de Salud. División de Comportamiento Humano. Centro Nacional de Consultoria.
- Trenzado R, Norma B, Parras Trenzado, Elizabeth e Feliu, T (2001). Suicidio, cuarta causa de muerte en Cárdenas. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, maio-ago., vol.39, no.2, p.115-119. ISSN 1561-3003.
- Upanne M. (2002).Changes in Professional Conceptions of Suicide Prevention among Psychologists: Using a Conceptual Model. *Journal of Community & Applied Social Psychology*; 108-123.
- Vila, J., Fernández, M. (1990). *Activación y conducta*. Madrid. Alhambra.
- Wasserman D. (1994). Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American Sociological Review*; 49:427-36
- WHO (2000) Report of the workshop about the suicide prevention in the Americas' Region. Montevideo, Uruguay, Geneva.
- WHO (2005) Preventing suicide: a resource for primary health care workers. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization, p. 5-6.

**ANEXOS**

# ANEXO A

**CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE  
LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS QUE  
CONSUMARON SUICIDIO EN LA CIUDAD DE SANTA  
MARTA (COLOMBIA) DURANTE LOS AÑOS 2002-2005.**

**CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN SOCIAL DE LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS QUE CONSUMARON SUICIDIO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (COLOMBIA) DURANTE LOS AÑOS 2002-2005.**

Fecha de aplicación del cuestionario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2006

Fecha en que se consumo el suicidio:

Entrevistado: \_\_\_\_\_ Parentesco (relación familiar con el suicida): \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Frente a las siguientes preguntas conteste de manera sincera. El contenido de las respuestas es de carácter confidencial y sólo será usado para propósitos de esta investigación.

**I. INFORMACIÓN GENERAL**

**Datos del suicida**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: dd\_\_ mm\_\_ aa\_\_

Sexo: M\_\_ F\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Nivel socioeconómico: Alto\_\_ Medio\_\_ Bajo\_\_

Trabajaba: Si\_\_ No\_\_ Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Método empleado: \_\_\_\_\_

**Datos de la familia**

Número de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Personas que vivían con el sujeto: Padre\_\_

Madre\_\_ Hijos\_\_ Cónyuge\_\_ Otros\_\_

Tipo de Familia: Nuclear\_\_ Uniparental\_\_ Extensa\_\_

Tipo de unión de los padres: Unión libre\_\_ Casado\_\_ Divorciado\_\_ Viudo\_\_

Antecedente de suicidio familiar: \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

**II. COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL DEL SUICIDA**

**1. ¿Considera usted que la persona que consumó el suicidio pudo estar influenciada por la noticia de un suceso similar entre sus amigos o familiares?**

(1) Totalmente de Acuerdo

(2) De Acuerdo

(3) Parcialmente en Desacuerdo

(4) En Desacuerdo



**5.1. ¿Por qué?**

---

---

---

---

---

**6. ¿Usted considera que cuando hablaba con el miembro que consumó el suicidio sus gestos no estaban acorde con lo que expresaba verbalmente?**

- (1) Siempre
- (2) Casi siempre
- (3) Algunas Veces
- (4) Casi nunca
- (5) Nunca

**6.1. ¿Por qué?**

---

---

---

---

---

**7. ¿Considera usted que los movimientos corporales de la persona que decidió suicidarse eran:**

- (1) Lentos    \_\_\_ Siempre    \_\_\_ Casi siempre    \_\_\_ Algunas veces    \_\_\_ Casi nunca    \_\_\_ Nunca
- (2) Rápidos    \_\_\_ Siempre    \_\_\_ Casi siempre    \_\_\_ Algunas veces    \_\_\_ Casi nunca    \_\_\_ Nunca
- (3) Normales    \_\_\_ Siempre    \_\_\_ Casi siempre    \_\_\_ Algunas veces    \_\_\_ Casi nunca    \_\_\_ Nunca

**8. ¿Considera que la persona que se suicido expresaba sus ideas en momentos oportunos y de tal forma que usted entendía lo que quería decir?**

- (1) Siempre
- (2) Casi siempre
- (3) Algunas Veces
- (4) Casi nunca
- (5) Nunca

**8.1. ¿Por qué?**

---

---

---

---

**9. ¿Para usted la persona que dice que se va a suicidar lo hace finalmente?**

- (1) Totalmente de Acuerdo
- (2) De Acuerdo
- (3) Parcialmente en Desacuerdo
- (4) En Desacuerdo

**9.1. ¿Por qué?**

---

---

---

---

**10. Usted considera que al miembro que se suicido le agradaba mantener contacto físico con los demás de la siguiente forma:**

- (1) Tocar                    \_\_\_ Siempre    \_\_\_ Casi siempre    \_\_\_ Algunas veces    \_\_\_ Casi nunca  
                                  \_\_\_ Nunca
- (2) Abrazar                \_\_\_ Siempre    \_\_\_ Casi siempre    \_\_\_ Algunas veces    \_\_\_ Casi nunca  
                                  \_\_\_ Nunca
- (3) Acariciar              \_\_\_ Siempre    \_\_\_ Casi siempre    \_\_\_ Algunas veces    \_\_\_ Casi nunca  
                                  \_\_\_ Nunca
- (4) Besar                   \_\_\_ Siempre    \_\_\_ Casi siempre    \_\_\_ Algunas veces    \_\_\_ Casi nunca    \_\_\_  
                                  Nunca

Otra ¿cual?

---

**III. ATRIBUCIÓN CAUSAL SOBRE EL SUICIDIO**

**11. Después del suceso para usted cuáles fueron las causas para que el sujeto tomara la decisión del suicidio.**

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
- d. \_\_\_\_\_

**12. ¿Por cuál de estas disposiciones personales cree usted que el sujeto tomó la decisión del suicidio? (PUEDE SELECCIONAR HASTA DOS RESPUESTAS SI LO DESEA).**

- (1) Depresión
- (2) Problemas mentales
- (3) Ira
- (4) Resentimiento
- (5) Soledad
- (6) Enfermedad Física
- (8) Otra ¿Cuál?

**13. ¿Por cual de estas disposiciones sociales y ambientales considera usted que el sujeto tomó la decisión del suicidio? (PUEDE SELECCIONAR HASTA DOS RESPUESTAS SI LO DESEA).**

- (1) Desempleo
- (2) Decepción amorosa
- (3) Problemas económicos
- (4) Jubilación
- (5) Problemas familiares
- (6) Antecedentes de suicidio familiar
- (7) Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**14. Considera usted que las causas del suicidio se relacionan principalmente con: (PUEDE SELECCIONAR HASTA DOS RESPUESTAS SI LO DESEA).**

- (1) Factores internos del
- (2) Situaciones del entorno
- (3) Todas las anteriores
- (4) Ninguna de las anteriores

**15. ¿Considera usted que la posible situación que provocó el suicidio fue razón suficiente para que el sujeto decidiera hacerlo?**

- (1) Totalmente de Acuerdo
- (2) De Acuerdo
- (3) Parcialmente en Desacuerdo
- (4) En Desacuerdo

**15.1. ¿Por qué?**

---

---

---

**16. ¿Considera usted que pertenecer a alguna de estas creencias religiosas puede ser un factor protector contra la conducta suicida?**

- (1) Religión Católica
- (2) Religión Cristiana
- (3) Secta Adventista
- (4) Religión Judía
- (5) Religión Musulmana
- (6) Ninguna de las anteriores
- Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**16.1. ¿Por qué?**

---

---

---

---

---

**17. ¿Cree usted que las personas que consuman un suicidio pueden considerarse como fracasados?**

- (1) Totalmente de Acuerdo
- (2) De Acuerdo
- (3) Parcialmente en Desacuerdo
- (4) En Desacuerdo

**17.1 ¿Por qué?**

---

---

---

---

---

**18. Luego de ocurrido el suceso del suicidio qué miembros de la familia creen haber tenido alguna responsabilidad sobre el hecho.**

- (1) Padre
- (2) Madre
- (3) Hermano(a)(s)
- (4) Abuelo (a)
- (5) Cónyuge
- (6) Todas las anteriores
- (7) Ninguna de las anteriores
- (8) Otro ¿cual?

---

**18.1. ¿Por qué?**

---

---

---

---

---

**19. ¿Considera usted que es posible reconocer cuáles situaciones pueden ser determinantes para la toma de decisión del suicidio, luego de haber experimentado este hecho?**

- (1) Totalmente de Acuerdo
- (2) De Acuerdo
- (3) Parcialmente en desacuerdo
- (4) En Desacuerdo
- (5) ¿Cuáles?

**19.1 ¿Por qué?**

---

---

**20. Considera usted luego de ocurrido el suceso que el sujeto pudo haber tomado la determinación de suicidarse después de enfrentarse a:**

- (1) Una situación frustrante
- (2) Una situación delicada o grave
- (3) Una situación dolorosa
- (4) Una situación peligrosa
- (5) Todas las anteriores
- (6) Ninguna de las anteriores
- (7) Otra ¿Cuál?

**21. ¿Cuál estrategia utilizaba el sujeto para la solución de sus problemas a nivel familiar?**

- (1) Conversaba sobre el hecho
  - (2) Buscaba alternativas para resolverlo
  - (3) Se aislaba
  - (4) Ignoraba el problema
  - (5) Todas las anteriores
  - (6) Ninguna de las anteriores
  - (7) Otra ¿Cuál?
- 

**22. ¿Qué estrategias utilizaba el sujeto para solucionar sus problemas a nivel laboral?**

- (1) Conversaba sobre el hecho
  - (2) Buscaba alternativas para resolverlo
  - (3) Se aislaba
  - (4) Ignoraba el problema
  - (5) Todas las anteriores
  - (6) Ninguna de las anteriores
  - (7) No aplica
  - (8) Otra ¿Cuál?
- 

**23. ¿Considera usted que el sujeto pudo haber recibido alguna influencia negativa de los medios de comunicación determinante para la toma de decisión del suicidio?**

- (1) Totalmente de Acuerdo
- (2) De Acuerdo
- (3) Parcialmente en Desacuerdo
- (4) En Desacuerdo

**24. Si usted hubiera percibido las ideas suicidas del sujeto antes hubiera hecho lo siguiente: (PUEDE SELECCIONAR HASTA DOS RESPUESTAS SI LO DESEA).**

- (1) Tratar de hablar con el sobre los motivos
- (2) Buscar un especialista
- (3) Internarlo en una clínica para enfermos mentales
- (4) Castigarlo
- (5) Ignorarlo
- (6) Otras ¿Cuales?

#### **IV. FORMACIÓN DE IMPRESIONES SOBRE EL SUICIDA**

**25. ¿Considera que era una persona preocupada por su aspecto personal?**

- (1) Extremadamente
- (2) Mucho
- (3) Poco
- (4) Nada

**26. Considera que en sus relaciones interpersonales se mostraba:**

- (1) Afectuoso
- (2) Expresivo
- (3) Desinteresado
- (4) Ofensivo

Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**27. Considera que su desempeño en el trabajo y/o escuela era:**

- (1) Excelente
- (2) Bueno
- (3) Aceptable
- (4) Insuficiente

**28. Cree que su actitud frente a disputas en el hogar era:**

- (1) Conciliadora
- (2) Agresiva
- (3) Preocupado
- (4) Desinteresado

Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**29. Considera que el modo de comportarse frente a la presencia de personas ajenas al núcleo familiar:**

- (1) Nervioso
- (2) Irritado
- (3) Sereno
- (4) Indiferente
- Otra ¿Cual? \_\_\_\_\_

**30. Considera que el miembro que se suicidó era una persona:**

- (1) Alegre
- (2) Triste
- (3) Desconfiada
- (4) Angustiada
- (5) Generosa
- (6) Arriesgada
- Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**31. Cree usted que pertenecía alguna secta o profesaba alguna religión:**

- (1) Si
- (2) No
- (3) No esta seguro
- (4) No sabe

**32. Considera usted que alguna vez notó cambios en:**

- (1) Vestuario
- (2) Alimentación
- (3) Actitudes con los otros (familiares, amigos etc.)
- (4) Sueño
- (5) Todas las anteriores
- (6) Ninguna de las anteriores
- Otra ¿Cual? \_\_\_\_\_

**33. Cree usted que las actividades que realizaba en su tiempo libre eran:**

- (1) Riesgosas
- (2) Extrañas
- (3) Violentas
- (4) Tranquilas\_
- (5) Todas las anteriores
- (6) Ninguna de las anteriores
- Otra ¿Cual? \_\_\_\_\_

\*\*\* GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN \*\*\*

# **ANEXO B**

## **APGAR FAMILIAR**

**CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR**  
(Smilkstein G, 1978)

*Valora la percepción de la persona sobre la función familiar.*

<b>COMENTARIOS</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Siempre</b>
1. Yo estoy satisfecho con el apoyo que recibo de mi familia cuando algo me molesta.					
2. Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo.					
3. Yo estoy satisfecho con la forma en que mi familia acepta y da apoyo en mi deseo de emprender nuevas actividades y direcciones.					
4. Yo estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa sus afectos y responde a mis emociones como: tristeza, rabia, amor.					
5. Yo estoy satisfecho con forma como mi familia y yo compartimos el tiempo, el espacio y el dinero.					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

## PUNTUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR

<b>PUNTUACIÓN</b>	
Nunca	0
Casi nunca	1
Algunas veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

<b>CATEGORÍA</b>	<b>PUNTOS</b>
Buena función familiar	18-20
Disfunción familiar leve	14-17
Disfunción familiar moderada	10-13
Disfunción familiar severa	Menor o igual a 9







**PERCEPCIÓN SOCIAL DE LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS QUE  
CONSUMARON SUICIDIO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (COLOMBIA)  
DURANTE LOS AÑOS 2002-2005.**

**JACKELINE ARROYAVE GONZÁLEZ  
SANDRA MILENA DIAZ CASTILLA  
YURANIS MARTÍNEZ HERNANDEZ**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA  
2006**

**PERCEPCIÓN SOCIAL DE LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS QUE  
CONSUMARON SUICIDIO EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA (COLOMBIA)  
DURANTE LOS AÑOS 2002-2005.**

**JACKELINE ARROYAVE GONZÁLEZ  
SANDRA MILENA DIAZ CASTILLA  
YURANIS MARTÍNEZ HERNANDEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
psicólogas.**

**LUZ DARY GALLARDO  
Psicóloga  
Directora**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
SANTA MARTA  
2006.**

Nota de aceptación

---

---

---

---

Presidente del Jurado

---

Jurado

---

Jurado

Santa Marta, Diciembre de 2006

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores manifiestan sus más sinceros agradecimientos a:

La Universidad del Magdalena, por brindarnos la oportunidad de iniciar y culminar satisfactoriamente una carrera profesional.

Al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses IMLCF, por apoyarnos y facilitarnos el proceso de recolección de datos.

A los familiares de las víctimas del suicidio por permitirnos a pesar de su tristeza y duelo conseguir la aplicación de cada uno de los instrumentos necesarios para la culminación de esta investigación.

A nuestros profesores que nos guiaron y acompañaron durante el proceso académico, con sus orientaciones acertadas para la formación profesional.

A los profesionales Luz Dary Gallardo, Guillermo Ceballos, Maria Amarís y Álvaro Franco, por ofrecer su valioso aporte para el mejoramiento continuo de la presente propuesta.

A todas las personas que investigan el suicidio a nivel nacional por permitirnos compartir información y experiencias lo cual enriqueció el proceso.

A todos y cada una de las personas que nos acompañaron en la consecución de este título tan importante en el vida de cada uno de nosotros.

**JACKELINE, SANDRA Y YURANIS.**

## **DEDICO A:**

Mis padres, Álvaro Díaz Díaz y Carmen Alicia Castilla por su apoyo y colaboración en la contribución de mi formación académica y profesional.

A los profesores asesores metodológicos y temáticos que durante el desarrollo de este trabajo me ayudaron a encaminarme por los mejores senderos y apoyaron su proceso de crecimiento.

A Dios en quien creo, porque me ha dado la inspiración y las ganas para continuar en este largo proceso.

**SANDRA MILENA DIAZ CASTILLA**

**DEDICO A:**

Mis padres Luís Arroyave Orozco y Mercy González Charris por su apoyo para la consolidación de mi formación personal y profesional.

Mis sobrinos Matías Albeiro Díaz Arroyave y Tomas Alfonso Díaz Arroyave por ser fuentes de mi felicidad y motivación para cumplir mis metas.

Mis asesores y docentes que con el aporte de sus ideas me permitieron avanzar en mi carrera profesional y de investigación.

Mis amigos y amigas que me apoyaron incondicionalmente en la consecución de mis proyectos a lo largo de mi carrera profesional.

**JACKELINE ARROYAVE GONZALEZ**

## **DEDICO A:**

Dios, porque la fe en él me ayudó a seguir adelante en mis aspiraciones profesionales.

Myriam Martínez por su empeño y esfuerzo en brindarme los medios para mi formación académica.

Los profesores y asesores que me brindaron sus conocimientos y valiosos aportes.

Edwin Nieto por brindarme su apoyo y comprensión.

**YURANIS MARTINEZ**