



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Vível The word "Vível" is written in a colorful, stylized font. The letters are purple, yellow, green, red, and orange. To the right of the word is a graphic of a sun with rays, where each ray is a different color and ends in a heart shape.

Promoción de la vida



A QUIEN VA DIRIGIDO

En el marco del proyecto “Educación para la Ciudadanía y la Convivencia” diseñado por la Secretaría de Educación Distrital, se plantea este documento para fortalecer las capacidades de docentes, orientadores, directivas, padres, madres, cuidadores y en general a toda la comunidad educativa, de manera que les permita reconocer elementos asociados al fenómeno del suicidio en los colegios.

Para este proceso se tienen en cuenta los procesos desarrollados con docentes, orientadores y directivas que asistieron a los procesos psicoeducativos de producción del conocimiento; se constituye, además, como una guía que puede ser útil para distintos procesos en el colegio, que es un espacio de transformación de la comunidad.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las capacidades de docentes y comunidad educativa, al propiciar un espacio de reflexión personal y grupal, mediante el cual se invite a los y las participantes a reconocer elementos asociados al fenómeno del suicidio a través de sus experiencias personales e institucionales (en el colegio). Este espacio de reflexión gira en torno a situaciones concretas relacionadas con el fenómeno del suicidio, se busca favorecer el diálogo que permita identificar y deconstruir las herramientas que se han implementado desde la escuela para abordar este tema.



INTRODUCCIÓN

Durante el proceso de desarrollo, el ser humano se enfrenta a diversas situaciones que lo conforman como persona. En algunas ocasiones, las situaciones son positivas y producen mucha alegría, en otras las situaciones son difíciles y hasta muy tristes. Todas y cada una de ellas contribuyen al desarrollo de aprendizajes que le proporcionan herramientas para enfrentar, en el futuro, otras situaciones semejantes. Reconocerse a sí mismos y en virtud de ello a los demás, es uno de los procesos más difíciles del ser humano ya que lo enfrenta a lo positivo y a los logros de toda una vida, pero también a lo difícil, lo no alcanzado o complejo de alcanzar. Aunque la vida transcurre de diferentes formas para las personas, todas y todos atravesamos una serie de etapas comunes:

Nacer.

Estudiar:

La educación, en sí misma pasa por diferentes etapas. El primer día de colegio; la graduación ya sea de preescolar, primaria, básica o educación media; y luego, para algunos, el inicio en la educación superior.

La búsqueda y encuentro de pareja:

Los sinsabores, las felicidades y alegrías de estar con otro.

Los hijos:

Para algunas personas que deciden ser padres.

La muerte.

Y muchas situaciones parecidas para todas las personas, aunque no sean iguales.





DESARROLLO TEMÁTICO

I. EL RÍO DE LA VIDA

Imaginar un río implica que pensemos un proceso que a su vez puede representar otros. Pensemos en algunas de sus características: Nace, se desarrolla, transcurre y luego termina en otro río o en el mar. De alguna manera estos procesos se pueden asemejar a la vida de cada persona. El río nace, a veces por fuentes internas de la tierra y a veces por la humedad del ambiente como en los páramos, combinada con fuentes internas; se alimenta de toda la humedad y fuentes de agua que hay a su paso, absorbiéndolo todo. Luego transcurre, su transcurrir a veces es calmado, apacible y en otros momentos es más agitado, con mayor velocidad. Al final, toda su agua se deposita en otro río o en el mar.

De alguna manera, el río puede representar la vida de una persona, ya que nace, se desarrolla, transcurre y contribuye a la formación de otros. El desarrollo, el transcurrir de la vida de las personas está marcado por muchos sucesos de distinta índole: Felices y agitados, alegres, tranquilos. Para enfrentarlos con decisión y superar los obstáculos es necesario estar preparados, haber desarrollado capacidades y habilidades, tener conocimientos que permitan enfrentar y superar esos momentos difíciles. Aprendemos tanto de la alegría como de la tristeza, de lo fácil como de lo difícil y complicado. Al final, somos seres humanos formados por un gran número de experiencias y aprendizajes.

El río de la vida es el camino que hemos seguido todo el tiempo y en él podemos identificar aquellas situaciones que nos han marcado o que han sido importantes para nosotros, las situaciones que pasamos nos han formado. Por ejemplo, una representación del río de la vida puede ser la siguiente:



Por favor, coloque en la tercera casilla lo que proyecta para su vida futura.

Planteamiento del ejercicio

Para entender el camino de la vida podemos hacer un pequeño dibujo, una línea es suficiente. Dividamos la línea en porciones o sectores de uno, dos o cinco años cada uno. El inicio será el año cero, cuando nacimos. De ahí en adelante señalemos sectores de acuerdo con los tiempos que han sido importantes para la vida. Señale los 4 o 5 momentos más importantes para su vida, no todos tienen que ser alegres o que muestren mucha felicidad, también habrá momentos tristes. Observe con calma y analice el río de la vida dibujado:

- ¿Se encuentra todo?
- ¿Falta algo importante?
- ¿Allí se encuentra quién soy?
- Si es necesario completemos el esquema, es importante que nos podamos reconocer en él.





2. EL ESCUDO DE MI VIDA

Es tiempo de avanzar un poco más. Ya tenemos el río de la vida y podemos seguir con el escudo de la vida. El escudo, como su nombre lo indica, es ese artefacto, persona o lugar que nos protege y evita que suframos daño. Por eso a veces es frecuente escuchar que alguien "se escuda en un amigo, un compañero". Todos los seres humanos generan y desarrollan un escudo, algunos son un poco débiles y otros son mucho más fuertes, se usan para ayudar a los demás o a nosotros mismos. Los escudos de la vida tienen cuatro componentes:



Los momentos alegres
de nuestras vidas.

Las capacidades,
habilidades o
herramientas que se
han desarrollado gracias
a las situaciones que se
han enfrentado y lo que se
han aprendido.



Las situaciones
complejas que en
ocasiones se convierten
en barreras para
seguir adelante.



Los aprendizajes que
se han logrado de las
situaciones difíciles,
pero también
de las positivas.







Planteamiento del ejercicio

Para elaborar, diseñar, pintar o simbolizar el escudo de la vida de cada uno podemos iniciar por responder algunas preguntas orientadoras.

- ¿Cómo se pueden reconocer los momentos buenos y lo que hemos aprendido de ellos?
- ¿Cómo se pueden identificar los momentos difíciles y sus enseñanzas?
- ¿Qué herramientas se han desarrollado en la vida para enfrentar las distintas situaciones que ocurren?

Para este momento ya es posible dibujar el escudo de la vida.

-  No importa la forma, pero debe estar dividido en cuatro partes. En el cuadrante identificado con el número uno, escriba o simbolice, el momento más feliz de su vida, algo muy importante es que a cada momento le proporcione una razón para vivir. Los momentos positivos, pueden ser más de uno.
-  En el cuadrante número dos, escriba o simbolice algún momento difícil de su vida. Lo más complicado que haya superado.
-  En el cuadrante tres, escriba o simbolice las herramientas (cognitivas, emocionales, capacidades, habilidades, etc.) que utilizó para superar el momento difícil.
-  En el cuadrante cuatro, escriba o simbolice lo que aprendió tanto de los momentos felices como de los difíciles.



3. LO QUE HE APRENDIDO EN MI VIDA

Es el momento de reflexionar sobre lo que hemos realizado, que entendamos un poco porqué somos las personas que somos y cuáles son nuestras características. Para enfrentarnos a verdaderos problemas es importante entendernos, saber de dónde venimos, para donde vamos, si tenemos las capacidades para enfrentar el tema del suicidio y proporcionar apoyo a otras personas que lo requieran.



Planteamiento del ejercicio

Responder algunas preguntas relacionadas con el tema del suicidio, pero concentrándonos en la alternativa de vida, esto puede ayudarnos a entender lo que hemos aprendido y las capacidades que hemos desarrollado para vivir. Reflexionemos sobre las siguientes preguntas:

- ¿Qué hace que valga la pena vivir?
- ¿Cuál es la importancia de los momentos difíciles en la vida?
- ¿De dónde sacamos fuerzas para enfrentar estas situaciones y seguir adelante?
- ¿Con qué herramientas contamos y qué hemos aprendido que permita superar los momentos difíciles?

Las respuestas a estas y otras preguntas nos mostrarán, con mayor profundidad, lo que hemos logrado hasta el momento, quiénes somos y de dónde venimos.

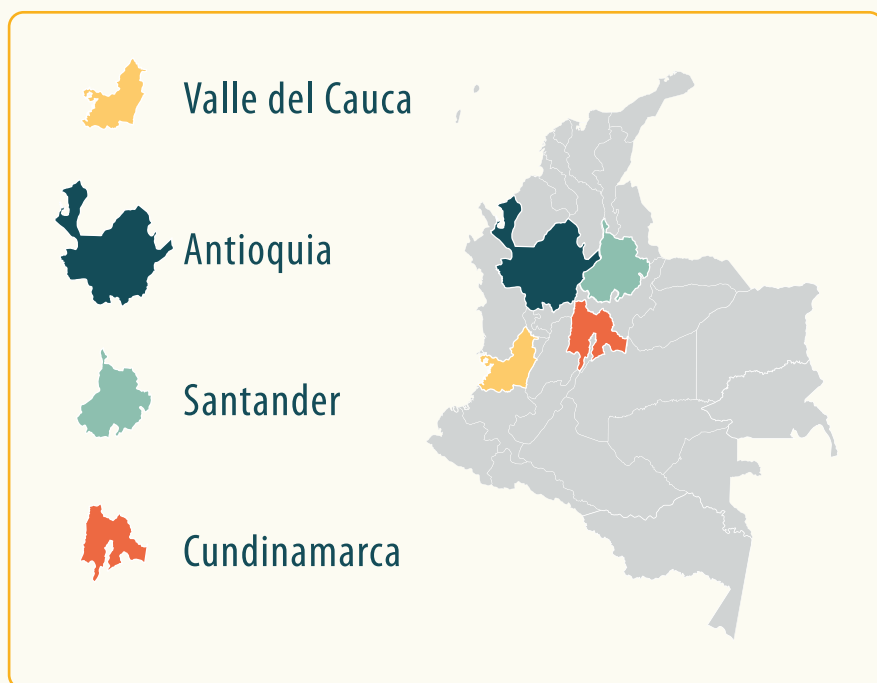


4. LO QUE DEBO SABER PARA ENTENDER LA VIDA DE LOS OTROS

Existen diferentes temas sobre los que debemos conocer y profundizar para acercarnos un poco más al fenómeno del suicidio.

El suicidio es un problema de salud pública y está considerado como la décima causa mundial de muerte en la población general (WHO, World Health Organization, 2012), pero la tercera causa de muerte entre la población joven (mortalidad juvenil) entre los 15 y 34 años de edad en todo el mundo (OMS, 2002), por cada una de estas muertes se presentan alrededor de 20 intentos fallidos. Al respecto, se proyecta que para el año 2020 se incrementará en un 50% el total de casos en el mundo. Por otra parte, se estima que por cada caso que termina en muerte ocurren 10 intentos previos (Fuentes, et al, 2009).

Departamentos con mas suicidios en Colombia



En Colombia, según estadísticas del informe Forensis del Instituto Nacional de Medicina Legal 2011 (Macana, 2011), las muertes por suicidio ascendieron al 7% con 1889 casos, con una tasa de 4.1 por 100.000 lo que representa un aumento del 1.3% entre 2010 y 2011, o sea una tendencia anual de incremento del 0.21% y el 3.9% en los últimos siete años. Los departamentos que más suicidios reportaron fueron Valle del Cauca (tasa de 5.59); Santander (tasa de 5.25); Antioquia (tasa de 5.09 por 100.000 habitantes) y Cundinamarca (tasa de 4.53); y las ciudades que más casos reportaron fueron: Bogotá (277 casos, tasa de 1.24); Medellín (115 casos, tasa de 2.31); Cali (74 casos, tasa de 3.26); y Pasto (35 casos, tasa de 8.38).

La proporción de muertes por suicidio en los últimos cuatro años de hombres y mujeres ha sido de 4 a 1 (80.62% y 19.38%) respectivamente, con edades superiores en hombres (20-29 años, con 452 casos) respecto a las mujeres (10-19 años, con 108 casos) (Cendales, et al 2007). Igualmente, se reportó un incremento en los porcentajes de suicidios en las edades de los adolescentes entre los 15 y los 17 años (7.25%); de hombres y mujeres con edades entre los 55 a 59 años (5.29), los 70 a 74 años (5.25) y de 80 años o más (6.04).

Según las estadísticas del estudio de salud mental en Colombia, año 2003 (Ministerio de la Protección Social, 2005), la ideación suicida varió a favor de los hombres frente a las mujeres (4 y 3.1% respectivamente), lo mismo para los planes suicidas (1.3% y 0.8%) e intentos suicidas (1.7% y 0.9%). Los rangos de edades en los cuales se evidenció alta ideación suicida está entre los 30 y 44 años (13.4%), seguido de los 18 y 29 años (12.4%).

En una caracterización sociodemográfica de un grupo de personas que presentaron conducta suicida en una población de Cundinamarca se encontró que el promedio de edad de las personas que presentaron alguna conducta suicida (ideación, intención o suicidio) fue de 25 años y la mitad de la población se encontraba en un rango de 12 a 20 años de edad con predominio del género femenino. En cuanto a la ocupación, predominaron los estudiantes con un 32.6%, seguido de las personas que se dedican al hogar y los empleados con un 22.5% y 20.2% respectivamente (Avendaño, Cajicá, Herrera, Morales y Rodríguez, 2014).



Cundinamarca

1



Edad promedio:
25 años

2



Rango de edad común:
12 a 20 años

3



Género dominante
femenino

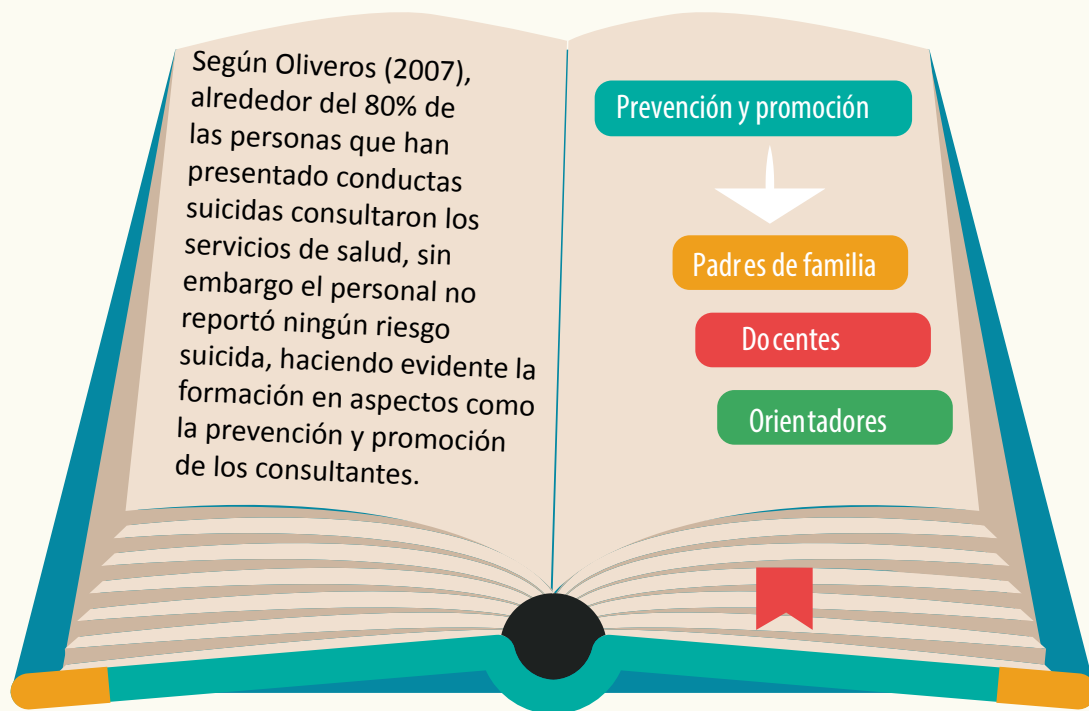
4



Ocupación dominante
estudiante

5

Caracterización demográfica de la conducta suicida



Pérez y Olmos (et al. 2008) presentaron un perfil suicida para la población bogotana, en él la mayor presencia de ideación suicida se dio en los individuos con disfunción psiquiátrica (historial de trastorno depresivo o síntomas psiquiátricos agudos), social y familiar que contaban alrededor de 31 años o más; desempleados, con conflictos no resueltos o empeorados; enfermedad crónica e historial de intentos suicidas de alta letalidad.

Este tipo de perfiles de la conducta suicida permiten establecer tanto los factores de riesgo como protectores e igualmente incrementar la precisión en la evaluación diagnóstica que hacen los trabajadores del área de la salud mental, a nivel nacional e internacional.

Según Oliveros (2007) alrededor de un 80% de las personas que han presentado conductas suicidas en Colombia consultaron a los servicios de salud, sin embargo, los profesionales de la salud que prestaron la atención primaria reportaron que no identificaron algún rasgo de riesgo suicida. Por tal razón, es posible asumir la necesidad y la urgencia de una formación apropiada en términos de prevención y promoción para el adecuado manejo de la población que podría estar en riesgo, especialmente con docentes y padres de familia, quienes son las personas que se encuentran más cerca de los jóvenes y con quienes el orientador se relaciona de manera más directa.

4.1 LOS FACTORES DE LA IDEACIÓN Y LA CONDUCTA SUICIDA

La ideación y el comportamiento suicida es multifactorial y afecta a todos los actores involucrados con la comunidad educativa (estudiantes, docentes, educadores, administrativos de la institución educativa, padres de familia, líderes juveniles y gestores de ciudadanía y convivencia). Para poder realizar una aproximación multidisciplinaria que permita abordar efectivamente esta problemática, es indispensable conocer los factores que se encuentran asociados. Pueden existir muchos más factores y a continuación, se presentan los ocho con mayor relevancia de acuerdo con la literatura científica.

4.1.1 Factor: Bienestar y malestar emocional

El malestar emocional se define como un nivel general de insatisfacción en las diferentes áreas de vida, en la cual predomina el afecto negativo. Éste se encuentra relacionado con la presencia de estados emocionales que las personas evalúan como negativos, desagradables y que les dificultan sentirse a gusto con diferentes aspectos de su vida (González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003, Salazar y Ermengol, 2012).

De acuerdo con Summerton (2004) las circunstancias relacionadas con el sufrimiento (sentimientos, emociones, problemas recientes) al generar malestar emocional, dificultan que las personas puedan encontrar una solución a los problemas que están presentando; lo cual lleva a que tengan una participación menos activa que interfiere en la implementación de un plan de acción que permita aliviar su malestar y solucionar efectivamente sus problemas (Neacsiu, Rizvi y Linehan, 2010).

Por otra parte, el bienestar psicológico se encuentra referido a la experimentación de diferentes niveles de satisfacción general, relacionados con la presencia de emociones que la persona valora como positivas y con la baja interferencia de emociones que las personas valoran como negativas (Vázquez, Hervás y Ho, 2006). Se entiende el malestar emocional como la presencia recurrente de emociones poco agradables que le impiden a la persona disfrutar actividades e interfieren de manera significativa con sus áreas de vida. Las emociones más relevantes son la ansiedad, ira y tristeza, en relación con situaciones de fracaso, rechazo y valoración negativa por parte de los demás.



El bienestar emocional se entiende como la presencia de la alegría en diferentes situaciones relacionadas con la aceptación, el conseguimiento de logros y las valoraciones positivas que realizan las otras personas. Esta perspectiva de malestar y bienestar emocional refleja, especialmente, la visión de cada uno sobre sí mismo y se entiende, fácilmente, su conexión con la metodología RAP ya que es consistente con el momento de pensarse y pensarnos puesto que esa exploración de sí mismo es la que lleva a entender las emociones propias y su relación con las emociones de los demás.

4.1.2 Factor: Estrategias de evitación y afrontamiento

Las personas tienen la posibilidad de utilizar diferentes estrategias para hacer frente a las disímiles situaciones que se les presenten: Dificultades, estados emocionales intensos, y exigencias del entorno, entre otras. De acuerdo con (Lazarus, 2000, Meuret, et al. 2012) los esfuerzos que hace la persona para reflexionar y realizar acciones en torno a una situación problemática se encuentran en constante cambio, cuando dichos esfuerzos están orientados a la solución exitosa de los problemas se habla de habilidades de afrontamiento. Éstas permiten manejar dificultades y resolver problemas. Hay personas que poseen estilos de afrontamiento exitoso, los capacita para enfrentar situaciones para las que no conocen una respuesta previa, llevándolos a ser menos vulnerables; estas habilidades influyen en la cantidad de estrés que percibe y experimenta una persona (Barlow, 2002, Sarason y Sarason, 2006).

De otro lado, se encuentran las estrategias de evitación, la persona puede utilizar tres tipos de evitación: La evitación situacional, tiene como función evitar situaciones específicas. (Craske y Mystkowski, 2006, Hayes, et al. 2011); la evitación cognitiva se refiere a los pensamientos que le permiten a la persona distraerse de lo que está

ocurriendo en el momento presente y así aliviar el malestar (Borkovec, Shadick y Hopkins, 1990, citado por Gonzalez, Ibañez y Cubas, 2006); finalmente, la evitación emocional se encuentra relacionada con acciones -en varias ocasiones, de riesgo- orientadas a disminuir inmediatamente el malestar o las emociones desagradables (Allen, McHugh y Barlow, 2008).

Se entiende la evitación cognitiva como el uso de estrategias de distracción para evitar situaciones específicas; la emocional como comportamientos agresivos e impulsivos orientados a disminuir emociones intensas; y situacional a estrategias orientadas a no tener contacto con las situaciones que generan malestar.

El afrontamiento se entenderá como aquellas estrategias encaminadas a dar solución efectiva de la situación. Este tipo de capacidad cognitiva es la que se utiliza para transformar la realidad ya sea de una manera adecuada como en el afrontamiento o la evitación de las situaciones que ocasionan malestar.

4.1.3 Factor: Satisfacción en las áreas de vida

La calidad de vida implica la identificación de múltiples interacciones tanto objetivas como subjetivas que llevan a la persona a percibir un alto nivel de bienestar. La calidad de vida está relacionada con la satisfacción de necesidades que tiene una persona en relación con una jerarquía que va desde necesidades básicas hasta necesidades de autorrealización; en este sentido, la calidad de vida depende de la percepción que tenga la persona entre las expectativas en relación con la satisfacción de las necesidades mencionadas, y las circunstancias actuales de vida; si se encuentra una discrepancia importante se asume que hay un deterioro en la calidad de vida (Bowling, 2007). De otro lado, se ha asociado la salud y la calidad de vida con el bienestar.

El bienestar implica lograr cierto nivel de confort en diferentes áreas de vida. De acuerdo con OEDC (2011), se pueden establecer 2 indicadores de bienestar: La expectativa de vida y el reporte de satisfacción; este último puede ser evaluado a través de diferentes dimensiones transversales a las áreas de vida.

Se entiende la satisfacción en las áreas de vida, como el grado de confort que experimenta la persona en sus áreas: Familiar, escolar, social, afectiva-sexual, recreativa y espiritual. Esta propuesta se articula con la R.A.P. en el pensarse y pensarnos a partir de que cada uno tiene su propia escala de necesidades y su propia jerarquía para satisfacerlas con mayor o menor premura. De allí que se requiera entendernos (pensarse y pensarnos) para conocer el grado de satisfacción que tenemos en las diferentes áreas de vida.



4.1.4 Factor: Pensamientos positivos y negativos en relación con la vida

De acuerdo con Sue, Sue y Sue (1997) los pensamientos negativos se encuentran relacionados con los síntomas depresivos, los cuales a su vez guardan relación con el riesgo suicida (Bertole, Fleischmann, De Leo y Wasserman, 2003). Beck (2005) propone que, para comprender la depresión, dos de los factores a tener en cuenta son: El auto reporte de las experiencias negativas de la persona (conclusiones y valoraciones) y el contenido negativo de los pensamientos en torno a sí mismo, a los demás y al futuro.

De otro lado, los pensamientos positivos están relacionados con valoraciones con contenido positivo y realista en torno a la concepción de sí mismo, la posibilidad de vínculo con las otras personas y la proyección a futuro de las metas establecidas (Gómez-Maquet, 2007); cuando la persona presenta una valoración realista de la situación, teniendo en cuenta diferentes aspectos y analizando la situación contemplando las cosas tal y como se presentan, tendrán más posibilidades de generar acciones orientadas a objetivos, lo cual disminuirá el riesgo para presentar depresión y comportamiento e ideación suicida (Gutiérrez, Páez, Luciano, S. y Valdivia, 2006).

Es necesario tener en cuenta valoraciones que la persona hace de sí mismo, desempeño, relación con los demás y las expectativas acerca del futuro; se tienen en cuenta valoraciones tanto con contenido negativo, como con contenido positivo. Para generar algún tipo de valoración se requiere que la persona establezca un diálogo con su entorno y con otras personas, diálogo implícito como explícito.

4.1.5 Factor: Estructuración del plan de vida

De acuerdo Bowling (2007), gracias a estudios actuales en salud, se ha logrado una integración de los conceptos de salud, bienestar y calidad de vida; de manera que se puede evidenciar la interdependencia que existe entre ellos. El bienestar está relacionado con una valoración subjetiva que hace a persona en relación con la forma como se acerca o se aleja de las cosas que valora como importantes (Gutiérrez, et al., 2006). A partir de la identificación de los aspectos que son valorados por una persona como significativos para su vida, se pueden estructurar metas a corto, mediano, largo plazo y acciones inmediatas; a este proceso se le llama estructuración de plan de vida (Castro y Díaz, 2002).

Cuando las personas presentan dificultades emocionales que se encuentran relacionadas con la presencia de ideación y comportamiento suicida, suelen ir desestructurando su plan de vida, dado que el malestar emocional es tan intenso e interfiere de manera relevante con las áreas de vida que se comienzan a abandonar las metas y puede presentarse menor grado de actividad y dificultad para planear y ejecutar (Casullo, 2005).

Se entiende la estructuración del plan de vida como la identificación que la persona hace del grado de importancia que da a diferentes aspectos en su vida, como terminar o continuar con los estudios; lograr estabilidad laboral y financiera; dedicar tiempo a actividades recreativas; compartir con personas que son impor-

tantes; organizar actividades y gestionar una vida independiente. Para estructurar el plan de vida, es necesario que una persona ponga en juego lo que sabe, sus valores y jerarquías en juego. A medida que transcurre la vida y que los planes y proyectos se van realizando, aplazando o reestructurando, también cambian aquellos aspectos de la vida que tienen mayor valor para cada uno, lo que hace que el plan en general se modifique.

4.1.6 Factor: Riesgo Suicida

El comportamiento suicida es aquel que se presenta cuando una persona pasa por el proceso de tomar la decisión de acabar con su vida por sus propios medios. El comportamiento suicida implica ideación suicida que es la fase en la cual la persona comienza a contemplar la idea de quitarse la vida; estructuración del plan suicida que corresponde a la fase en la cual la persona comienza a buscar los medios y estrategias a partir de los cuales podría quitarse la vida; intento suicida que se refiere a la presentación de un comportamiento cuya intención es acabar con la propia vida; y consumación que hace referencia al momento en el cual la persona se quita la vida (González, et al. 2003).

El comportamiento suicida se encuentra relacionado con problemas psicológicos como la depresión y la disregulación emocional, es decir, respuestas emocionales pobremente moduladas como la ira, no apropiadas a la situación contextual. (Neece, Berk y Combs-Ronto, 2013).

Se entiende, el riesgo suicida, como el grado en el cual una persona se encuentra más cerca o más lejos de lograr la consumación del acto suicida. Las categorías que se tendrán en cuenta son: Pensamientos de muerte, ideación suicida, planeación, intento suicida, y pensamientos con valoración positiva acerca de la muerte, lo cual hace énfasis en un pensamiento propio relacionado con las posibilidades de muerte.

4.1.7 Factor: Red de apoyo

Una red de apoyo es entendida como una estructura que posibilita la relación entre los miembros que pertenecen a la red, tiene el objetivo de servir de soporte emocional y psicológico. Las redes de apoyo se constituyen como un factor a nivel contextual que puede jugar como factor de protección o factor de riesgo para el comportamiento suicida (Musitu y Cava, 2003). Para que las redes de apoyo funcionen como factor de protección deben cumplirse las siguientes características: Debe ser amplia y efectiva, es decir que cuando se requiera, la red se activa y cumpla con su propósito, debe tener puntos de conexión claros entre los miembros.

Debe tenerse en cuenta que la red de apoyo se constituye como un factor de riesgo cuando es escasa, cuando no se activa, es decir que la persona busca a su red de apoyo en los momentos críticos para dar solución a los problemas o cuando busca soporte emocional. Pero si la red de apoyo no cumple su función; es decir, los miembros de la red no responden a los requerimientos de la persona que busca activarla, entonces la red de apoyo se convierte en un factor de riesgo. (Orcasita, 2010).

Se entiende la red de apoyo como la existencia y grado de soporte que tienen las personas en sus áreas de vida familiar, social, escolar, afectivo. De igual manera se considera importante analizar qué tan activa es la persona para responder a la red de apoyo de los demás. Esta red de apoyo, constituida por personas, permite el diálogo sobre elementos clave de la situación que vive una persona.

4.1.8 Factor: Desesperanza, depresión e ideación suicida

De acuerdo con Toro, Avendaño y Castrillón (2014), la ideación suicida es entendida como todos aquellos pensamientos, imágenes, creencias y reglas relacionadas con la intencionalidad de quitarse la vida. Por otra parte, la desesperanza se encuentra relacionada con la creencia que tiene la persona acerca de la poca posibilidad que hay de que los problemas que se encuentra enfrentando pueden tener alguna solución viable, lo que lleva a que la persona gradualmente vaya disminuyendo sus expectativas sobre el futuro (Wenzel, Brown y Beck, 2009).

Finalmente, la depresión se encuentra referida a una condición de salud mental, en la cual la persona experimenta extrema tristeza; pérdida del interés por la relación de actividades, cambios bruscos en el sueño y la alimentación, pensamientos de culpa, dificultad para concentrarse y la presencia de valoraciones negativas en torno a su auto-concepto y auto-imagen (OMS; 2012).



La metodología R.A.P.

La Secretaría de Educación del Distrito (SED), desarrolló el documento Guía (SED, 2012), en el que plantea el método pedagógico denominado R.A.P. (Reflexión Acción Participación) “a través del cual se busca potenciar procesos de construcción colectiva de conocimientos y saberes” que facilita la participación en relación con la realidad de los diferentes contextos en los que se encuentran las personas. De acuerdo con SED (2012) los momentos fundamentales en la metodología R.A.P. son:

“Pensarse y pensarnos:

Es un momento de sensibilización y reflexión, donde cada sujeto tiene la oportunidad de encontrarse individualmente preguntándose por las propias motivaciones, habilidades, emociones, conocimientos, fortalezas, debilidades, ideales, sueños, utopías, gustos y disgustos; es ahí cuando, el encuentro individual requiere del encuentro con el ‘otro’, con ‘lo otro’ donde se evidencian las relaciones humanas”.



Pensarse y pensarnos



Diálogo de saberes

“Diálogo de saberes:

Este momento permite el diálogo entre las personas. En este momento los actores y actoras reconocen y validan los saberes, las experiencias y los conocimientos de todos y todas y formulan propuestas desde diferentes saberes y miradas frente a las preguntas, necesidades o problemas identificados en el momento anterior, se desarrolla en conjunto y aboga por la construcción colectiva”.

“Transformando realidades:

En este momento se ejecuta el plan establecido, para ello es importante reconocer el papel de la participación de quienes han estado involucrados en los primeros momentos del proceso, pero también convocando a la comunidad educativa en general de tal manera que sean parte activa de la transformación”.



Transformando realidades



Reconstruyendo saberes

“Reconstruyendo saberes:

A pesar de ser denominado como un momento que hace parte de esta ruta, es más un proceso de sistematización de la experiencia que debe pensarse y empezar a realizarse desde el inicio del proceso, para lo cual pueden crearse instrumentos que usen diversos lenguajes y habilidades, por medio de los cuales se puedan registrar las experiencias y presentarlas ante la comunidad”.

Planteamiento del ejercicio

Con toda la información anterior sobre los factores de la ideación y la conducta suicida y los momentos de la metodología R.A.P., escriba la relación que usted considera existe en cada cruce de casillas del siguiente cuadro:

Factor	Pensarse y pensarnos	Diálogo de saberes	Transformando realidades	Reconstruyendo saberes
Bienestar y malestar emocional				
Estrategias de evitación y afrontamiento				
Satisfacción en las áreas de vida				
Pensamientos positivos y negativos en relación con la vida				
Estructuración del plan de vida				
Riesgo Suicida				
Red de apoyo				
Desesperanza, depresión e ideación suicida				

4.2 ¿CUÁLES DE ESTOS FACTORES SE ENCUENTRAN EN MI ENTORNO?

Acabamos de conocer lo que dicen algunos autores en relación con el suicidio y los factores que se asocian a la conducta suicida. Es tiempo de poner en diálogo lo que ellos saben y han estudiado y lo que vivimos a diario en el colegio y lo que hemos aprendido de nosotros mismos.

Planteamiento del ejercicio

Hagamos una pequeña lista de la jerarquía de esos factores en nuestro medio, en el colegio.

- ¿Sabemos algo sobre cómo esos factores se encuentran en nuestro colegio?
- ¿Conocemos los planes de vida de nuestros estudiantes?
- ¿Qué tanto sabemos de las capacidades y estrategias de los estudiantes del colegio para afrontar las problemáticas de sus vidas?
- ¿Conocemos si los estudiantes con riesgo suicida o con ideación suicida utilizan más la evitación que el afrontamiento?
- ¿Cuál es el factor que más podría contribuir a generar la posibilidad de ideación y conducta suicida en el colegio?
- ¿Hay algún otro factor, distinto a los mencionados, que exista en mi colegio y que podría considerarse relacionado con el suicidio?
- ¿Qué otra pregunta me podría plantear para entender un poco más y comprender más la realidad de mi colegio?



Es importante que pueda profundizar en la realidad que vivimos; en el contexto en el que se desarrollan nuestras vidas; y reflexionar sobre las capacidades que tengo para afrontar esa realidad.

Es el momento de escribir un pequeño ensayo en el que describamos la realidad del colegio en relación con el problema del suicidio. Para hacerlo se pueden seguir los siguientes pasos:

1. Seleccione un tema específico.
2. Describa cómo se vive ese tema en el colegio.
3. Describa las capacidades que se requieren para superar el problema planteado.
4. Sugiera algunas formas para desarrollar las capacidades que se mencionaron.



5. LA VIDA DE LOS OTROS

Ya se tiene suficiente información sobre nosotros y el entorno o ámbito escolar en el que vivimos, aunque siempre será posible aumentar la información y profundizar en ella. Es posible que podamos conversar con otras personas para compartir ideas y experiencias sobre el tema:

- Las experiencias y vivencias de los demás sobre el tema del suicidio son importantes para profundizar y aclarar las ideas, además de reconstruir el saber que tenemos al respecto y las emociones que podríamos compartir.
- Busquemos una persona, un compañero, un docente, un padre o madre de familia, el orientador u orientadora del colegio, un estudiante, con quien podamos compartir nuestros saberes y emociones en relación con el suicidio.
- Preguntémosle sobre su experiencia y contémosle la nuestra.
- Dialoguemos y profundicemos en los aspectos que revisten mayor interés para ambos.





6. RECONSTRUYAMOS EL RÍO DE LA VIDA

Hemos abordado el tema de la vida y su contraparte el tema del suicidio desde diversas perspectivas y hemos conocido la experiencia de otras personas. El río de la vida que planteamos inicialmente debe haber cambiado, por lo menos para nuestro futuro mediano e inmediato. Para este momento disponemos de un mayor número de herramientas y hemos mejorado algunas de las que ya teníamos, nuestro conocimiento y saber es mayor y más profundo sobre el tema. Tenemos muchos elementos para comunicarle al mundo nuestras ideas para prevenir el fenómeno del suicidio y nuestras ideas para fortalecer la perspectiva de la vida.

Planteamiento del ejercicio

Diseñemos y desarrollemos un mensaje. Este mensaje puede ser escrito o simbolizado de alguna manera. Debe transmitir una idea clara relacionada con las acciones, herramientas y capacidades que podemos utilizar para proponer alternativas en relación con:

a.

Información que permita prevenir la ideación o conducta suicida.

b.

Acciones lúdicas que puedan implementarse para conocer a los demás y a nosotros mismos, sus emociones, sus conocimientos, sus sentimientos.

e.

Acciones que contribuyan al desarrollo de capacidades.

c.

Acciones de apoyo a individuos o grupos de individuos (como la familia) en relación con el tema del suicidio.

d.

Acciones de afrontamiento para elevar la vida al nivel que requiere.

Si está de acuerdo con que otras personas conozcan sus propuestas, suba los archivos correspondientes a la siguiente página web
<http://ciudadania.educacionbogota.edu.co/>

Su participación es muy importante para la Secretaría de Educación del Distrito,
pues otras personas se pueden beneficiar de sus planteamientos.



BIBLIOGRAFÍA

Allen, L.; McHugh, R. & Barlow, D. (2008). Emotional Disorders: A Unified Protocol. En Barlow, D. Clinical handbook of psychological disorders: Step by step treatment manual. New York: The Guilford Press.

Avendaño, BL., Vargas, NM., Cajicá, M., Herrera, K., Morales, A y Rodríguez, L (2014) Caracterización Socio-demográfica Y Del Hecho De Un Grupo De Personas Que Han Presentado Conducta Suicida. Trabajo de grado, Universidad Católica de Colombia.

Barlow, D.H. (2002). The origins of anxious apprehension, anxiety disorders, and related emotional disorders: Triple vulnerabilities. En D.H. Barlow. Anxiety and its disorders. 2a. Edition. Nueva York: Guilford, pp. 252-291.

Beck, J. S. (2005). Cognitive therapy for challenging problems: what to do when the basics don't work. New York: The Guilford Press.

Bertole, J., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2003). Suicide and mental disorders: Do we know enough? British Journal of Psychiatry, 183, 382-383.

Bowling, A. (2007). Quality of life Assessment. En S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.) Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (pp. 319-321). Cambridge: Cambridge University Press.

Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico. En V.E. Caballo, I.C. Salazar y J.A. Carroble. Manual de Psicopatología. Madrid: Pirámide.

Castro, S. y Díaz, M. (2002). Objetivos de vida y satisfacción vital en adolescentes españoles y argentinos. Psichotema, 14(1), 112-117.

Casullo, M. (2005). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: Una urgencia social. Anales de investigación, 12, 173-182.

Cendales, R., Vanegas, C., Fierro, M., Córdoba, R., & Olarte, A. (2007). Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. Revista Panamericana de Salud Pública, 22(4), 231-238.



Craske, M.G. y Mystkowski, J. L. (2006). Exposure therapy and extinction: Clinical studies. En Craske, M. G., Dirk, H. & Debra, V. (Eds). Fear and learning: From basic processes to clinical implications. Washington, DC, US: American Psychological Association, DOI: 10.1037/11474-011.

Fuentes, M., González, A., Castaño, J., Hurtado, C., Ocampo, P., Páez, M., Pava, D. y Zuluaga, L. (2009). Riesgo Suicida y factores relacionados en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia). 2007- 2008. Archivos de Medicina. 9(2), 110-122

Gómez-Maquet, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. Revista Latinoamericana de Psicología, 39(3), 435-447.

González, F., Ramos, L., Caballero, G. y Wagner E. (2003). Correlatos psicosociales de depresión: ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. Psychotema, 15(4), 524-532.

Gutiérrez, M., Páez, B., Luciano, S. y Valdivia, S. (2006). ACT y la Importancia de los Valores Personales en el Contexto de la Terapia Psicológica. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 6(1), 1-20.

Macana, N. L. (2011). Comportamiento del suicidio en el 2011, FORENSIS. Bogotá, D.C., Colombia.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Meuret, A., Wolitzky-Taylor, K., Twohig, M., Craske, M. (2012). Coping skills and exposure therapy in panic disorder and agoraphobia: Latest advances and future directions. Behavior Therapy, 43, 271-284.

Ministerio de la Protección Social. (2005). Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. Cali, Colombia: Ministerio de la Protección Social - Fundación FES Social y Graficas Ltda.

Musitu, G. y Cava, M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. Intervención Psicosocial, 12(2), 179-192.

Neacsiu, A., Rizvi, S. y Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. Behaviour Research and Therapy, 48, 832-839.



Neece, C., Berk, M. y Combs-Ronto, L. (2013). Dialectical behavior therapy and suicidal behavior in adolescence: linking developmental theory and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(4), 257-265.

OECD (2011). Compendium of OECD well-being indicators. Recuperado el 14 de julio de 2011 de la página http://www.oecd.org/document/28/0,3746,en_2649_201185_47916764_1_1_1_1,00.html (p. 4, 20, 37).

Oliveros, E. (2007). Perspectiva conductual. Conducta suicida, su tipología y forma de medición. En Sánchez Medina, G. (comp.). *El Suicidio y su Prevención*. (pp. 233-240) Bogotá. Academia Nacional de Medicina.

Orcasita, P. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances en la disciplina*, 4(2), 69-82.

Organización Mundial de la Salud OMS. (2012, Mayo 10). El suicidio, un problema de salud pública enorme y, sin embargo, prevenible, según la OMS 2004. Recuperado el 15 de Julio de 2015. Disponible en: WHO: www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/

Pérez-Olmos, I., Ibáñez-Pinilla, M., Reyes-Figueroa, J., Atuesta-Fajardo, J., & SuárezDíaz, M. (2008). Factores Asociados al Intento Suicida e Ideación Suicida Persistente en un Centro de Atención Primaria. Bogotá, 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 71-84.

Salazar, J. y Ermengol, F. (2012) *Malestar emocional: Manual práctico para una respuesta en atención primaria*. Generalitat. Doncellería de Sanitat: Valencia- España.

Toro, R., Avendaño, B. & Castrillón, D., (2014). Diseño y análisis psicométrico del inventario de desesperanza e ideación suicida "IDIS". Tesis de maestría en el programa de Maestría en Psicología con énfasis en psicología clínica. Bogotá: Biblioteca Universidad Católica de Colombia.

SED. 2012. Equipo del Área Temática Cuidado y Autocuidado de la Secretaría de Educación del Distrito (SED). *Guía para la promoción del cuidado y el autocuidado en los colegios distritales* (SED, 2012),



Sue, D., Sue, D. y Sue, S. (1997). Comportamiento anormal. México: McGraw-Hill.

Summerton, N. (2004). Making a diagnosis in primary care: Symptoms and context. *British Journal of General Practice*, 54, 570-571.

Vázquez, C., Hervás, G y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.

Wenzel, A., Brown, G. y Beck, A. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients. Scientific and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.

WHO, World Health Organization. (2012). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

