

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA
SOBRE EL SUICIDIO EN NIÑOS.**

CARLOS ANDRÉS INSANDARA RUANO. ID: 362962.

WILSON FERNANDO MONROY LONDOÑO. ID: 369801.

DANIELA VALDERRAMA CAÑÓN. ID: 369925.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM.

FACULTAD DE SALUD.

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA.

SANTIAGO DE CALI.

2020.

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA
SOBRE EL SUICIDIO EN NIÑOS.**

CARLOS ANDRÉS INSANDARA RUANO. ID: 362962.

WILSON FERNANDO MONROY LONDOÑO. ID: 369801.

DANIELA VALDERRAMA CAÑÓN. ID: 369925.

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGOS.

DIRECTOR DE TESIS: RICARDO URRUTIA.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM.

FACULTAD DE SALUD.

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA.

SANTIAGO DE CALI.

2020.

NOTA DE ACEPTACION

EVALUACIÓN	
Valoración cuantitativa:	<input type="text" value="4.0"/>
Valoración cualitativa:	
APROBADO	<input checked="" type="checkbox"/>
NO APROBADO	<input type="checkbox"/>

Aprobado por el comité de grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la universidad Católica Lumen Gentium para optar al título de psicólogos.

Revisado por:

Nathalia Gordillo C.

Natalia Gordillo Calderón

Firma del jurado 1

Martha Isabel Rada Cruz

Martha Isabel Rada Cruz

Firma del jurado 2

Santiago de Cali, 27 de mayo de 2020

TABLA DE CONTENIDO.

INTRODUCCIÓN.....	1
CONTEXTUALIZACIÓN.	4
1. MARCO REFERENCIAL.....	5
REPRESENTACIONES SOCIALES.	5
REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SUICIDIO.	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
3. JUSTIFICACIÓN.....	27
4. OBJETIVOS.....	30
OBJETIVO GENERAL.	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
5. MARCO TEÓRICO.....	31
REPRESENTACIONES SOCIALES.	31
REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SUICIDIO.	38
6. MARCO JURÍDICO.	46
6.1. MARCO ÉTICO/ DEONTOLÓGICO, BIOÉTICO.	48
7. MARCO METODOLÓGICO.	50
7.1 PARADIGMA.	50
7.2 MÉTODO.....	50
7.2.1. PERSPECTIVA.....	50
7.2.2. TIPO.	51
7.2.3. DISEÑO.....	52
7.3. CATEGORÍAS.....	52
7.4. MUESTRA.....	53
7.5. INSTRUMENTO.	54

7.6. PROCEDIMIENTO.....	59
7.6.1. FASES.	60
7.6.2. TRATAMIENTO DE DATOS.....	60
8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	62
REPRESENTACIONES SOCIALES.....	63
REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SUICIDIO.....	72
9. CONCLUSIONES.....	83
10. RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS.....	88
ANEXOS.....	93
VALIDACIONES DE JURADOS EXPERTOS.....	93
REJILLAS DE ANÁLISIS.....	97
INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	112
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN.....	117
CONSENTIMIENTO DEL SUJETO Q.....	119
CONSENTIMIENTO DEL SUJETO GI.....	120
CONSENTIMIENTO DEL SUJETO J.....	121
CONSENTIMIENTO DEL SUJETO GA.....	122
CONSENTIMIENTO DEL SUJETO A.....	123
GRUPO FOCAL.....	124
CRONOGRAMA.....	150

LISTA DE TABLAS.

Tabla 1	55
Tabla 2	63
Tabla 3	97

RESUMEN.

El presente trabajo investigativo tiene como objetivo principal conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños entre los 7 a 11 años. Para alcanzar este objetivo se tuvo en cuenta las categorías: representaciones sociales, y representaciones sociales del suicidio. La investigación es de tipo descriptivo, con una perspectiva cualitativa y con un paradigma construccionista. La recolección de los datos se realizó por medio de la técnica grupo focal, con un diseño fenomenológico-experimental y de corte transversal. Se desarrolló en la ciudad de Cali-Colombia, en la sede de Meléndez. La población participante, están en un rango entre 21 y 31 años cabe resaltar que este grupo estuvo conformado por tres mujeres y dos hombres. Los cuales se encuentran en periodo de sus prácticas profesionales, en áreas clínicas y educativas con niños.

En los resultados se encontró que los estudiantes de psicología consideran que el contexto social de los niños de 7 a 11 años es un factor fundamental para que se puedan generar conductas suicidas, pues, consideran que factores internos como una patología de base es una comorbilidad importante, sin embargo, plantean que influye más un entorno vulnerable. También, se halló que dentro las representaciones sociales de los estudiantes no tienen claridad acerca de conceptos claves acerca del suicidio infantil, por ende, poseen pocas herramientas para intervenir en casos de esta índole.

Palabras clave: Representaciones sociales, suicidio en niños, prácticas profesionales, contexto social.

ABSTRACT.

The main objective of this research work is to understand the social representations of a group of psychology students from Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium on suicide in children between 7 and 11 years old. To achieve this objective, the previous categories were taken into account: social representations, suicide in children and social representations of suicide. The research is descriptive, with a qualitative perspective and with a constructionist paradigm. Data collection was carried out by means of a semi-structured interview, with a phenomenological-experimental design and with a cross section. It was developed in the city of Cali-Colombia, in the Melendez campus. The participating population, are in a range between 22 and 33 years, it should be noted that this group was made up of three women and two men. Which are in period of their professional practices, in clinical and educational areas with children.

In the Results, it was found that psychology students consider that the social context of children from 7 to 11 years old is a fundamental factor for whether or not suicidal behavior is generated, since they consider that internal factors such as a base pathology are an important comorbidity. However, they argue that a vulnerable environment has more influence. It was also found that within the social representations of the students they are not clear about key concepts about child suicide, therefore, they have few tools to intervene in cases of this nature.

Key words: Social representations, suicide in children, professional practices, social context.

INTRODUCCIÓN.

El suicidio es una problemática social que cobra la vida de miles de personas diariamente en todo el mundo, este no discrimina en edad, sexo, raza, clase social o cultura. Además su aparición es de carácter multifactorial, ya que está inmerso en todos los campos de interacción en los que se relaciona el ser humano, haciendo referencia a; lo social, lo cultural, lo familiar, y lo personal. También en áreas como; la salud, la educación, el trabajo, la economía y la política. Dicho lo anterior, se encuentra que dentro de estas redes de interacción social latentemente los individuos pueden llegar a gestar una ideación o consumación del suicidio.

De igual forma, el suicidio poco a poco se ha ido expandiendo en la sociedad a tal punto, que ahora no solo los jóvenes y adultos se quitan la vida, sino que también los niños comenzaron a ser parte de este flagelo. Dentro de las causas que conllevan a que un niño pueda llegar al suicidio o que intente hacerlo, se encuentran varios factores como; el factor económico, debido a que la percepción de la pobreza que pueda llegar a tener el niño es tan estructurada, que sentirá que es una carga para su familia y deseara alivianar esa obligación. Después, la escuela, pues es una institución que puede llegar a generar conductas de violencia física o psicológica hacia un infante y estas repercutir de manera drástica en la vida de él, que lo lleven a tomar decisiones imperiosas. Por último, la familia, ya que, es su círculo de socialización primaria y en este contexto el acompañamiento es fundamental y si este contexto se torna vulnerable, influirá de manera perjudicial en la vida del niño. En efecto, los factores anteriormente mencionados son los más precipitantes, claro está que existen otras causas que se esclarecerán más adelante en el documento, que también influyen a la hora de un suicidio.

Cabe resaltar, que hablar de suicidio en infantes es casi un tabú, pues la gran mayoría de las personas no contemplan “posible” que un niño piense en quitarse la vida, ya que, sus representaciones respecto a la muerte, esta sedimentadas bajo un panorama de que este suceso solo se puede dar en la vida adulta. De acuerdo a Santos y Melo (2016), se habla poco acerca del suicidio en los infantes, pero lo que sí se destaca, es que la edad en el que se vienen cometiendo estos actos está disminuyendo cada vez más. Lo mencionado anteriormente, permite resaltar lo poco que se tiene en cuenta este fenómeno en los individuos de temprana edad.

Es por eso, que es importante que los estudiantes de psicología próximos a graduarse conozcan sobre el suicidio, ya que dependiendo del conocimiento que ellos tengan de esta problemática, así mismo será el impacto que generara su rol como futuros profesionales de la salud, a nivel del abordaje con pacientes que puedan presentar ideaciones suicidas. Asimismo, de la responsabilidad jurídica

que implica atender casos relacionados al suicidio. Además, se pretende conocer cuáles son sus representaciones sociales sobre esta problemática, ya que, estudiar el fenómeno del suicidio ha tenido un fuerte impacto en los procesos de intervención clínica en contextos de la práctica psicológica y tienen que ver con la manera en que los profesionales de la salud, representan el suicidio en niños.

Ahora bien, la manera en la que se va a abordar a los estudiantes frente al suicidio en niños, es a partir de las representaciones sociales pero ¿Qué son las representaciones sociales?, en términos generales las representaciones son una de las formas que tiene el ser humano para poder interpretar y comprender el mundo que le rodea, pues estas se originan a partir de las experiencias propias de la vida cotidiana, además se pueden crear y potenciar a través de la interacción entre las personas, por esto la educación, la comunicación social y todas las formas que permitan la transmisión de información son promotoras y creadoras de las representaciones sociales, con la finalidad de dar sentido a creencias, ideas, mitos y opiniones que forman un significado colectivamente entre las personas.

En ese orden de ideas, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo central conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de decimo semestre de Unicatólica sobre el suicidio en niños entre los 7 a 11 años. Para lograr este objetivo se tuvo en cuenta las siguientes categorías: Representaciones sociales y representaciones sociales del suicidio. Las cuales se definieron después de una búsqueda exhaustiva y detallada en bases de datos, artículos científicos, libros y repositorios de distintas universidades.

En complemento, se precisó que el estudio es de tipo descriptivo, ya que, les permitió a los investigadores hacer una descripción detallada de las diversas representaciones sociales de los participantes, acerca del fenómeno del suicidio infantil. Además, con una perspectiva cualitativa y con un paradigma construccionista. Dado que, se piensa que estos elementos permiten conocer los discursos singulares de los actores de esta investigación, en efecto, es de suma importancia la estructura de pensamientos, imaginarios, y creencias que estos poseen, debido a que en el momento en que se propicie el espacio para la exploración de sus representaciones sociales, el colectivo se va a nutrir de todas y cada una de las diferentes experiencias de los participantes. Paralelamente se decidió que el diseño es fenomenológico-experimental, con un corte transversal, ya que, se ejecutó en un periodo corto de tiempo.

Con base en lo anterior, la recolección de los datos, se desarrolló en la ciudad de Cali-Colombia, en la sede de Meléndez, de Unicatólica. Esto, por medio de la técnica del grupo focal, la población participante oscila en un rango de edad entre los 21 y 31 años. Cabe resaltar que este grupo estuvo conformado por tres mujeres y dos hombres, los cuales se encontraban en periodo de sus prácticas profesionales, en áreas clínicas y educativas con niños. Finalmente, en los resultados se halló que los estudiantes de psicología establecen que un contexto social vulnerable, puede impactar de manera relevante en las conductas suicidas

de los niños de 7 a 11 años. Por otro lado, consideran que factores internos como una patología de base es una comorbilidad importante, sin embargo, reconocen el entorno del niño como un factor más influyente. También, se encontró que los estudiantes de psicología manifestaron que no poseían tanta claridad acerca de conceptos claves acerca del suicidio infantil, por ende, poseen pocas herramientas para intervenir en casos de esta índole. Después, en la discusión, se encontraron factores como las libertades individuales y el peligro del uso de redes sin supervisión en los niños, también se discutió sobre los factores internos y externos, que podrían generar conductas suicidas en los niños, y de los factores protectores que podrían evitar que se generen este tipo de comportamientos. Por último se habla de la poca información que poseen los estudiantes frente a las concepciones de muerte y suicidio que pueda tener un niño. Finalmente, en las conclusiones, se habló de nuevo de la falta de herramientas por parte de los estudiantes frente a la problemática y de que las pocas que tenían las habían adquirido en sus prácticas profesionales, y que sus intervenciones están guiadas por medio de sus enfoques disciplinares, ya que de estos poseen bases sólidas.

CONTEXTUALIZACIÓN.

El contexto en el cual se realizará esta investigación es en la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (Unicatólica), que es una institución sin ánimo de lucro, la cual busca brindarle la oportunidad de acceder a la educación superior y de calidad a personas de estratos bajos y medios a partir de costos asequibles y moderados. La universidad tiene como misión formar a sus estudiantes a la luz de los valores cristianos, permitiéndoles tener una perspectiva más humana del contexto social en el que se encuentran. Unicatólica actualmente posee siete sedes las cuales son: sede Pance, sede Meléndez, sede Centro, sede Compartir, sede Alfonso López, sede Jamundí y la sede Yumbo; de las cuales la sede Pance y Meléndez tienen adscrito el programa de psicología en el horario diurno y nocturno. Otro aspecto a tener en cuenta es que la universidad además de la carrera de psicología cuenta con otros 14 programas de formación profesional dentro de los cuales se puede encontrar comunicación social y periodismo, derecho, trabajo social, ingeniería industrial, ingeniería de sistemas, entre otros.

La facultad de psicología cuenta aproximadamente con 950 estudiantes, distribuidos en los 10 semestres que ofrece la universidad, donde cabe resaltar que el tiempo dedicado para la formación profesional de psicología es de 5 años.

Para la elaboración de la investigación se escogió una pequeña muestra de estudiantes pertenecientes al programa de psicología, a partir de la población total de estudiantes que tiene la universidad adscritos a sus diferentes carreras de formación, esta muestra está compuesta por estudiantes de psicología de decimo semestre cuyas edades están en un rango entre los 21 y 31 años. Cabe resaltar que 2 de los participantes desarrollan sus prácticas profesionales desde el campo clínico-educativo en la Fundación Anhelos de Vida, donde trabajan con niños y adolescentes en el área de oncología cuyas edades oscilan entre los 7 y 15 años, otro de los participantes realiza también sus prácticas en el ámbito clínico-educativo en el Instituto para Niños Ciegos y Sordos donde trabaja con niños con edades alrededor de los 4 a 12 años, los últimos dos participantes realizan prácticas en el campo clínico en la ESE Norte, ellos manejan todo tipo de población desde niños hasta adultos mayores; sin embargo esto quiere decir que son quienes menos contacto han tenido con niños en el desarrollo de sus prácticas profesionales.

El lugar donde se realizó la recolección de información fue en Unicatólica sede Meléndez, se desarrolló un grupo focal que tuvo la duración de una hora y media, en donde se logró recolectar cuales fueron las representaciones sociales que tienen estos estudiantes frente al fenómeno de suicidio en niños de 7 a 11 años.

1. MARCO REFERENCIAL.

ESTADO DEL ARTE:

Es importante para este proyecto hacer una revisión detallada de la literatura para esclarecer los diferentes conceptos como representaciones sociales, suicidio en niños, y representaciones sociales del suicidio, ya que son los temas centrales de los que se va a hablar en esta investigación.

REPRESENTACIONES SOCIALES.

En la investigación de Vergara (2008), “La naturaleza de las representaciones sociales” se realiza una revisión teórica abordada desde la psicología social por los autores Moscovici y Jodelet, los cuales plantean que las representaciones sociales son la guía para interpretar la realidad y la comprensión entre seres humanos, debido a que estas se originan en la vida cotidiana de una forma espontánea para dar sentido a creencias, ideas, mitos y opiniones, generando un significado colectivo donde se crean relaciones de interacción y contacto con los discursos que circulan en el entorno.

Por consiguiente, se encuentra que los seres humanos constantemente en su entorno están interactuando con diferentes representaciones sociales, sin siquiera percatarse de esto. Por ende, la investigación de Vergara (2008), aporta una perspectiva del panorama más amplio acerca de la naturaleza de las representaciones sociales, que habla de su formación y naturaleza, esto surge dentro de las propias experiencias del ser humano, en los diferentes modelos de pensamiento que la tradición hereda de generación en generación, nacen también de la educación, la comunicación social y en la formación de las nuevas tecnologías, que transmiten constantemente diversidad de información, por lo tanto, este modo de conocimiento es elaborado y compartido para comprender y explicar los hechos e ideas que se encuentran en una sociedad.

Cabe resaltar, que Vergara (2008), expresa que uno de los orígenes de las representaciones sociales son los vacíos o quiebres culturales. Cuando estos quiebres acontecen, es necesario encontrar nuevas coordenadas para “leer” la realidad social. Es casi como si estas representaciones sociales fueran una necesidad no solo para compartir ideas, creencias y opiniones que se tienen del mundo social. Sino que, para la propia construcción de la realidad de las

personas, para un entendimiento más certero de todo aquello que los rodea. No obstante, la característica más importante será la de su construcción en colectivo por los diferentes actores sociales.

Por otra parte, los autores Ballesteros, Gutiérrez-Malaver, Martínez, Medina, Sotelo y Bouquet (2010), desarrollan la investigación: “una mirada desde la teoría de las representaciones sociales”. Este estudio plantea que el suicidio ha sido analizado desde diferentes perspectivas como, psiquiátricas, antropológicas, médicas, y psicoanalíticas, entre otras. Mostrando lo complejo que es el suicidio, debido a que hay múltiples factores que influyen en este fenómeno, por ende, hay una imposibilidad de hablar de solo una teoría. Además, lo que plantea esta investigación es analizar de manera mucho más general, en contextos específicos el fenómeno del suicidio, intentando encontrar el trasfondo individual, simbólico y práctico en las representaciones sociales que poseen los jóvenes, permitiendo ilustrar mitos, creencias, experiencias, sentidos y acciones socialmente construidas, ante la idea de su propia muerte, también, esta teoría permite integrar la visión general del mundo de los jóvenes para entender su realidad convirtiéndose en una herramienta relevante para la interpretación por medio de las diferentes intersubjetividades. El objetivo de esta investigación es realizar una reconstrucción teórica del fenómeno del suicidio desde la teoría de las representaciones sociales de jóvenes estudiantes de las universidades sur colombianas, entre estas la universidad de Neiva y la Nacional de Colombia. Cabe destacar, que el instrumento principal fue el grupo focal para la recolección de la información.

Siguiendo la vía de las representaciones sociales del suicidio, se presenta la investigación del autor Rodríguez (2010), llamada “Caracterización de las funciones ejecutivas (planeación, control inhibitorio y flexibilidad mental) y representaciones sociales de suicidio en personas con historia de intento de suicidio” que menciona temas clínicos y neurológicos como; las funciones ejecutivas, pero también, se va a relacionar con las representaciones sociales del suicidio. Su muestra de estudio estuvo formada por cuatro pacientes con previo ingreso al servicio de urgencias del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo por diagnóstico de intento de suicidio.

A continuación, centrándose más en los resultados y su análisis, se puede hallar algunos de los factores de riesgo que se encontraron en los cuatro sujetos, estos son: riesgo en medio ambiente psicosocial, haciendo hincapié en la aparición de situaciones generadoras de estrés en la infancia como ausencia de la figura paterna, problemas familiares por drogodependencia, violencia intrafamiliar, experiencias de terrorismo y/o castigos físicos y/o psicológicos severos.

Cabe destacar, que lo referente a las representaciones sociales del suicidio que tienen los sujetos están guiadas por dificultades en la resolución de problemas, la cual es una de las funciones ejecutivas que tienen los seres

humanos, por ende, las representaciones sobre el suicidio no difieren mucho después de haber presentado un intento suicidio, debido a que los sujetos presentan comportamientos perjudiciales para la salud física y mental, ya que presentan juicios de valor egodistónicos, los cuales son pensamientos, valores y sentimientos que están en conflicto, tanto de sí mismo, como del grupo social y del suicidio como tal. También, se acompaña de la actitud del sujeto ante el comportamiento suicida, en especial y de manera significativa una actitud desadaptativa antes y después del intento de suicidio y en menor grado una actitud adaptativa después del intento de suicidio.

Un dato importante que se halla en esta investigación y que es relevante para el desarrollo de la investigación de las representaciones sociales de los estudiantes de psicología de decimo semestre sobre el suicidio en niños, es que uno de los factores protectores en el intento suicida, es la accesibilidad a la atención clínica e intervención social, lo cual deja a los psicólogos como principal ente de favorecimiento a la hora de evitar un suicidio, y se hará relevante el conocimiento que tengan estos de una problemática como el suicidio.

Siguiendo con las representaciones sociales y enfatizando ahora en los conocimientos elaborados y compartidos, llega Alasino (2011), con un texto descriptivo acerca de las representaciones sociales y el uso de estas en el campo educativo, de donde se tomará en cuenta de este texto los conceptos utilizados y su aplicación. Empezando por las representaciones sociales, que no son sólo un conocimiento socialmente compartido y elaborado, sino que, a su vez conforman un tipo de conocimiento práctico. Por lo tanto, no hablaremos solo de expansión de la representación social, sino también de que estas cumplen dos funciones principales: La primera es posibilitar a los individuos dominar y dar sentido al mundo físico y social; La segunda es habilitar la comunicación mediante códigos compartidos que permiten nombrar y clasificar aspectos del mundo social, estas representaciones serán quienes guiarán la visión particular de los individuos. En este sentido cada representación social puede ser también influenciada por el lugar o posición ocupado por el individuo en el mundo social, por ello se habla de que las elaboraciones individuales son particulares. Y es precisamente por el hecho de que existe este “espacio” para la creación individual, que las representaciones son dinámicas, además estas representaciones sociales responden a un objeto particular, estas no son ideas, o imágenes aisladas, sino construcciones sistemáticas.

Continuando un poco la línea planteada por Alasino (2011), con relación al sentido que tiene la representación social para elaboración del entendimiento particular del mundo, enfocándolo un poco más desde la perspectiva del suicida, se encuentra los aportes brindados por Hernández (2013), en su investigación las representaciones sociales sobre el “último discurso” del suicida, se centra en reconocer las diferentes representaciones sociales de los pobladores de la subcomisaría de Chichí Suárez, México, acerca de la percepción de cada individuo

respecto al suicidio, el suicida, su última comunicación y las costumbres de la población después del acto suicida. En esta población percibe al suicida como una persona que deja entrar al demonio a la comunidad; sin embargo, sus familiares lo ven como una víctima del diablo, las representaciones sociales de esta comunidad tienen una conexión estrecha con sus valores y necesidades. Más adelante, ven el último discurso del suicida y lo interpretan desde hechos físicos como llanto, sangre, etc., después del deceso de la persona. A cada uno de estos sucesos fisiológicos le han determinado un significado de acuerdo con su experiencia y conocimientos previos, los cuales constituyen una representación del entorno.

En esta investigación se llega a la conclusión que las representaciones sociales elaboradas en esta comunidad a partir del “último discurso” del suicida sirven para: “mantener el equilibrio socio-cognitivo y estabilidad emocional del círculo cercano de parientes y amigos, además de orientar el comportamiento de las personas reforzando su pertenencia a la comunidad” (Hernández, 2013, p. 27). Es así, como el suicidio genera un impacto a la comunidad generando una representación social según la religión, los valores y las creencias previas.

Por otra parte, y siguiendo la línea propuesta por Vergara (2008), en lo que refiere a los orígenes de las representaciones sociales, se encuentra Velázquez (2013), manifestando que estas representaciones se tejen en el intercambio social entre seres humanos sin siquiera percatarse y lo presenta con su investigación “Las representaciones sociales, los imaginarios sociales y urbanos: ventanas conceptuales para el abordaje de lo urbano”. En donde hace una descripción de la teoría de Serge Moscovici y retoma varios postulados de él para explicar lo que son las representaciones sociales. Menciona que para Moscovici las representaciones se crean en sociedad a partir de las interacciones e intercambios entre individuos, siendo esto lo que le otorga el carácter social, es decir, que para que se cree una representación social, primero tiene que haber una comunicación o interacción entre dos o más individuos que posteriormente comenzarán a proliferar esa información creada hasta el punto de convertirse en una representación social.

Inclusive, se muestra que las representaciones sociales, no solo se crean en colectivo, sino también en individual y que esto será tan importante, como su construcción en grupo. Debido a la dinámica generada de la propia construcción de la realidad. Lo cual se relaciona con la línea de investigación de Castorina (2016), quien va a hablar sobre la significación de la teoría de las representaciones sociales para la psicología en donde señala su importancia, del mismo modo que en la investigación de Alasino (2011), donde estas investigaciones convergerán en el aspecto de la creación de las diferentes representaciones sociales en el contexto de la cotidianidad, en donde la participación de un sujeto en la cultura tendrá la relevancia de una nueva construcción de su realidad

Complementando lo anterior en esta investigación de Castorina (2016), se le da cabida a la intervención en psicología, especialmente al desarrollo y la educación, en donde se va a señalar el rol de los psicólogos, en el proceso de la aceptación de las creencias y las prácticas sociales tal como son o de transformarlas a través de su propia intervención. Lo cual le dará un peso significativo a la profesión de la psicología, asumiendo que, mediante la intervención, los psicólogos serán capaces de hacer que esas representaciones sociales se modifiquen.

Para concluir, en esta investigación se encuentra el interés de la aplicación de las representaciones sociales en el área educativa. Ya que ambas señalan la importancia de las representaciones en este contexto por varias razones. En primer lugar, desentrañar cuáles son las representaciones que construyen los actores de la comunidad educativa, que permite interpretar los sentidos que se adjudican al espacio y los procesos educativos. En segundo lugar, cuáles son las representaciones sociales que permiten acceder a la subjetividad de los actores sin perder de vista los aspectos institucionales, y, por último, se señalan cuestiones de reflexión crítica frente al uso disociativo de las representaciones sociales en las diferentes disciplinas psicológicas compatibles y la importancia que tiene el lenguaje como medio de interacción entre seres humanos que construyen su realidad a partir de estos intercambios sociales.

Por último, en esta categoría tenemos una indagación más actual por parte del autor Pistolesi (2019), con la investigación llamada, "Representaciones sociales y discursos: revisión del debate desde una perspectiva dialógica". Donde este autor, nos va a hablar acerca de la teoría de las representaciones sociales y como esta se presentan como un medio para abordar los conocimientos prácticos socialmente construidos y compartidos intersubjetivamente mediante los cuales las personas construyen significados sobre sí mismo y sobre los otros. Cabe destacar, que su indagación está centrada también en dilucidar desde una perspectiva dialógica, algunas discusiones de las representaciones sociales. En primera instancia; la naturaleza homogénea de las representaciones sociales, en donde enfatiza que el objetivo mismo de la noción de representación social es superar la homogeneidad de la noción de representación colectiva de (Durkheim, 1897). Pues, es sabido que las representaciones sociales se construyen tanto en individual como en colectivo, pero lo que intenta ratificar este autor es que son distintas y no se pueden mezclar al punto de convertirlas en homogéneas, ya que, cada una tiene su carácter particular que le da fuerza.

En segunda instancia, se encuentra la naturaleza ideológica de las representaciones sociales. Donde Moscovici fue uno de los pioneros en plantear la ideología como prioridad para la psicología social: "El principal y exclusivo objetivo de la psicología social debería ser el estudio de todo lo implicado en la ideología y en la comunicación desde un punto de vista de su estructura, génesis y funciones" (Moscovici, 1972, p. 55 citado en Parker, 1987). Lo que le interesa a esta investigación, es esa unión entre estos dos conceptos, en donde a partir de

las representaciones sociales y la ideología, se encuentran puntos de contacto como las funciones de la ideología enmarcadas en la parte de las creencias en la teoría de las representaciones sociales. Además, al abordar la relación entre las representaciones sociales y la ideología, no se refiere a las cosmovisiones dentro de las cuales surgen las representaciones sociales, ni tampoco se refiere a la ideología como el conocimiento explícito de un grupo determinado frente a la noción más difusa e implícita de las representaciones sociales que rigen la vida cotidiana de los sujetos, sino que se apunta al estudio de las representaciones sociales y el rol que cumplen en la legitimación de determinadas formas de ejercicio del poder (Castorina & Barreiro, 2006).

Consecuentemente, se encuentra el análisis del discurso y teoría de las representaciones sociales: un dialogo posible, en donde Moscovici y Markova (2003), han marcado la importancia de los géneros comunicativos, es decir, el conjunto de factores y reglas que regulan la producción y distribución de determinadas representaciones sociales. Por lo tanto, no se crean oraciones neutras, sino que se expresan actitudes hacia un objeto. En ese sentido, se podría decir que siempre el discurso va con una intención, ya sea expresando mediante ideas o manifestando conductas hacia cualquier práctica de la vida cotidiana, el ser humano le cuesta ser neutro y siempre va a estar inclinado hacia un lado de la balanza, y a causa de eso surgirá la manera en que este experimente su realidad.

Finalmente, se propone el modelo de análisis del discurso orientado al texto desarrollado por Fairclough (1992), para indagar las elecciones lexicales y gramaticales de los sujetos/colectivos de las representaciones sociales. Fairclough establece como objetivo de su trabajo, poder desarrollar un análisis orientado al texto que logre superar las problemáticas de desarrollos anteriores que no lograban realizar un equilibrio entre el análisis lingüístico y el social. La propuesta del autor es dialéctica: Por un lado, la estructura social determina el discurso y a la vez el discurso es socialmente constitutivo de las identidades, relaciones e instituciones que componen la estructura social. En consecuencia, se instaura la idea de que la relación entre discurso y estructura social es de coexistencia porque uno esta mediado por el otro. El autor parte de una visión tridimensional del discurso visto como una pieza de texto (desde el cual parte el análisis lingüístico), una instancia de practica discursiva (análisis de producción, distribución y comprensión de los discursos) y una instancia de practica social (análisis del contexto sociocultural del discurso).

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SUICIDIO.

Ahora al hablar de representaciones sociales del suicidio, se abre una perspectiva más específica, ya que, se aborda el suicidio infantil logrando un acercamiento a lo que piensa las personas acerca de este fenómeno social.

Para iniciar esta categoría se encuentra un artículo que presenta una visión del suicidio infantil desde la perspectiva de los niños, pues Calderón, Espinosa, Gasca y Rodríguez (2009), en su investigación “Percepción del Suicidio en Niños que atraviesan la Niñez Intermedia” tienen como objetivo identificar y comprender cuál es la percepción del suicidio de los niños y las niñas que están viviendo la etapa de la niñez intermedia, esta investigación es de corte cualitativo y con un diseño descriptivo, con una población de niños entre los 7 a 11 años. La investigación tiene una revisión de antecedentes detallada, la cual aborda el suicidio desde diferentes campos disciplinares como; la iglesia, la filosofía, la psiquiatría, y la propia clínica. Llegando a las diferentes investigaciones que se han hecho al respecto. Además, hablando de lo que propiamente se busca comprender en estos niños y niñas que atraviesan la niñez intermedia, se hizo la creación de un instrumento que indaga acerca de cómo ellos definen el suicidio, las causas que ellos creen que propicia que alguien se suicide, las consecuencias que este acontecimiento acarrea y las alternativas que podrían existir para que no sucedan este tipo de situaciones.

Entonces, será necesario señalar algunos de los resultados que se discutieron en esta investigación. Empezando por el conocimiento del concepto de suicidio, sus causas, sus consecuencias, e identificación del suicidio consumado entendiéndose este último como el acto auto-infligido por la persona que resulta en su propia muerte, pero sin poder identificar el suicidio no consumado, es decir, los intentos suicidas que al final por una u otra razón no se realizaron en esta primera muestra de infantes. Lo anterior, evidencia una descripción de situaciones concretas con más detalle entre las niñas, que en los niños de la misma edad de 7 a 9 años. Se puede identificar la buena descripción que hacen de métodos para concretar el acto y además la discriminación de cuál sería el método más efectivo para la consumación de un suicidio. También un elemento importante que surge es que los niños identifican la intención del suicida, ejemplificando que el hecho de que sea presenciado por sus pares en el ámbito escolar es algo que tiene un significado importante para el suicida, debido a que muchas veces los suicidios no consumados son un medio para hacer un llamado de atención, ya sea para sus docentes y compañeros o para sus familiares, además, dependiendo de la situación y las condiciones de vida del menor los intentos pueden ser una forma de pedir ayuda o una forma de querer darle solución a los problemas que tiene.

Ahora, Calderón et al (2009), amplía la perspectiva en los niños de 10 y 11 años, ya que estos identifican tanto el suicidio consumado como el no consumado, destacando en este último la planeación del hecho, antes que la decisión final de hacerlo. Además, se identifica en este grupo que su nivel de pensamiento está más desarrollado, al tener en cuenta situaciones como que las causas de un intento de suicidio, podrían ser para llamar la atención de otra persona. Asimismo en este grupo se discrimina al respecto de los métodos y de cuál sería más eficaz para la consumación. Ahora bien, se puede mencionar que en lo que respecta a las causas y consecuencias los niños y niñas entre los 7 a 11 años, llegaron

siempre a percepciones similares señalando, problemas de corte familiar, social, económico, incluso emocional y en efecto reconocieron la tristeza, el sufrimiento y el dolor que pudiera tener una familia o una persona que atravesase por esta situación. Por último, en las alternativas los niños y niñas tenían claro que se debe intervenir en las causas del problema para así evitar la perpetración de dicho acto.

Los autores destacan la aparición frecuente de aspectos religiosos en los cuentos narrados por niños y niñas, en cuanto a lo que le sucede a la persona después de morir, en lo que se evidencia las creencias del cielo y el infierno, al igual que sus premios o castigos por su forma de comportarse. Esto se identifica en la investigación como un factor protector, ya que otorga una visión sancionatoria y negativa del suicidio. Igualmente Calderón et al (2009), quienes teniendo en cuenta que las percepciones y conceptos mucho más elaborados que vislumbraban una mayor comprensión del fenómeno trabajado, pudiéndose decir que, a mayor edad, mayor complejidad en la elaboración. Lo que puede ser explicado desde los cambios a nivel físico, cognoscitivo y psicosocial por los que atraviesan los niños a estas edades.

Otro de los aspectos relevantes, lo señala la investigación de Cabra, Infante, y Sossa (2010), en donde exponen las características de su investigación denominada “El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes”, la cual se centra en la explicación de algunas cifras en niños y adolescentes que dan cuenta del riesgo de salud pública que se está presentando en dicha población. Señala que los medios de comunicación serán un factor que influye en el impacto de aprender conductas y actitudes agresivas, insensibilidad a la violencia y miedo de hacerse víctima por violencia, lo cual es un efecto de contagio en el niño y adolescente.

En adelante, en esta misma investigación da cuenta de que el suicidio en la población infantil y adolescente es uno de los problemas que afronta nuestra sociedad de manera creciente y es un fenómeno multifactorial, que incluye elementos causales, biológicos, psicológicos y sociales, frente a cifras y porcentajes de suicidio los autores presentan lo siguiente:

Se muestra que el suicidio en niños y adolescentes ha aumentado en Colombia en los últimos años; las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida y que entre 10% y 15% culminan en suicidio. En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre niños, adolescentes y adultos jóvenes sin una explicación concreta; al parecer son múltiples los factores que influyen sobre los comportamientos suicidas que de ser adecuadamente identificados e intervenidos podrían en un momento determinado disminuir estos comportamientos. (Cabra et al, 2010, p.29).

Por lo cual, es primordial conocer estos componentes y la manera en que se puede llegar a intervenir. Será importante aclarar que la edad es un factor relevante en la consumación del suicidio, ya que para la población adolescente en ocasiones no representa un riesgo el intento de suicidio, sino que es simplemente un llamado de atención por la etapa del desarrollo en la que se encuentran. En cambio, en los niños habrá factores de tipo más cuidadoso en donde se presenten deseos de reunirse con un ser querido fallecido, problemas en la forma de relacionarse con sus padres y otros familiares, problemas escolares, como también la búsqueda de afecto y atención. Esto no quiere decir que en los adolescentes no se presenten también estos factores, sino que el periodo de desarrollo en el que están será un componente importante para saber de qué tipo de factor se trata.

Del mismo modo Bella, Fernández y Willington (2010), en su investigación: "Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes" el cual se relaciona con la anterior investigación, en cuanto a los comportamientos que se presentan en los niños frente a conductas suicidas. Por otra parte se encuentra que los trastornos más relevantes en el intento suicida son; la depresión y el trastorno de conducta disocial siendo estas las patologías más frecuentes, demostrando que el suicidio se relaciona con trastornos psicopatológicos de mayor gravedad en las últimas décadas. También se encuentran las diferentes conductas suicidas que se presentan, entre ellas la ideación suicida que es entendida como los pensamientos y verbalizaciones frecuentes de autolesionarse, el intento de suicidio que es un acto realizado por la persona contra sí misma, sin tener como resultado la muerte y el suicidio consumado que es el acto auto-infligido por la persona que resulta en su propia muerte.

Ahora bien, Cañón (2011), plantea que los niños pueden llegar a un acto suicida por los múltiples factores que ya se han mencionado anteriormente, sin embargo, propone además factores que pueden permitir o ayudar al infante a no caer en un intento de suicidio o un suicidio consumado. Como factores protectores se destacan el sentirse bien emocionalmente (adecuada autoestima, autoeficacia, auto concepto) y contar con una estrecha y comprometida relación familiar o red de apoyo sólida.

Dentro de los factores de riesgo que se destacan se encuentra el abuso sexual, la edad y el género. En primera instancia colocando en evidencia las consecuencias que se pueden presentar en un niño después de un abuso sexual, como; aislamiento, soledad, e irritabilidad entre otros, que a largo plazo podrían llevar al intento de suicidio o el suicidio del infante. Otro aspecto que se presenta es el de género y edad, destacando que los intentos suicidas en menores se presentan en mayor proporción en el género femenino, en las edades de 15 años. Otros factores que postula la investigación, tienen que ver con la depresión y la disfunción familiar. El primero es sobre los menores que han presentado depresión

y que a causa de esta, llegaron a presentar intentos suicidas y otros lograron suicidarse. El segundo, hace referencia a las consecuencias que se generan en los infantes cuando hay una disfunción familiar, esto con relación a los autores anteriormente mencionados, dejando en evidencia que la familia es una de las principales ayudas que tiene el infante ante este tipo de situación, por lo tanto, cuando este núcleo se afecta, directamente al niño sale perjudicado y los índices de suicidio aumentan.

Por otro lado, Inquilla (2013), se enfoca en el pensamiento de los jóvenes, en su investigación llamada “Representaciones Sociales sobre el suicidio de los estudiantes en la Universidad Nacional del Altiplano Puno-Perú”, este tiene como objetivo la descripción del pensamiento de los estudiantes universitarios acerca del suicidio y las causas que llevan a éste. Se encuentra en la investigación que: dentro de esta población habrá un porcentaje de sujetos que tiene intentos de suicidas previos. Por lo tanto, las representaciones sociales tienen un carácter de diversidad, al obtener ideas, pensamientos, creencias y experiencias de jóvenes que han tenido un acercamiento directo o indirecto con el suicidio, de igual manera se evidencia lo que se teje en una acción grupal respecto al tema, en donde los jóvenes universitarios manifiestan que el suicidio se da por múltiples causas como; problemas emocionales, problemas familiares, baja autoestima, y otros factores causales, cada uno con su respectivo porcentaje. De la misma forma, las representaciones sociales del grupo de jóvenes con intentos de suicidio plantean que los factores familiares y sociales son factores determinantes del suicidio.

Ahora bien, siguiendo la línea de los factores de riesgo y los protectores, se encuentra la investigación “Cuando el suicidio es cosa de niños” de los autores Vásquez-Rojas y Quijano-Cerrano (2013), quienes buscan entender las causas que generan que los niños intenten suicidarse, esto a partir de un estudio retrospectivo observacional donde se revisaron 213 casos de menores atendidos por intento suicida en un hospital, este es un estudio longitudinal que se realizó desde el año 2003 al 2013, dentro de esos casos se encuentra la atención intrahospitalaria y la consulta externa en el servicio de psiquiatría infantil.

En la investigación se realizaron varias consultas diagnósticas de los casos estudiados, gracias a esto se detectaron una serie de patologías que pueden llegar a influir en el intento suicida de los niños. Cabe destacar que el rango de edad utilizado fue de 6 a 18 años, preponderando la edad promedio de 13 años para la mayoría de los casos. Dentro de las múltiples psicopatologías encontradas las que más sobresalen son la ansiedad y la depresión, además, se encontró que los métodos más utilizados para intentar suicidarse eran la sobredosis de medicamentos, el ahorcamiento y la caída de grandes alturas, señalando que la mayoría de intentos suicidas son de niñas en la edad promedio de 13 años.

También, se establece que los intentos suicidas en los niños van un poco más allá de las patologías que están presentando, más bien, está orientado a la calidad

de vida que tienen los niños, comprendiendo la calidad de vida como el nivel de bienestar o satisfacción que tiene el infante, en este caso, lo menores que tenían una calidad de vida poco adecuada, ya sea por insatisfacción, maltrato, enfermedad, redes de apoyo o recursos económicos, generaba poca adherencia al servicio que estaban realizando y en algunos casos se llegaba a cancelar por completo, cabe destacar que los padres también tienen una implicación importante en este aspecto, pues de acuerdo al estudio algunos de los padres sacaron a sus hijos del servicio con la esperanza de que estos pudiesen adaptarse o por lo menos normalizar la condición en la que se encontraban. Otros factores atribuidos por los autores, tienen que ver con la condición socioeconómica en la que se encuentra la familia, pues algunos de los casos que se presentaron de intento suicida, se dieron porque los niños querían liberar la carga económica que tenían sus padres. También por el hecho de que las condiciones de vida son tan difíciles, que la única opción que encontraban para acabar con la incertidumbre y el sufrimiento era suicidarse.

Complementando los aportes anteriores, en la investigación “Suicide in Children and Adolescents” de Karaman y Durukan (2013), hacen una serie de explicaciones respecto a las temáticas de suicidio en niños y adolescentes, factores de riesgo de suicidio, impacto del comportamiento suicida y estrategias de prevención del suicidio y que componentes encontraron en cada una de ellas. Además, para este análisis los autores se basan en documentación sobre el tema, estudios y seguimientos realizados a población infantil, juvenil y adulta, aplicación de entrevista y pruebas psicológicas.

En el apartado de suicidio en niños y adolescentes los autores mencionan dos componentes principales, la ideación e intento suicida y el suicidio completado. En el primero definen la ideación como toda intencionalidad o pensamiento de la muerte propia, incluyendo la planificación de cómo efectuarla, salvo que en este punto no se llega a intentarlo, por otra parte, definen el intento suicida como todo comportamiento o acción que puede efectuar el individuo para causar su propia muerte. Luego presentan los resultados de un estudio que se realizó a estudiantes universitarios de primer año en Estados Unidos, los cuales arrojaron altos niveles de ideación e intento suicida, las causas principales eran altos niveles de depresión, abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, falta de apoyo social y afectivo, cabe destacar que en apartados posteriores, estos hallazgos también se aplican para adolescentes y niños menores de 10 años.

En el segundo apartado, se habla principalmente de la posición que toma el suicidio como causa de muerte en el mundo, pues a nivel global el suicidio es la décima causa de muertes, además en Estados Unidos es la tercera causa que más muerte genera y en países europeos es la segunda causa que mayor muerte genera. Algunos de los métodos más utilizados son el uso de armas de fuego, intoxicación y asfixia, esto presentando en personas de todas las edades desde niños, hasta adultos, sin embargo, el suicidio en menores de edad aún es muy

poco común y se cree que a medida que van creciendo va aumentando el riesgo de completar el suicidio. Otro aspecto a resaltar en este apartado, es que las psicopatologías es una característica que prevalece en la mayoría de intentos y suicidios completados de acuerdo al análisis realizado por (Karaman & Durukan, 2013).

Referente a los factores de riesgo y al igual que el apartado anterior, los autores Karaman y Durukan (2013), describen distintos componentes que son importantes para esta temática; entre ellos se encuentra la historia previa de intento de suicidio, la comorbilidad, uso de sustancias, factores psicosociales, historia familiar y factores biológicos.

El primer componente hace énfasis en el hecho de que las personas que han tenido un intento previo al suicidio, son más propensas a recaer en este acto a comparación a otros individuos que no lo han intentado pero que si lo han pensado, es decir, que las personas con antecedentes de intento suicida tienen un nivel de riesgo alto para efectuar otro intento suicida. También destacan que las personas con trastornos como el bipolar, tienen un nivel de riesgo alto para realizar intento suicida a comparación de personas que no tienen esta condición.

Karaman y Durukan (2013), para el apartado de comorbilidad hacen un análisis de dos estudios que realizaron otros investigadores, que consistían en tomar una población de niños y adolescentes de 9 a 17 años al azar, donde se determinaba que un pequeño grupo estaba “tentado” a suicidarse y el resto del grupo había pensado en hacerlo, debido a factores como ansiedad, trastornos psicológicos, abuso de autoridad, consumo de sustancias entre otros. Los estudios arrojaron la presencia de varios trastornos psicológicos y alteraciones en el estado de ánimo en los casos de intento suicida, y debido a esto el riesgo suicida en esta población es mucho mayor a la de individuos con un solo diagnóstico.

Para el uso de sustancias, los autores determinaron que el comportamiento y la ideación suicida está altamente relacionado al abuso de SPA y bebidas alcohólicas, y este riesgo aumenta mucho más cuando los niños son expuestos al consumo de estas sustancias a temprana edad, además el mal uso de los fármacos también es un factor precipitante por el que se generan los casos de suicidio.

En lo que respecta a los factores psicosociales, Karaman y Durukan (2013), plantean que este componente es uno de los que más se debe tener en cuenta a la hora de hablar de riesgo, debido a que en este punto, la etnia, el sexo, la escuela, la familia y todas las demás áreas de interacción de la persona al verse afectada puede desencadenar un ideación o intento suicida, además de que un descuido por parte del núcleo familiar puede generar que el individuo se inicie en el SPA o acumule diversos problemas hasta el punto de la comorbilidad. En este punto, es vital tener en cuenta que los niños tienen los niveles de riesgo más altos

en este punto, pues la pérdida de comunicación con sus padres o un constante abuso escolar y un ambiente estresante pueden desencadenar cualquiera de las situaciones anteriormente mencionadas.

Al igual que en el punto anterior, los autores refieren que la historia familiar puede ser un factor precipitante para generar una conducta suicida en un niño o adolescente, pues hay que tener en cuenta posibles intentos suicidas por parte de los familiares y que estos no se conviertan en una herramienta o mecanismo de escape para el hijo, pues el riesgo en intento suicida es más grande cuando hay antecedentes familiares en primer grado a comparación con familiares de otro nivel de parentesco, además, plantean que es posible heredar rasgos suicidas de los familiares o propiciar este tipo de situaciones, cuando en la familia de primera línea de consanguinidad hay rasgos impulsivos, agresivos, abuso sexual o físico.

Así mismo, los autores plantean la relevancia de los factores biológicos, ya que, la baja segregación de serotonina puede llegar a generar conductas suicidas, pues las funciones que esta cumple, entre ellas la regulación de emociones se ve afectada, así afectando otras áreas del cerebro, otro planteamiento que hacen, es que es posible que las personas con padres o abuelos con trastornos bipolar o depresivo segreguen en menor medida este neurotransmisor al ser una “herencia” dicha condición (Karaman & Durukan, 2013).

La siguiente temática que manejan los autores es el impacto del comportamiento suicida, el cual, está dividido en impacto en los miembros de la familia y el impacto en compañeros y amigos.

En este punto los autores Karaman y Durukan (2013), plantean que un suicidio de un miembro de la familia puede dejar una fuerte secuela, pues la familia entra en un proceso de duelo y en algunas ocasiones ese duelo se vuelve complicado, y de acuerdo a lo planteado por los autores el “duelo complicado” es una secuela que a largo plazo se podría convertir en una ideación suicida, pues muchas veces hay pensamientos negativos sobre lo que pudo haber hecho por ese familiar, todos estos pensamientos emergentes por la pérdida son de vital cuidado, pues genera un desajuste emocional en la familia y de esta manera se puede manifestar un impacto familiar.

Por otra parte, en el impacto en compañeros y amigos el nivel de desajuste emocional tiene que ver con el nivel de cercanía a la persona que se suicidó, pues entre más cercana sea la amistad, mas desadaptativo es el ajuste que hace frente al duelo, por el contrario, entre menos cercana fuera la relación de amistad, mejores son los métodos de afrontamiento del duelo. Por lo tanto y teniendo en cuenta lo planteado por los autores, los amigos más cercanos tienen mayor riesgo de manifestar ideación suicida por un posible mal afrontamiento del duelo.

Para finalizar, Karaman y Durukan (2013), presentan la última temática que consiste en estrategias de prevención del suicidio, el cual se deriva en programas de prevención basados en la escuela, programas de prevención basados en la comunidad y programas de prevención basados en la atención médica.

El primero que plantean los autores consiste, en el planteamiento de una capacitación para el personal estudiantil, que les permita reconocer rasgos o actitudes características que podrían generar ideación o intento suicida, durante ese reconocimiento el docente también deberá estar en la capacidad de remitir al estudiante donde un profesional que pueda atender el caso a pertinencia.

El segundo que plantean Karaman y Durukan (2013), refiere a la revisión de dos puntos importantes, el primero es identificar qué elementos dentro del hogar pueden propiciar una conducta suicida y después de identificarlo hay que reducirlo o eliminarlo, los autores ponen el ejemplo de las armas de fuego, pues en Estados Unidos usar armas de fuego es uno de los métodos más eficaces, además, los medios de comunicación como la prensa y noticieros, deberán brindar información que permita la pronta detección de un idea suicida y evitar la censura de casos de suicidio. El segundo punto consta en el conocimiento y la promoción de las líneas de atención, pues estas son una herramienta importante para atender un estado de crisis y evitar que la persona se suicide. Cabe resaltar que las líneas de atención son más utilizadas por adultos que por jóvenes, pues estos últimos la ven como una herramienta que no sirve y tienden a evitarla o simplemente la desconocen.

Finalmente, Karaman y Durukan (2013) proponen que en los programas de prevención en atención médica, haya una capacitación para médicos de atención primaria y hasta pediatras en lo que respecta a enfermedades psiquiátricas como lo es la depresión, para así fortalecer la atención que se le brinda a los pacientes y disminuir significativamente los casos de suicidio en todo tipo de población.

Por otro lado, se encuentran los postulados por Quenguan, Bravo, Santacruz, y Rosero (2014), quienes plantean un aumento en los intentos suicidas en el área de pediatría, además resaltan que este fenómeno ha tomado un mayor auge en la actualidad, también, esto pone en evidencia las falencias que presentan las instituciones de salud. Otro aspecto a destacar, es que los intentos de estos pueden ser por múltiples factores que lo lleven al acto, entre estos se puede encontrar: respuesta al desinterés paternal, desamor, la pobreza, la opresión, depresión, y la inconformidad entre otros.

Quenguan et al. (2014), postulan diversas definiciones sobre lo que es el suicidio desde autores como Durkheim, Cioran, Basile y otros más. Ellos definen el suicidio como todo acto consciente donde un individuo atenta contra su propia vida, esto puede ser el resultado de una situación positiva o negativa. Además,

cabe la posibilidad de que dicha acción sea efectuada para brindar “solución” a algún tipo de problema o para dejar el sufrimiento que tiene.

En relación con lo anterior, es fundamental tener en cuenta conceptos como: idea suicida, aquella que se desarrolla en un individuo que se encuentra en una crisis; gesto suicida, entendido como el daño auto infligido que pretende generar cambios en el ambiente, su propósito no es la muerte; suicidio, concebido etimológicamente como la “muerte de sí mismo”, acto voluntario e intencional de terminar con su vida; conducta parasuicida, comprendida como conducta de alto riesgo que puede terminar en la muerte inconscientemente.(Quenguan et al, 2014, p.62).

Así pues, desde una mirada un poco más clínica se plantea el estudio de Echeburúa (2015), donde se centra en mostrar las diferentes formas en que se manifiestan las conductas suicidas en relación con los diferentes trastornos mentales, entre los más importantes se encuentran la depresión acompañada de una profunda desesperanza, también, se menciona el trastorno bipolar, los cuales representan el 80% de los suicidios. Así mismo, es relevante subrayar en este estudio los factores protectores y de riesgo, que influyen en las diferentes conductas suicidas; entre los factores de riesgo se encuentran los factores precipitantes como la fase aguda de un trastorno mental, los pensamientos suicidas, el fácil acceso a métodos letales, el acoso o algún acontecimiento adverso reciente, sobre todo si genera humillación profunda. Por otro lado, los factores protectores se encuentran las diferentes redes de apoyo en el hogar y la escuela, también en la capacidad de resistencia como autoestima, impulsividad controlada, estabilidad emocional, recurso de afrontamiento y habilidades sociales, igualmente, la religiosidad, la espiritual o altruismo, las cuales son algunas herramientas que protegen a los niños de las diferentes conductas suicidas.

Retomando apartados anteriores, respecto a la definición del suicidio se encuentran Morais y Batista (2016), quienes, también referencian a Durkheim y su definición de suicidio. También de manera general definen el suicidio como:

El acto-acción de poner, por voluntad propia, fin a la propia vida, por medio casi siempre de comportamientos autodestructivos revelando el deseo de morir; es un acto de renuncia a la vida, una acción que no podría ser más personal para un individuo. (Morais & Batista, 2016, p.573).

Por otra parte, estos autores buscan entender los suicidios o intentos suicidas de los niños a partir de “accidentes” dentro de su contexto, pues hay que tener en cuenta que aún en la actualidad el suicidio en infantes es poco considerado, ya que se cree que los niños (sobre todo los más pequeños), no están en la capacidad de comprender la muerte, sin embargo, existen autores que dicen lo contrario. Hay que tener en cuenta que el suicidio se manifiesta principalmente en conductas auto lesivas, las conductas arriesgadas de los niños que de alguna

manera ya comprenden los peligros de sus acciones deben ser tenidas en cuenta. Del mismo modo los factores que llevan al infante a un intento suicida, dentro de estas se encuentran estados psicológicos, psiquiátricos, cuadros clínicos, socioeconómicos y finalmente los familiares que fueron mencionados por otros autores anteriormente.

Otra investigación que aporta factores que pueden causar intentos suicidas en jóvenes, es la de Navarro, García y Cangas (2016), quienes encuentran la atribución de factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes en la comunidad inmigrante latina: una muestra del sur de California, donde buscan identificar qué factores promueven la conducta suicida en niños y adolescentes inmigrantes latinos, con una muestra de 593 personas aproximadamente, establecen la existencia de 10 factores principales de riesgo en los inmigrantes latinos: la regulación de emociones, la poca comunicación familiar, el bajo rendimiento académico, la influencia negativa en los grupos de pares, el abuso de sustancias, los intentos previos de suicidios, la ideación suicida, las fugas del hogar, las dificultades con la justicia y por último, los problemas relacionados con la identidad sexual, sin embargo, de estos factores los que más se destacaron fueron: la regulación de emociones, siendo esta la que más se destaca en la población, seguida de la falta de comunicación familiar y el bajo rendimiento académico, finalmente dentro de los factores de riesgo más destacados se encuentra la influencia negativa por el grupo de pares.

Teniendo en cuenta lo anterior, Navarro et al (2016), plantean que la comunicación con los familiares y algunos factores culturales y sociales, son de vital importancia para los niños y adolescentes, aún más, cuando se sabe que esta edad es una de las más significativas en el crecimiento de las personas. Por lo tanto, pretenden presentar la importancia de la prevención de estos factores de riesgo en los jóvenes para evitar situaciones mortales o que sigan incrementando los intentos suicidas en la juventud.

De modo similar, los autores Martínez y Robles (2016) se centran en determinar la percepción sobre la conducta suicida de los actores sociales como adolescentes, padres de familia, representantes gubernamentales del comité de salud mental y líderes comunales, esto con el fin de identificar los factores de riesgo y de protección a partir de las experiencias, creencias y representaciones de las personas de la comunidad de Valledupar, esto se logró al implementar el modelo ecológico de Bronfenbrenner, organizando los diferentes factores con la clasificación de microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema, obteniendo sistematizar las percepciones y representaciones sociales, para implementar nuevas bases y estrategias para el fortalecimiento de los factores protectores y de prevención de la comunidad de Valledupar.

Por otro lado, se encuentra la investigación hecha por León y Arias (2017), en donde se va a hacer una revisión bibliográfica que permita conocer la relación

existente entre el suicidio y el trauma temprano, el cual hace referencia a aquellas experiencias y aprendizajes negativos vivenciados durante la infancia, los cuales pueden llegar a impactar el equilibrio emocional del infante. Lo anterior, va a ser relevante para la investigación, ya que las variables que se exponen tienen una relación directa con las problemáticas que se han ido tratando a lo largo de esta investigación sobre el suicidio infantil.

Así pues, se llega a conclusiones, sobre la importancia del desarrollo infantil en la salud mental adulta, conocer el gran papel que juegan las experiencias tempranas y cómo al vivenciar experiencias traumáticas que no logran resolverse pueden llevar a desencadenar traumas tempranos impactando así en comportamientos futuros tales como el suicidio y no solo las repercusiones que pueden tener estos traumas en la vida adulta en un futuro, sino el impacto que pueden generar estos traumas en el desarrollo de la etapa infantil, en donde muchos procesos se encuentran apenas emergiendo y siendo comprendidos por los infantes, lo cual en retrospectiva frenaría o retrasaría varios de estos procesos. Llegando a ser estos uno de los mayores factores de riesgo para los comportamientos suicidas.

Es por eso que al final de la investigación se señala que se debe trabajar en la creación de condiciones que generen participación de la mayoría de los actores en la promoción de la salud, para crear un ambiente positivo al aumento y mantenimiento de las conductas saludables y a la disminución de las no saludables, promoviendo bienestar en los estilos de vida.

Continuando con los planteamientos sobre los factores de riesgo, llegan Cañón-Buitrago, Castaño-Castillón, Medina-Jiménez, Mosquera-Escobar, Quintero-Cardona y Varón-Caicedo (2017), quienes plantean caracterizaciones y factores que promueven el suicidio, aunque en una población más generalizada. En la investigación “Caracterización del intento suicida en pacientes ingresados a una institución de salud de Pereira, Colombia en el periodo 2013 - 2014”, se busca establecer cuáles son las causas que generan conductas que promueven los intentos suicidas en los pacientes del Instituto del Sistema Nervioso de la ciudad de Pereira, donde por medio de un proceso de selección, escogieron 73 casos atendidos por dicha institución. Se encontraron factores como el sexo, donde las mujeres tienden a intentarse suicidar con más frecuencia que los hombres, siendo el factor económico uno de los que promueve esta conducta, otro de los factores que más se presenta es el de enfermedades patológicas, donde la población en general lo manifiesta. Dentro de las patologías más frecuentes se encuentra la depresión como la mayor causante de los intentos suicidas por parte de los casos investigados, finalmente, los autores establecen que la soltería es una de las causas más frecuentes para el intento suicida, principalmente en adultos y ancianos.

Por último, en esta categoría esta la investigación de los autores Hutsjó, Wårding y Rytterstróm (2018), plantean la experiencia de los profesionales de salud mental cuando sus pacientes comenten suicidio en atención continua, por ende, indagan acerca de las causas que puede conllevar a una persona a tener una conducta suicida y las reflexiones a las cuales llegan después de haber pasado por el suicidio de su paciente. Es así como los profesionales en salud mental narran las diferentes experiencias que tuvieron junto a sus pacientes y las situaciones muchas veces traumáticas que vivieron estas personas, esto a tal profundidad que los profesionales de la salud llegan al punto de comprender las razones por las cuales el paciente comete el acto suicida.

También, explican que hay diferentes causas según la persona, entre estos divorcios, soledad, despidos laborales, enfermedades mentales y enfermedades crónicas. Aunque, todas con situaciones distintas los factores en común que encontraban los profesionales, los describen como una oscuridad que los inunda, un sin sentido, vacío y falta de esperanza en sus pacientes, de este modo, quedan las representaciones en estos sujetos.

Por otra parte, los profesionales en la salud expresan que cuando atienden a sus pacientes se encuentran en una constante lucha en la cual ellos quieren ayudar y crear luz en la oscuridad, describiendo una ambivalencia entre la vida y la muerte, que con el más mínimo detalle o cambio en la vida de la persona esta se puede derrumbar y renunciar a su vida. Además, los profesionales expresan que sus pacientes veían la muerte como un alivio hacia el sufrimiento o la muerte como un intento fallido en algunos casos, pues descubrieron que algunos suicidios podrían describirse como accidentes, debido a que las autolesiones no eran con el objetivo de morir, sino como un escape de un dolor emocional hacia uno físico, una forma de librarse del sufrimiento emocional que termina sin querer en la muerte.

Para finalizar, en esta investigación se encuentra que algunos pacientes que cometen suicidio, tienen una historia que carga un peso o significado negativo, por lo cual, presentan una gran dificultad para afrontar estas situaciones y baja resolución de problemas, es así, como la única salida que encuentran para el alivio de su sufrimiento es el suicidio, aunque este es el resultado de un proceso largo, muchas veces de meses y hasta años. Los profesionales de la salud mental expresan, que todo esto se adjudicaría de entrada como un impulso o decisión tomada a la ligera.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El fenómeno del suicidio ha sido tan antiguo y remoto como la misma historia de la humanidad, debido a que en el principio cuando el mundo estaba constituido por tribus en vez de grandes sociedades, las costumbres establecidas variaban según las creencias, pensamientos e ideologías acerca del suicidio, esto debido a la connotación que le atribuían y los valores morales de cada comunidad, por ende, el suicidio se ha transformado históricamente. Ahora bien, en la actualidad es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial debido al creciente aumento que se presenta, además, de ser una problemática que no discrimina clase social, etnia o edad, también, el suicidio es un fenómeno que se caracteriza por ser prevenible si se logran identificar sus síntomas a tiempo.

Según la organización mundial de la salud (OMS, 2018), el suicidio es un grave problema de salud pública, debido a que 800.000 personas se suicidan al año, con una tasa de 11.4 muertes por cada 100.000 habitantes, convirtiéndose el suicidio como la segunda causa de muerte más frecuente, además es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. Por otro lado, según medicina legal y ciencias forenses (INMLCF), en el boletín Forensis, en donde se encuentran datos para la vida en Colombia, se analiza que el suicidio en la última década respecto al año 2018, ha presentado un aumento progresivo pasando de 4,5 por cada 100.000 habitantes en el año 2009 a un 5,93 por cada 100.000 habitantes en el año 2018. Entre los años 2009 y 2018, hubo un total de 20.832 suicidios en Colombia, con una media estimada de 2.083 casos por año.

Ahora bien, en el caso del suicidio infantil en Colombia según el boletín epidemiológico semanal (BES, 2019), indica que las cifras del suicidio infantil entre el grupo etario de 6 a 11 años presentan un aumento en tasa de 3,8 casos por 100.000 habitantes entre los años 2018 y 2019, debido a que en el 2018 se presentó un total de 339 casos de suicidio entre niños con la edad de 6 a 11 años; por el contrario, en el año siguiente 2019 se presentó un aumento a 534 casos. Además, en referencia a la incidencia por el sexo en este grupo etario se identificó dentro de los 534 casos del año 2019 que el sexo femenino aporta el 2,6% de casos, pues en el año 2018 se presentaron 223 casos y en el 2019 la cifra aumentó a 333 casos entre niñas de 6 a 11 años. Hay que mencionar que específicamente en Cali se presentaron 2.464 suicidios entre niños, adolescentes y adultos, un 10.65% de las personas, notando un aumento al año anterior donde se presentó una tasa de 2.402 suicidios en la población anteriormente mencionada.

Cabe resaltar que el suicidio en la población infantil es uno de los problemas más alarmantes que afronta la sociedad de manera creciente; sin embargo, no se encuentran cifras de ideación o conductas suicidas, pues no cuentan aún como

suicidio consumado. Por otra parte, se debe agregar que el suicidio es un fenómeno multifactorial, pues en él influyen componentes biológicos, psicológicos, sociales, y ambientales entre otros, siendo poco probable determinar una causa exacta.

En el mismo orden de ideas, se encuentra que uno de los primeros teóricos que habla acerca de este fenómeno es Émile Durkheim (1987) el cual lo define como: “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima” (p.12). Se debe agregar que durante la historia el concepto de suicidio se ha ido transformando. Remontándonos, en primera instancia a la antigua Grecia donde el suicidio era considerado como un delito contra el estado, luego, en el imperio Romano tuvo variaciones sobre el concepto y su penalización en comparación con la Grecia antigua, debido a que este se aceptaba si era por filosofía, amor, honor o heroísmo; después, en la edad media, influenciado sobre todo por el cristianismo el suicidio fue representado como un pecado mortal; Luego, llega la revolución francesa donde este fenómeno no era condenado, sino que, por el contrario en algunos casos era exaltado y en otros fue visto como necesario. Por último, en el siglo XVII y XVIII se marcó nuevamente una estigmatización del suicidio, y se recuperaron los conceptos de (non compos mentis y felo de sé), el último es una mente sana, el primero no, ahí se evidencian los primeros indicios de la salud mental. En la actualidad, el suicidio tiene una connotación negativa debido a su constante aumento, el impacto que genera en familiares y amigos, además, de la posible negligencia de personas o entidades que lo pudieran evitar.

Continuando con lo anterior, se logra destacar que en el transcurso de la historia el concepto de suicidio ha tenido diferentes representaciones sociales, debido a la cultura que influencia la época, ya que, esta es la que define cuales son las construcciones y consensos colectivos a los que se llega, es ahí donde surgen las nuevas formas de comprender el suicidio en un contexto social y en una época particular.

En la actualidad, las representaciones sociales son de suma importancia tanto para el individuo como para la sociedad, pues establecen los comportamientos esperados frente a un fenómeno en particular, en el caso del suicidio infantil. En Colombia, estas representaciones se manifiestan por medio del miedo, pues es un tema restringido para personas de cualquier edad, sobre todo para los niños, debido a que estos conocimientos deben permanecer lejos de su entendimiento, convirtiéndose así en un tema tabú.

Sin embargo, cabe aclarar que estos temas no están fuera del entendimiento de los niños, pues ellos crean sus propias concepciones, ideas, y creencias acerca del suicidio según la edad, siendo de mayor claridad para los niños de 7 a 11 años, los cuales tienen un entendimiento tan claro del suicidio que saben distinguir

el método más eficiente y menos indoloro (Calderón, Espinosa, Gasca & Rodríguez 2009).

En efecto, se debe tener en cuenta que los niños a su corta edad tienen representaciones solidas del suicidio, pero se enfrentan a una sociedad poco abierta con estas temáticas, donde no reciben una orientación adecuada. A consecuencia de esto, se convierte en una problemática mucho mayor, en la medida en que a los factores de riesgo se le juntan la falta de orientación en los niños sobre el suicidio, lo cual puede conllevar a que se presenten conductas suicidas. No obstante, a los niños se les debe garantizar un entorno en donde se encuentren factores protectores o que puedan prevenir conductas suicidas, entre estos la familia, el colegio, los amigos. Además, de las entidades y los profesionales que garanticen el manejo de esta temática de una manera adecuada, en este caso los psicólogos, debido a que ellos son los que trabajan con la salud mental de las personas, por ende, deben garantizar realizar una adecuada prestación integral de sus servicios preservando el bienestar del individuo, en este caso el de los niños, con el objetivo de garantizar la prevención o mitigación del riesgo suicida.

Así mismo, para efectuar un manejo adecuado e integral, se debe tener la claridad de conceptos claves y bases sólidas para realizar un abordaje ético, pertinente y eficaz. Estos conocimientos y experiencias previas, son necesarios en la medida de que brindan mejor entendimiento de este fenómeno, generando una mejor aproximación. Es así como la relevancia de las representaciones sociales va más allá de la instancia de lo etéreo, pues algunos afirman que son solo pensamientos e ideas que se quedan en lo abstracto. Sin embargo, estas entran al plano de lo físico cuando se habla de que se realiza una acción frente a esas representaciones, así como lo plantea Moscovici (1961) son una “preparación para la acción”. Debido a que estos conocimientos son los que construyen el comportamiento del sujeto, permitiéndole así adquirir una postura y una perspectiva mucho más amplia frente a los diferentes fenómenos que la sociedad le presente.

En este orden de ideas, se plantea que las representaciones sociales son objeto de estudio de la psicología, debido a que están inmersas en su intervención y es tarea del psicólogo conocer la forma singular en la que los sujetos construyen las nociones de su realidad, pues estas guían el accionar de los profesionales. Se resalta la importancia del rol del psicólogo, ya que este siempre está situado en ir más allá de lo evidente y atravesar esas barreras mentales que a veces presentan muchos de los pacientes, ser psicólogo significa brindar herramientas para malestares del alma, aquellos de los que muchas veces no son conscientes las personas. En concordancia, que mejor idea que empezar una intervención temprana con los niños, para que en el futuro sean adultos sanos y estables mentalmente. Además, el psicólogo muchas veces actúa como factor protector a la hora de prevenir un intento suicida, igualmente al ayudar en el fortalecimiento

de las herramientas psicológicas en el infante, para evitar que se presenten cualquier tipo de ideaciones o conductas perjudiciales en su vida.

Por esta razón, es esencial investigar las representaciones sociales de los estudiantes de decimo semestre de psicología que están en prácticas clínico-educativas con niños en los diferentes hospitales, fundaciones e instituciones educativas, los cuales están próximos a graduarse de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium. Por consiguiente, las representaciones de los estudiantes, permiten identificar la claridad que tienen del concepto de muerte, protocolos de atención suicida, identificación de signos y síntomas, esto con el fin de evaluar y diagnosticar, además, hacer una intervención de manera eficaz sobre esta problemática. En ese orden de ideas, surge la pregunta:

¿Cuáles son las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños entre los 7 a 11 años?

3. JUSTIFICACIÓN.

A lo largo de la historia el suicidio se ha transmutado, en la medida de que su significación ha impactado de maneras diferentes en las sociedades de cada una de las épocas de la historia, como un pecado, sacrificio, heroísmo, o cobardía entre otras han sido las representaciones sociales que han connotado al suicidio, sin embargo, en la sociedad actual sigue siendo un tema tabú, por lo cual no se habla espontáneamente con niños, adolescentes o adultos, debido al miedo, la desinformación y el estigma que denota a el suicidio.

Continuando con lo anterior, la desinformación con la que carga este fenómeno afecta a instituciones educativas como colegios y universidades, debido a que estas no tienen un conocimiento amplio sobre la problemática y así mismo la transmisión de la información a sus estudiantes es limitada. Lo cual, podría causar que los estudiantes próximos a graduarse posean pocos conocimientos o herramientas para identificar y tratar conductas suicidas.

Según el boletín epidemiológico semanal (BES, 2019) indica que las cifras del suicidio infantil entre el grupo etario de 6 a 11 años presentan un aumento en la tasa de 3,8 casos por 100.000 habitantes, sin contar al número de niños y niñas que presentan ideación y conductas suicidas, pues estas no son consideradas dentro de las cifras al no ser suicidio consumado.

Dicho lo anterior, Colombia promueve las recomendaciones de la OMS (2017) para controlar esta problemática, en donde el ministerio de salud pública y protección social se suma a esta campaña llamada “tomate un minuto. Cambia una vida” la cual tiene como objetivo concientizar a nivel mundial que el suicidio puede prevenirse con un conjunto de sencillos pasos, entre estos, restringir el acceso a medios que se puedan utilizar para actuar en contra de sí mismo (armas, medicamentos, plaguicidas, etc.). Otra recomendación brindada por esta entidad es la identificación temprana de conductas, estas se pueden evidenciar en una persona cuando manifiesta consumo de sustancias, dolores crónicos o trastornos emocionales, también se recomienda la capacitación de personal de salud no especializado, en la evaluación de conductas suicidas. Además, dar seguimiento a personas que tienen un intento previo brindándole apoyo comunitario.

Entre las recomendaciones anteriores, se deben tener en cuenta para el suicidio infantil la identificación temprana de los síntomas que se suelen presentar, como por ejemplo cambios de conducta, trastornos emocionales, dificultades para conciliar el sueño o para realizar actividades cotidianas. También es relevante que el personal de salud como médicos, enfermeras, psicólogos, entre otros, tengan los conocimientos y herramientas adecuadas para identificar, evaluar y tratar el suicidio infantil.

Dicho lo anterior, se evidencia la relevancia que tiene un profesional en la salud específicamente el psicólogo que posea las competencias teórico-prácticas para la intervención adecuada de esta problemática. Considerando que la labor del psicólogo es de vital importancia a la hora de intervenir una situación en donde está en juego la vida de una persona, por causas como el suicidio.

Cabe resaltar la relevancia que tiene el rol del psicólogo en esta problemática, debido a que el código ético (2000) plantea a que los psicólogos tienen la responsabilidad de asegurar la prestación adecuada de sus servicios, la protección y bienestar del individuo contribuyendo a la mejor calidad de vida de las personas que ayudan. Por ende, el psicólogo debe estar preparado de manera integral para prevenir el riesgo suicida, esto por medio de conocimientos acerca de signos y síntomas, seguimientos de casos con intento suicida, rutas de atención, conceptos de suicidio infantil, factores protectores y de riesgo, entre otras, esto con el objetivo que el profesional en psicología tenga las herramientas para generar una intervención acorde y eficaz.

Es por esto que es importante identificar cuáles son los conocimientos, ideas, actitudes, y posturas que tienen los estudiantes de décimo semestre de psicología, pues como plantea Moscovici (1961) Quien menciona que una representación social es una “preparación para la acción”, esto significa que estas ideas que rodean a los estudiantes próximos a graduarse, son las que guiarán la manera como intervienen casos de suicidio infantil de niños de 7 a 11 años, más aun cuando durante la carrera no se ha capacitado o informado acerca esta problemática de salud pública, lo que puede generar que estas representaciones sociales estén permeadas de creencias o ideas muy alejadas a la psicología, y no se logre una intervención eficiente que impacte en el niño.

Además, es importante el abordaje de este tema, ya que hablamos de una problemática social tan trascendental como lo es el suicidio infantil, que día a día construye nuevos matices y nuevas formas de impactar en la sociedad en que vivimos. Y es de vital importancia que los estudiantes de la universidad Unicatólica se les brinden todos los elementos necesarios para poder intervenir y abordar casos de este tipo. De modo que se requieren conocimientos teórico-prácticos para las actividades que están realizando en su intervención en las prácticas clínico-educativas y las que más adelante realizarán después de graduarse. Es por esto que se deben construir aprendizajes a lo largo de la carrera profesional, que brinden las herramientas para intervenir en el suicidio infantil, ya que los estudiantes deben poseer una base sólida sobre la cual se puedan fundamentar para realizar una acertada intervención y desde ahí mismo abrirse camino hacia nuevas construcciones de conocimiento frente a las problemáticas que la sociedad les demande.

Finalmente, con la investigación de las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen

Gentium sobre el suicidio en niños entre los 7 a 11 años se pretende generar un espacio de construcción de conocimientos y reflexión entre aquellas concepciones, experiencias, significaciones y simbolismos que poseen los estudiantes de psicología. También, se busca incitar la indagación de esta problemática, el reconocer la experiencia del otro y el aprendizaje de nuevas perspectivas, logrando que se fomente conocimiento acerca del suicidio en niños entre 7 a 11 años, permitiendo a los estudiantes tener una comprensión más amplia a la hora de abordar esta problemática, además de edificar nuevas representaciones por medio de las experiencias de otros, que puedan ser útiles para sus futuras intervenciones, por medio de la construcción en colectivo logrando de alguna manera la re significación de la representación social de todos los participantes.

4. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños entre los 7 a 11 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Explorar las representaciones sociales de los estudiantes de psicología con relación al suicidio en niños.
- Analizar las representaciones sociales sobre el suicidio en niños de los estudiantes de psicología.

5. MARCO TEÓRICO.

Este apartado tiene como objetivo principal especificar elementos acerca de las representaciones sociales, y las representaciones sociales del suicidio, además destacar a los autores más relevantes para estas temáticas que van proporcionar información acertada acerca de la problemática planteada en esta investigación.

REPRESENTACIONES SOCIALES.

El primer autor que se va a abordar es Moscovici (1961), quien busca rastrear en un estado casi puro lo que son las representaciones sociales, con el fin de comprender desde sus primeras definiciones, cuál es el panorama que plantean. Este autor señala que las representaciones sociales son entidades casi tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas. Sabemos que corresponden, por una parte, a la sustancia simbólica que entra en su elaboración; por otra parte, la práctica que produce dicha sustancia, así como la ciencia o los mitos corresponden a una práctica científica y mítica. Se puede encontrar aquí que sólo en el cruce de un sujeto con otro, se puede generar múltiples representaciones, ya que esto no es algo que se produzca en solitario, sino que la interacción social posibilita que tengan lugar las representaciones sociales y esto sucede en cualquier entorno, como lo señalaba anteriormente el autor que es algo casi tangible, desde la cotidianidad hasta en las prácticas científicas o míticas, ningún círculo social está exento de las representaciones sociales (Moscovici, 1961).

Basándose en lo anterior, ahora el autor plantea que se debe tomar a la representación social como algo propio del sujeto y propio de su cultura, ya que su textura psicológica autónoma es quien va a entrar en contacto con esa otra textura psicológica del otro sujeto y ambos en ese encuentro van a intercambiar representaciones sociales que son propias de su cultura y de la sociedad misma en la que residen. “Por lo tanto tenemos que encarar la representación social como una textura psicológica autónoma y a la vez como propia de nuestra sociedad, de nuestra cultura” (Moscovici, 1961, p.29).

En otro sentido, Moscovici (1961), señala que “la mayoría de los estudios han descrito la opinión como poco estable, referente a puntos particulares, por lo tanto, específica; finalmente se ha comprobado que constituye un momento de la

formación de las actitudes y los estereotipos” (p.30). Por lo tanto, las opiniones son representaciones sociales que se crean en cualquier círculo social. También, el autor afirma que:

Una representación social es una “preparación para la acción”, no lo es solo en la medida en que guía el comportamiento, sino sobre todo en la medida en que remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Llega a dar un sentido al comportamiento, a integrarlo en una red de relaciones donde está ligado a su objeto. Al mismo tiempo proporciona las nociones, las teorías y el fondo de observaciones que hacen estables y eficaces a estas relaciones. (Moscovici, 1961, p.32).

Aquí se evidencia de manera detallada la función de la representación social, que es algo que va más allá de una preparación para la acción e implica todo un proceso de elaboraciones, reconstrucciones y amoldamientos para darle sentido a un comportamiento en la relación social con los otros.

En relación con lo anterior Vergara (2008), señala que:

Las representaciones sociales se constituyen en un aparato teórico heurístico para profundizar en el conocimiento de la realidad social. Es preciso abrir los ojos y los oídos a un diálogo de saber múltiple que no pretende lograr el estatus de saber científico. Las representaciones se manifiestan en el lenguaje y en las prácticas, en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar el mundo de la vida. En este sentido, podemos pensar que las representaciones sociales hacen posible abordar las concepciones y prácticas que orientan la experiencia de vida de los diferentes grupos poblacionales. (p.62).

Por lo tanto, se puede encontrar la importancia de las representaciones sociales las cuales se manifiestan constantemente a lo largo de la vida de los seres humanos, desde la función del lenguaje hasta la propia experiencia humana, en ese sentido se posibilita a través de estas representaciones los canales de relación entre unos y otros.

Ahora hablando de la formación de las representaciones sociales, es importante señalar tres procesos del desarrollo de las representaciones sociales. En primer lugar: La sociogénesis que da cuenta de cómo las representaciones evolucionan históricamente al interior de un grupo social. Es decir que trascienden entre generaciones y se desarrollan según el contexto en el que se encuentren, no son estáticas, sino que por el contrario se transforman, lo cual es algo muy relevante, ya que, si no hubiera un cambio a través del tiempo de estas representaciones, estas quedarían abolidas, incluso obsoletas por su incapacidad de adaptación. En

segundo lugar, la ontogénesis que es el proceso por el cual un sujeto particular da forma a sus representaciones y este posibilita observar cómo estas van variando a medida que el sujeto interactúa dentro del campo social. De lo anterior, se resalta la forma en que el sujeto se relaciona con su entramado social, a consecuencia de esto cada una de sus representaciones se transforma y desarrolla más representaciones que nutren el campo social.

Finalmente, el tercer proceso llamado microgénesis alude a cómo en interacciones sociales puntuales los participantes negocian definiciones comunes que permiten mantener el diálogo. Estos tres procesos mencionados se encuentran interrelacionados, en la medida en que la ontogénesis y la sociogénesis son siempre consecuencia de procesos de microgénesis, es decir que este último proceso posibilita, a los otros dos procesos anteriores, debido que a partir del mantenimiento de un diálogo, que parecería una cosa muy simple para algunos, se genera la negociación e incluso la transformación de las representaciones propias y ajenas del entramado social que esté en juego en ese momento (Alasino, 2011).

También se encuentra que:

Las representaciones sociales albergan un gran volumen de informaciones, imágenes, opiniones, actitudes, ritos, técnicas, costumbres, modas, sentimientos, creencias, miedos, entre tantas y tan diversas cosas que nos permiten vivir. Este contenido se relaciona con un objeto, un trabajo, un acontecimiento económico o un personaje social. Puede ser también la representación social de un sujeto (individuo, familia, grupo, clase, etc.), en relación con otro sujeto. En esta forma, la representación es tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía y la cultura. (Vergara, 2008, p.64).

Entonces, se habla aquí de diversidad de conceptos, que le permite a un sujeto vivir y relacionarse de una manera particular, en cuanto a un contexto. Ya que, se habla de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, se puede remitir a un cierto estatus de las representaciones sociales de cada uno de los sujetos que alberga la sociedad, hay que precisar que, si bien compartimos algunas representaciones en general con todas las personas, hay otras que solo las compartimos, con un grupo específico de personas, debido al contexto donde se generan.

Por otra parte, se hablará de las diferentes construcciones de la realidad, en tanto a las representaciones sociales, debido a la conexión de contexto y conocimiento revela un profundo influjo de las tradiciones fenomenológicas, que permiten relacionar el conocimiento científico y el sentido común en un contexto social de producción. Por lo tanto, se le dará cabida a la idea de que las representaciones sociales son una herramienta de la construcción de la realidad,

en tanto su relación con el conocimiento científico va a generar una producción para el campo social. (Vergara, 2008).

En lo que concuerda el autor Moscovici (1961), refiriendo que:

En resumen, aquí vemos sistemas que tienen una lógica y un lenguaje particulares, una estructura de implicaciones que se refieren tanto a valores como a conceptos, un estilo de discurso que le es propio. No están considerados como "opiniones sobre" o "imágenes de", sino "teorías" de las ciencias colectivas" sui generis, destinadas a interpretar y a construir lo real. (p.33).

Además, Vergara (2008), va a mencionar que las representaciones sociales hacen más que reflejar el mundo, crear y mantener la humanidad; éstas también están involucradas en la construcción del mundo social. Las teorías de las representaciones sociales sostienen la promesa de entender las distintas relaciones que pueden existir entre lo sociocultural y lo individual, también de analizar a la persona como un participante cultural que es simultáneamente una construcción social y un constructor social de experiencia.

Otra de las cosas importantes que precisa Vergara (2008), dentro de las representaciones sociales es el proceso comunicativo que así descrito es inherente a la teoría de las representaciones sociales. Citando a Jodelet (1991), describiendo que las relaciones entre las representaciones y las comunicaciones sociales como formas de pensamiento social usadas para comunicar, comprender y dominar el ambiente social, material e intelectual. Las cuales, son analizadas como productos y procesos de actividad mental marcadas socialmente. Estas marcas sociales se refieren a las condiciones y contextos donde las representaciones emergen, a los circuitos por los cuales viajan y a las funciones que utilizan. Esta forma de conocimiento es construida en el curso de la interacción social y la comunicación. Lleva la marca de la inserción social del sujeto colectivamente compartida y contribuye a la construcción de una versión de la realidad que es común y específica para una entidad social o cultural. Esta forma de conocimiento tiene objetivos prácticos y funciones sociales, operar como un sistema de interpretación de la realidad, que sirve como guía en nuestra relación con el mundo. Así orienta y organiza nuestro comportamiento y nuestra comunicación.

En el transcurso del tiempo el universo se puebla de seres, el comportamiento se carga de significados, algunos conceptos se colorean o se concretan, se objetivan, como suele decirse, enriqueciendo la textura de lo que la realidad es para cada uno. Al mismo tiempo, se proponen formas en las que encuentran expresión las transacciones corrientes de la sociedad y, reconozcámoslo, estas transacciones se rigen por esas formas simbólicamente, se entiende- y las fuerzas allí cristalizadas aparecen disponibles. (Moscovici, 1961, p.33).

En definitiva, se puede decir que las representaciones sociales sobrepasan el entendimiento que se tenía de ellas, nadie podía imaginar que una idea, creencia, o pensamiento llegara a ser tan fuerte para transformar la realidad social en la que se ubican los seres humanos y que estas representaciones podrían contribuir al conocimiento científico o en algún contexto donde puedan encajar. Dependiendo de su contenido e impacto que pueda generar en un grupo social, haciendo uso de herramientas que aparentan ser simples como el lenguaje, pero que producen nuevas perspectivas y maneras no solo de ver sino también de vivir y sentir la vida.

Ahora bien, el suicidio ha tenido un largo recorrido histórico, ya que se practica desde tiempos remotos, no obstante, ha variado en su sentido lingüístico pues anteriormente su denominación era diferente, además se ha transformado como representación social, como afirma el autor Prado (2011), el suicidio en la antigüedad lo habían designado con diferentes nombres, términos o expresiones, esté siempre indicando conceptos acerca de matar o morir, sin embargo, el término lingüístico “suicidio” es reciente.

En cuanto a la representación a lo largo de la historia se han transformado según la determinada época, contexto y cultura. En el principio cuando las sociedades eran constituidas por tribus se tenía una visión del suicidio intersubjetiva, pues se tejía toda una red de percepciones acerca de la realidad. Verbigracia, los mayas veneraban a la diosa del suicidio (ixtab), en otras culturas como en la india los sabios que buscaban el nirvana se suicidaban en fiestas religiosas, por otro lado, un ejemplo inverso a las anteriores culturas, son las tribus africanas quienes rechazaban rotundamente el suicidio, debido a que se consideraban brujería, en consecuencia a estas creencias establecidas dentro de la cultura africana, el castigo consistía en enterrar el cuerpo de la persona sin que se le hiciera ningún tipo de ceremonia, también, se le quemaba la casa o incluso el árbol en donde se colgaba la persona (Almanzar, s.f).

Partiendo de la idea anterior, el fenómeno del suicidio como lo expresa el autor Ballesteros, Gutiérrez-Malaver, Martínez, Medina, Sotelo y Bouquet (2010), ha sido estudiado desde la psicología social como un proceso que es progresivo con un trasfondo individual, simbólico, social y práctico. Es por esto que las diferentes tribus o sociedades le atribuyen una representación diferente, pues cada una lleva consigo un trasfondo simbólico que se vincula de forma directa a la cultura construida.

Por otro lado, en la antigua Grecia el suicidio era considerado como un delito contra el estado, por ende, las personas que cometían este acto eran castigados con entierros aislados y la mutilación del cadáver, además la familia era puesta en deshonra frente a la sociedad. Así mismo, esta época tiene una gran influencia por parte de la filosofía, debido que Platón y Aristóteles plantearon sus consideraciones frente al suicidio, el primero ilustra a este fenómeno como un

delito contra la sociedad, pero reconoce excepciones como en caso de amor, enfermedad, o como una forma de auto castigo, a diferencia del segundo Aristóteles, quien consideraba al suicidio como un acto de cobardía, de huir de los problemas, por lo tanto, no merecía honra o entierro digno (Amador, 2015).

Pasando a otra época, el imperio Romano tuvo variaciones sobre el concepto y su penalización en comparación con la Grecia antigua, es así como se condenaba el suicidio, pero se aceptaba si era por filosofía, amor, honor o heroísmo, otro aspecto que difiere de otras épocas es el caso de enfermedad mental, debido a que las personas estaban bajo la influencia de un estado mental alterado, por ende, el suicidio no se condenaba, en consecuencia a esto surge las primeras consideraciones frente a las enfermedades mentales.

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, cabe resaltar que dentro de la esfera social es importante distinguir, al menos, tres dominios principales que permiten entender cómo está concebido el fenómeno del suicidio en una sociedad: el significativo individual, que en el caso de la antigua Grecia y el imperio romano los suicidios eran influenciadas por ideales subjetivos, estos adquirirían significados diferentes para cada persona, por el contrario en otros contextos si era condenado, debido a que el suicidio al verse en su aspecto práctico, tenía de gran relevancia el rol de la persona dentro de la sociedad (Ballesteros et al, 2010).

Siguiendo con la línea de tiempo, en la edad media la religión fue la principal influencia sobre todo el cristianismo, en donde el suicidio constituye un castigo pues seguía siendo penalizado, pero ahora con un castigo divino, convirtiéndose en un pecado mortal, esto con el argumento de los mandamientos sobre todo el sexto, el cual hace referencia a que no matarás, este es reinterpretado por San Agustín, el cual plantea que no matarás ni a otro ni a ti, debido a que eso implica matar a un hombre (Amador, 2015).

Cabe aclarar que todavía en la actualidad se tiene en cuenta esta representación del suicidio, pues es considerado como un pecado para las sociedades religiosas. Debido a que, según Inquilla (2011), la conducta comprende el pensamiento simbólico y autor reflexivo junto a la cultura que juega un papel fundamental, es por esto que las representaciones sociales son tan fuertes dependiendo de la época y la cultura.

Entrando en la última época de la concepción del suicidio, se encuentra la edad moderna y contemporánea, quienes van a pretender la despenalización del suicidio, situación que se evidenciaba claramente en algunos códigos durante la revolución francesa.

Cabe aclarar que en la literatura y los textos del renacimiento se entiende que el suicidio no es condenado, por el contrario, en algunos casos es exaltado o visto como necesario (Amador, 2015).

En la actualidad, la representación del suicidio tiene una connotación negativa, aún más si se habla de suicidio infantil, pues no se comprende en su totalidad el trasfondo que tiene este fenómeno, ya que los niños igual que los adultos pasan por situaciones de estrés, preocupaciones y miedos, sin embargo, a la sociedad se le dificulta concebir esta realidad, tanto así que dan por sentado que el niño no piensa en la muerte y mucho menos en el suicidio.

Siguiendo con la idea anterior, Viñas y Doménech (1999), plantean el concepto de muerte en los niños de 8 a 12 años, en donde a partir de una investigación que realizaron, la cual parte de dos grupos. En la que los participantes son niños, los cuales tienen la misma edad, género, nivel intelectual, curso escolar y nivel socioeconómico. En lo único que difieren los dos grupos, es que el primero lo constituyen niños que no presentan ideación suicida y el segundo es un grupo que si manifestaba ideación suicida.

Los resultados de esta investigación dieron a conocer que los dos grupos de niños entre los 8 y 12 años muestran una similar percepción y conocimiento de muerte, sin embargo, los niños con ideación suicida en todos los grupos de edad tienen una percepción real de la muerte. Por otro lado, en el caso de los niños sin ideación suicida con relación a la variable de la edad alcanzan una noción de lo que es la muerte.

Además, dentro de los dos grupos que presenta la investigación, se demuestra que ambos comprenden el significado del suicidio y lo llegan a describir “como matarse uno mismo” incluso indican causas “como cansancio de vivir”. Por ende, lo anterior refiere que la conducta suicida en la infancia no responde necesariamente a un desconocimiento de la muerte, ya que como lo confirman los autores Viñas y Doménech (1999), a los 8 años el niño puede tener la misma percepción de muerte que el adulto. Por otro lado, los niños con ideación suicida tienen este tipo de pensamientos debido a situaciones amenazantes, sin embargo, estas no las indagan dentro de la investigación. En relación con el subconcepto de muerte personal, los niños sin ideación suicida expresaron morir de una forma natural. Por el contrario, en el grupo con ideación atribuía a su muerte formas más trágicas y poco ortodoxas, es así que los niños de 7 a 11 años expresaban que su muerte sería por muertes violentas o suicidio.

De lo anterior, cabe resalta que los niños perciben todo lo que sucede a su alrededor, incluyendo los fenómenos sociales como el suicidio, tanto como para construir una representación social acerca de lo que esto significa, a pesar de no estar en la cúspide de su desarrollo cognitivo, comprenden las situaciones por más complejas que sean, sumándole a esto que el suicidio al ser un tema tabú, no es un tema que se dialogue en familia, aun así los niños según la edad y las experiencias vividas comprenden los significados y simbolismos que tales situaciones contienen, en consecuencia, los adultos en general no deben dar por

sentado lo que los niños comprenden o no comprenden, pues los niños construyen representaciones sociales con bases sólidas de la realidad en la que viven.

En conclusión, la historicidad del suicidio ha marcado todo un recorrido y transformación, esto debido a la influencia de diferentes épocas, contextos y culturas. Los significados y simbolismo que han marcado al suicidio aun en la actualidad muchos pueden evidenciarse, cabe resaltar que la relevancia de comprender la historia del suicidio radica en brindar un panorama general de las diferentes concepciones perspectivas, representaciones, creencias etc. que en épocas y contextos diferentes han connotado y cargado a este fenómeno con múltiples representaciones sociales del suicidio, según la perspectiva con la que se conciba. También, este fenómeno ha impactado tanto que hoy por hoy el suicidio es un problema de salud pública por su aumento a nivel mundial, hasta llegar a afectar a la población infantil, pues los casos que se presentan de esta problemática según la edad disminuye día a día, por ende no se debe dar por sentado las diferentes representaciones acerca de la muerte y el suicidio que los niños de 7 a 11 años de edad puedan construir, muchas veces hasta sin brindarle una connotación negativa o positiva, pues, dependiendo de la edad del niño su construcción es más sólida y estructurada. Y se la debe tener más en consideración.

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SUICIDIO.

El suicidio durante la niñez es uno de los fenómenos menos conocidos y estudiados, esto debido al tabú en la sociedad para hablar acerca de esta problemática, sin embargo, no cabe duda que los niños también tienen concepciones acerca de este tema, sumándole que los infantes continuamente están expuestos a situaciones de estrés y preocupaciones constantes.

Cabe destacar, que el suicidio es una forma de escapar de los problemas o dejar el sufrimiento de lado, se debe considerar que en algunas ocasiones los niños pueden sufrir sucesos traumáticos en la infancia o estar expuestos a contextos vulnerables. Tener una historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia, mostrar un nivel alto de impulsividad/inestabilidad emocional o carecer de recursos de afrontamiento, violencia intrafamiliar, dificultades en la escuela como es el acoso escolar, problemas emocionales de baja autoestima, también el abuso sexual, entre otras. (Cañón, 2011).

No obstante, aunque para la sociedad las diferentes representaciones del suicidio infantil no sean tan consideradas, se debe tener en cuenta que los niños tienen conocimientos mucho más amplios de lo que se cree, esto lo demuestra

Calderón, Espinosa, Gasca y Rodríguez (2009), quienes afirman que los infantes con edades entre los 7 a 9 años, tienen la capacidad de reconocer cuales son los métodos más efectivos para realizar un suicidio consumado y entre estos cual es el más efectivo, además refieren que las niñas hacen descripciones más detalladas de dichos métodos y son quienes tienden a utilizarlo con mayor frecuencia.

Por otro lado, establecen que los niños entre los 10 y 11 años, por la etapa del desarrollo en la que se encuentran y por la maduración cognitiva que tienen, pueden diferir entre lo que es un suicidio consumado y uno no consumado, destacando en este ultimo la planeación del acto antes de tomar la decisión final de hacerlo. Además, mencionan que los infantes en esta edad, tienen la capacidad de identificar causas o situaciones que pueden propiciar un intento suicida, como lo puede ser llamar la atención de otra persona, esta es una característica que no se presenta en las edades anteriores. Este grupo también está en la capacidad de discriminar cuales son los métodos más efectivos.

Por lo anterior, Calderón et al (2009), afirman que los infantes con edades entre los 7 a 11 años pueden identificar causas y consecuencias del suicidio, además están en la capacidad de aseverar que los problemas de tipo familiar, social, económico e incluso emocional puede generar en ellos ideación suicida que puede pasar a ser intento o acto suicida, incluso pueden llegar a reconocer la tristeza, el sufrimiento y el dolor que pudiera tener una familia o una persona que atravesase por esta situación. Por último, dicen que los infantes saben que para prevenir estas situaciones se debe intervenir o trabajar en las causas del problema.

Ahora bien, según lo planteado anteriormente, se logra vislumbrar los conocimientos que tienen los niños de 7 a 11 años acerca del suicidio, donde saben discriminar cual es el método más efectivo y rápido, identificar las causas y consecuencias de esta situación, todo esto sin que un adulto se lo explique, pues ellos son capaces de construir sus propias concepciones y representaciones acerca del entorno que los rodea, cabe destacar que el procesos de construcción de estas concepciones está estrechamente relacionado con la edad en la que se encuentra el niño debido a su maduración cognitiva.

Dicho lo anterior para Durkheim (1897), hace de gran relevancia la palabra suicidio debido a que comúnmente puede llegar a ser mal interpretada o ser utilizada de manera incorrecta ante las personas de la vida cotidiana, logrando así dar una confusión a su significado, por ende, se es necesario lograr delimitar su definición para darle sentido a este fenómeno.

Siguiendo la misma línea, Durkheim (1897), propone que en el suicidio se deben tener características lo suficientemente propias para que se pueda reconocer claramente cuando se presente un caso de esta índole, reuniendo todos los hechos que se presentan en estas características diferenciales, dentro de

estas encontramos dos tipos de suicidio voluntario que son los mediatos e inmediatos, están las disposiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza del medio físico. Al igual que Carmona (2012), ambos autores establecen que las características del medio social y las instituciones que lo componen, son también factores fundamentales que permiten entender la razón por la cual las personas cometen un intento suicida o el suicidio como tal.

Un rasgo especial del suicidio según Durkheim (1897), es que la muerte es obra de la misma víctima, un acto cuyo victimario es el mismo paciente, de este modo el autor haya dos tipos de suicidio diferenciados sutilmente; el primero es aquel donde se hace daño por un periodo prolongado, por ejemplo, no alimentarse adecuadamente, este hecho puede considerarse como suicidio debido a que no es necesario un antecedente inmediato siendo que la causalidad de la muerte sea indirecta. El segundo es cuando se hace un daño inmediato, en donde la persona es autor de su propio fin, dando un golpe mortal, es ahí donde se debe clasificar los dos tipos de muertes voluntarias donde la mayor diferencia de todas son los detalles materiales de la ejecución. Es así como Durkheim (1897), da su primer acercamiento a definir qué es el suicidio, diciendo: “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la propia víctima” (p.12).

Ahora bien, con respecto a la comprensión de la muerte por parte de los niños, según los autores Tau y Lenzi (2011), citando a Piaget retoman que la muerte va cambiando con la edad, antes de los dos años existe la sensación de ausencia y presencia, asociando a ello manifestaciones de angustia, no hay pensamiento operacional ni la capacidad de integrar un concepto como la muerte. Según Piaget, los niños a esta edad se caracterizan por un desarrollo sensorio-motor, basados más que nada en los reflejos, y en las conductas que van adquiriendo con la experiencia, describiéndose que, ante el dolor, se pueden volver apáticos y presentar alteraciones somáticas.

Siguiendo con la misma línea, los niños entre los tres y los siete años, tiene un pensamiento pre operacional, centrado en la intuición, trae consigo la búsqueda de mecanismos causa-efecto para lo que va sucediendo. Es ahora que tiene cabida la idea de la muerte, pero como un fenómeno reversible o temporal, con atribuciones mágicas que responden a su pensamiento pre operacional, y el concepto puede adquirir propiedades tenebrosas. Ya los niños entre los 7 y 12 años, aparece el pensamiento operacional, donde se van adquiriendo los diferentes elementos que Piaget define como conformadores de una idea de muerte apropiada (inmovilidad, universalidad, irrevocabilidad, entre otros).

Continuando con la idea anterior, el autor Durkheim (1897) plantea la definición de suicidio como; toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente por causa propia. Teniendo en cuenta la definición planteada, los niños poco a poco van

construyendo el concepto de muerte y suicidio, esto según su edad, así mismo Tau y Lenzi (2011), sostienen que:

Las palabras que los niños utilizan para elaborar diferentes nociones son tomadas del lenguaje adulto, pero no por ello delimitan en ambos casos iguales campos semánticos, y esta diferencia es la que debemos precisar. De hecho, el concepto de asimilación piagetiana da cuenta de una actividad del sujeto que, incluso en las ocasiones en que estamos próximos a una reproducción infantil imitativa, siempre implica un recorte realizado en función de los esquemas y relaciones disponibles para el niño. (p.6).

Dicho lo anterior, los niños crean sus propias representaciones sociales comprendiendo todos esos pensamientos, concepciones y esquemas de lo que es la muerte, además como se planteó anteriormente de lo que es el suicidio, por ende, no se debe dar por sentado que los niños no tienen este tipo de conocimientos, es así, que se debe hablar con mesura pero con claridad según la edad, pues, como se evidencia con las investigaciones anteriores los niños son capaces de comprender conceptos y situaciones de una forma sencilla y natural.

Ahora bien, Durkheim (1897), también habla que la creencia más habitual es que el suicidio de una persona es un acto de desesperación por no querer vivir; sin embargo, el ser humano al quitarse la vida no deja de renunciar a ella sino a la diversidad de motivos los cuales lo llevaron a esta decisión, por ende, lo que tienen en común todo suicidio es que se obra con conocimiento de causa, es decir, que la víctima actúa sabiendo cuál será el resultado sin importar las situaciones o motivaciones que lo llevaron a cometerse.

Por lo anterior, se debe tener en cuenta que los niños también tienen comprensión acerca de la muerte y el suicidio, además como lo plantea el autor Durkheim (1897) el suicidio obra en contra de la vida, aun sabiendo las consecuencias y los resultados, de la misma forma los factores de riesgo en los cuales el autor Cañón (2011), destaca que se encuentran contextos vulnerables en donde aparece el abuso sexual, violencia intrafamiliar, dificultades en la escuela como es el acoso escolar, problemas emocionales como la depresión, en donde el niño no quiere deshacerse de la vida como tal, sino de los diversos motivos que le afectan.

Por consiguiente, Durkheim (1897), completa la primera definición del suicidio planteado que: "En definitiva, que se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado" (p.13). Es relevante para esta investigación la manera en que este autor ilustra el suicidio como un acto que comete una persona con la certeza de saber el resultado de sus acciones y aun así sea llevada a cabo, también es importante saber que no es liberarse de la vida misma, sino de las múltiples situaciones que el ser humano no logra concebir en

una solución más allá de quitarse la vida, donde para él, el único camino es morir, es la única salida y la que puede aliviar ese malestar subjetivo.

Nuevamente Carmona (2012), coincide con los planteamientos de Durkheim respecto al suicidio, también menciona que el suicidio puede presentarse por causas positivas o negativas, donde las primeras estarían ligadas al “sacrificio” por el bien de una institución, grupo social o creencia, es decir, que la muerte generaría un beneficio a dichos grupos haciendo ver a la persona como un “mártir” o como alguien que entregó su vida “por la causa”, lo anterior, dependiendo de la representación social que tenga el fenómeno en una época determinada.

Por otra parte, el suicidio negativo sería causado por los actos violentos de las instituciones en las que se encuentra el individuo hacia él, atrincherándolo a una situación tan desesperante y tan insoportable que la única opción de salida que considera la persona es el suicidio, a partir de aquí, depende de la persona y en cierta medida de las circunstancias que lo llevaron a cometer el acto, si este se efectúa de manera inmediata o no. Además, estas definiciones permiten dar una idea del lugar que ocupa el suicidio en la vida moral de las personas, debido a que el suicidio trasciende más que solo de un hecho monstruoso a una práctica natural y espontánea del ser humano, demostrando la relación del suicidio en diferentes conductas cotidianas de este, también, ligado a las diferentes representaciones del sujeto en particular.

Ahora bien, Durkheim (1897), plantea que hay dos clases de causas sociales globales a las que se puede atribuir, la influencia del suicidio: las disposiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza del medio físico. La primera refiere a los estados psicopáticos, preguntándose ¿si es posible que la locura suicida sea la causa de las muertes voluntarias al llevar a la enajenación? Dando como resultado el suicidio, sin embargo, plantea que serían motivos totalmente imaginarios debido a las diferentes alucinaciones y delirios que se presentan en este estado psicopático, donde lo que perciben no es real y la mayoría de los suicidios tienen motivos reales, pues no todos los suicidas están locos como plantea el autor.

Otra disposición orgánico-psicológica, son los estados psicológicos normales en donde plantea la hipótesis de que la raza y la herencia se ligan al suicidio, explica que la raza “es un agregado de individuos que presentan características comunes, debido a que todos proceden de un mismo país” (Durkheim, 1897, p.51). Estos sujetos de una misma generación se distinguen de los otros gracias a la genética que pasa de unos a otros, por tanto, estas dos vertientes se ligan haciéndose una sola categoría de la cual Durkheim (1897), se pregunta si es posible que el suicidio sea hereditario.

Plantea entonces la duda de ¿si un padre se suicida, su hijo se suicidará en las mismas circunstancias, del mismo modo y por los mismos motivos? Responde que el suicidio se puede cometer en cualquier edad siendo los suicidios más jóvenes

cerca de los cinco años de edad, sin embargo, no se ha comprobado que esto se le deba atribuir a la herencia, más bien se debe tener en cuenta los efectos de causas sociales que pueden llevar a esta situación.

Algo que cabe resaltar de Durkheim (1897), es que dice que las tasas de suicidio varían según el medio social, que, en grandes ciudades, donde la vida social empieza muy pronto para el niño, evidenciado una precocidad al iniciarse la vida social del niño sin antes de que complete el proceso de civilización, se experimentan fuertes efectos de la sociedad, por tanto, se demuestra que en los países civilizados la tasa de suicidios infantiles se incrementa cada vez más. Lo que tiene de característico no es que surja en un momento determinado de la vida, sino que progresa sin interrupción de edad en edad.

Del mismo modo, Carmona (2012) no refiere al aspecto biológico como causa fundamental del suicidio, sino que, atribuye que este fenómeno es causado por el contexto que rodea a la persona, este contexto la mayoría del tiempo es hostil y violento para el sujeto y es a partir de allí que se genera la idea suicida. Aunque este autor no habla de posibles edades en los que los niños se intentan suicidar, más bien refiere a la alta vulnerabilidad que tienen ellos frente a estos casos, esto es causado por identificaciones con los otros y por la relación que tiene ellos con sus pares. Lo importante de todo esto, es que ambos autores reconocen la posibilidad de que los niños se lleguen a suicidar y que los factores en común que pueden generar dicho acto, es el contexto social en el que se encuentra.

Además, no es viable que el suicidio sea transferido, debido a que biológicamente se hereda es el temperamento y las actitudes, por tanto, puede ser más factible que haya una predisposición que sería un temperamento melancólico más no que el acto suicida por sí solo sea heredado. En conclusión, el suicidio no pasa de generación en generación ni es determinado por la raza.

Para proseguir se aborda la segunda causa que influencia al suicidio, esta es la naturaleza del medio físico la cual Durkheim (1897), le da una mayor relevancia debido a que su propuesta sobre el suicidio va más allá de causas netamente individuales. Comienza hablando acerca de los diferentes tipos del suicidio, el primero de estos es el egoísta en el cual, plantea que hay una relación directa entre la sociedad y el individuo, menciona tres ejemplos que muestra esta propuesta y entre ellos está la religión, la familia y el estado político.

Estos aspectos refieren a la relación que tiene la persona con cada área, en el caso de la religión, el suicidio se puede presentar en términos de entregar la vida por su dios o las creencias que tenga, en la familia se puede presentar con el fin ya sea de permitirle un mejor vivir a los demás miembros de esta o el cansancio de la interacción que tiene con ellos, y en el aspecto político, tiene que ver con la estructura política de la sociedad en la que se encuentra y los mandatos que esta

tiene, por ejemplo, en un país con una crisis económica grande habrá mayor tasa de suicidio que en uno con buena economía.

Cabe destacar que la estructura de la religión y la familia también influye en la tasa de suicidio de las personas, por ejemplo, en el primer caso habrá mayor tasa de suicidio en religiones que sean más individualistas que las otras o que tengan conceptos de entrega de vida más radicales, en el caso de la familia, habrá mayor tasa de suicidio en personas divorciadas, sin hijos, monoparentales o solteros, a diferencia de quienes tienen una fuerte estructura familiar.

La siguiente forma de suicidio es la altruista que se evidencia cuando el hombre es absorbido por el grupo encontrándose fuertemente integrado en él, perdiéndose dentro de este, en donde el yo deja de ser él mismo, su conducta está guiada por la forma en que actúa el grupo, es ahí cuando el sujeto pierde su yo y actúa en consecuencia al grupo. Este suicidio es casi por obligación en donde si no se obedece se le castigará con el deshonor o penas de índole religiosas en algunos casos (Durkheim, 1897).

Otro tipo de suicidio es el anómico, este se presenta en una sociedad con un sistema normativo frágil, en donde los valores sociales están desmoronados, según Durkheim (1897), se podría relacionar en lo individual con la ausencia de la ley y la desprotección, encontrándose las personas en total desamparo. En este tipo de casos el autor expone que el divorcio, el materialismo y las crisis económicas, son causas que pueden poner al individuo en un sin sentido y falta de valores, debido a que son las más cercanas a este, generando una desestabilización social para la persona, convirtiéndose entonces en la causa de su sufrimiento.

El último de los tipos de suicidio es el que Durkheim (1897), denomina como fatalista el cual, se caracteriza por generar en el individuo una excesiva y fuerte reglamentación, en donde limita sus posibilidades de vida dejándola sin autonomía propia, este tipo de suicidio es el que cometen sujetos cuando actividades futuras están impuestas por el contexto que lo rodea y la persona no tiene más opción que obedecer a estas imposiciones.

Para Carmona (2012), la naturaleza del medio físico anteriormente planteada por Durkheim, se representaría en las formas de violencia de las instituciones que, de manera directa o indirecta, afectan a las personas de tal manera que se crea en ellos ideaciones suicidas, los cuatro postulados que se mencionaron son la representación más detallada de las potencialidades que poseen los sistemas sociales y el efecto que causa en el individuo.

Es por esto que para poder entender mejor el fenómeno de suicidio en las personas y sobre todo en los niños, se tiene que tener en cuenta principalmente los componentes sociales que rodean a las personas, pues a través de todo lo que

se ha ido mencionando desde los postulados de (Durkheim, 1897; Calderón et al. 2009; Cañón 2011; Tau et al. 2011). De esta manera, será posible comprender de una forma más amplia, las representaciones sociales de los sujetos y las implicaciones que genera el que hacer o no de los individuos, además, de cómo la afectación de algunos de estos sistemas puede terminar en el fin de la vida de una persona o un niño.

6. MARCO JURÍDICO.

En la presente investigación se exponen algunas leyes que se hacen necesarias para la reglamentación de este ejercicio académico. Teniendo en cuenta que estas acogen los artículos y las entidades correspondientes, en cuanto al manejo de la información de las temáticas tratadas en esta investigación.

Para iniciar se hace mención a la Ley 12 de 1991: Convención Internacional sobre los Derechos Del Niño, en donde se destacan los puntos “teniendo presente” donde refieren que la necesidad de proporcionar al niño una protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño. Que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento". Además de tener en cuenta el artículo 1 de la presente ley que dice, “Para los efectos de la presente convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”.

Por otra parte, se resalta el plan decenal de salud pública 2012-2021 (PDSP), el cual se encuentra en el marco de la *Ley 1438 de 2011*, donde se construyó de manera participativa el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como una apuesta del país, que propende por la equidad en salud entre los grupos poblacionales, independiente de sus características y particularidades. Entre sus objetivos específicos tiene: “mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente”, cabe resaltar que el PDSP trabaja principalmente ocho dimensiones las cuales son: salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; seguridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral.

Seguido a esto, se halla la Resolución 429 de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), se establece un componente operativo de este: la regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), las cuales “integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes

integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales”, (Artículo 5). La intervención de este tipo de rutas, se enfoca principalmente en garantizar el adecuado control clínico de posibles patologías, a su vez, prevenir el desarrollo del cuadro clínico y evitar situaciones que puedan privar de autonomía a la persona, como también disminuir el intento de suicidio y el suicidio, la mortalidad por empeoramiento y comorbilidades que se puedan desarrollar, incluye además seguimiento y valoración de riesgo.

Igualmente, la Resolución 3202 de 2016. “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones”. Adicionalmente, diferentes instituciones y organizaciones participan de la gestión integral del riesgo en conducta suicida, cuyo marco normativo se resume en el apartado del Instituto Nacional de Salud: Que presenta el Decreto 780 de 2016: Operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, en el cual se incluyen el Protocolo de vigilancia en salud pública del intento de suicidio.

Finalmente, desde la Defensoría del pueblo, se encuentra la declaración de 1948: La Declaración Universal de Derechos Humanos. En esta se pretende resaltar la búsqueda del bienestar y progreso social de las personas, la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, la dignidad y el valor como persona. Sustentando lo anterior por lo establecido en el Artículo 3 que dice: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

6.1. MARCO ÉTICO/ DEONTOLÓGICO, BIOÉTICO.

En este apartado se presentan los elementos y normativas que rigen el quehacer profesional del psicólogo, así como el código deontológico y las leyes que fomenten la correcta y completa intervención del profesional en salud mental.

La principal normativa que se tendrá en cuenta para el desarrollo de este apartado es la Ley 1090 de 2006: por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Por lo cual, se tendrá en cuenta algunos títulos y artículos de la presente ley, con el fin de establecer en la investigación un marco ético que demuestre el correcto procedimiento de la misma.

Teniendo en cuenta lo estipulado en los fundamentos (título 1) artículo 1, que refiere a la destinación del código deontológico y ético a servir como regla de conducta profesional, en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades, además debe cumplir los requerimientos en el artículo 3 donde el psicólogo debe garantizar los estándares más altos. También dentro de los principios generales (título 2) artículo 5, que establece que todas las reglas manifestadas en esta ley, deben ser cumplidas por los profesionales y estudiantes de psicología. Cabe resaltar la responsabilidad social e integridad (título 3), donde se destacan los artículos 9,12 y 13 que establecen que es psicólogo debe respetar a la persona y velar por la protección de sus derechos humanos, así como respetar los criterios morales, religiosos y no discriminara a la persona por su etnia, sexo, edad, nacionalidad, ideología, etc. Luego se debe resaltar el secreto profesional (título 7), haciendo énfasis en los artículos 35 y 36 que establecen los criterios del secreto profesional, es decir, la información que obtiene el psicólogo por algún medio, sea verbal, textual, por pruebas u otros métodos, no podrá ser revelado sin el consentimiento de la persona que brindo la información. Por último, se tendrá en cuenta la parte de investigación y docencia (título 9), resaltando los artículos 49 y 53, donde el primero habla sobre el deber del psicólogo de contribuir en la investigación de su profesión, el segundo refiere a que independientemente del tipo de investigación, esta se realizará con el completo respeto a la dignidad, creencias, intimidad de los participantes.

Seguido a esto se enmarca la Ley 1616 de 2013: En el marco de la *Ley de Salud Mental*, cuyo objeto es: “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud,” se establece que corresponde a este Ministerio “dirigir las acciones de promoción en

Salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras”.

Por otra parte, se encuentra la Política Nacional de Salud Mental: Del Ministerio de Salud y Protección Social, quienes brindan la Resolución 4886 de 2018, que consiste en la Prevención de la conducta suicida. Para dar cumplimiento a esta resolución tres principios en los cuales, el primero consiste en restringir el acceso a medios letales, tales como sustancias tóxicas, armas de fuego y disponer barreras mecánicas para evitar caídas desde la altura. El segundo consiste en ampliar la cobertura territorial de las líneas telefónicas de ayuda y cualificar las existentes. El tercero pretende capacitar a los actores de los medios de comunicación acerca de cómo informar sobre suicidio.

Finalmente se debe tener en cuenta el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS, este se define como el conjunto de procesos dinámicos e integrales relacionados entre sí para recopilar, analizar, divulgar y dar evaluación oportuna de la información de la conducta suicida en Ciudad Bogotá D.C. Por otro lado, los servicios que ofrece son realizar la vigilancia en salud pública de las tipologías de conducta suicida: ideación, amenaza, intento y suicidio consumado, identificando el evento de manera oportuna con el fin de orientar las acciones de prevención.

7. MARCO METODOLÓGICO.

7.1 PARADIGMA.

El paradigma que guiará esta investigación es el construccionismo social, a lo que Agudelo y Estrada (2012), señalan que “El construccionismo se refiere al pensamiento cooperativo en los grupos sociales y hace énfasis en las metáforas que se ubican principalmente en la lingüística como la narración y la hermenéutica” (p.357). Es así como el lenguaje es el factor primario para la construcción de realidades, debido a que es la herramienta por la cual se reproduce los diferentes discursos, sin embargo, este proceso de construcción está determinado por la influencia de las relaciones sociales que el sujeto posee de acuerdo a lo planteado por (López-Silva, 2013).

En relación con lo anterior, la perspectiva construccionista es relevante para esta investigación, debido a que se centra en la creación del conocimiento, por medio de la interacción entre las personas y su entorno en la cotidianidad, utilizando como herramienta el lenguaje. Además, se generan las diferentes representaciones sociales como imágenes, ideas, creencias, y estereotipos para establecer un conocimiento o significado colectivo, como lo mencionan los autores Agudelo y Estrada (2012), “redes de significado que circulan socialmente en el lenguaje” (p. 357). Por consiguiente, cabe resaltar que las representaciones sociales de los estudiantes de decimo semestre de psicología acerca del suicidio en niños es en lo que se va a centrar esta investigación y se debe tener en cuenta que los diferentes contextos en los que se mueven tienen redes de significado que influyen en su conducta y sus pensamientos y por tanto, en la manera en la que experimentan el mundo.

7.2 MÉTODO.

7.2.1. PERSPECTIVA.

Esta investigación se va a orientar desde la perspectiva cualitativa, ya que se va a indagar en las maneras particulares de construir conocimiento de un grupo de estudiantes de psicología de decimo semestre. Por consiguiente, es importante señalar que la metodología cualitativa, considera primordial la experiencia de primera mano de los sujetos, entonces es necesario observar y hablar con los

sujetos de su vivencia, para así hallar datos significativos. Arcila, Buriticá, Castrillón y Ramírez (2004).

En una comparación Blaxter, Hughes y Tight (2002), citando a Sherman y Webb (1988), menciona algunas características de la investigación cuantitativa y las comparan con lo cualitativo, en donde señalan que en esta última se entraña un interés directo por la experiencia según se la “vive”, se la “siente” o se la “sufre” , en cambio, la investigación “cuantitativa” a menudo se guía por la idea opuesta, es indirecta y resume y trata las experiencias como si fueran similares, o bien sumándolas o multiplicándolas conjuntamente, o bien “cuantificándolas”. Luego, el propósito de la investigación cualitativa consiste en interpretar la experiencia del modo más parecido posible a como la sienten o la viven los participantes.

Además, la investigación cualitativa según Arcila et al (2004), se trata de encontrar el significado que las personas dan a los hechos: Se refiere entonces, a datos subjetivos que están en las mentes y que pueden expresarse con palabras. Lo cualitativo es un estudio interpretativo, que busca significados; con lógica inductiva, el investigador cualitativo obtiene datos ricos, reales y profundos para evitar la incidencia de las variables no deseables. Por lo tanto, se piensa que esta es una perspectiva que permite conocer los discursos singulares de los actores de esta investigación, en efecto, es de suma importancia la estructura de pensamientos, imaginarios, y creencias que estos poseen, debido a que en el momento en que se propicie el espacio para la exploración de sus representaciones sociales, el colectivo se va a nutrir de todas y cada una de las diferentes experiencias de los participantes.

7.2.2. TIPO.

Esta investigación será de corte descriptivo, según Arcila et al. (2004), este modelo se centra en construir la realidad a partir de descripciones e interpretaciones de las diferentes características de un conjunto de sujetos, de una población en general, o de un área de interés. Además, describe situaciones y acontecimientos que podrían ser relevantes en el presente.

También plantean los autores Hernández, Fernández y Baptista (2014), que con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Con respecto a lo anterior, se ha elegido este modelo, ya que, les permite a los investigadores hacer una descripción detallada de las diversas representaciones sociales de los participantes, acerca del fenómeno del suicidio infantil.

7.2.3. DISEÑO.

Esta investigación será de corte fenomenológico, según los autores Hernández, Fernández y Baptista (2014), esta es la esencia de la experiencia compartida. Por ende, el propósito principal de este estudio es explorar, identificar y analizar las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de las vivencias de un grupo de estudiantes de Unicatólica, acerca de las representaciones sociales que tienen sobre el suicidio en niños. También hay que señalar que el diseño fenomenológico es hermenéutico, ya que, se concentra en la interpretación de la experiencia humana, en definir un fenómeno o problema de investigación y reflexionar sobre éste, además describirlo e interpretarlo, mediando diferentes significados aportados por los participantes. También se debe explicitar que este estudio fue transversal, ya que se ejecutó en un periodo corto de tiempo.

Además, otra característica de la investigación es que es de tipo experimental, como lo plantean Arcila et al (2004), ya que, las condiciones en las que se realizó eran provocadas por los investigadores. En primera instancia, el lugar fue previamente adaptado de modo que los participantes cuando llegaran se sintieran cómodos para expresar abiertamente sus experiencias. En segundo lugar, los tiempos en las preguntas, las respuestas y las discusiones fueron modulados por los encargados del estudio. Por último, se hizo uso de equipo de grabación con previo consentimiento de los participantes. Como resultado, se obtuvo una ejecución acertada del grupo focal.

7.3. CATEGORÍAS.

En este apartado se pretende brindar una definición de las categorías que se trabajaron a lo largo de este documento, las categorías son:

REPRESENTACIONES SOCIALES.

La manera en la que se va a entender esta categoría dentro de la investigación, en referencia, a las representaciones sociales que construye cada participante en individual y colectivo sobre una problemática en particular, en este caso suicidio en niños. Serán de suma importancia, ya que, esto nos permitirá evidenciar sus construcciones, antes de que se les pregunte directamente por estas.

Entendiéndose las representaciones como todos esos pensamientos, actitudes, experiencias, opiniones e imaginarios que posean sobre el suicidio infantil, ya que, esto nos va a permitir hacer una aproximación más exacta de estas representaciones sobre dicha problemática.

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SUICIDIO.

La manera en la que se va a entender esta categoría dentro de la investigación, va a referir a todos esos pensamientos, actitudes, ideas, y construcciones colectivas sobre el fenómeno del suicidio infantil, cuando se les pregunto directamente en el grupo focal por cada una de estas representaciones, comprendiendo todas esas experiencias en cuanto a dicho fenómeno, lo cual, va a nutrir la investigación, igualmente, las perspectivas, creencias e imaginarios que puedan tener los participantes individualmente, y toda la construcción colectiva que se haga en cuanto al suicidio infantil. Ya que, los actores sociales de esta investigación son futuros profesionales de la salud mental, donde el aporte dado hacia este fenómeno será de gran significancia. Por eso, la importante labor de la psicología, en el acompañamiento y direccionamiento de estas problemáticas, contribuirá significativamente en la calidad de vida de muchas personas.

7.4. MUESTRA.

La población muestra son 5 estudiantes del programa psicología de decimo semestre cuyas edades están en un rango entre los 21 y 31 años, cabe resaltar que este grupo estuvo conformado por tres mujeres y dos hombres. Los cuales se encuentran en periodo de sus prácticas profesionales, en áreas clínicas y educativas. Las entidades de práctica son, Fundación Anhelos de vida, Red de salud del Norte, e Instituto para niños ciegos y sordos. El lugar donde se llevó a cabo la recolección de información por medio de la técnica del grupo focal, fue la sede de Meléndez.

En el mismo orden de ideas, la fuente de información servirá para contestar la pregunta de investigación, por lo que se trata de un momento muy importante en el diseño de un proyecto. Ya que será esta quien configure la manera en la que el proyecto se desarrolle, Bassi (2015). Esta investigación tiene un carácter de muestreo no probabilístico, dentro de los tipos de este muestreo utilizados fueron el muestreo por conveniencia y el muestreo por juicio, pues el grupo elegido para la investigación está convenientemente disponible y además, las características de

su formación a través de las prácticas profesionales que realizan se acerca en gran medida a la intervención clínica y educativa, las cuales permiten un mayor acercamiento a la población infantil y es allí donde pueden encontrar un caso de intento suicida en un niño.

Los criterios de inclusión que influyeron en la selección de la muestra fueron:

- Que sean estudiantes del programa de psicología de la Unicatólica.
- Estudiantes que se encuentren en prácticas profesionales.
- Estudiantes que en sus prácticas tengan la posibilidad de trabajar con niños.
- Estudiantes que estén próximos a graduarse.
- Estudiantes de cualquier género.

Los criterios de exclusión fueron:

- Que sean estudiantes de alguna universidad distinta a Unicatólica.
- Estudiantes que no pertenezcan al programa de psicología.
- Estudiantes de octavo semestre o inferiores.
- Estudiantes en prácticas que no tengan la oportunidad de interactuar con niños.

7.5. INSTRUMENTO.

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se diseñó un instrumento con base a los criterios de la técnica de grupo focal, la cual nos da la posibilidad de escuchar de manera explícita las opiniones, perspectivas y evidenciar lo que realmente piensan, creen y sienten los estudiantes de psicología, acerca del suicidio en niños.

Por lo tanto, esta técnica es adecuada para la investigación ya que brinda cierta autonomía y libertad a la hora de modificar o agregar alguna pregunta que se requiera, puesto que la perspectiva de cada uno de los estudiantes de psicología frente a la temática del suicidio en niños es diferente, además nos permitirá hacer hincapié en esos detalles que más adelante serán significativos en el análisis de los resultados.

Ahora hablando un poco más de la técnica del grupo focal, la cual se define Según Hamui-Sutton y Varela-Ruiz (2012), que citan a Martínez-Miguélez, donde mencionan que el grupo focal “es un método de investigación colectivista, más que

individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto” (p.56).

También la técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera. El trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran como tabú, lo que permite generar una gran riqueza de testimonios (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2012, p.56).

Como anteriormente se menciona, lo que se busca en esta investigación es trabajar de manera grupal con los estudiantes de psicología sobre el tema de suicidio en niños, indagando por las representaciones sociales que ellos poseen. Además, se adquieren diferentes opiniones, perspectivas y experiencias que se pueden construir en conjunto y contribuyen de manera importante a esta investigación.

Por último, Para dar respuesta a la pregunta de investigación se diseñó el siguiente instrumento:

Tabla 1

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	ITEMS
Datos sociodemográficos Y contextuales	Datos personales	Nombre Género Edad ¿Nos gustaría saber el tipo de población que interviene usted en su sitio de práctica?

Representaciones sociales	Imaginarios	<p>¿Qué imaginarios tienen acerca del suicidio?</p> <p>¿Al escuchar la palabra “suicidio en niños”, que es lo primero que llega a su mente?</p>
	Opiniones	<p>¿Por qué creen ustedes que, en Colombia, se presenta suicidio en niños?</p> <p>¿Qué contextos consideran ustedes que generan una conducta suicida en un niño?</p>

Suicidio en niños	Factores protectores	<p>¿Qué factores o características creen ustedes que pueden evitar que un niño se suicide?</p> <p>¿Qué recursos psicológicos podría prevenir un intento o ideación suicida en un niño?</p>
	Factores de riesgo	<p>¿Qué contextos consideran ustedes, que al verse afectados pueden llegar a generar que un niño se suicide?</p> <p>¿Por qué un contexto vulnerable puede ser o no, un factor precipitante para que se presente el suicidio en niños?</p> <p>¿Cómo creen que influye el acoso escolar en el suicidio de un niño?</p>
	Patologías	<p>¿Qué psicopatologías creen ustedes que pueden llegar a presentarse en un niño con intento suicida?</p> <p>¿Es necesario que se presente una patología en un niño para que este intente suicidarse? ¿Por qué?</p>

	Experiencias	<p>¿Ha tenido alguna experiencia con relación al suicidio en su práctica profesional?</p> <p>¿Qué harían ustedes si llega a su consultorio un niño con ideación suicida?</p> <p>¿Qué conocen del protocolo de atención de intentos suicidas?</p> <p>¿Qué podemos aportar como psicólogos a una temática como el suicidio infantil?</p>
Representaciones sociales del suicidio	Muerte	<p>¿Qué creen ustedes que un niño piensa con relación a la muerte?</p> <p>¿Cómo se le explica a un niño que es la muerte?</p> <p>¿Qué piensan ustedes acerca del siguiente caso?</p> <p>Un niño en condición de enfermedad crónica pregunta a un profesional en psicología ¿Qué es la muerte? El profesional le responde: “morirse es como ir a dormir y jamás despertar”. Después de este encuentro, el niño comienza a presentar dificultad para ir a dormir, ya que piensa, que si cierra sus ojos jamás volverá a despertar.</p> <p>¿Cree usted que se ha transformado su concepción acerca de la muerte después de estudiar psicología?</p>
		<p>¿Ustedes creen que a lo largo de la historia, la connotación sobre el suicidio ha</p>

	Ideologías	<p>cambiado de una manera positiva o negativa? ¿Por qué?</p> <p>¿Cuáles creen ustedes que son las ideologías más influyentes de un fenómeno como el suicidio?</p> <p>¿Consideran ustedes que en Colombia, las ideologías son un factor determinante para que un niño intente suicidarse?</p>
--	------------	--

7.6. PROCEDIMIENTO.

Para la realización del grupo focal, se reunió a 5 estudiantes de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium, los cuales están cursando decimo semestre de psicología y sus edades oscilan entre 21 a 31 años, otras características a resaltar en las personas seleccionadas es que dos de ellos hacen prácticas clínica y educativa en la Fundación Anhelos de Vida, una de ellas hace prácticas en el campo clínico y educativo en el Instituto para Niños Ciegos y Sordos, finalmente los otros dos participantes hacen prácticas en el campo clínico en la Red de salud del norte (ESE Norte).

El lugar donde se llevará a cabo dicho grupo focal será la sede Meléndez. En este lugar se dará inicio a las discusiones entre los estudiantes con la temática de representaciones sociales sobre el suicidio en niños, este grupo focal tiene un tiempo de duración estimado de 45 minutos a 1 hora, lo que significa que dependiendo de la participación y profundización de la temática el tiempo puede extenderse.

7.6.1. FASES.

FASE 1.

En primera instancia se hará la presentación de los moderadores, luego la presentación y la toma de datos sociodemográficos de los participantes, a continuación, se presentó el consentimiento informado a los participantes, para saber si están de acuerdo con los temas que se pretende abordar.

Seguido a esto, se hicieron dos actividades rompe hielo, con el fin de generar un mejor ambiente entre los participantes y una mejor disposición para la siguiente fase. Las actividades que se usaron son: Conteo de números de otro país, y la actividad de los modales (David Bobadilla, 2011).

FASE 2.

Posteriormente se les presentara el tema a trabajar, el cual consiste en conocer sus representaciones sociales sobre el suicidio en niños, cabe destacar que la edad en la que se entienden a estos niños es de los 7 a los 11 años.

Luego, se harán las preguntas previamente seleccionadas que tienen como fin profundizar en la información, sociodemográfica de cada participante y ahondar sobre las diferentes representaciones sociales que los sujetos poseen sobre el suicidio en niños, además, no solo se pretende generar discusión, sino también reflexión frente a la postura que ellos tienen en lo que respecta al suicidio infantil.

FASE 3.

Para finalizar y dar cierre al grupo focal, los moderadores hacen una retroalimentación de los temas abordados y ofrecen su postura ante ellos. Para terminar, se les agradece a los estudiantes por su participación y se les ofrece un refrigerio.

7.6.2. TRATAMIENTO DE DATOS.

Para la recolección de los datos se diseñó un instrumento con base a los criterios de la técnica de grupo focal. La cual es utilizada para explorar los

conocimientos particulares de una persona que está en un ambiente de interacción, este permite facilitar la discusión de participantes dentro de un grupo, generando diferentes opiniones o posturas. (Hamui-Sutton & Varela-Ruiz, 2012).

Esta técnica permitió escuchar de manera explícita las perspectivas creencias, opiniones, conocimientos, posturas, que tienen los estudiantes de psicología de decimo semestre acerca del suicidio en niños. Además, las preguntas que se presentan son semiestructuradas, las cuales permitieron a los entrevistadores hacer preguntas adicionales para ampliar a profundidad la información de los participantes, en su oportuno momento.

Por otro lado, para el procesamiento de datos se elaboró la codificación y la tabulación de la información recolectada por medio de una rejilla de análisis la cual según los autores Feixas y Cornejo (1996) “La técnica de rejilla es, en su diversidad de formas, un método para explorar la estructura y el contenido de estas teorías implícitas o redes de significado a través de las cuales percibimos y actuamos en el acontecer cotidiano” (p.11). De esta manera, la rejilla de análisis permite recoger y organizar información de los significados personales acerca de las construcciones que se realizan de conocimientos y experiencias previas, con el objeto de comprender como una persona da sentido a su entorno. (Las rejillas de análisis están ubicadas en anexos).

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En este apartado se realizará el análisis y discusión de los resultados encontrados en el transcurso de la investigación, esto con ayuda de autores alusivos al marco teórico y referencial, además, de las categorías establecidas, las cuales fueron: representaciones sociales y representaciones sociales del suicidio. Lo cual, permitió identificar las ideas, conocimientos, posturas, experiencias, actitudes y acciones, con las que perciben los participantes el fenómeno del suicidio infantil.

A continuación, se realizará una breve descripción de los participantes, con la finalidad de obtener datos relevantes que aporten a la construcción de las representaciones sociales del suicidio infantil.

Para comenzar, el primer participante que se le otorga el carácter J, es un Hombre de 31 años que actualmente se encuentra realizando prácticas en la red de salud del norte, IPS La Rivera, este sujeto manifiesta que dentro de su consulta llegan personas de toda edad. En segunda instancia se encuentra el participante Q, es una mujer de 21 años, que en estos momentos realiza su práctica en el instituto de ciegos y sordos, este sujeto manifiesta que constantemente está en interacción con niños entre 8 meses a 10 años.

También, el participante tres se relaciona con el carácter Gi, es una mujer de 21 años, actualmente realiza su proceso de practica en la Red de salud del norte, en el Hospital Joaquín Paz Borrero, este sujeto comenta que en las consultas que atiende llegan casos de niños de todas las edades. El cuarto de los participantes se le otorga el carácter Ga, es una mujer de 23 años, actualmente se encuentra realizando sus prácticas en la Fundación Anhelos de Vida, en donde realiza procesos de psi-pedagogía con niños de 3 a 18 años diagnosticados con cáncer. Por último, se encuentra el participante cinco, se le otorga el carácter A, este es un hombre de 28 años, que también realiza sus prácticas en la Fundación anhelos de vida, en donde realiza procesos de psi-pedagogía con niños de 3 a 18 años diagnosticados con cáncer.

Tabla 2

Sujeto	Edad	Sexo	Sitio de practica
Sujeto J	31	Hombre	ESE-Norte, Hospital Joaquín Paz Borrero.
Sujeto GI	21	Mujer	ESE-Norte, Hospital Joaquín Paz Borrero.
Sujeto Q	21	Mujer	Instituto Para Niños Ciegos y Sordos.
Sujeto GA	23	Mujer	Fundación Anhelos de Vida.
Sujeto A	28	Hombre	Fundación Anhelos de Vida.

REPRESENTACIONES SOCIALES.

Entrando, en una de las categorías de mayor relevancia para esta investigación, se van a explorar todas las experiencias, conocimientos, ideas, posturas y actitudes que tienen los estudiantes de psicología próximos a graduarse, frente a la problemática del suicidio infantil. Se resalta, que toda esta información ha sido de suma importancia para la investigación en curso.

Para hablar de las experiencias que han tenido los estudiantes de psicología de decimo semestre, se puede encontrar que todos los participantes, han tenido en mayor o menor medida una experiencia, en donde llegan a su consulta niños con conductas suicidas, cada una de ellos con una causa diferente, pues algunas son por separación de padres, un familiar fallecido, antecedentes de conductas suicidas dentro de la familia y casos de enfermedad crónica, estas experiencias son las que han tenido que atender los estudiantes dentro de su práctica profesional.

Sujeto Ga: “yo tengo una niña, ella tiene riesgo suicida... la niña es del centro Imbanaco, ella es diagnosticada con leucemia y tiene trasplante medular”

Sujeto J: “separaciones, he tenido oportunidad en las prácticas. De atender dos casos, donde han aparecido en el relato de las personas, de los niños, que cuando se dieron cuenta de que los padres se iban a separar les habían llegado estas ideas, ideas de muerte”

Sujeto Gi: “Es una chica que viene con antecedentes de que el papá, la mamá y todos sus hermanos han intentado suicidarse...”

Ahora bien, basándose en la experiencia que han obtenido los estudiantes se retoma al autor Alasino (2011), el cual parte de que las representaciones sociales actúan como formas capaces de organizar la interacción social, debido a que regulan y direccionan a los actores, creando un conocimiento práctico. Ciertamente esto se logra evidenciar en el discurso de los participantes, pues 4 de ellos han tenido una experiencia cercana a la ideación suicida o conductas suicidas en niños con una edad aproximadamente de 7 a 11 años, de esta manera es como las representaciones que han creado los estudiantes en la práctica, son las que direccionan su acción en la intervención.

Continuando con lo anterior, se evidencia que las representaciones sociales del suicidio que tienen los estudiantes han sido adquiridas mediante la praxis, pues, expresan que antes de sus prácticas las herramientas que poseían eran pocas. De acuerdo Alasino (2011), en un grupo social, los miembros tratan de actuar en conjunto con una intención común usando un sistema de referencia, que en el caso de los estudiantes de psicología de decimo semestre era el contexto en donde estaban realizando su práctica, pues ahí se estaban desarrollando saberes pragmáticos gracias a los conocimientos que sus asesores académicos o institucionales les transmitían.

M3: “¿Ustedes consideran que la universidad ha dado las herramientas para tratar o intervenir el suicidio infantil?”

Sujeto Q: “yo respondo la pregunta generalizada, No.”

Sujeto Ga: “No, ni infantil ni adulta, es que lastimosamente hablamos que el psicólogo es el primero que debe hacer algo, pero realmente aquí nos llenan de contenido, pero de contenido generales de lo que es psicología, de algunas herramientas, pero no de situaciones particulares que se viven constantemente...este tipo de temáticas que son de gran relevancia y no solo en Colombia sino en todas partes del mundo no está dentro del pensum. Entonces, no estamos preparados desde la universidad, nos toca prepararnos desde la práctica.”

Sujeto Gi: “Y nunca será suficiente.”

Sujeto Q: “Profundizan en unas cosas, que uno sale a trabajar y se pregunta ¿yo para que vi eso?, me hubiese gastado mi tiempo en otras materias.”

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado por los participantes, se evidencia que es poca la información que tienen acerca del suicidio infantil, Sin embargo, durante el proceso de práctica han adquirido por medio de la experiencia, aprendizajes significativos que aportan a su desarrollo profesional. No obstante, lo que se evidencia en las respuestas de los sujetos Q, Ga, Gi, A y J, es una respuesta generalizada de inconformidad a la situación en discusión, en donde ellos ven la necesidad de complementar la fundamentación teórica por parte de la universidad frente a temáticas como el suicidio infantil, que dejan a los estudiantes de psicología próximos a graduarse con pocas herramientas para abordar esta problemática.

Sumado a lo anterior, desde la postura del autor Moscovici (1961) quien nos dice que “una representación social es una preparación para la acción” (p.32). Se podría decir que los estudiantes de psicología al tener vacíos teórico-prácticos frente al suicidio en niños podrían desarrollar una mala praxis o intervenciones no tan eficaces.

Por otra parte, se indaga lo que piensan y representan los estudiantes de decimo semestre, cuando escuchan la palabra suicidio infantil.

Sujeto Q: “¿qué tanto sucede?”

Sujeto J: “separaciones, he tenido oportunidad en las prácticas. De atender dos casos, donde han aparecido en el relato de las personas, de los niños, que cuando se dieron cuenta de que los padres se iban a separar les habían llegado estas ideas, ideas de muerte.”

Sujeto Gi: “a mí se me viene a la cabeza que tanto pasa en la casa, para que un niño a su corta edad deba tomar esta decisión.”

Sujeto Ga: “a mí se me viene a la cabeza, la falta de acompañamiento. Digamos que por la población en la que atiendo, la falta de acompañamiento en el momento de los diagnósticos, o en la enfermedad como lo es el cáncer.”

Sujeto A: “a mí el acoso escolar, debido a que gran parte del tiempo los niños permanecen en la escuela y muchas veces son víctimas del propio acoso escolar, donde construyen estas ideas. Que de una u otra manera también están permeadas por ese contexto familiar, donde posiblemente hay una red de apoyo muy frágil.”

Dentro del discurso de los participantes, se identifica los imaginarios que poseen frente al suicidio infantil, pues cada uno menciona aspectos que influyen para que se genere conductas suicidas, desde divorcios de los padres, el poco

acompañamiento frente a dificultades de la vida como es el caso de una enfermedad, y el acoso escolar. Por otra parte, se puede vislumbrar que todos mencionan factores externos del entorno que pueden impactar, más no un factor interno, que logre movilizar a los niños hacia estas conductas.

En el análisis de lo anterior, esta Alasino (2011), quien propone que las elaboraciones individuales son particulares y es precisamente por el hecho de que existe este “espacio” para la creación individual, que las representaciones son dinámicas, además estas representaciones sociales responden a un objeto particular, estas no son ideas, o imágenes aisladas, sino construcciones sistemáticas. Esto nos deja ver frente a la postura del sujeto J que su construcción de la sociedad ha sido desde una lupa colectiva, pero que su manera de pensar es muy particular, ya que este sujeto manifiesta una representación social sobre las libertades individuales que se están ejerciendo hoy en día por la sociedad, luego, lo específica llevándolo hacia los padres y madres de familia, él menciona que los vínculos van en detrimento frente a la relación de padres e hijos, ya que, nos les prestan la suficiente atención, lo cual genera un descuido y una falta de acompañamiento.

“Sujeto J: ...los niños están accediendo a tener una libertad individual por encima de lo que ellos mencionan, que es el acompañamiento de padres, familiares y demás. ¿Por qué? Porque los adultos están colocando a primar su libertad individual, y eso se ve reflejado en la indiferencia de muchos padres con relación a la educación de sus hijos... prima mi propia libertad individual, vemos a madres y padres pegados de sus redes. Del ejercicio de su libertad individual, en detrimento de una relación que se pueda formar con otro que en este caso pueda ser el hijo...”

En esta representación social del sujeto J al referirse acerca de las libertades individuales responde a un sentimiento de intranquilidad, pues se evidencia en su discurso insatisfacción por las nuevas dinámicas que surgen en esta época, a tal punto de afectar a los niños de forma negativa, pero esta idea además de ser una representación que se gesta y teje desde lo que percibe en su mundo social, vislumbra su opinión personal, que forma de manera individual, sin embargo, en esa manera particular de crearla e interpretarla, la transmite y nutre al colectivo de personas que lo escucha.

Sujeto Gi: “El sistema colombiano no permite que la mamá o el papá o estos agentes cuidadores, se quede en el lapso de 5 o 10 años cuidando al niño, sino que las licencias de maternidad a los 4 meses terminan, entonces como tenemos este sistema la mamá indudablemente debe salir a trabajar y ejercer sus labores, entonces los niños se están quedando solos en las casas, entonces no hay reglas, no hay autorregulación de estos aparatos electrónicos...”

Moscovici (1961), plantea que “tenemos que encarar la representación social como una textura psicológica autónoma y a la vez como propia de nuestra sociedad, de nuestra cultura” (p.29). lo que menciona el autor es algo que reluce en la postura del sujeto Gi, ya que, su percepción en cuanto al sistema colombiano es aflictiva, por lo tanto, el sentido de su mundo físico y social se ha construido con base a la información que le ha brindado la sociedad y su visión particular de esta la lleva a manifestar la inconformidad en cuanto a las dinámicas de la sociedad que no tiene en cuenta factores protectores en cuanto al cuidado de los niños, entre estos; el cuidar a un hijo en sus primeros 5 años de vida, lo cual posibilitaría un mejor desarrollo y crianza.

Sujeto Q: “Yo indudablemente pienso que más allá de eso tenemos que entender que hay un contexto violento en este país, nosotros vivimos marcados por la violencia, la cual esta violencia puedes ver a papá o mamá pegándose, cogiendo al niño y tirando uno de un lado y otro del otro. También se presenta que tal vez desde la casa puede escuchar disparos, puede escuchar gritos, puede escuchar como roban a alguien, como en una red social puede ver como matan a alguien. Llega a ser un punto en el que nosotros somos una sociedad violenta de por sí, y permite esto crear algo en el niño desde la autoflagelación que puede llevar a este suicidio...”.

Ahora bien, el autor Vergara (2008), expresa que uno de los orígenes de las representaciones sociales son los vacíos o quiebres culturales. Cuando estos quiebres acontecen, es necesario encontrar nuevas coordenadas para “leer” la realidad social. Es casi como si estas representaciones sociales fueran una necesidad no solo para compartir ideas, creencias y opiniones que se tienen del mundo social, sino para la propia construcción de la realidad de las personas, para un entendimiento más certero de todo aquello que los rodea, pero la característica aquí más importante será la de su construcción en colectivo por los diferentes actores sociales.

En relación con lo anterior, sobre los vacíos o quiebres culturales, hay una clara evidencia que el contexto colombiano es un país marcado por la violencia hace más de medio siglo como lo expresa el sujeto Q, en donde su quiebre cultural ha hecho que la realidad social se esté leyendo atravesada por unos lentes generacionales que la han cristalizado como sociedad violenta, la cual ha marcado la manera de pensar y de vivir, incluso de construir la realidad. Además, las conductas agresivas entre padre y madre se han normalizado, creando una huella en el niño que pasa desapercibida, no se tiene en cuenta que en la mente del niño a causa de estas situaciones vulnerables a las que está siendo expuesto, se van gestando ideaciones o conductas suicidas. Por consiguiente, la manera en la que el sujeto Q ha formado su postura, nutrida por sus propias ideas y creencias, también, ha sido influenciada por la cultura y por el colectivo de actores sociales, quienes la han llevado a asumir de manera crítica refiriéndose a Colombia como una sociedad violenta.

En última instancia, lo planteado anteriormente por los participantes J, GI, Q, logra evidenciar que cada uno presenta una perspectiva diferente ante la pregunta, el sujeto J presenta que se ha derrumbado la institucionalidad de la familia, el estado entre otros, el sujeto GI presenta que en Colombia influye el tiempo en que pasa la familia unida dentro de la crianza de los hijos, haciendo alusión a que es muy corto el tiempo en familia. Por último, el sujeto Q manifiesta que Colombia es un contexto violento, dentro del hogar con violencia intrafamiliar, una comunidad vulnerable en donde se presentan constantemente actos de violencia. Es así como cada participante tiene su postura personal, sin embargo, coinciden en que los contextos vulnerables, violentos o con pocas redes de apoyo sólidas pueden influir para que se presenten conductas suicidas en los niños.

Por otro lado, será importante señalar las posturas de los autores Cabra, Infante, y Sossa (2010) y Vergara (2008), donde los primeros señalarán que los medios de comunicación serán un factor de impacto en aprender conductas y actitudes agresivas, insensibilidad a la violencia al observarla sin ningún tipo de omisión o restricción, lo cual es un efecto de contagio en el niño y adolescente. De modo similar el segundo autor brindara un aporte significativo sobre las nuevas formas de relacionarse, en analogía con el mundo de las redes sociales, ya que menciona que las representaciones sociales, surgen dentro de las propias experiencias del ser humano, en los diferentes modelos de pensamiento que van desde la tradición heredada de generación en generación, la educación, la comunicación social y en la formación de las nuevas tecnologías, que transmiten constantemente diversidad de información.

Lo anterior se constata con el uso de estas nuevas formas de relacionarse o interactuar que son las redes sociales y las plataformas digitales, entre estas; Whatsapp, Facebook, Instagram, Tik Tok, Snapchat, YouTube, Netflix, y Amazon Prime entre otras, también el navegador de internet Google hace parte de este uso de estas formas de relacionarse. Estas plataformas digitales y navegadores forman parte de la creación de las distintas representaciones sociales, ya que son quienes de alguna forma mediante tendencias y retos movilizan a los sujetos de todas las edades a entrar en dinámicas virtuales que no siempre son muy sanas, pero que al final se convertirán en modelos de pensamientos colectivos que algunos niños deciden seguir.

Ahora bien, cabe resaltar que estas herramientas virtuales poseen fines interactivos positivos para los cuales fueron creadas, sin embargo, se convierten en factores de riesgo cuando son utilizados para fines maliciosos o sin supervisión de un adulto responsable, así como lo mencionan los diferentes sujetos en sus discursos.

Sujeto J: "Por ejemplo un ejercicio de las libertades es el libre acceso a las redes sociales, o al internet desde una corta edad cada vez cuando están más pequeños, más pueden acceder y sabemos que eso es una red social y entonces

queda en una libertad de crear redes así sea virtuales, con influenciadores, con youtobers y todo esto. Y tal vez a partir de ahí pueda pensarse que ese libertinaje, ese libre acceso, ese ejercicio de su libertad en ese sentido puede influir también en pensarse un suicidio ¿no?”

Sujeto Ga: “Yo apoyo lo que dice el sujeto J unido también a la falta de acompañamiento familiar porque si el niño este mucho tiempo solo, pues tiene más libertad de estar en redes sociales, y puede tener mayor influencia de estas personas que muestran una vida que de pronto no es así.”

Gi: “También apoyando la idea del sujeto J y Ga, pienso que ahora en la actualidad, se tiende a mover mucho los jóvenes y los niños con las tendencias que allá. Cabe resaltar que últimamente hay una tendencia a incitar a los niños a este tipo de prácticas, por ejemplo, el reto de la ballena azul, que incitaba a los niños a que hicieran cutting, o que hicieran una serie de actividades para que se gestara esta idea de suicidio o ya propiamente llegar a la práctica de hacerlo.”

Sujeto A: “Es cierto el acompañamiento, creo que la edad, ahora es muy complejo pensarse a qué edad un niño puede tener acceso a las redes sociales o a los medios electrónicos, cuando a donde vaya va a encontrar eso, entonces también es el nivel de acompañamiento que realiza la familia o el cuidador.”

Sujeto Q “En las redes desde Google te permite acceso a todo tipo de red desde los 12 años, a partir de esa edad el internet es tuyo, Facebook desde los 14 años, te deja acceder sin restricción alguna, no tienes que ser necesariamente mayor de edad.”

Hay que señalar algo importante y es la construcción del conocimiento en colectivo, que posibilita que estos sujetos compartan la idea de sus compañeros, en referente a una problemática en específico, cada uno desde su perspectiva. Sin embargo, esto no imposibilita que se llegue a un consenso frente a las nuevas tecnologías y su influencia en el suicidio infantil, como ya lo mencionan anteriormente en sus mismos discursos, se puede encontrar los puntos en concordancia, en primera instancia, los aprendizajes por moldeamiento por medio de redes o plataformas virtuales como retos que pueden causar comportamientos violentos hacia los demás y a sí mismo. De este modo, los medios tecnológicos sin el pertinente acompañamiento de los padres o cuidadores podrían convertirse en factores de riesgo para que en los niños se geste una idea o pensamiento que pueda llegar a la consumación del suicidio.

En otro orden de ideas, se va a discutir las posturas que tienen los estudiantes de decimo semestre de psicología frente al suicidio infantil, esto con el objetivo de conocer su posición frente a esta problemática, lo que lograra vislumbrar la perspectiva que guía las intervenciones con el otro, también, como solucionan los problemas que se les presenta en su sitio de práctica. Sin embargo, cabe aclarar

que en el recorrido de esta categoría se mencionan diferentes posturas, algunas serán retomadas con el objetivo de analizar la mirada que les dan los sujetos a sus representaciones sociales para entender el mundo que los rodea.

Para iniciar, Vergara (2008), plantea que “Las representaciones se manifiestan en el lenguaje y en las prácticas, en razón de su función simbólica y de los marcos que proporcionan para codificar y categorizar el mundo de la vida” (p.62). De este modo, el Sujeto J manifiesta en su discurso un lenguaje psicoanalítico para interpretar los factores protectores que tiene los niños y como los psicólogos pueden aportar a esta problemática.

“Sujeto J: lo que pasa es que, se le da mucha más importancia al contexto social, que al contexto subjetivo o las capacidades que puede tener la otra persona, en ese orden de ideas sería entonces un determinante que todo aquel que es hijo de drogadicto va a ser drogadicto, todo aquel que es hijo de un padre que violenta va a violentar a una mujer cuando sea grande. Esas defensas yoicas las puede construir la persona desde su propia subjetividad a través del acompañamiento de un profesional en ese sentido ¿sí?... ¿Cómo? Solamente como el paciente sabe cómo construir esa defensa, porque ni siquiera vos sabes...”

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia por medio de la representación social que tiene el Sujeto J junto a su enfoque, quien le da una razón simbólica con la cual codifica y caracteriza la información, guía sus intervenciones, planteando la importancia de reforzar las defensas yoicas, encuentra que estas pueden ser un factor protector.

Por otro lado, la postura que emerge en la discusión es del sujeto Gi el cual se centra desde un enfoque humanista, el autor Vergara (2008), nos va a mencionar que las representaciones sociales hacen más que reflejar el mundo, crear y mantener un mundo social; éstas también están involucradas en la construcción del mundo social.

“Sujeto Gi: ...es por un caso que llego ahí al hospital y es de las géstales inconclusas, a veces no nos damos cuenta y tenemos antecedentes de suicidio inimaginables detrás de uno y cuando llego yo, nazco yo, pues cuanto con la desgracia de que yo seré parte de toda esa cadena que viene atrás. Entonces desde la clínica poder propiciar esos espacios de que ¡ya! Se cierre el ciclo, se corte la cadena, emmm... porque a veces lo hacemos y como dice A, tenemos todos los recursos disponibles, tenemos una red de apoyo excelente, en el colegio pues también hay una red de apoyo, pero hay otros factores.”

Retomando lo anterior, el sujeto Gi expresa que las personas cuando nacen llevan consigo una carga de antecedentes. Por eso, para el participante es importante que en los espacios de intervención se genere un cierre de las géstales

inconclusas, por tal razón, se infiere que al implementar esos términos y conceptos resalta su postura humanista. Asimismo, este enfoque le brinda al sujeto Gi una perspectiva para entender a la persona como un ser cultural que vive dentro de constantes construcciones sociales compartidas. Y esta forma con la que concibe al ser humano es como abordara los casos que lleguen a su consulta, pues, es su modo de interpretar la realidad desde su enfoque psicológico.

Ahora bien, uno de los hallazgos significativos de esta investigación es que se vislumbra que hay dos posturas las cuales se basan en enfoques psicológicos lo que puede establecer que los sujetos Gi y J tienen claro cuál es la guía de sus intervenciones, un factor importante, por ende, su intervención tiene bases sólidas desde lo teórico, lo cual apoya su accionar dentro de las intervenciones en casos de esta índole.

Por otra parte, dentro de la discusión se presentó que dos participantes, Sujeto A y Sujeto Ga expresan que antes de entrar a psicología estudiaron en la escuela Normalista, preparándose para ser docentes, después, tuvieron la experiencia de trabajar en colegios como docentes de diferentes materias. Entonces, se menciona la pregunta; ¿si tenían conocimientos de los protocolos de atención suicida antes de entrar a la práctica?, a la cual estos dos sujetos expresan que un poco, aunque no muy claro, gracias a la experiencia como docentes.

Sujeto GA: “Si, poquito, parte de que uno si tiene una idea de digamos que partiendo que ahorita de estudiar psicología, soy docente entonces como que se sabe que había, si uno notaba algo notificar al psicólogo y ahí quedaba tu papel, y el psicólogo hacía para allá, y yo no conocía, entonces digamos que, incluso aquí mismo en la carrera nunca te lo dicen, estas son las rutas de atención no te las dicen, entonces se supondría que las deberían aclarar.”

Sujeto A: “En la escuela el docente notificaba a psicología y ahí evaluaban, se le comunicaba a un familiar, y si la familia no hay un adulto responsable se le notificaba a ICBF, se le remitía a la clínica más cercana y hasta ahí llegaba el acompañamiento por parte del colegio, ya la ruta en la clínica es totalmente diferente, entonces también vemos las rutas variadas dentro del contexto.”

Se evidencia en el discurso de los dos sujetos que estos tenían conocimiento de la existencia de los protocolos, debido a su formación pedagógica, sin embargo, desde la perspectiva psicológica no comprendían claramente el protocolo de atención antes de entrar a su práctica. En concordancia, el autor Alasino (2011), plantea que cada representación social puede ser influenciada por el lugar o posición ocupado por el individuo en el mundo social. Lo anterior quiere decir que los sujetos A y Ga, plantean sus conocimientos acerca de las rutas de protocolo suicida debido a que durante mucho tiempo ocuparon un lugar dentro de un contexto educativo, sin embargo, manifestaron que su acompañamiento y rol

desde esos contextos era diferente, al que ahora se encuentra ejerciendo desde una postura psicológica en donde el acompañamiento en la clínica es diferente.

Para terminar este apartado, se debe mencionar que las posturas con las que entienden los estudiantes de psicología el suicidio infantil varía según el sujeto, los conocimientos previos y las experiencias, lo que enriquece a esta investigación para comprender las representaciones sociales que tienen los estudiantes de psicología.

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SUICIDIO.

En esta categoría se abordarán las representaciones sociales acerca del suicidio infantil que construyeron los participantes durante la discusión acerca de los factores de riesgo, factores protectores, el concepto de muerte y suicidio de niños de 7 a 11 años, además del impacto que generan algunas patologías físicas y mentales en los comportamientos de los niños.

Para dar comienzo a la explicación de esta categoría, se expone los factores de riesgo que para ello Cabra, Infante, y Sossa (2010), establecen que en la población infantil y adolescente el suicidio es un fenómeno multifactorial, que incluye elementos causales, biológicos, psicológicos y sociales, por lo que se hace importante tener conocimiento de dichos componentes y la forma en que estos pueden ser abordados.

Siguiendo la idea de los factores de riesgo, el sujeto A establece que, en niños con enfermedades terminales como el cáncer, por su condición de salud deben estar aislados en los diferentes contextos sociales como la escuela, la práctica deportiva y en muchos casos de la familia. De esta manera, en el infante comienza a desarrollar malestar emocional, lo que conlleva a la construcción de ideas suicidas y conductas suicidas. Lo anterior se encuentra en sintonía con lo planteado por Vásquez-Rojas y Quijano-Serrano (2013), pues los intentos suicidas más que estar relacionados por algún tipo de patología, están mayormente orientados hacia la calidad de vida que tienen los niños, debido a la condición en la que se encuentren puede causarles mucho sufrimiento y este finalmente generar poca adherencia al servicio o su completa cancelación. Todo lo anterior se encuentra ilustrado en la respuesta del participante:

Sujeto A: “Digamos también en esos casos de largos aislamientos de los niños con cáncer, es un factor de riesgo el suicidio porque son niños que, por sus bajas defensas, tienen que tener ruptura de muchos vínculos como la escuela, deporte, familia. Entonces el hecho de tener que aislarse y no pueden salir, es algo que

genera demasiado estrés y en cierta medida muchos niños se les escucha todo este tipo de ideas... esto genera en cierta medida ideas de suicidio...”

En la respuesta del sujeto A, se identifica que el aislamiento en las clínicas puede traer consigo condiciones que generen un contexto vulnerable, debido a que los niños dejan de realizar actividades que solían hacer, pierden el contacto con amigos, dejan la escuela, tiene poco contacto con las familias entre otros. Sin embargo, otros factores que el sujeto no precisa y se hace necesario dilucidar son el dolor severo, la incertidumbre y la desesperanza que son elementos que se presentan dentro de esta enfermedad crónica, que también pueden propiciar un entorno vulnerable para que se presenten conductas suicidas.

Por otro lado, el participante A nuevamente realiza un aporte para los factores de riesgo, que en esta ocasión también se conecta con el planteamiento de Vásquez-Rojas y Quijano-Serrano (2013), con relación a la calidad de vida que tienen los niños, ya que en este caso el participante refiere el acoso escolar como factor de riesgo, tal como se muestra en su respuesta:

Sujeto A: “...para mí el acoso escolar influencia gran parte del tiempo, debido a que los niños permanecen en la escuela y muchas veces son víctimas del propio acoso escolar o del bullying, donde también construyen estas ideas.”

A partir de lo anterior se puede inferir que el sujeto A, presenta una firme postura acerca del acoso manifestándolo como un factor precipitante, por ende, un factor de riesgo, probablemente porque tuvo un vínculo fuerte con este contexto, pues, vivió la experiencia de trabajar en un colegio, es así, como se evidencia que su postura como psicólogo se remite a experiencias como pedagogo, por consiguiente, se infiere que las representaciones sociales acerca del acoso escolar están fundamentadas por medio de la experiencia que ha tenido.

Ahora se le dará paso al segundo factor mencionado al inicio, el cual consiste en la perspectiva de los estudiantes referente a si es necesario que un niño padezca una psicopatología para manifestar ideación o intento suicida.

Para esto nuevamente aparecen Vásquez-Rojas y Quijano-Cerrano de (2013), quienes, no descartan el hecho de que psicopatologías como la depresión y la ansiedad influyen en la ideación e intento suicida en los niños. Complementando lo anterior, aparecen Cañón-Buitrago, Castaño-Castillón, Medina-Jiménez, Mosquera-Escobar, Quintero-Cardona y Varón-Caicedo (2017), quienes determinan que una de las principales causas del suicidio infantil son las psicopatologías, dentro de ellas la que más se destaca a la hora de propiciar ideas o conductas suicidas e inclusive, fomenta el intentar nuevamente el acto suicida es la depresión. Frente a lo anterior, el sujeto A brinda una respuesta que no apoya a los planteamientos de los autores anteriores.

Sujeto A: “creo que otro factor a tener en cuenta es... revisar la parte física; alguna encefalopatía ¿ahí que? o un meduloblastoma ahí, que le esté generando alguna afección que no pueda ni controlar el niño y no pueda controlar la familia, entonces es otro factor que se debe tener en cuenta a la hora de hablar de suicidio.”

El sujeto A piensa que un niño puede tener todas sus dimensiones estables, estar de manera adecuada en el ámbito social, sus redes de apoyo familiares fuertes, pero, cuando se presenta una afección de tipo físico no depende del niño controlar su conducta o sus impulsos, porque hay una predisposición biológica que no se puede modificar del todo, por eso, se debe tener en cuenta la influencia que puede generar este factor.

Otros enunciados de los participantes con relación a la presencia de patologías en los niños para que se presente el suicidio fueron:

Sujeto A: “Creo que, propiamente patología es como... como institucionalizar la conducta, creo que es un poquito más allá que propiamente patología, se habla de que existe comorbilidad entre muchas de estas, una es el TDA y muchas personas con TDA se supone en su edad adulta eh, cometen suicidio o intentos suicidas, pero, hay muchas personas que nunca en su vida han tenido TDA y han sido total y completamente sanas ...es mirar que, o ¿Qué es lo que realmente está pasando con la persona? cuando ustedes me hablan de patología es algo que a mí todavía no, no me cuadra, pero es una cuestión muy personal.”

Sujeto Gi: “Pues yo considero que no necesariamente debe haber una patología de base, pero sí, a raíz de estas patologías entran las comorbilidades que hacen que, lleguen a pensarse estas ideas. Por ejemplo, la esquizofrenia... pero no necesariamente para mí debe haber una patología de base para poder que la persona llegue a pensarse o hacer este hecho.”

Sujeto Ga: “Pues yo estoy muy de acuerdo con Gi, sí creo que existen patologías que pueden digamos potencializar este tipo de situaciones por ejemplo la depresión... una de las principales causas de suicidio... Pero también considero que no es necesariamente una patología lo que lleve a esto, esta toda la parte social y emocional del sujeto que también lo puede llevar a ese, a esa decisión.”

Sujeto Q:” ¿En qué momento se puede decir si, es patológico? Porque como decía Ga y como hemos dicho durante toda esta conversación, eso es más social, tiene muchos componentes sociales que impulsan.”

Se establece aquí que las posturas de los sujetos A, Gi, Ga, y Q, llegan a un acuerdo en el que plantean que no necesariamente se tiene que presentar una patología para que el niño cometa el acto de suicidio. Ellos reconocen las patologías o enfermedades que pueden llevar a que un niño se suicide, entre esas

nombran la depresión y las comorbilidades como la esquizofrenia como las más trascendentes para que se presente el acto suicida, pero también llegan al consenso de que hay personas que son completamente sanas, sin embargo, que en su ámbito social presentan dificultades o desajustes emocionales, componentes aislados a las patologías que podrían llevar a un niño a la consumación del acto suicida.

Contrastando lo anterior con la teoría, se puede encontrar que los autores Bella, Fernández y Willington (2010), concuerdan en cuanto a los trastornos mentales y comportamientos que se presentan en los niños frente a conductas suicidas, dentro de los más relevantes se encuentran la depresión y trastorno de conducta disocial siendo estas las patologías más frecuentes, demostrando que el suicidio se relaciona con trastornos psicopatológicos de mayor gravedad en las últimas décadas. Pero también está por otro lado los autores Vásquez-Rojas y Quijano-Serrano (2013), que establecen que los intentos suicidas en los niños van un poco más allá de las patologías que están presentando, más bien, está orientado a la calidad de vida que tienen los niños.

Sujeto J: "...Suicidio están muy relacionados a estas cuestiones de la depresión, si tenemos eso en cuenta, yo considero que el índice de suicidio por el contrario de una patología es por un exceso de bienestar o el falso bienestar..."

El sujeto J nos habla aquí de un mundo construido sobre una base virtual que en cualquier momento se podría derrumbar y causar que el niño se desestabilice, a lo que este nombra como exceso de bienestar o falso bienestar. Como una cuestión de desesperanza que queda después de que el mundo perfecto como el sujeto lo nombra, quede destruido, así que no es solo cuestión de patologías o enfermedades, sino que el suicidio es un flagelo que viene acompañado de muchas cosas más que la sociedad desconoce.

A partir de lo anterior se puede inferir, que la mayoría de las posturas de los participantes se inclinan más por un contexto vulnerable que pueda afectar al desarrollo de un niño generando en él conductas suicidas, más que una patología de base como la depresión, esquizofrenia, bipolaridad, los participantes reconocen todo lo que estas comorbilidades conllevan, pero afirman que estas conductas de autoflagelación se generan más por el contexto en que se encuentra el niño.

Por otro lado, se exponen los factores protectores, los cuales estarían siendo representados como aquellas herramientas o recursos que tiene el infante para evitar presentar ideación o intento suicida. Para este apartado se encuentran los postulados de Echeburúa (2015), quien propone múltiples factores protectores que pueden prevenir la conducta suicida en los niños, dentro de estos se puede encontrar principalmente las redes de apoyo, entendiéndolas desde la familia, escuela y demás contextos que interactúen con el infante, otro factor protector que plantea el autor son los recursos psicológicos, que lo compone la capacidad de

resistencia, estabilidad emocional, recurso de afrontamiento y habilidades sociales entre otros.

Una de las respuestas que aportó uno de los participantes se centra en las redes de apoyo, la respuesta fue:

Sujeto GA “Pero ahí tu mencionabas algo que era la red de apoyo y yo pienso que esa debe ser la base fundamental en un factor protector... con red de apoyo no solamente nos referimos a familia, sino también pues a la escuela, a la vecina a toda la gente que pueda estar alrededor de este niño, que pueda estar pendiente de los índices o de los factores que ella pueda.... Entonces, yo pienso que algo que puede favorecer al no suicidio es detectarlo a tiempo ¿Cómo se detecta a tiempo? A través de una red de apoyo constante...”

Lo planteado por el participante Ga tiene estrecha relación con el aporte que hace Echeburúa (2015), con relación a los tipos de factores protectores que se encuentran en las diferentes redes de apoyo, entre ellas el hogar, la escuela y amigos, además el participante Ga anexa otros como los contextos médicos y vecinos del infante. Cabe destacar, que el sujeto Ga presenta una base fundamental para prevenir ideación suicida o acto suicida, que en términos de intervención sería el fortalecimiento de las redes de apoyo en el niño. Los factores que menciona el sujeto Ga han sido un aprendizaje asimilado gracias a su experiencia en la práctica, pues en el contexto donde se relaciona constantemente se debe presentar este factor protector, por ende, esa lectura del contexto que hace el sujeto Ga, representa este factor como la principal base de desarrollo de un infante.

Por consiguiente, se evidencia que el sujeto Ga tiene indicios de cómo detectar signos y síntomas en la conducta de un niño con ideación suicida, debido a que enfatiza en tener un constante seguimiento de este tipo de casos y en general por medio de comportamientos que ellos lleguen a presentar tales como; desmotivación, afecto plano y apatía, su herramienta frente a una situación es preguntar al niño cual es el motivo de su tristeza, esto como factor protector y prevención frente a ideación suicida.

A lo largo de la discusión de los participantes se estableció que los factores protectores que tienen los niños son principalmente sociales, como la familia, amigos, colegio, sin embargo, uno de los participantes responde:

Sujeto Ga: “...pues yo creo que esta como en fortalecer todas... los autos si, ¿Por qué? Porque entonces el autoconocimiento, la autoestima, la autoimagen, yo fortalezco todos esos aspectos de mi vida o mi familia me ayuda a crear esas fortalezas, pues yo puedo tener unos recursos más sólidos para decir, pues no me suicido porque debo tener otras soluciones, entonces yo creo que por allí podría ser unos de los recursos psicológicos”

La respuesta anterior, ofrece una nueva connotación a los factores protectores y se empieza a hablar de los recursos personales propiamente, en este punto Cañón (2011), propone que uno de los principales factores protectores es el estar bien emocionalmente, el cual consiste en tener un adecuado auto concepto, autoestima, autoeficacia, entre otros.

Referente a la respuesta de la participante, destaca fortalecer las capacidades o recursos personales que le permitan al niño prevenir malestares emocionales que puedan desencadenar una ideación suicida, pues pese a que en gran medida la discusión se ha dado en torno al ambiente social, es de mucho valor e importancia que como psicólogos también se puedan destacar capacidades individuales.

Además, dentro de los factores protectores, el siguiente participante se encuentra apoyando la idea del sujeto Ga, cuya afirmación fue:

Sujeto J: “eso es una buena estrategia desde la psicología y es reforzar las defensas yoicas, eso se van a levantar esos diques y... eso va a contener en gran medida ese hueco que, que se ha generado esa falta y que ha reforzado la familia”.

Las defensas yoicas que menciona el participante, pueden entenderse también como recursos personales que se han trabajado con los autores anteriormente mencionados. Estas defensas se pueden desarrollar en un niño a la hora de enfrentarse a una serie de adversidades, dependiendo del desarrollo que tengan dichos recursos un menor de edad entre 7 a 11 años, podría buscar otras formas de solucionar sus problemas o, por el contrario, tomar la decisión de quitarse la vida.

Cabe resaltar que aunque el contexto social en el que se encuentra la persona es importante, también es de gran relevancia todos los aspectos personales que tiene el individuo o que en consulta psicológica se pueden desarrollar y potenciar, pues en el caso de que el contexto se vea afectado, la persona podrá discernir frente a la opción que más se adecue a sus necesidades, por esta razón es valioso el aporte realizado por el participante, en el cual se resalta una estrategia, recurso o capacidad distinto al ofrecido por el contexto social.

Por otra parte, se evidencia que, dentro de los saberes más relevantes en el marco del suicidio, los estudiantes de psicología antes de entrar a la práctica no tenían una comprensión clara de las rutas o protocolos de atención suicida. Anudando lo anterior con la teoría, el autor Rodríguez (2010), menciona que uno de los factores protectores en el intento suicida, es la accesibilidad a la atención clínica e intervención social, lo cual deja a los psicólogos como uno de los principales entes de favorecimiento a la hora de evitar un suicidio.

Sujeto Q: “Se supone que yo la debería saber, pero yo ni idea, si hoy en día me la preguntas no...”

Sujeto GA: “Si, poquito, parte de que uno si tiene una idea de digamos que partiendo que ahorita de estudiar psicología, soy docente entonces como que se sabe que había.”

Sujeto A: “En la escuela el docente notificaba a psicología y ahí evaluaban, se le comunicaba a un familiar, y si la familia no hay un adulto responsable se le notificaba a ICBF, se le remitía a la clínica más cercana y hasta ahí llegaba el acompañamiento por parte del colegio, ya la ruta en la clínica es totalmente diferente.”

Sujeto Gi: “Yo por mi parte, totalmente la desconocía, y siempre escuché que una abre rutas de atención, pero nunca supe cuál era el paso a paso que yo tenía que hacer.”

Respecto a lo anterior, se evidencia que los estudiantes de psicología no tenían los conocimientos o herramientas necesarias antes de llegar a su práctica profesional, siendo adquiridos poco a poco gracias al contexto en el que se encuentran, sin embargo, es una situación preocupante las pocas herramientas que expresan, pues en el ámbito clínico y educativo es habitual que se presenten casos de suicidio infantil, pues los mismos practicantes narraron las experiencias que han vivenciado dentro de sus prácticas.

Por lo tanto, es aquí donde se evidencia la importancia de comprender cuales son las representaciones sociales que tienen los estudiantes de psicología de decimo semestre del suicidio infantil, pues, se logra evidenciar un vacío en la fundamentación teórica de esta temática, por ende, los estudiantes de psicología se enfrentan a una problemática de salud pública sin las debidas bases correspondientes, lo que puede generar un mal proceder o una intervención poco eficiente, afectando directamente al ejercicio profesional, debido a que la labor del psicólogo es de alta relevancia a la hora de intervenir estos casos, por eso según el código ético (2000), los psicólogos tienen la responsabilidad de asegurar la prestación adecuada de sus servicios, además de la protección y bienestar del individuo contribuyendo a la mejor calidad de vida de las personas que ayudan.

Por otro lado, en relación al concepto de muerte de acuerdo a Tau y Lenzi (2011), a través de la historia, la filosofía y antropología se ha planteado como el hombre ha basado sus representaciones sociales desde una cultura religiosa, ritos, creencia y representaciones sociales acerca de la muerte “buenas” y “malas”. Al mismo tiempo, un participante de la discusión manifiesta su representación social de la muerte.

Sujeto Gi: “Yo no creo que el niño, que el propiamente sea su deseo matarse, si no por las mismas construcciones, o matarse o como yo me imagino la muerte, de que es acabar totalmente con mi vida, significa para mí, que tiene una representación totalmente diferente de que es la muerte, entonces yo me voy a descansar con los ángeles, no sé, lo que el piense, entonces para mí el suicidio en niños es un tema, como que intento encajar en mi cabeza, porque no sería propiamente un suicidio, porque entiendo que él no quiere acabar con su vida sino que tiene otras dinámicas en su cabeza u otras representaciones que de pronto lo llevan a hacer ese acto...”

Lo que se analiza del discurso del sujeto Gi, es que emerge su posición personal frente a la pregunta, expresando “irse a descansar con los ángeles”, lo que deja relucir su representación de la muerte, además, expresa que no concibe la idea de que un niño piense en la muerte o el suicidio, pues su representación social es que los niños no piensan acerca de esto, lo cual, podría sesgar un poco su perspectiva objetiva sobre dicha problemática. Sin embargo, los autores, Calderón, Espinoza, Gasca y Rodríguez (2009) en su investigación demuestran que el niño tiene una percepción estructurada del suicidio, ya que, comprenden la definición del suicidio, las causas que consideran que puede llevar a alguien a suicidarse, las consecuencias de este acontecimiento y la descripción que hacen de métodos para concretar el acto, además de saber discriminar cual sería más efectivo.

A su vez, los autores Tau y Lenzi (2011), sostienen que “los niños elaboran diferentes nociones que son tomadas del lenguaje adulto, pero no por ello delimitan en ambos casos iguales campos semánticos, y esta diferencia es la que debemos precisar.” (p.6). Esto demuestra que en general los niños no tienen una construcción de muerte solo por una reproducción imitativa del adulto, sino que por el contrario ellos también construyen sus propios esquemas e ideas de lo que es la muerte, en función de una mejor estructuración.

Sujeto J: “Si pues, el sujeto A ha mencionado como pueden representar los niños la muerte y que es distinta a la nuestra, mi pregunta me surge con los cuentos ¿Qué tipo de muerte o que idea de muerte se le empieza a construir a los niños a través de eso, supongo yo que es una idea de muerte adulto, y es decir lo que hemos mencionada, llenarla de una serie de significados y símbolos como nosotros, ya la percibimos porque tal vez lo que vemos en ellos es la incertidumbre en la medida que es algo que nadie sabe... entonces ¿nosotros que pensamos cuando hablamos de muerte? A mí lo único que se me vino a la cabeza fue mi hija, es decir, yo no pienso en la muerte, yo no deseo pensar en la muerte por mi hija...por ende me genera incertidumbre...”

Se evidencia que el Sujeto J no aborda o responde la pregunta planteada, más bien, expresa su representación de muerte desde una posición personal, manifestando esta desde el miedo y la incertidumbre que le genera dicho

acontecimiento, refugiándose un poco en la postura de padre y en toda la carga que le suma el siquiera pensar en eso. Luego menciona que para los infantes la muerte está llena de visiones adultas. En relación a esto se podría decir que se encuentra inexacto, pues, según Tau y Lenzi (2011), mencionan que los niños construyen su propio esquema del significado de la muerte según la edad.

Sumado a lo anterior, los autores Tau y Lenzi (2011), plantean que el niño es capaz de ver las situaciones bajo diferentes perspectivas, pues ellos en la edad de 5 a 9 años comprenden la finalidad de la muerte, como la detención del funcionamiento del cuerpo de la persona.

Sujeto A: "...Porque muchos niños no comprenden en cierta medida que es la muerte. Y me he dado cuenta de esto porque cuando un niño en el caso de mis prácticas, cuando se les habla de cáncer, su representación de muerte es total y completamente diferente a la de un adulto, para ellos no es muerte, sino que es, ¿qué puede pasar? Es una incertidumbre, en cierta medida los niños no pueden medir esto, porque no han tenido acceso a estas experiencias, entonces van a estar vulnerables respecto a todo este tipo de prácticas que los pueden llevar a cometer suicidio."

Se puede inferir según el discurso del sujeto A, que las representaciones que tienen los niños sobre la muerte pueden variar, de acuerdo a sus condiciones de vida, la etapa del desarrollo en la que se encuentren y las experiencias que hayan podido tener con relación a la muerte. Cabe destacar, que estas representaciones no son iguales a las de los adultos como menciona el sujeto A, ni a las de otros niños y no deberían serlo, pues cada quien interioriza este hecho de la manera en la que sus propios recursos emocionales y psíquicos se lo permiten.

Siguiendo esta línea, es relevante comprender la etapa de desarrollo, según el autor Piaget, además de tener en cuenta la edad del niño para situarnos desde cómo este concibe la muerte, el concepto de muerte en los niños y las características que lo conforman, según los autores Tau y Lenzi (2011), plantean que debe tener 5 componentes para lograr una comprensión de la muerte, entre ellos se encuentra; La irreversibilidad, la cual se refiere a que la persona que murió no puede volver a la vida. La finalidad, la cual se caracteriza por la comprensión de que ningún organismo viviente conserva sus funciones orgánicas después de la muerte. La causalidad, que trata de los factores que conducen a la muerte como los accidentes, la inevitabilidad que implica que la muerte como fenómeno natural es inherentemente, y la vejez que supone la comprensión del ciclo vital.

Por ende, se puede establecer que el sujeto A, aunque tiene constantemente interacción con población niños en situación oncológica y durante su práctica ha establecido herramientas útiles para su intervención, presenta vacíos teóricos, pues en su afirmación "los niños no comprenden en cierta medida la muerte"

generaliza, pues cada niño construye sus propios esquemas de muerte según la edad y las experiencias vividas.

Ahora bien, Según los autores Zañartu, Krämer & Wietstruck (2008) refieren a la mente de los niños como un escenario más sano que el de los adultos, para trabajar en paz y amorosamente el tema de la muerte, aún si se trata de la propia muerte. Sin embargo, el reto consiste en utilizar las palabras apropiadas, y no entregarles nuestros propios miedos.

Sujeto A: *“...La cuestión es no decirle que es la muerte si no que el mismo construya su significado de que es la muerte, a través de las herramientas que uno le da, si yo le digo que es la muerte lo estoy sesgando, dándole una información o dando por hecho algo que yo como profesional voy a tener un peso...”*

El sujeto A señala la importancia de construir el significado de muerte en conjunto con el niño, para lograr orientarlo adecuadamente, facilitando comprender este concepto de una manera apacible sin transmitir los temores de los adultos como lo mencionaba los autores Zañartu et al. (2008), para terminar, con relación al concepto de muerte, se encuentra el discurso del sujeto Q en donde manifiesta una anécdota que vivió en su sitio de practica con relación al suicidio infantil, también expresa su incertidumbre frente al tema, al no saber qué contestarle al niño que tenía en consulta.

Sujeto Q: *“¿cómo saber si un niño entre 7-11 años está ideando algo suicida?, porque sin libros como uno se sienta a decirle que es la muerte y que es suicidio, porque no es lo mismo o sea componente muerte tiene una carga y suicidio tiene otra... uno como sentarse y decirle a un niño, porque ayer me paso y yo entendí que no es suicidio, él me dijo yo me quiero morir, y lo mire, pero él me dijo, mi abuela murió, yo me quiero morir para ir a ver, hace días no lo veo, entonces, no es un pensamiento suicida, no es pensamiento de muerte, no es una ideación de muerte, solo entiendo que mi abuela se fue y el motivo por el que se fue, porque se murió...porque si no estoy muerto no puedo ir a verla, eso pasaba con su compleja mente, pero como uno le dices que eso es un suicidio, como determino yo entre mi pensamiento si eso es suicidio, es que no lo es, porque para mí no lo es, pero de cierta forma sí, porque está pensando en morir, para poder estar con la abuela, no finalidad, es como si el pensara que la muerte es un transporte, pero no es un suicidio real, tú me preguntas por la muerte, y quizás explicarle la muerte de un familiar o de el mismo, es totalmente diferente a explicarle un complejo concepto de suicidio.”*

Se debe tener en cuenta que la definición del suicidio según Quenguan et al. (2014), es todo acto donde un individuo atenta contra su propia vida, esto puede ser el resultado de una situación positiva o negativa. Además, que dicha acción sea realizada para brindar “solución” a algún tipo de problema o para dejar el

sufrimiento que tiene la persona. Teniendo en cuenta la postura del participante Q y la del autor, se puede interpretar que este participante no tiene conocimientos para identificar ideación suicida en un niño, asimismo es claro que no tiene conocimientos previos, por ende, su proceder no tiene fundamentos, a consecuencia de esto, su intervención puede llegar a ser poco ética y no tendrá el impacto esperado.

En conclusión se puede evidenciar que los estudiantes de psicología de decimo semestre que están realizando sus prácticas clínico-educativas, han tenido experiencias de niños que llegan a su consultorio con conductas suicidas, sin embargo, los estudiantes manifiestan que los conocimientos que tienen acerca de esta problemática contienen vacíos sobre todo en el concepto de muerte, la manera de intervenir esta problemática y la concepción del suicidio infantil, por consiguiente, esto se puede convertir en una dificultad ya que, su criterio a la hora de diagnosticar e intervenir puede estar sesgada.

9. CONCLUSIONES.

Las conclusiones de este trabajo investigativo dan respuesta al objetivo central de esta investigación, el cual es conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños entre los 7 a 11 años.

Empezando, con la exploración de las representaciones sociales de los estudiantes de psicología con relación al suicidio en niños. Se encontró, una idea general a la que han llegado todos los participantes de este grupo focal, es sobre el desconocimiento de que los niños entre los 7 a 11 años poseen esquemas o ideas de muerte estructuradas, pues, los sujetos de la muestra desenfocaban al niño como sujeto sin una conciencia de estos procesos y los encasillaban dentro de una concepción del desconocimiento, como si los infantes no supieran o no se dieran cuenta de las cosas que pasan a su alrededor. Solo los sujetos que hacían prácticas en el área de oncología, en la fundación Anhelos de Vida le daban a los niños una estructuración de muerte un poco más compleja, ya que estos niños en su historia de vida habían atravesado experiencias con el cáncer, en donde en cualquier momento podían morir.

Siguiendo con la idea anterior, evidenciamos la importancia de las representaciones frente al suicidio en niños, además, de dialogar como profesionales de la salud mental, acerca de la muerte, esto de una forma mesurada, para indagar las concepciones y representaciones acerca de estas temáticas que están construyendo los niños en su ciclo vital desde muy temprana edad. Lo anterior, para identificar principalmente la estructuración de este tipo de conceptos, luego, para reconocer si hay un tipo de ideación suicida o si se han presentado en algún momento conductas suicidas. Todo esto para así lograr mitigar o prevenir esta problemática a tiempo, pues cabe resaltar que los niños al igual que los adultos pasan por situaciones traumáticas, estrés y angustia, que pueden impactar en su psiquis, influyendo dramáticamente en su manera de ver al mundo.

Sobre todo, en lo referente al primer objetivo, cabe resaltar que la representación social que los estudiantes manifiestan referente al suicidio en niños es principalmente dirigida desde factores externos, como el ámbito social, es decir, que para los participantes hay mayores probabilidades que un niño desarrolle ideación o intento suicida, a causa de la vulnerabilidad que puede generar el contexto donde vive, de que sus relaciones familiares estén fragmentadas, de la poca atención por parte de los padres, del acoso escolar, también de la falta de redes de apoyo sólidas y la deficiencia en los servicios de salud. Además, un factor nuevo que se encontró, fue el uso de las redes o el internet sin supervisión, lo cual también se convierte en un factor precipitante a la hora de que se

presenten este tipo de conductas. Por otra parte, hablando de los factores internos, también se encontró que los participantes los reconocían como un factor precipitante a la hora de que se presenten conductas o suicidio consumado. Entre estos factores, trastornos como la depresión, la ansiedad a causa de algún evento traumático, o alguna comorbilidad. Hasta las enfermedades de base, como el cáncer, que también les podían generar este tipo de comportamientos. Resumiendo lo planteado, los estudiantes les dieron más peso a los factores externos, pero siempre reconocieron los factores internos dentro de su discurso.

Después, en el segundo objetivo, el cual es identificar las posturas que tienen los estudiantes de psicología acerca del suicidio en niños. Una de las situaciones que se logró identificar en los análisis realizados, es que los estudiantes de Unicatólica durante el desarrollo de sus prácticas se dan cuenta que no han recibido contenidos y aprendizajes suficientes que les permita hacer una intervención adecuada frente a la problemática planteada, pues algunos de los saberes que más se requieren fueron trabajados de manera superficial en sus clases, temas como; las rutas de atención y los protocolos, que son de gran importancia en sus distintos sitios de práctica; además, todo lo correspondiente frente al suicidio, lo cual, les causo algunas complicaciones en su ejercer practico debido a que presentaban pocas bases teóricas en las cuales apoyarse. Luego, se encuentra que con el tiempo los participantes fueron acoplado más la información, gracias a que en sus sitios de práctica se les oriento a tal punto de tener un buen manejo de estos. Pero es importante señalar que frente al desconocimiento, los estudiantes se puedan tornar inseguros frente a su proceder profesional, y que trabajen desde unos conocimientos poco claros, que a largo plazo puede afectar en la vida de una persona o en el caso de esta investigación de un niño.

Una conclusión importante a resaltar, es que Unicatólica está cumpliendo con las características en cuanto a la búsqueda permanente de la calidad, donde espera la contribución al desarrollo de sus estudiantes, pues a lo largo de las discusiones durante el grupo focal, se puede evidenciar que los estudiantes hacen observaciones críticas frente a su proceso de formación como profesional, lo que conlleva a que ellos busquen por sus medios fortalecer los vacíos que tienen, pensando en su fortalecimiento profesional que a su vez, fomenta el cumplimiento del código deontológico del psicólogo, también resaltando en ellos el deseo de realizar un proceso de intervención integral y humanizado que le brinde seguridad a las personas que puedan llegar a atender, así mismo fomentando la importancia de la salud mental a las distintas poblaciones del contexto social en el que se encuentran.

Finalmente, se resalta la importancia del rol del psicólogo, ya que este siempre está situado en ir más allá de lo evidente y atravesar esas barreras mentales que a veces presentan muchos de los pacientes, ser psicólogo significa brindar herramientas para malestares emocionales, aquellos de los que muchas veces no

son conscientes las personas. En concordancia, que mejor idea que empezar una intervención temprana con los niños, para que en el futuro sean adultos sanos y estables mentalmente. Además, el psicólogo muchas veces actúa como factor protector a la hora de prevenir un intento suicida, igualmente al ayudar en el fortalecimiento de las herramientas psicológicas en el infante, para evitar que se presenten cualquier tipo de ideaciones o conductas perjudiciales en su vida.

Es por eso, que se evidencia la importancia de comprender cuales son las representaciones sociales del suicidio infantil de los estudiantes de psicología de decimo semestre, pues, se logra evidenciar problemas en fundamentación teórica de esta temática, la cual es una de las más frecuentes en consulta. Por ende, los estudiantes de psicología se enfrentan a una problemática de salud pública sin las debidas bases correspondientes, lo que puede generar una praxis inadecuada, afectando directamente a las personas que consultan, desde los más ancianos, hasta los más niños, los cuales llegan siempre con la esperanza de ser intervenidos de la mejor manera. Denotamos que la labor del psicólogo es de alta relevancia, pues es una labor en donde está en juego la vida de una persona, y conlleva una gran responsabilidad ejercerla.

Para finalizar, también se halló las posturas de los participantes, pero desde una perspectiva personal, uno de los participantes desde una postura de padre, otro desde su sistemas de creencias, pero todos siempre desde la postura humana, pues el tema que se tocaba en la investigación era fuerte, y de alto impacto, no solo para los participantes, sino para la sociedad en general, dado que esta temática aun es vista como algo que no sucede, pero es una realidad que se debe afrontar. Como bien lo mencionaba un participante en el grupo focal, el suicidio es una problemática que es antigua, que está pasando actualmente y que seguirá pasando, este participante resaltaba la importancia de esta investigación en cuanto a todo lo que podía aportar a la psicología.

10. RECOMENDACIONES.

Una recomendación importante, es que se señala una insatisfacción por parte de los estudiantes hacia el pensum académico que maneja la universidad, pues consideran que algunas clases que se presentan como electivas, donde el estudiante escoge entre una u otra, esto genera que se pierdan contenidos de gran importancia tanto para el desarrollo adecuado de las prácticas como para el ejercer profesional, pues consideran que materias tales como: duelo, intervención en crisis, intervención en niños con necesidades especiales, entre otras, son clases que se deberían verse de forma “obligatoria” debido a la importancia de sus contenidos y que en el ámbito profesional, son casos que llegan constantemente a contextos clínicos.

Continuando con las reflexiones realizadas por los estudiantes, se destaca la importancia y la necesidad de profundizar en temáticas como el suicidio y más aún en el suicidio en niños, pues referente al último, durante toda la carrera nunca escucharon o hablaron sobre esa problemática. Se evidencio, que los estudiantes en cuanto a los enfoques disciplinares poseen conceptos claros, pues, estos son con los cuales guían sus intervenciones, logrando brindar una perspectiva más amplia acerca de las problemáticas que se podían solucionar por medio de sus enfoques.

Por otra parte, otra sugerencia para futuras investigaciones acerca de representaciones sociales, es que se retome al autor Jodelet (1984) el cual expone que las representaciones sociales son imágenes mentales que poseen un conjunto de significados que utilizan las personas para interpretar la realidad, además este autor plantea tres elementos fundamentales, los cuales son: el contenido o información, el objeto y el sujeto. El primer elemento son las nociones o conocimientos acerca de un objeto o fenómeno, también menciona que este elemento tiene tres dimensiones, la primera es la figurativa esta es la que hace referencia a las imágenes mentales, la segunda la dimensión simbólica en donde un fenómeno cobra un significado el cual se transmite por medio del lenguaje, el tercer elemento trata de la dimensión afectiva pues son las valoraciones de un individuo. Por otro lado, el segundo elemento es el objeto, que posee un contenido, que sería la fuente principal de una representación, por último, plantea que el sujeto es un agente activo ya que estructura y transmite las representaciones sociales.

Por consiguiente, este autor es relevante pues propone que las representaciones sociales influyen en la interpretación y construcción de la realidad de los sujetos, pues, permite clasificar y analizar la relación que tiene el contenido, los objetos y los sujetos. Además, plantea que las representaciones regulan y orientan la conducta de los sujetos pues estas se entienden como un marco referencial, a la hora de tomar una decisión, es así como a través de las

dimensiones que plantea el autor se puede brindar un orden para sistematizar las representaciones sociales de un fenómeno en particular, como un proceso en donde se pueda identificar las imágenes mentales, los significados y las valoraciones dentro de un grupo de personas.

REFERENCIAS.

- Agudelo, M., & Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, (17), 353 – 378.
- Alasino, N. (2011). Alcances del concepto de representaciones sociales para la investigación en el campo de la educación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 56 (4). Argentina. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/13987>
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (s.f). *SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE LA CONDUCTA SUICIDA SERVICIOS* [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado 16 de octubre, 2019, de <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/COVES/2016/Marzo/Presentaciones/5.%20SISVECOS%20Plataforma%20y%20avances.pdf>
- Alfonso, C., A., & Blandón, A., M. (2017). PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. *Instituto Nacional de Salud*, (2), 1-12.
- Almanzar, A. (s.f). El suicidio en la historia de la humanidad. [Diapositivas de power point] recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/almanzar-suicide-story-mankind.pdf>
- Amador, G. (2015) SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS.
- Ander-Egg, E. (2004). Capítulo 4: Fases e instrumentación del proceso de la Investigación- Acción- Participativa. En: *Repensando la Investigación – Acción–Participativa*. Colección Política, Servicios y Trabajo Social.
- Arcila, A., Buriticá, L., Castrillón, J., & Ramírez, L. (2004) PARADIGMAS Y MODELOS DE INVESTIGACIÓN GUÍA DIDÁCTICA Y MÓDULO. Texto reestructurado.
- Asamblea general en su resolución 217 A (III). (Diciembre 10 de 1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Ballesteros, M. P., Gutiérrez-Malaver M. E., Martínez, L. M., Medina, N. E., Sotelo, A. P., & Bouquet, R. I., (2010). “una mirada desde la teoría de las representaciones sociales”. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 39 (3). Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n3/v39n3a07.pdf>

- Bassi, J. (2015). *Formulación de proyectos de tesis en ciencias sociales: Manual de supervivencia de pre y posgrado*. Chile: El Buen Aire S.A.
- Bella, M. E., Fernández, R. A., & Willington J. M., (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Terapia psicológica*, 108 (2) 124-129. Argentina. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200006
- Blaxter, L., Hughes, T., & Tight, M. (2002) *Cómo se hace una investigación*. Editorial Gedisa.
- Cabra O.L., Infante, D.C., & Sossa, F.N. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev. Medica. Sanitas*. 13 (2), 28-35, Colombia. Recuperado de <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf>
- Calderón, L., Espinosa, O., Gasca, M., & Rodríguez, M. (2009). *PERCEPCIÓN DEL SUICIDIO EN NIÑOS QUE ATRAVIESAN LA NIÑEZ INTERMEDIA* (Tesis Pregrado). Bogotá D.C. Colombia. Pontificia Universidad Javeriana.
- Cañón Buitrago, S. (2011). Factores de riesgo asociado a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Archivos de Medicina (col)*, 11 (1), 62-67.
- Cañón-Buitrago, S., C., Castaño-Castillón, J., J., Medina-Jiménez, N., Mosquera-Escobar, K., K., Quintero-Cardona, C., A., & Varón-Caicedo, L., L. (2017). Caracterización del intento suicida en pacientes ingresados a una institución de salud (Pereira, Colombia 2013 - 2014). *MedUNAB*, 19(3), 192-202.
- Castorina, J. (2016). La significación de la teoría de las representaciones sociales para la psicología. *Perspectivas en Psicología*, 13 (1), 1-10.
- Cuello. (2017, Julio). *Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmitibles*. 1-25.
- Cuello, C., & Lopera, R. (2018). DOCUMENTO BORRADOR DEL PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CONDUCTA SUICIDA 2018-2021. *MINSALUD*, 1-42.
- David Bobadilla (2011). 5.- *DEDOS* [Obtenido de archivo de video] Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=DIRa0SM2GRA>
- David Bobadilla (2011). 11.- *CORTESIA* [Obtenido de archivo de video] Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=aTil5v0pBI4&t=1s>

- Durkheim, E. (1897). El suicidio un estudio de sociología. *Epublibre*. 11-190.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Arch Argent Pediatr*. 33(2), 117-126 *España*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262433622_Intento_de_suicidio_en_ninos_y_adolescentes_depresion_y_trastorno_de_conducta_disocial_como_p_atologias_mas_frecuentes
- Esparza, J., L. (2015). Metodología de investigación para el desarrollo de anteproyectos de tesis. 2ª parte Seminario-Taller.
- Feixas, G. & Cornejo, J., M. (1996). Manual de la Técnica de Rejilla. Barcelona: PAIDÓS, 66 (1),2_31. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/256504352_Manual_de_la_Tecnica_de_Rejilla_mediante_el_Programa_RECORD_20
- Hamui, A., & Varela, M. (2012). *La técnica de grupos focales*. Metodología de investigación en educación médica, 2 (1), 55-60.
- Hernández, L. (2013). Representaciones sociales del último discurso del suicida.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación, sexta edición. México, D. F, México: McGraw-Hill. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
- Hultsjö, s., Härdig R., & Rytterström, P. (2018). The borderline between life and death mental healthcare professionals' experience of why patients commit suicide during ongoing care.
- Inquilla, J. (2013). Representaciones Sociales sobre el suicidio de los estudiantes en la universidad nacional del Altiplano Puno-Perú. 4 (2). 27-37. Perú. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4729813>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (2018). Forensis, datos para la vida. Colombia, Bogotá D.C, 267-274.
- Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal (septiembre 2019). Intento de suicidio. Semana epidemiológica. 36, 2.
- Jiménez Quenguan, M., Hidalgo Bravo, J., Camargo Santacruz, C., & Dulce Rosero, B. (2014). El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Revista Ciencias de la Salud*, 12 (1), 59-92.

- Karaman, D., & Durukan, I. (2013). Suicide in Children and Adolescents. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(1), 30-47. http://www.cappsy.org/archives/vol5/no1/cap_05_03.pdf
- León, L., & Arias, C. (2017). Trauma Temprano y Suicidio. (Selección modalidad de grado Psicología). Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología, Medellín.
- Ley 1090 N° 46383. Departamento Administrativo de la Función Pública, Bogotá, D. C, 6 de septiembre de 2006.
- Ley 1616. POR MEDIO DE LA CUAL SE EXPIDE LA LEY DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES. Bogotá, D.C. 21 de Enero del 2013.
- Lopez-Silva, P. (2013). Realidades, construcciones y dilemas. *Cinta moebio* 46: 9-25.
- Martínez, J., & Robles, A. (2016). Percepción de actores sociales sobre la conducta suicida: Análisis de contenido a través de grupos focales. *Informes Psicológicos*, 16(2), 53-68. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsicv16n2a04>
- Morais dos Santos, R., & Batista de Melo, M. (2016). Tendencias Suicidas en Niños Accidentados. *Psicología Ciencia e Profissao*, 36 (3), 571-583.
- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul, 1979.
- Navarro, N., García, L., & Cangas, A., J. (2016). Atribución de factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes en la comunidad inmigrante latina: una muestra del sur de California. *Psychology, society, & Education*, 8(3), 273-285.
- Organización Mundial de la Salud (2012) Prevención del suicidio (SUPRE) Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Organización Mundial de la Salud (2019) datos y cifras del suicidio, recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pistolesi, N. (2019). Representaciones sociales y discursos: Revisión del debate desde una perspectiva dialógica. *Creative Commons BY-NC-SA 4.0 Internacional*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. 83 – 87.
- Prado, G. (2011) FUTURO IMPERFECTO: DIMENSIÓN HERMENÉUTICO-SIMBÓLICA DEL SUICIDIO EN LA OBRA DE JORGE SEMPRÚN. Universidad Iberoamericana, México D, F.

- Rodríguez, N. (2010) CARACTERIZACIÓN DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS (PLANEACIÓN, CONTROL INHIBITORIO Y FLEXIBILIDAD MENTAL) Y REPRESENTACIONES SOCIALES DE SUICIDIO EN PERSONAS CON HISTORIA DE INTENTO DE SUICIDIO. Universidad Surcolombiana. ENTORNOS, No. 23. 127-136.
- Sacristán. (2018, Julio). OBSERVATORIO del Bienestar de la Niñez. *Una aproximación al suicidio DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA*. 1-92.
- Tau, R. & Lenzi, A. M. (2011). La comprensión de la muerte en los niños. Una mirada desde lo real, lo posible y lo necesario. *Revista de Psicología, Segunda época*, Facultad de Psicología, UNLP. (En prensa). ISSN 0556-6274.
- Uribe, J., P. (2018). Política Nacional de Salud Mental. *MINSALUD*, 1 (1), 1-38.
- Velázquez, O. (2013). Las representaciones sociales, los imaginarios sociales y urbanos: Ventanas conceptuales para el abordaje de lo urbano. *TLATEMOANI Revista Académica de Investigación*, (14), 1-24. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/index.htm>
- Vásquez-Rojas, R., & Quijano-Serrano, M. (2013). Cuando el intento de suicidio es cosa de niños, *Revista Colombiana de Psicología*. 42(1). Asociación Colombiana de Psiquiatría.
- Vergara, M. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 6 (1), 55-80.
- Viñas, f. & Domenech, E. (1999) El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. *Revista de psicología general y aplicada*, 52 (1). 89-104.
- Weisz, C., B. (2017). La representación social como categoría teórica y estrategia metodológica. *Rev. CES Psicol.*, 10 (1), 99-108. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v10n1/2011-3080-cesp-10-01-00099.pdf>
- Zañartu, Krämer & Wietstruck. (2008). La muerte y los niños. Artículo de revisión. *Rev Chil Pediatr* 2008, 79 (4). 393-397.

ANEXOS.

VALIDACIONES DE JURADOS EXPERTOS.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO

EVALUACIÓN, CONCEPTO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

POR JUICIO DE EXPERTO

Por medio del presente informe hago constar que se ha realizado la revisión, evaluación y, establecido un concepto, en el proceso de validación del instrumento: **GRUPO FOCAL REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE SUCIDIO EN NIÑOS**, bajo la dirección del profesor: **Ricardo Andrés Urrutia Vivas** en el marco del proyecto investigativo de trabajo de grado titulado: **Una mirada psicológica de las representaciones sociales del suicidio en niños**, concediendo la siguiente valoración cualitativa y cuantitativa del mismo:

ASPECTOS A EVALUAR	D.	A	B.	E.	PUNTAJE
Objetivo de la investigación			x		4
Claridad variable (s)/categoría (s) de análisis			x		4
Coherencia ítems-variable (s)/categoría(s)			X		4
Ítems mide variable (s)/categoría (s)			X		4

Redacción de los ítems			X		4
Ortografía de los ítems			X		4
Presentación de instrumento			X		4
Selección de población /muestra			X		4
Procedimiento			X		4
Consentimiento asistido			X		4
Aspectos éticos, bioéticos y deontológicos			X		4

D: Deficiente (1.0-2.9), A: Aceptable (3.0-3.9), B: Bueno (4.0-4.7) E: Excelente: (5.0)

Observaciones, recomendaciones y sugerencias:

EXPERTO: Nathalia Gordillo C.

Nombre y apellidos: Nathalia Gordillo Calderón

Profesión: Psicóloga. Magister en Familia

Número de tarjeta profesional: 141397

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO

EVALUACIÓN, CONCEPTO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

POR JUICIO DE EXPERTO

Por medio del presente informe hago constar que se ha realizado la revisión, evaluación y, establecido un concepto, en el proceso de validación del instrumento: **GRUPO FOCAL REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE SUCIDIO EN NIÑOS**, bajo la dirección del profesor: **Ricardo Andres Urrutia Vivas** en el marco del proyecto investigativo de trabajo de grado titulado: **Una mirada psicológica de las representaciones sociales del suicidio en niños**, concediendo la siguiente valoración cualitativa y cuantitativa del mismo:

ASPECTOS A EVALUAR	D.	A	B.	E.	PUNTAJE
Objetivo de la investigación			x		4.5
Claridad variable (s)/categoría (s) de análisis			x		4.5
Coherencia ítems-variable (s)/categoría(s)			X		4.5
Ítems mide variable (s)/categoría (s)			X		4.5
Redacción de los ítems			X		4.5
Ortografía de los ítems				x	
Presentación de instrumento		x			3

Selección de población /muestra				X	5
Procedimiento			X		4.5
Consentimiento asistido			X		4.5
Aspectos éticos, bioéticos y deontológicos			X		4.5

D: Deficiente (1.0-2.9), A: Aceptable (3.0-3.9), B: Bueno (4.0-4.7) E: Excelente: (5.0)

Observaciones, recomendaciones y sugerencias:

EXPERTO:

- En la presentación del instrumento debe estar las referencias utilizada.
- Recuerden organizar las preguntas en otro lenguaje más sencillo, la importancia de los grupos focales, es el dispositivo de la conversación como construcción de conocimiento y evidenciar las categorías planteadas por ustedes y las categorías emergentes que arroje la investigación.

Nombre y apellidos: Alejandra Cerón Morales

Profesión: Psicóloga Clínica y Magister en Familia.

Número de tarjeta profesional:

REJILLAS DE ANÁLISIS.

Tabla 3 Categoría.	Descripción.	Participante.	Resultados.
Representación social.	Esta categoría consiste en explorar las representaciones sociales de los estudiantes, por medio de los subtemas: los imaginarios sobre el suicidio infantil, los contextos vulnerables y la influencia del contexto colombiano.		<p>El participante reconoce en diez (10) momentos que los niños están accediendo a una libertad individual donde los padres no supervisan las actividades que realizan pues estos también la ejercen, es así como empieza de hablar de la institucionalidad como factor que influye para que se presente el suicidio en Colombia, que son todas las entidades que soportan el bienestar de una persona, menciona este aspecto alrededor de seis (6) veces afirmando que se ha derrumbado.</p> <p>En cuanto a factores de riesgo como redes menciona una (1) vez que el rango de edad para acceder a estas tendencias está disminuyendo.</p>

<p>Suicidio en niños.</p>	<p>Esta categoría se identificará las posturas que tiene los estudiantes de psicología frente al suicidio en la cual se menciona los factores de riesgo, las patologías y los factores protectores que pueden propiciar conductas suicidas.</p>	<p>Sujeto J</p>	<p>En relación con los factores protectores el sujeto menciona cuatro (4) veces reforzar las defensas yoicas con el objetivo de prevenir el suicidio infantil “<i>eso es una buena estrategia desde la psicología y es reforzar las defensas yoicas</i>”, también, aquí el sujeto muestra una postura desde su enfoque, que es el psicoanalítico, pues esta es la guía con la que interviene los caso que se le presentan en consulta.</p> <p>Dentro de los factores de riesgo en el sujeto expresa que no todas las personas de una comunidad puedan acceder a un servicio de salud mental, esto lo menciona en una (1) ocasión</p>
<p>Representación social del suicidio.</p>	<p>Esta categoría se realizará un análisis de las representaciones sociales de los estudiantes teniendo en cuenta las subcategorías de: experiencias sobre el suicidio durante la práctica profesional, conocimientos acerca de herramientas necesarias para intervenir caso</p>		<p>En cuanto a las experiencias que ha tenido el sujeto dentro de su práctica manifiesta que ha tenido dos casos, ambos por separación de los padres, esto lo menciona una (1) vez, donde los niños le expresaron tener ideas suicidas.</p> <p>Respecto a la concepción que tienen los niños sobre el suicidio el sujeto comenta dos (2) veces que la representación de los niños es a partir de visiones adultas, también, manifiesta que la muerte le genera un</p>

	de suicidio infantil y el concepto de muerte de los niños.	sentimiento de incertidumbre en dos (2) ocasiones, en donde planea una postura personal, dejando a un lado el objetivo de la pregunta.
--	--	--

Categoría.	Descripción.	Participante.	Resultados.
<p>Representación social.</p>	<p>Esta categoría consiste en explorar las representaciones sociales de los estudiantes, por medio de los subtemas: los imaginarios sobre el suicidio infantil, los contextos vulnerables y la influencia del contexto colombiano.</p>		<p>Los imaginarios que expresa esta participante sobre el suicidio infantil, refieren que es una ideología la cual la menciona seis (6) veces, se puede inferir que pueda que esta sea la forma en que ha representado el suicidio infantil.</p> <p>Los participantes mencionan durante la discusión la temática de las libertades individuales las cuales el sujeto mención en cinco (5) ocasiones, además, surge de ahí el tema de las redes sociales el cual este sujeto mención (3) veces, dando a conocer un gran manejo del tema. En relación a los contexto que influyen en las conductas suicidas se encontró que siete (7) veces expreso en su discurso que Colombia es un contexto violento, lo que puede generar una situación de vulnerabilidad para los niños.</p>

<p>Suicidio en niños.</p>	<p>Esta categoría se identificará las posturas que tiene los estudiantes de psicología frente al suicidio en la cual se menciona los factores de riesgo, las patologías y los factores protectores que pueden propiciar conductas suicidas.</p>	<p>Sujeto Q</p> <p>El participante en una (1) ocasión menciona que el suicidio infantil tiene más influencia por componentes sociales que por enfermedades patológicas, ya sean mentales o físicas.</p> <p>Por otra parte, al considerar los factores protectores que menciona en una (1) ocasión que los padres y sus pautas de crianza, son un factor que puede evitar conductas suicidas. En cuanto a los factores de riesgo expresa en una (1) ocasión que puede influir en estas conductas un escaso acceso a un psicólogo educativo.</p>
----------------------------------	---	---

<p>representación social del suicidio</p>	<p>Esta categoría se realizará un análisis de las representaciones sociales de los estudiantes teniendo en cuenta las subcategorías de: experiencias sobre el suicidio durante la práctica profesional, conocimientos acerca de herramientas necesarias para intervenir caso de suicidio infantil y el concepto de muerte de los niños.</p>		<p>El participante expresa en una (1) ocasión que dentro del sitio de ha tenido una experiencia de un niño con 8 años que presenta ideación suicida, dentro de su discurso manifiesta (2) veces que esta no es una ideación suicida, también manifiesta (5) veces dentro que para ella esto no es una ideación suicida, sino un deseo de volver a ver a un familiar que ya no está.</p> <p>Con relación a las herramientas como el protocolo de atención suicida, el sujeto expresa dos (2) veces que no conocía estas rutas, además que actualmente son limitados sus conocimientos en este tema.</p>
<p>Categorías</p>	<p>Descripción</p>	<p>Participante</p>	<p>Resultados</p>

<p>representación social</p>	<p>Esta categoría consiste en explorar las representaciones sociales de los estudiantes, por medio de los subtemas: los imaginarios sobre el suicido infantil, los contextos vulnerables y la influencia del contexto colombiano</p>	<p>El participante que manifiestan en el tema del acceso a las redes en una (1) ocasión que las tendencias a las redes pueden llegar a ser un factor vulnerable, sobre todo con la falta de límites por parte de los padres, el cual menciona (4) veces, también menciona que dentro del hogar se les debe establecer pautas de crianza en una (1) ocasión. En cuanto al contexto violento menciona que en Colombia se puede propiciar las conductas suicidas por un contexto violento lo menciona en una (1) ocasión, además, un factor que influye es el poco acompañamiento de los padres al trabajar esto manifiesta en una (1) ocasión.</p>
-------------------------------------	--	--

<p>suicidio en niños</p>	<p>Esta categoría se identificará las posturas que tiene los estudiantes de psicología frente al suicidio en la cual se menciona los factores de riesgo, las patologías y los factores protectores que pueden propiciar conductas suicidas.</p>	<p>Sujeto Gi</p>	<p>Así mismo, se puede identificar en su discurso en una (1) ocasión que no necesario que se presente una patología para que se desarrollen conductas suicidas “<i>son más los componentes sociales que impulsan.</i>”</p> <p>Dentro de los factores protectores se encontró que una (1) vez manifiesta que el acompañamiento por parte de los padres es necesario para prevenir conductas suicidas. En relación con la postura que toma para intervenir menciona en dos (2) ocasiones su enfoque desde las géstales inconclusas que pueden pasar de generación en generación, mencionando una (1) vez que se debe generar espacios terapéuticos para cerrarlas.</p>
---------------------------------	---	-------------------------	--

<p>representación social del suicidio</p>	<p>Esta categoría se realizará un análisis de las representaciones sociales de los estudiantes teniendo en cuenta las subcategorías de: experiencias sobre el suicidio durante la práctica profesional, conocimientos acerca de herramientas necesarias para intervenir caso de suicidio infantil y el concepto de muerte de los niños.</p>		<p>Respecto a la experiencia el sujeto manifiesta (2) veces que se ha presentado en consulta un caso de conductas suicidas, en donde la niña siempre llega con cutting o con veneno ingerido, ella expresa que toda su familia tiene este tipo de conductas. <i>“Es una chica que viene con antecedentes de que el papá, la mamá y todos sus hermanos han intentado suicidarse”</i></p> <p>Por otra parte, el concepto que tiene acerca de la muerte puede estar ligado a creencias religiosas pues en una (1) ocasión menciona “yo me voy a descasar con los ángeles”, también se halló dentro de su discurso que no concibe el suicidio infantil pues lo manifiesta en una (1) ocasión.</p>
<p>Categoría</p>	<p>Descripción</p>	<p>Participante</p>	<p>Resultados</p>

<p>representación social</p>	<p>Esta categoría consiste en explorar las representaciones sociales de los estudiantes, por medio de los subtemas: los imaginarios sobre el suicido infantil, los contextos vulnerables y la influencia del contexto colombiano</p>	<p>El participante expresa tres (3) veces que las libertades individuales influyen en la conducta suicida debido al poco acompañamiento por parte de los padres lo cual lo menciona en dos (29) ocasiones.</p> <p>En relación con los contextos que propician conductas suicidas se encontró que el sujeto en dos (2) ocasiones menciona que los diagnósticos con cáncer son una gran influencia en la medida que los niños deben estar en un aislamiento constante.</p>
-------------------------------------	--	--

<p>suicidio en niños</p>	<p>Esta categoría se identificará las posturas que tiene los estudiantes de psicología frente al suicidio en la cual se menciona los factores de riesgo, las patologías y los factores protectores que pueden propiciar conductas suicidas.</p>	<p>Sujeto Ga</p> <p>El sujeto manifiesta en una (1) ocasión que como factor protector en cuanto a herramientas psicológicas del niño está en fortalecer los autos, la autoestima, auto concepto entre otros, como prevención de conductas o ideas suicidas, también, tener redes de apoyos fuertes como la familia, amigos colegio y vecinos esto lo menciona en una (1) ocasión. Por otro lado, en relación con las patologías es sujeto expresa en una (1) ocasión que los factores sociales tiene un mayor impacto en las conductas suicidas que las patologías, aunque expresa que estas también se presentan.</p>
---------------------------------	---	---

<p>representación social del suicidio</p>	<p>Esta categoría se realizará un análisis de las representaciones sociales de los estudiantes teniendo en cuenta las subcategorías de: experiencias sobre el suicidio durante la práctica profesional, conocimientos acerca de herramientas necesarias para intervenir caso de suicidio infantil y el concepto de muerte de los niños.</p>	<p>El participante manifiesta en dos (2) ocasiones que ha tenido una experiencia con relación a conductas suicidas, <i>Sujeto Ga: yo tengo una niña, ella tiene riesgo suicida...</i>”. Por otra parte, en cuanto a los protocolos de atención, menciona dos (2) veces que tenía idea acerca del tema debido a que en experiencias previas lo conoció porque fue docente.</p> <p>Respecto a las representaciones de los niños acerca de la muerte el sujeto manifiesta en 2 ocasiones que se deben identificar cuáles son las construcciones que ha hecho el niño entorno a estos conceptos, en dos ocasiones menciona utilizar la literaria que consiste en contarle cuentos relacionados a este tipo de temática teniendo en cuenta las creencias del niño, este sujeto indaga acerca de las representaciones del otro para a partir de ahí guiar su intervención.</p>
--	---	--

Categoría	Descripción	Participante	Resultados
<p>representación social</p>	<p>Esta categoría consiste en explorar las representaciones sociales de los estudiantes, por medio de los subtemas: los imaginarios sobre el suicido infantil, los contextos vulnerables y la influencia del contexto colombiano</p>		<p>El participante manifiesta en dos (2) ocasiones a lo largo de su discurso que considera que el acoso escolar es un factor predeterminante para que se generen conductas suicidas, pues expresa en (1) ocasión que fue pedagogo, Además expresa tres (3) veces que dentro del manejo de las redes es importante que se brinde un acompañamiento constate sin importar la edad del niño.</p> <p>Respecto al contexto explica en tres (3) ocasiones que un largo aislamiento puede ser un factor de riesgo.</p>

<p>suicidio en niños</p>	<p>Esta categoría se identificará las posturas que tiene los estudiantes de psicología frente al suicidio en la cual se menciona los factores de riesgo, las patologías y los factores protectores que pueden propiciar conductas suicidas.</p>	<p>Sujeto A</p> <p>Dentro de los factores protectores que menciona en una (1) ocasión, es el de realizar diferentes estrategias dentro de la consulta pues cada niño tiene una particularidad. Referente a las patologías tiene dos posiciones el primer referente a patologías físicas las cuales menciona en una (1) ocasión las cuales se deben tener en cuenta en el suicidio infantil <i>“diagnósticos médicos como medublastoma”</i>, por otra parte, frente a las patologías mentales comenta que son importantes tenerlas en cuenta, pero un factor más influyente son el contexto social.</p>
---------------------------------	---	---

<p>representación social del suicidio</p>	<p>Esta categoría se realizará un análisis de las representaciones sociales de los estudiantes teniendo en cuenta las subcategorías de: experiencias sobre el suicidio durante la práctica profesional, conocimientos acerca de herramientas necesarias para intervenir caso de suicidio infantil y el concepto de muerte de los niños.</p>	<p>En relación con el concepto de muerte de los niños el sujeto menciona en una (1) ocasión que las representaciones de los niños no son claras, es una incertidumbre, debido a que no han tendido experiencias de esta, esto evidencia que está anteponiendo su posición personal. Sin embargo, expresa en dos (2) ocasiones que la literaria es una herramienta relevante para la temática de la muerte pues ayuda a que el niño construya su propio significado de la muerte esto con la orientación del psicólogo. <i>“el mismo construya su significado de que es la muerte”</i></p> <p>Otra postura que se puede evidenciar es desde lo pedagógico pus comenta que conocía antes de ingresar a su práctica protocolos de atención suicida.</p>
--	---	--

INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Procedimiento.

Para la realización del grupo focal, se reunirá a 5 estudiantes de la Universidad Católica los cuales están cursando decimo semestre de psicología y sus edades oscilan entre 21 a 31 años, otras características a resaltar en las personas seleccionadas es que 2 de ellos hacen prácticas clínica y educativa en la Fundación Anhelos de Vida, 1 de ellas hace prácticas en el campo clínico y educativo en el Instituto para Niños Ciegos y Sordos, finalmente los otros 2 participantes hacen prácticas en el campo clínico en la ESE Norte.

El lugar donde se llevará a cabo dicho grupo será en la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium en la sede Meléndez. En este lugar se dará inicio a las discusiones entre los estudiantes con la temática de representaciones sociales sobre el suicidio en niños, este grupo focal tiene un tiempo de duración estimado en 45 minutos a 1 hora, lo que significa que dependiendo de la participación y profundización de la temática el tiempo puede extenderse.

Para iniciar la discusión del grupo, en primera instancia se hará la presentación de los moderadores, luego la presentación y la toma de datos sociodemográficos de los participantes, a continuación se presentará el consentimiento informado a los participantes, para saber si están de acuerdo con los temas que se pretende abordar.

Posteriormente se les presentara el tema a trabajar, el cual consiste en conocer sus representaciones sociales sobre el suicidio en niños, cabe destacar que la edad en la que se entienden a estos niños es de los 7 a los 11 años. Además se espera que durante las discusiones, cada uno de los temas dure alrededor de 15 a 20 minutos

Para finalizar y dar cierre al grupo focal, los moderadores hacen una retroalimentación de los temas abordados y ofrecen su postura ante ellos y para terminar, les agradecen a los estudiantes por su participación en la discusión.

Objetivos:

General:

- Explorar las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños.

Específicos:

- Conocer las representaciones sociales de los estudiantes de psicología con relación al suicidio en niños.
- Identificar las posturas que tienen los estudiantes de psicología acerca del suicidio en niños.
- Analizar las representaciones sociales sobre el suicidio en niños de los estudiantes de psicología.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS	ITEMS
Datos sociodemográficos Y contextuales	Datos personales	Nombre Género Edad ¿Nos gustaría saber el tipo de población que interviene usted en su sitio de práctica?
Representaciones sociales	Imaginarios	¿Qué imaginarios tienen acerca del suicidio? ¿Al escuchar la palabra “suicidio en niños”, que es lo primero que llega a su mente?

	Opiniones	<p>¿Por qué creen ustedes que, en Colombia, se presenta suicidio en niños?</p> <p>¿Qué contextos consideran ustedes que generan una conducta suicida en un niño?</p>
Suicidio en niños	Factores protectores	<p>¿Qué factores o características creen ustedes que pueden evitar que un niño se suicide?</p> <p>¿Qué recursos psicológicos podría prevenir un intento o ideación suicida en un niño?</p>

	<p>Factores de riesgo</p>	<p>¿Qué contextos consideran ustedes, que al verse afectados pueden llegar a generar que un niño se suicide?</p> <p>¿Por qué un contexto vulnerable puede ser o no, un factor precipitante para que se presente el suicidio en niños?</p> <p>¿Cómo creen que influye el acoso escolar en el suicidio de un niño?</p>
	<p>Patologías</p>	<p>¿Qué psicopatologías creen ustedes que pueden llegar a presentarse en un niño con intento suicida?</p> <p>¿Es necesario que se presente una patología en un niño para que este intente suicidarse? ¿Por qué?</p>
	<p>Experiencias</p>	<p>¿Ha tenido alguna experiencia con relación al suicidio en su práctica profesional?</p> <p>¿Qué harían ustedes si llega a su consultorio un niño con ideación suicida?</p> <p>¿Qué conocen del protocolo de atención de intentos suicidas?</p> <p>¿Qué podemos aportar como psicólogos a una temática como el suicidio infantil?</p>

<p>Representaciones sociales del suicidio</p>	<p>Muerte</p>	<p>¿Qué creen ustedes que un niño piensa con relación a la muerte?</p> <p>¿Cómo se le explica a un niño que es la muerte?</p> <p>¿Qué piensan ustedes acerca del siguiente caso?</p> <p>Un niño en condición de enfermedad crónica pregunta a un profesional en psicología ¿Qué es la muerte? El profesional le responde: “morirse es como ir a dormir y jamás despertar”. Después de este encuentro, el niño comienza a presentar dificultad para ir a dormir, ya que piensa, que si cierra sus ojos jamás volverá a despertar.</p> <p>¿Cree usted que se ha transformado su concepción acerca de la muerte después de estudiar psicología?</p>
	<p>Ideologías</p>	<p>¿Ustedes creen que a lo largo de la historia, la connotación sobre el suicidio ha cambiado de una manera positiva o negativa? ¿Por qué?</p> <p>¿Cuáles creen ustedes que son las ideologías más influyentes de un fenómeno como el suicidio?</p> <p>¿Consideran ustedes que en Colombia, las ideologías son un factor determinante para que un niño intente suicidarse?</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los estudiantes de noveno semestre: **Carlos Andrés Insandara Ruano, Daniela Valderrama Cañón, y Wilson Fernando Monroy Londoño.** De la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium. La meta de este estudio es conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas en un grupo focal. Esto tomará aproximadamente de 45 minutos a 1 hora de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado, claramente con fines académicos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los audios con las grabaciones se borrarán por completo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, podrá retirarse en el momento que lo desee, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona. También si alguna de las preguntas durante el grupo focal le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____

He sido informado(a) que la meta de este estudio es. _____

Me han indicado también que tendré que responder una serie de preguntas en un grupo focal, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.

Nombre del Participante.

Firma del Participante.

Fecha.

CONSENTIMIENTO DEL SUJETO Q.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los estudiantes de decimo semestre: **Carlos Andrés Insandara Ruano, Daniela Valderrama Cañón, y Wilson Fernando Monroy Londoño**. De la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium. La meta de este estudio es conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños entre 7 a 11 años de edad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas en un grupo focal. Esto tomará aproximadamente de 45 minutos a 1 hora de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado, claramente con fines académicos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los audios con las grabaciones se borrarán por completo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, podrá retirarse en el momento que lo desee, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona. También si alguna de las preguntas durante el grupo focal le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Wilson Monroy, Carlos Insandara y Daniela Valderrama.

He sido informado(a) que la meta de este estudio es. Sobre las representaciones sociales del suicidio en niños

Me han indicado también que tendré que responder una serie de preguntas en un grupo focal, lo cual tomará aproximadamente 90 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.

Daniela Romero

[Firma]

29/02/20

Nombre del Participante.

Firma del Participante.

Fecha.

CONSENTIMIENTO DEL SUJETO GI.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los estudiantes de decimo semestre: **Carlos Andrés Insandara Ruano, Daniela Valderrama Cañón, y Wilson Fernando Monroy Londoño.** De la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium. La meta de este estudio es conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños entre 7 a 11 años de edad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas en un grupo focal. Esto tomará aproximadamente de 45 minutos a 1 hora de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado, claramente con fines académicos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los audios con las grabaciones se borrarán por completo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, podrá retirarse en el momento que lo desee, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona. También si alguna de las preguntas durante el grupo focal le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Wilson Monroy, Carlos Insandara y Daniela Valderrama.

He sido informado(a) que la meta de este estudio es Saber las representaciones sociales en Suicidio en niños.

Me han indicado también que tendré que responder una serie de preguntas en un grupo focal, lo cual tomará aproximadamente 100 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.

Gloria Gutierrez H.

Nombre del Participante.

Gloria Gutierrez H.

Firma del Participante.

24/02/20

Fecha.

CONSENTIMIENTO DEL SUJETO J.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los estudiantes de decimo semestre: **Carlos Andrés Insandara Ruano, Daniela Valderrama Cañón, y Wilson Fernando Monroy Londoño.** De la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium. La meta de este estudio es conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños entre 7 a 11 años de edad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas en un grupo focal. Esto tomará aproximadamente de 45 minutos a 1 hora de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado, claramente con fines académicos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los audios con las grabaciones se borrarán por completo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, podrá retirarse en el momento que lo desee, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona. También si alguna de las preguntas durante el grupo focal le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Wilson Monroy Carlos Insandara y Daniela Valderrama

He sido informado(a) que la meta de este estudio es. Sobre las representaciones sociales del suicidio en niños.

Me han indicado también que tendré que responder una serie de preguntas en un grupo focal, lo cual tomará aproximadamente 90 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.

Juan Guillermo Betancourt

Nombre del Participante.


Firma del Participante.

29 de febrero de 2020

Fecha.

CONSENTIMIENTO DEL SUJETO GA.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los estudiantes de decimo semestre: **Carlos Andrés Insandara Ruano, Daniela Valderrama Cañón, y Wilson Fernando Monroy Londoño.** De la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium. La meta de este estudio es conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños entre 7 a 11 años de edad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas en un grupo focal. Esto tomará aproximadamente de 45 minutos a 1 hora de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado, claramente con fines académicos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los audios con las grabaciones se borrarán por completo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, podrá retirarse en el momento que lo desee, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona. También si alguna de las preguntas durante el grupo focal le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Wilson Monroy, Carlos Insandara y Daniela Valderrama

He sido informado(a) que la meta de este estudio es Sobre las representaciones sociales del suicidio en niños.

Me han indicado también que tendré que responder una serie de preguntas en un grupo focal, lo cual tomará aproximadamente 90 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.

Gabriela H R

Nombre del Participante.

Gabriela Monroy Ramírez

Firma del Participante.

29/02/20

Fecha.

CONSENTIMIENTO DEL SUJETO A.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los estudiantes de decimo semestre: **Carlos Andrés Insandara Ruano, Daniela Valderrama Cañón, y Wilson Fernando Monroy Londoño.** De la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium. La meta de este estudio es conocer las representaciones sociales de un grupo de estudiantes de psicología de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium sobre el suicidio en niños entre 7 a 11 años de edad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a una serie de preguntas en un grupo focal. Esto tomará aproximadamente de 45 minutos a 1 hora de su tiempo. Lo que conversemos durante esta sesión se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado, claramente con fines académicos.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los audios con las grabaciones se borrarán por completo.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, podrá retirarse en el momento que lo desee, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona. También si alguna de las preguntas durante el grupo focal le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Wilson Monroy, Carlos Insandara y Daniela Valderrama.

He sido informado(a) que la meta de este estudio es Sobre las representaciones sociales del suicidio en niños.

Me han indicado también que tendré que responder una serie de preguntas en un grupo focal, lo cual tomará aproximadamente 90 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar con la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium.

Juan Alexander Dehugny
Nombre del Participante.

Juan Alexander Dehugny
Firma del Participante.

29/02/20
Fecha.

GRUPO FOCAL.

Estas primeras preguntas si las tienen que responder todos.

Datos sociodemográficos.

M1: ¿Cuál es tu nombre, tu edad y cuál es el sitio y la población con la que interviene en su práctica?

J: Mi nombre es Juan Guillermo Betancourt, 31 años, hago practica en la IPS la rivera, eso está contenido en la red de salud del norte. Y el tipo de población la describiría como adultos y adultos mayores en su mayoría, y esta la población de niños en menor medida, en los programas de promoción y prevención que vienen por remisiones.

Q: Mi nombre es Daniela Quintero pineda, 21 años, estoy haciendo las prácticas en el instituto para niños ciegos y sordos, mi población a intervenir son niños de edades de los 8 meses hasta los 10 años, mi población es infantil y algunos padres de familia.

Gi: mi nombre es Giovanna Gutiérrez, estoy en la red de salud del norte, en el hospital Joaquín paz Borrero. Y el tipo de población la describiría como adultos y adultos mayores en su mayoría, y esta la población de niños en menor medida, en los programas de promoción y prevención que vienen por remisiones.

Ga: mi nombre es Gabriela Monroy Ramírez, tengo 23 años, hago prácticas en la fundación anhelo de vida. La población que atendemos allá son niños de 3 a 18 años diagnosticados con cáncer. Y también hacemos intervención con los padres de familia. Pero la población a la que atendemos en mayor medida son niños de 5 años en adelante.

A: Mi nombre es Juan Alejandro rodríguez Gómez, tengo 28 años. Actualmente estoy haciendo práctica en la fundación anhelo de vida. En el área de oncología del hospital universitario del valle. La población que atendemos allá son niños de 3 a 18 años.

Antes de empezar con las preguntas, quiero recordarles que la forma en la que vamos a concebir el término niño en este grupo focal, va a estar en las edades entre los 7 a los 11 años.

Representaciones sociales.

M1: ¿Al escuchar la palabra “suicidio en niños”, que es lo primero que llega a su mente?

Q: ¿qué tanto sucede?

J: separaciones, he tenido oportunidad en las prácticas. De atender dos casos, donde han aparecido en el relato de las personas, de los niños, que cuando se dieron cuenta de que los padres se iban a separar les habían llegado estas ideas, ideas de muerte. Por eso menciono las separaciones.

Gi: a mí se me viene a la cabeza que tanto pasa en la casa, para que un niño a su corta edad deba tomar esta decisión.

Ga: a mí se me viene a la cabeza, la falta de acompañamiento. Digamos que por la población en la que atiendo, la falta de acompañamiento en el momento de los diagnósticos, o en la enfermedad como lo es el cáncer.

A: a mí el acoso escolar, debido a que gran parte del tiempo los niños permanecen en la escuela y muchas veces son víctimas del propio acoso escolar o del bullying, donde también construyen estas ideas. Que de una u otra manera también están permeadas por ese contexto familiar, donde posiblemente hay una red de apoyo muy frágil.

Cabe aclarar que cualquier participante que quiera contra argumentar la idea de sus compañeros o apoyarla, está en todo su derecho.

J: a mí me gustaría mencionar otra cuestión que se me vino a la cabeza pensando en lo de suicidio en niños. Y son como el ejercicio de las libertades a una corta edad. Por ejemplo un ejercicio de las libertades es el libre acceso a las redes sociales, o al internet desde una corta edad cada vez cuando están más pequeños, mas pueden acceder y sabemos que eso es una red social y entonces queda en una libertad de crear redes así sea virtuales, con influenciadores, con youtobers y todo esto. Y tal vez a partir de ahí pueda pensarse que ese libertinaje, ese libre acceso, ese ejercicio de su libertad en ese sentido puede influir también en pensarse un suicidio ¿no?

Ga: yo apoyo lo que dice el sujeto J unido también a la falta de acompañamiento familiar porque si el niño este mucho tiempo solo, pues tiene más libertad de estar en redes sociales, y puede tener mayor influencia de estas personas que muestran una vida que de pronto no es así.

Gi: También apoyando la idea del sujeto J y Ga, Pienso que ahora en la actualidad, se tiende a mover mucho los jóvenes y los niños con las tendencias que allá. Cabe resaltar que últimamente hay una tendencia a incitar a los niños a este tipo de prácticas, por ejemplo el reto de la ballena azul, que incitaba a los niños a que hicieran cutin, o que hicieran una serie de actividades para que se gestara esta idea de suicidio o ya propiamente llegar a la práctica de hacerlo.

M2: Retomando esto de las libertades, ¿a qué edad consideran ustedes pertinente que se den estas libertades en el menor de edad?

Q: Yo digo que, libertad no es como a qué edad se le puede dar libertad, sino más bien déjalo pero tu pendiente, porque pueda que lo que decía el sujeto Ga, si se deja solo, el niño va a tener una libertad no controlada, cuando esta no es controlada pues termina en grupos en los cuales se los incita a cometer actos distintos, tales como el suicidio en masa, no solo el cutin, también se inicia grupos en los cuales influncian esa forma, entonces no es como darle libertad desde que momento, sino darle libertad controlándolo. Por ejemplo en las redes hay mil formas de disminuir o de controlar que están haciendo los niños, inclusive no necesitas estar encima de ellos, al lado o pendiente, sino que tu teléfono se enlaza con eso. Ósea tú puedes ver que está viendo tu hijo, tu hermano, tu sobrino desde tu propio celular. Que aplicaciones descarga, con quien habla, con quien chatea. Entonces no es necesario estar encima sino acompañando y sabiendo que se puede porque hay límites, hay edades hay momentos en los que te puedes enfrentar, porque dejar a un niño de 7 años a que le diga un influencer como decía el sujeto J matémonos. Y uno ni enterado, también esa es la falta de acompañamiento que mencionaba el sujeto Ga, yo pensaba que los padres necesitan estar ahí.

Gi: Pues apoyando la idea del sujeto Q yo también lo pensaría como establecer límites dentro del hogar. Los niños indudablemente necesitan límites dentro del hogar. Sobre lo que pueden y no pueden hacer. Y más aún en las cortas edades porque eso más adelante a uno lo forma y necesita uno desde muy pequeño que alguien lo oriente en que es lo bueno y que es lo malo. Según la crianza y la subjetividad de los padres.

A: es cierto el acompañamiento, creo que la edad, ahora es muy complejo pensarse a qué edad un niño puede tener acceso a las redes sociales o a los medios electrónicos, cuando a donde vaya va a encontrar eso, entonces también es el nivel de acompañamiento que realiza la familia o el cuidador. Y la dificultad en esto es el hecho de que el niño este solo y no tenga digamos aquello con lo que se pueda identificar y encuentre digamos en ese otro del lado de la pantalla, ¡eso! el hecho de que también de una u otra manera quiera tomar un lugar a través de él. Otros los influenciadores que a través de prácticas que les pueden costar incluso su vida. Porque muchos niños no comprenden en cierta medida que es la muerte. Y me he dado cuenta de esto porque cuando un niño en el caso de mis prácticas, cuando se les habla de cáncer, su representación de muerte es total y completamente diferente a la de un adulto, para ellos no es muerte sino que es, ¿qué puede pasar? Es una incertidumbre, en cierta medida los niños no pueden medir esto, porque no han tenido acceso a estas experiencias, entonces van a estar vulnerables respecto a todo este tipo de prácticas que los pueden llevar a cometer suicidio.

J: A mí me parece que ese tema que ustedes están tocando es bastante complejo, y yo tengo una visión muy trágica al respecto, porque cuando yo les digo del ejercicio de las libertades eso también va anudado a que se ha extendido

a los niños, pero digamos de que en un punto específico de la historia empezó por los adultos donde empieza a primar las libertades individuales sobre unas reglas sociales, que hacían y no me puedo incluir ahí porque eso sucedió antes de que yo naciera. Que hacía que las sociedades estuvieran más entrelazadas entre ellas. Empieza un ejercicio de las libertades individuales a primar sobre las libertades sociales, sobre las regulaciones sociales, entonces digo yo que es trágico en este momento porque se ha extendido a los niños y es decir, los niños están accediendo a tener una libertad individual por encima de lo que ellos mencionan, que es el acompañamiento de padres, familiares y demás. ¿Por qué? Porque los adultos están colocando a primar su libertad individual, y eso se ve reflejado en la indiferencia de muchos padres con relación a la educación de sus hijos, prima el ejercicio del trabajo para el progreso, prima mi propia libertad individual, vemos a madres y padres pegadas también de sus redes. Del ejercicio de su libertad individual, en detrimento de una relación que se pueda formar con otro que en este caso pueda ser el hijo, entonces mi visión al respecto es bastante trágica, pensarse de que debería haber un acompañamiento como ocurría antaño, que había padres que se hacían cargo de sus hijos, hoy lo que vemos es que los padres no se hacen cargo de sus hijos, miran haber quien se puede hacer cargo de él. Ya sea la escuela un cuidador y demás. Sin embargo parece que esos lazos que antes contraíamos en una comunicación, se están perdiendo por esos otros tipos y por el ejercicio de las libertades individuales, ahora los chicos están accediendo a ese tipo de libertades, que uno pensaría, yo en lo personal es que ese ejercicio debería ocurrir después de los 18 años como se tiene estipulado jurídicamente o legalmente, usted puede hacer su ejercicio de libertad después de que sea mayor de edad en un país. Además están accediendo cada vez, todo tipo de personas a esos ejercicios individuales, eso es lo que prima socialmente, que por eso digo que es muy interesante lo que ustedes hacen y están haciendo porque es una realidad social, es algo que está ocurriendo, no que va a ocurrir, o que ha ocurrido sino que está pasando ahora. Entonces toca un doble esfuerzo porque toca es mirar cómo fue antes, como está pasando ahora y esto a donde puede llegar y así en cierta medida que se puede hacer para que, corregir el camino no creo, porque este ya está trazado, y todos nos estamos conduciendo por ahí, pero es pensar en eso. La base de las libertades individuales, categoría representaciones individuales

Q: En las redes desde Google te permite acceso a todo tipo de red desde los 12 años, a partir de esa edad el internet es tuyo, Facebook desde los 14 años, te deja acceder sin restricción alguna, no tienes que ser necesariamente mayor de edad.

J: Por eso lo que yo digo es que ahí están primando las libertades individuales por encima de los consensos sociales a los cuales se llegan. Digamos un consenso social es que a partir de los 12 años pueden acceder, pero no prima la libertad individual y de hecho hay padres que sus hijos de 7 años les piden un celular de niño dios y se los compran. Y no filtran ni hacen lo que se pueda hacer

del control parental. Está primando la libertad del chico que quiere su celular para ver que hace con él.

Opiniones.

M1: ¿Por qué creen ustedes que en Colombia se presenta suicidio en niños?

¿Qué contextos consideran ustedes que generan una conducta suicida en un niño? Casi que plantean que Colombia es un contexto que genera una conducta suicida respuesta de sujeto Q.

Q: Ahí es donde yo decía, que tanto pasa, porque que tan común es ver a un niño construir una ideología realmente de la muerte entre los 7 a 11 años, cuando se está suicidando, conscientemente de lo que va a pasar.

Ga: Yo pienso que también, estoy de acuerdo con lo que mencionaba el sujeto J con lo de que los padres están primando sus libertades individuales por encima de sus hijos. Entonces al primar su libertad, entonces esta la mamá que de pronto quiere irse de la casa, porque quiere estudiar, hacer sus cosas y deja al niño la gran mayoría del tiempo solo. Entonces no se da cuenta que le está pasando en la escuela, no se da cuenta que le está pasando por fuera y esa soledad de ese niño lleva a que este tenga más acceso a otras cosas y pueda llegar a la idea de suicidio.

Gi: El sistema colombiano no permite que la mamá o el papá o estos agentes cuidadores, se quede en el lapso de 5 o 10 años cuidando al niño, sino que las licencias de maternidad a los 4 meses terminan, entonces como tenemos este sistema la mamá indudablemente debe salir a trabajar y ejercer sus labores, entonces los niños se están quedando solos en las casas y pueden lo que ya comentábamos, ejercer su propia libertad, entonces no hay reglas, no hay autorregulación de estos aparatos electrónicos, entonces él puede tomar sus propias decisiones y hacer lo que desee. Responde la pregunta 7 deja a Colombia como un contexto que genera conductas suicidas.

Q: Yo indudablemente pienso que más allá de eso tenemos que entender que hay un contexto violento en este país, nosotros vivimos marcados por la violencia, desde hace más de medio siglo y ese acto de violencia desde el cual puedes ver a papa o mama pegándose, cogiendo al niño y tirando uno de un lado y otro del otro. En donde también se presenta que tal vez desde la casa puede escuchar disparos, puede escuchar gritos, puede escuchar como roban a alguien, como en una red social puede ver como matan a alguien. Llega a ser un punto en el que nosotros somos una sociedad violenta de por sí, y permite esto crear algo en el niño desde la violencia o desde la autoflagelación que puede llevar a este suicidio, y repito no sé qué tanto llega a ser posible que suceda desde la ideología real del suicidio sabiendo que un niño de 7 años sepa que va ser el suicidio. ¿Qué es el

constructo? ¿Qué es el significado? O que es el concepto en sí, porque finalmente somos tan violentos que un poco más un poco menos no hace la diferencia, no se siente, entonces siento que no es solo la casa, solo las redes, también somos sociedad violenta y los seres humanos como en algún momento hablábamos por naturaleza son violentos. Responde a la pregunta 8.

J: Yo no sé Colombia en comparación a otros países como este en índices de suicidio, si está por encima igual o por debajo, no sé pero siguiendo mi idea respecto a este tema podría pensar que está por debajo de índices y está creciendo, en relación a otros países, si así está la cosa, considero que en Colombia está cayendo a lo que llamamos la institucionalidad, la institución de la familia, la institución del estado, la institución como concepto. Al caerse la institución no hay persona dentro de una sociedad que pueda soportarse de algo para llevar su vida. Ahora el sujeto A mencionaba que los chicos tienen una concepción de muerte distinta a la de los adultos y pienso yo que son la sociedad, la institución social, quien provee de símbolos a eso que no sabemos, porque que nosotros digamos ahorita que tenemos una idea definida de muerte, es a través de lo que se nos ha inculcado entorno a ese concepto que nadie sabe nada, sino que se ha llenado de una serie de simbolismos, los chicos apenas están entrando en esto de la socialización. Y ahí es donde es necesario la institucionalidad de la familia, del estado, los distintos tipos de cuidadores que puedan tener o acompañantes, para poder llenar de símbolos, o transitar en algo o en un padecimiento tan crítico como lo es el cáncer, es llenarle de símbolos eso que los llena de incertidumbre. Porque esta cuestión del suicidio es eso, quedarse en el vacío de algo que no comprendemos y el vacío es en torno a eso que llamamos muerte.

A: Yo creo que otro factor que interviene mucho en esta cuestión del suicidio en Colombia es el sistema educativo, el sistema educativo acá en Colombia sigue siendo el mismo de hace 100 años, el niño se lo concibe como un estudiante a través de estándares y competencias, y se establece en un aula como aquel que llega a sentarse a aprender una serie de contenidos y se está perdiendo en cierta medida todo lo que implica la formación humana. En la comprensión del mundo, en la comprensión del otro, esto es algo bastante complejo y siendo la escuela un lugar en el que pasa muchísimo tiempo no hace nada más que estar a la deriva. Como siempre sobreviviendo, entonces es una guerra de supervivencia en la que el niño no comprende por qué el otro me lastima, o si lo debo lastimar o que debo hacer al respecto. También es que hay muchísimos estudiantes en un aula de clase a nivel institucional los procesos y la activación de rutas son absurdas, no hay el profesional, los docentes no saben cómo llevar rutas, que hacer al respecto, muchas de las cosas se quedan en cuestiones muy personales y al final hay niños que muestran indicadores de suicidio y los docentes por evitar eso que es algo muy dispendioso para ellos, entonces prefieren hacer caso omiso y lo siguen viendo como el estudiante. Es también un poco falta de compromiso del docente y de todas las instituciones.

M2: ¿Cuándo refieres al contexto educativo, hablas solo de la desatención por parte de los profesionales o también puede entrar el bullying dentro de eso?

A: Tanto bullying como desatención de los profesionales, muchos niños no se suicidan por bullying sino que también hay una demanda del niño que debe responder a los estándares y cierta medida eso también genera una gran cantidad de estrés. Cada niño es un mundo total y completamente diferente y la carga académica que un estudiante comprende el otro no la va a comprender de la misma manera, entonces cada niño maneja unos recursos total y completamente diferentes. Y por ejemplo en el caso de lo que es Estados Unidos pasa que el estrés académico es un factor por el cual los niños acceden al suicidio.

M1: ¿Creen ustedes que en su práctica profesional se generan contextos para que se presente una conducta suicida?

Ga: En contexto en el que yo estoy claro está, pues es una enfermedad catastrófica que si no se diagnostica a tiempo lleva a la muerte y todavía no se ha descubierto porque sucede, sino que lo único que se debe es estar atento y llevarlo al médico para que lo diagnostique. Entonces digamos que el diagnóstico del cáncer en la población en la que yo estoy, primero genera un desajuste emocional, porque es la forma en la que él va a reaccionar ante esta enfermedad, se debe tener un acompañamiento adecuado para que el comprenda todo lo que conlleva su enfermedad y aparte de esto la reacción de la familia influye mucho en las conductas del niño, porque si tenemos una madre. Hablo de madre porque en el 99% de los casos son madres las que acompañan todo el proceso, entonces si es una madre que tenga de pronto una reacción tranquila, que le genere tranquilidad al niño puede haber un buen resultado. Pero si es una madre que entra en desesperación el niño obviamente esta con ella todo el tiempo, entonces va a generar ese lazo y lo va a atraer. Y no solamente hablo de los niños que están allí, cuando hay cáncer la mamá o esa persona que cuida tiene que estar entregada a este niño y que pasa si este niño tiene hermanos, entonces en el contexto familiar por fuera de la clínica hay una familia sola que en muchos casos dejan al cuidado de la vecina, porque esta señora tiene que estar 24 horas en un hospital, entonces no solo el niño que esta diagnosticado, sino que toda su familia, todos sus hermanitos entran en un abandono, no intencional, pero esta soledad, el no tener a su mamá. En estos días un niño me decía, es que yo hace tiempo no veo a mi mama, entonces se queda con la vecina y ella no va a tener el mismo cuidado, que el de su madre. Entonces digamos que en mi contexto la enfermedad es una desestructuración familiar que puede propiciar muchos de esos aspectos.

A: Digamos también en esos casos los a largos en aislamiento de los niños con cáncer, es un factor de riesgo el suicidio porque son niños que por sus bajas defensas, deben estar constantemente aislados y tienen que tener ruptura de muchos vínculos como la escuela, el que tenía deporte, también con la familia. Entonces el hecho de tener que aislarse y quedar en una habitación solamente

con un cuidador y no pueden salir, es algo que genera demasiado estrés y en cierta medida muchos niños se les escucha todo este tipo de ideas, como que lo mejor sería entonces morir o ya para también dejar de sufrir, ya no tengo amigos, se me está cayendo el cabello, me veo feo, me veo como un zombi, entonces son pequeñas cositas que uno va viendo que hacen parte del cáncer y estos aislamientos pueden durar de 1 a 2 años, esto genera en cierta medida ideas de suicidio y que son factores de riesgo. 12 responde a factores de riesgo

J: Ahí en el centro de salud que estoy haciendo las practicas, a mí me parece que es muy adecuado como tienen estructurado su ruta de atención para el caso como tal, sin embargo lo que hace falta es abarcar la sociedad porque, está bien llega un paciente y se le hace una evaluación de riesgo psicosocial, se identifica que puede tener ideas, se ha tenido pensamientos, se activa la ruta, se genera atención con el fin de protegerle la vida, pero ¿qué? Son los pacientes que llegan ahí... ¡mm! De la comunidad pero que llegan ahí, pero sabemos que hay muchos casos que están ahí rondando a la cuadra, en el barrio de enseguida y de más. Entonces, como que tener la capacidad las instituciones estos centros de salud por ejemplo donde hago prácticas, de poder abarcar, no se una brigada de salud mental por ejemplo, se hacen brigadas de salud pero de otro eh salud física, pero no se genera por ejemplo eso, que podría ser una posibilidad para abarcar... eh más territorio por así decirlo.

M1: gracias... eh vamos a pasar a otra categoría, que les indicara mi compañero.

M2: vamos a pasar a la categoría de suicidio en niños, entonces vamos a empezar con... esta pregunta que es, ¿Qué factores o características creen ustedes que podrían evitar que un niño se suicide?

Algunos repiten en tono de aclaración ¿Qué factores o características pueden evitar que un niño se suicide?

Gi: ósea debemos... ¿qué características uno debe reconocer para evitar el suicidio?

M2: es decir...

Gi: ¿en niños?...

Q: que características puedes propiciar en un ambiente...

Gi: propiciar o...

Q: pues sería porque...

M2: si... ¿Qué características se pueden generar que evite que un niño se suicide?

M1: o factores, características o factores.

Q: escuela de padres, las pautas de crianza...

J: para mi sería eh vital y en esta eh en este rango de edad que ustedes piensan de... la concepción de la ley y la normatización dentro de un mmm... lo que pasa es que, esta cuestión del suicidio en niños va muy ligado también de manera subjetiva a... a una cuestión que ocurre durante el desarrollo de la niñez y la cuestión de la agresividad, ahorita algo mencionaba Q y es esta capacidad de agredir a otro... agredir perdón o de generar una agresión hasta tal punto que pueda generarme la muerte... si, entonces factor, considero yo una característica, es la implantación ahí de la ley, de una ley firme puede ser de pautas de crianza, eh roles lo suficientemente claros y limitados dentro de su contexto social, la escuela, la casa o con sus amigos.

Gi: bueno para mí todavía sigue siendo muy ligado la idea de que... todo lo que pase con los niños indiferentemente eh está muy ligado a... a las... si a la familia y a las particularidades de las cosas que pasan en la casa, entonces para mi si sería vital para la prevención de eso en niños, educar a los padres y no solo sobre estos temas de crianza de em... pautas de crianza, sino sobre violencia por lo mismo que hablamos ahora, vivimos en un contexto violento y... indiferentemente, muchas de las familias colombianas y lo he experimentado digamos en mi sitio de práctica, han vivido en alguna etapa de su vida violencia intrafamiliar o violencia física o violencia psicológica, entonces también es hacerle consciente a los padres, de que estas dinámicas que se gestan en tu casa, repercuten indudablemente en el tránsito de... de la vida del niño.

M2 ¿sería reforzar las redes de apoyo?

Gi: mm sí, puede ser también una opción.

Q: mmm quizás características es algo unido... que yo pienso, apoyo la teoría de Gi, en cuanto al tema de... que en muchas de las actitudes o... acciones que toma un niño, vienen siendo reflejados de los actos o decisiones que toma la familia... pero también pienso como dice A, y él dice que... el niño pasa mucho tiempo en el colegio, en un colegio por ejemplo en el que... mi sitio de práctica, llegan a las 8 de la mañana y están antecito de las 8 porque a las 8 abren las puertas y entran a desayunar y de ahí para arriba hasta las 4 de la tarde solo tienen contacto con personas de la institución, con profesionales dentro de la institución y quizás en mi institución... no sé, de pronto, en mi concepto, hay demasiados profesionales encima de los niños como para decir que se crean fácilmente ideologías eh pensamientos suicidas, pero em como dice J... no en

todas partes, vos vas a un colegio regular y... si acaso ves a un psicólogo por 300 sentite alabado, porque es muy difícil ver más de uno.

A: 1 por 5 colegios.

El resto del grupo hace exclamaciones de sorpresa y algunos de risa.

Q: en mi colegio pues, eran 80 por grado y era hasta 11, pero había un psicólogo, era un psicólogo para eso, no lo veía en toda la semana pero era un psicólogo. Entonces falta de acompañamiento, se pro... la falta de acompañamiento también propicia actos suicidas, deseos suicidas, estrés escolar, presión familiar, problemas familiares, descensos de notas para una persona que es dedicada a sus estudios un día esta estresado, una semana esta estresado, un mes esta estresado y ¡ o casualidad! Llegaron los boletines y se tiro materias.

Ga: y van y lo cascan (lo dice en bajo tono de voz).

Q: y van y lo cascan y luego dicen... pero como, realmente no es mi culpa tengo cosas y papá y mamá no le prestan atención... y el profesor: tengo 40 chinos que le voy a poner cuidado a otro, no le presta atención, un psicólogo para 5 colegios ¿Quién le presta atención?

Ga: pero ahí tu mencionabas algo que era la red de apoyo y yo pienso que esa debe ser la base fundamenta de esa digamos en un factor protector ¿Por qué? Porque no... con red de apoyo no solamente nos referimos a familia, sino también pues a la escuela, a la vecina a toda la gente que pueda estar alrededor de este niño, que pueda estar pendiente de los índices o de los factores que ella pueda... o si, los índices que pueda presentar de ideas suicidas, incluso no solamente pasa en colegios, también en la clínica, no tienen los profesionales adecuados, hay un psicólogo para toda el área de mato oncología y toda el área de adultos... ósea no es posible que una persona por más que quiera no pueda dar la atención requerida. Entonces digamos que... es eso, yo pienso que algo que puede favorecer al no suicidio es detectarlo a tiempo ¿Cómo se detecta a tiempo? A través de una red de apoyo constante, no necesariamente un profesional, sino una persona que esté al tanto, pues si yo estoy al tanto de un niño y yo lo veo que ha estado triste, que ha estado decaído, que esta diferente a como suele ser, pues indago... si, y si yo no sé porque no soy psicólogo o no tengo conocimientos pues le recomiendo a la familia o uno mismo puede hacer el empalme para que este niño sea atendido y valorado, entonces es estar como un poco más pendiente de esos niños a través de cualquier persona que esté cerca.

Q: ¿pero y como haríamos eso?

Ga: ¿Cómo haríamos qué?

Q: eso.

Ga y Q intentan hablar de forma simultánea pero Q toma la palabra.

Q: porque es que hay vecinos que ven al niño y lo vuelven a ver en 3 meses, porque no están, entonces digamos un vecino no y hay profesionales por ejemplo...

Ga: pero digamos que eso hace parte de la formación humana, si... ósea yo pienso que eso hace parte de la formación humana que tenemos, porque si yo estoy viendo que mis vecinos pelean y pelean y tienen un niño y al niño cada vez lo veo diferente va a generar mi atención, porque tengo calidad humana, yo pienso que es muy difícil que eso se pueda dar en todas partes claro esta porque nos encontramos de todo, pero si es posible sembrar en esas personas. Hay profesionales que son buenos, yo pienso que... yo pienso que, tu no harías caso omiso a un caso de esos si... y también poder nosotros desde nuestra parte humana decirle a nuestra familia, oiga se vemos esto no hagamos caso omiso ¿sí?... ósea no es fácil, pero se puede lograr algo, así sean pequeños grupos, no para todos los niños pero pues algunos podrán tener ese... esa ayuda.

A: creo que otro factor a tener en cuenta es, que bueno, se habla de toda la parte social redes de apoyo, pero hay casos de suicidio donde el niño cuenta con una red social, es decir, una red de apoyo bastante sólida, un núcleo familiar bastante estable y realmente evaluar todas las dimensiones digamos de carácter humano, no hay nada que digamos lo ayude, entonces también es importante digamos revisar la parte física; alguna encefalopatía ahí que o un meduloblastoma ahí que le esté generando alguna afección que no pueda ni controlar el niño y no pueda controlar la familia, entonces es otro factor que se debe tener en cuenta a la hora de hablar de suicidio.

Gi: es lo que dice A y es algo que me he venido replanteando esta semana y es por un caso que eh que llego ahí al hospital y es también de las géstales inconclusas, em avece no nos damos cuenta y tenemos antecedentes de suicidio inimaginables detrás de uno y cuando llego yo, nazco yo, pues cuanto con la fortuna... la desgracia de que yo también seré parte de toda esa cadena que viene atrás. Entonces también desde, desde la clínica poder propiciar esos espacios de que ¡ya! Se cierre el ciclo, se corte la cadena, em porque a veces lo hacemos y como dice A, tenemos todos los recursos disponibles, tenemos una red de apoyo excelente, en el colegio pues también hay una red de apoyo, pero hay otros factores em... que no sé si sea...

Q: biológicos, orgánicos.

Gi: o psicológicos que influyen en que, estas cuestiones se gesten.

M2: bueno y teniendo en cuenta estos factores psicológicos que... nos ligaría a la siguiente pregunta ¿Cuáles son los recursos que pueden tener los niños,

recursos psicológicos, que pueden tener para evitar digamos este tipo de casos?
¿Qué recursos creen que ellos podrían tener?

Hay un corto silencio por parte del grupo.

J: esto yo voy a tratar de anudarlo, porque yo no estoy para nada de acuerdo con lo que menciona Gi, acerca de estas cuestiones de cerrar ciclos y de más. Porque considero de que eso es algo que se ha ofrecido en nuestra época, para tratar de aliviar síntomas que siempre han estado y sin embargo los síntomas siguen estando, en mi caso particular las concepciones de muerte, esta idea del suicidio toda la historia de la gente que se ha suicidado, esto va muy ligado también a la profesión porque bueno, ¿porque ahorita nos interesa? ¿Porque nos preocupamos por el suicidio? Se ha revisado en otras épocas de la historia ¿Por qué tanta gente se suicidaba en proporción a la que había? Y... que se ha ofrecido, para que, hoy día los otros profesionales, ofrezcamos algo para que la gente no se suicide, una de estas cosas que se ofrecen son... técnicas desde la psicología para frenar este tipo de cosas, pero son, son cuestiones como la muerte que son intrínsecas a todas las personas después de que nacen y es que de que nacen, que aparece ese, ese... y está ahí lo que primero aparece cuando nacemos es la cuestión de muerte, en el humanismo me acuerdo que eso lo trabajamos de entrada, es la filosofía existencialista y es que siempre va a haber una falta, lo que pasa es que... lo que pasa es que yo no entiendo porque la solución de la falta y eso es lo que digo que no estoy de acuerdo, no entiendo porque la solución de la falta sea tratar de rellenarla, de llenarla de romper con la cadena de cerrar el ciclo, un ciclo que no se va a cerrar en realidad un ciclo que te va a estar acompañando y que la única forma que uno lo rellena es como, como le mencionaba a, a... pues a A y es esta cuestión de llenarla de símbolos si, se llena, a través de toda nuestra vida la llenamos, la llenamos, sin embargo aparece algo ahí, siempre a estar allí presente y tal vez considero que eso es lo que nos, nos... ¿nos qué? Nos hace pensar en, en como profesionales, de que hay que trabajar sobre eso, sin embargo, yo considero ya desde otra posición, que lo que hay que resaltar, eh sino que yo digo que eso es como un trabajo bastante difícil, es resaltar de que la falta siempre va a estar y que es intrínseca y de que no se va a ir hasta que vos no te vayas con ella sí y que de manera individual puede la persona, no llegar a esa falta sino ser consciente de ella, porque es que lo que se nos ha vendido es que tenemos que llenarla de una u otra manera si, la red social, las redes virtuales son un ejemplo clarísimo de como a toda hora estamos tratando de rellenar una falta que, que no sabemos de a como, ¿Por qué? Porque la institucionalidad ha caído, que era la que nos soportaba esa falta, estábamos soportados en otro, en un padre en una madre, en un colegio en un estado que nos protegía y nos brindaba el camino, ¡vea vaya métase por acá!, ¡haga usted esto!, ¡vaya usted por el medio!, ¡usted va a ser doctor!, ¡usted va a ser doctora!, va a hacer esto, esto, esto a tales edades, ya eso no, en el ejercicio en realidad ¿cuál es?, ¿usted que quiere hacer con su vida? Yo propondría... entonces te ofrecen una gran gama, hoy en día es viajar, hoy en día es obtener cosas

materiales. Entonces esta cuestión de lo de, de lo de cerrar ciclos a mí me parece que eh no... va a ocurrir hasta que eh, porque es que esta ósea siempre y la cuestión es que esto ya hay una cuestión como teórica es eso, esa falta que está ahí, inicial es esa idea de muerte, yo me acuerdo que de entrada empezamos a trabajarlo en humanismo y en duelo también.

A: bien eh, yo estoy totalmente de acuerdo, esa falta de cierta medida moviliza esa angustia de ser y cuando hablamos de suicidio, el suicidio viene a convertirse de cierta manera en recursos, recursos para que eh darle...

J: solución.

A: solución a esa falta y cuando J dice el hecho de ser consciente de esa falta implica movilizar otro tipo de recursos, pero como tal, el suicidio viene a pedir es un recurso para esa falta para esa angustia existencial de la que... pues, por la cual se moviliza el ser humano. Si, digamos uno no la cierra, porque de una u otra manera todo el tiempo nos estamos moviendo en torno a ello y de esa manera es que se va configurando gran parte de lo que es la vida, y en dicha manera que somos conscientes de esa falta pues, se movilizaran recursos para darle una...

J: sentido.

A: si un sentido, pero no... es más como una cuestión de aprender a vivir con ello, entonces en ese orden de ideas digamos el suicidio viene a convertirse en eso, en un recurso para darle un...

Ga: cierre.

A: mm como una conclusión a esa falta, y en teoría sí, es la más eh... es la única que en cierta medida eh...

J: es la única que en realidad soluciona la falta...

A: porque ya...

J: sino que...

A: ya deja de existir...

J: eso a la vez nos aterra.

A: sí.

J: y eso tal vez también eh, eh, eh... en la cuestión de la psicología nos interesa ese tema, si porque es un tema que nos aterra, que no sabemos cómo darle solución y, sin embargo, es la única.

Gi: bueno mm, a pesar de lo que dicen ellos, yo también estoy de acuerdo de que la falta existe y, pues no estoy de acuerdo en que es tratar de rellenarla sino, ¿Qué vamos a hacer para convivir de pronto con esto, con esta falta o ver que se hace? Lo pongo en el caso puntual que mencionaba ahora. Es una chica que viene con antecedentes de que el papá, la mamá y todos sus hermanos han intentado suicidarse, solo uno llego... eh tuvo el intento de suicidio... solo uno llego pues al hecho que es la madre y ella cree que la única solución y el escape para la vida es matarse, entonces yo tengo algún problema entonces me mato, entonces siempre llega con cutin, siempre llega que se tomó el veneno, que si... siempre llega con estas cuestiones y uno revisa cual es la em, razón por la cual ella intenta ahí eh... intenta eso y es por cosas que... nosotros llamaríamos que son simples, no son pues... para mí no es como un problema mayor.

Q: andamiaje (lo dice en bajo tono de voz).

Gi: ¿ah?

Q: andamiaje... si mamá y papá solucionaban todo así.

Gi: ¡eso! Entonces ese el punto.

Q: ella no va a encontrar solución, pero entonces ahí...

Gi: ella cree siempre de que la única solución a sus problemas es matándose, entonces ¿Cuáles son las estrategias? Y yo entiendo de que todavía existe esa falta, ¿Cuáles son las estrategias que yo tengo que propiciar para que ese esquema que ella eh, ha construido alrededor de esto se transforme? Entonces por eso yo digo que, es también la necesidad de cómo, encajar esa realidad, yo hacerle entender de qué... listo hay problemas en la vida, de que seguramente para ella son muy caóticos, pero que esta no es la solución para ella hacerlo, así toda su familia ataras haya intentado esta eh, este recurso para lograr, intentar lograr hacer esto.

Ga: y eso que dice Gi me lleva a mí a responder la pregunta que ustedes hicieron de los recursos psicológicos (lo dice con un tono de risa).

Todo el grupo se ríe.

Ga: que eh... pues yo creo que esta como en fortalecer todas las... los autos si, ¿Por qué? Porque entonces el autoconocimiento, la autoestima, la autoimagen, yo fortalezco todos esos aspectos de mi vida o mi familia me ayuda a crear esas fortalezas, pues yo puedo tener unos recursos más sólidos para decir, pues no me suicido porque debo tener otras soluciones, entonces yo creo que por allí podría ser unos de los recursos psicológicos.

Q: y ahí te pregunto ¿Cómo lo haces si la familia no te ayuda? Caso de ella (señala a Gi).

Ga: Por eso pero...

J: no porque es que... eso es una buena estrategia desde la psicología y es reforzar las defensas yoicas, eso se van a levantar esos diques y... eso va a contener en gran medida ese hueco que, que se ha generado esa falta y que ha reforzado la familia ¿no? Porque...

Q: ¿Cómo?

J: ¿Cómo así como?

Q: ¿Cómo lo haces?...

J, Q, y Ga hablan al mismo tiempo y no se entiende muy bien.

Q: digamos que aquí la familia no sirve, ósea eso no va a funcionar.

J: lo que pasa es que, lo que pasa es que en la discusión que hemos tenido y esto yo lo iba a mencionar ahora porque ustedes tienen otro eje y es que se considera de que, se le da mucha más importancia al contexto social, que al contexto subjetivo o las capacidades que puede tener la otra persona, en ese orden de ideas sería entonces un determinante que todo aquel que es hijo de drogadicto va a ser drogadicto, todo aquel que es hijo de un padre que violenta va a violentar a una mujer cuando sea grande y todo eso. Esas defensas yoicas las puede construir la persona desde su propia subjetividad a través del acompañamiento de un profesional en ese sentido ¿sí?... ¿Cómo? Solamente como el paciente sabe cómo construir esa defensa, porque ni siquiera vos... o ¿vos pretendes introducirle unas? Pues ahí ya miras porque es que, el problema es que, como no ha tenido referentes.

Q: de nada bueno.

J: referentes de eh, de institución de ley y demás, seguramente si vos te tomas este, te pones en esa posición tampoco te vea como un referente, pues no sabe que es un otro, que es una norma, que es una ley, solamente ya será tu pericia de coger de que... ella tiene que estar pegada de algo, así sea de lo más mínimo y a partir de ese mínimo, que signifique otro, así sea un influencer, así sea lo que sea este otro, de ahí te puedes pegar para que empiece a construir el primer dique, la primera defensa y ahí ir construyendo.

A: digamos en esa medida... no es tanto el ¿Cómo? Y... digamos sería un poco muy conductual decir, es que él debe hacer esto de esta manera para que tenga su resultado o no, sino que, pues cada persona... cada persona es un mundo

diferente, digamos en ese proceso de acompaña... de acompañamiento que hace el profesional, es como, vamos en la medida en el que él también lo permita, entonces digamos ¿Qué estrategias? Bueno hay muchas, pero no todas le van a funcionar a él, y cada uno tiene una estrategia de forma diferente.

Gi: si yo...

J: pues yo no sé si eso será de mi o es partiendo del otro.

Gi: de que yo también comparto la idea de A y es que, en el camino mientras uno está en el proceso, pues construye las estrategias con el paciente, porque solo uno entendiendo su realidad sabe que... por donde es que se puede direccionar en lo que posiblemente pueda servir para llegar a eso.

M2: para cerrar ya este... esta parte del suicidio en niños siguen 2 preguntas y las voy a combinar. ¿Qué patologías creen ustedes que podría generar que un niño se suicide o si por el contrario, consideran que sea necesario haya una patología para que se de esta situación?

Gi: pues yo considero que no necesariamente debe haber una patología de base para que se den estas cuestiones, pero si a raíz de estas patologías entran las comorbilidades que hacen que em, lleguen a pensarse estas ideas. Por ejemplo el tema que tocábamos ayer, la esquizofrenia, las comorbilidades es, el suicidio debido a las ideas delirantes y alucinaciones que el paciente puede tener, pero no necesariamente para mi debe haber una patología de base para poder que la persona llegue a pensarse o hacer este hecho. Patología

Ga: pues yo estoy muy de acuerdo con Gi, sí creo que existen patologías que pueden digamos potencializar este tipo de situaciones por ejemplo la depresión, que ahora es algo muy común y es digamos, yo pienso que la depresión viene siendo la, una de las principales causas de suicidio, no lo sé bien, porque no lo he estudiado, pero creo yo pues que puede ser y también la esquizofrenia entre otras. Pero también considero que no es necesariamente una patología lo que lleve a esto, porque como ya lo hemos mencionado en todas las preguntas, esta toda la parte social y emocional del sujeto que también lo puede llevar a ese, a esa decisión.

M2: gracias.

A: creo que eh, propiamente patología es como... como institucionalizar la conducta, creo que es un poquito más allá que propiamente patología, se habla de que existe comorbilidad entre muchas de estas, una es el TDA y muchas personas con TDA se supone en su edad adulta eh, cometen suicidio o intentos suicidas, pero, hay muchas personas que nunca en su vida han tenido TDA y han sido total y completamente sanas y (hace un gesto y sonido indicando muerte), entonces digamos es un poco... un poquito más allá de esto de la patología y digamos mirar

que, bueno ¿Qué es lo que realmente está pasando con la persona? ¿Qué es lo que realmente está sucediendo? Y digamos que cuando ustedes me hablan de patología es algo que a mí todavía no, no me cuadra, pero es una cuestión muy personal pero... si, no, realmente no me cuadra.

M1: recuerden que es patología en los niños ¿no?

Q: (usa la expresión mmm..., mientras asiente con la cabeza). Que es más difícil de diagnosticar...

M1: exacto.

Q: que tiene más características, que es más imposibilitada por algunos manuales, el diagnosticar, eso era lo que yo iba a decir, como, ¿en qué momento se puede decir si, es patológico? Porque como decía Ga y como hemos dicho durante toda esta conversación, eso es más social, tiene muchos componentes sociales que impulsan, muchos componentes comportamentales y de pronto como decía J, internamente uno puede construir, pero hay muchos componentes sociales que vienen y demuelen y llevan.

A: una patología más que todo en la parte física, es mucho más fácil desde una estructura física.

Q: yo lo pensé por ahí pero...

A: pero el ser humano no es una estructura física.

J: yo lo que pienso al respecto es que... y es que Ga mencionaba ¿no? Los casos de suicidio están muy relacionados a estas cuestiones de la depresión y... si tenemos eso en cuenta, yo considero de que los índices de suicidio por el contrario de una patología es por un exceso de bienestar o el falso bienestar, si, un exceso de eso que, que hemos venido hablando ahora, y es del ejercicio de sus propias libertades, de que en el ejercicio de la propia libertad, se... se construya una virtualidad de las, de las... no sé si de los fenómenos de que pueda vivir la propia persona y demás y de un momento a otro eso se cae, y no esta tan sólido como lo que se puede formar entres dos personas, como lo que se puede formar a través de una virtualidad y al caerse eso se cae el mundo ¿sí? Pero ese mundo que te ha construido y que se te aparece es, es un mundo totalmente perfecto ¿sí? Es un mundo totalmente perfecto ¿sí?, entonces cuando digo puede ser ese exceso de bienestar o de falso bienestar ofrecido a todas las personas, ahora a los niños que puede llevar a eso.

M2: gracias...

M1: muchas gracias.

M3: muchísimas gracias. Bueno chicos vamos a pasar a la siguiente categoría que es representaciones sociales del suicidio, empezamos con la pregunta ¿ha tenido alguna experiencia con relación al suicidio en su práctica profesional?

Ga: yo tengo una niña, ella tiene riesgo suicida es una alerta, yo estoy en el hospital universitario y en el centro Imbanaco, la niña es del centro Imbanaco, ella es diagnosticada con leucemia y tiene trasplante medular, cuando hacen los trasplantes los niños pasan entre 1 o 2 años dentro del hospital, o sea sin salir del hospital, entonces esta niña, digamos que a nivel familia hay una desestructuración familiar, ella llega a una problemática con su madre, después de la enfermedad, culpaba a su madre por lo que le sucedía y la hecho por completo, tanto así que tenerla en el hospital a la mamá era más riesgoso porque ella se desesperaba y pues el otro lado esta su papa que vive en estados unidos y su hermana que tiene un hijo y nunca puede estar, entonces ella todo el tiempo está sola, y ella tuvo un intento suicida dentro del centro médico, entonces allá los marcan, me parece muy feo, con unas manillas de colores, entonces la manilla de ella era azul y significaba que tuvo un intento suicida, entonces constantemente era cada 15 o 20 minutos , pasaba un enfermero para mira que ella estuviera bien, y entrar allá era como entrar a una cueva porque ella todo lo tenía cerrado y lo atendía con la cobija aquí, y te miraba a los ojos y ya, entonces cuando yo llego me dicen si quieres puedes trabajar con ella pero a ella no le gusta trabajar con nadie. Entonces como que te predisponen en el mismo centro médico, yo si puede trabajar con ella y logramos establecer metas educativas porque lo que más se busca es poder potencializar la parte educativa pues ella está en un proceso para graduarse pero es una paciente de alto riesgo todavía, entonces, también note que la psicóloga a pesar que los médicos y enfermeros estuvieron al tanto como ir a mirar que no se hubiera hecho nada y se iban, entonces, como no había esa parte humana de sentarte hablar con esta niña a ver qué le pasa que le molesta y yo si pude evidenciar que en su parte social la enfermedad cuando le hacen trasplantes los niños cambian completamente en su físico, entonces le dan algo que allá le llama el síndrome de la ardilla y el lobo, que es lo niños se inflan en los cachetes y parecen ardillitas y quedan llenos de pelo por todo su cuerpo y parecen como lobitos, entonces ella sufría de eso aparte le dio obesidad por los medicamentos entonces y subió mucho de peso, entonces el hecho de que ella se viera en un espejo generaba en ella una inconformidad completa y por eso era que siempre se tapaba porque no quería que nadie la viera, entonces digamos cosa tan pequeñas como poder identificar y trabajarlo con ella porque yo más que ir a trabajar algo educativo, iba ir hablar, ella necesitaba alguien con quien hablar, y muchas veces eso es lo que no les brindan, el centro médico se preocupa porque no se suiciden y porque se curen entonces digamos que esa parte humana se deja a un lado, ahora yo la llamo me habla entonces son cosas tan pequeñas como llamarla y decirle como estas, entonces digamos que ella ahorita está bien, su enfermedad va muy bien pero eso todavía sigue siendo un potencial caso de suicidio

M3: Muchas gracias.

En el transcurso de la conversación se ha mencionado las rutas, la pregunta es ¿en qué consiste las rutas o protocolos de atención de intento suicidas?

Gi: Bueno, dentro de la red de salud del norte, se maneja allá la hospitalización, es que llega la persona con presunto intento suicida y se hace un acompañamiento a todos los profesionales de la salud, trabajo social, psicología y medicina general, se empieza a evaluar los riesgos internamente siempre se debe tener un acompañante, una persona que responda y vele por las necesidades de ese paciente y normalmente la ruta indica que él debe quedar en hospitalización hasta que llegue una ambulancia y lo traslade a psiquiatría, cuando la persona es trasladada a psiquiatría, desde psicología se hace un acompañamiento permanente ya sea telefónico o presencial, tanto con la persona como con el acompañante hasta que se pueda cerrar el caso, allá en el hospital se trabaja así.

J: Sumando a eso pues estando allí en la misma red de salud, en la misma evaluación que se hace se verifica en este caso el niño cuenta con una red de apoyo que se haga cargo, en el caso que no exista porque puede que lo lleve un familiar pero aun así identifique que ese familiar no es una red de apoyo, no represente una red de apoyo para él, toca llamar al ICBF y reportar el caso para que se haga cargo.

Gi: Y legalmente se le asigna un tutor legal que responde y vele por esa persona.

J: Esa es como la ruta y psiquiatría para que lo mediquen.

A: Si, es igual en el hospital universitario del valle la diferencia es que son pacientes oncológicos entonces el psiquiatra va hasta allá, todo se realiza dentro de la unidad mato oncología y el paciente no sale.

M2: Quiero hacer una pregunta como particularizar en el caso de las rutas ¿ustedes conocían o tenían idea de la ruta antes de entrar a la práctica?

Q: Se supone que yo la debería saber, pero yo ni idea, si hoy en día me la preguntas no, por eso me quede callada, ni idea, si mucho acompañamiento, trabajo interdisciplinario, activar psiquiatría y ya. Pero así no.

GA: Si, poquito, parte de que uno si tiene una idea de digamos de que partiendo que ahorita de estudiar psicología, soy docente entonces como que se sabe que había si uno notaba algo notificar al psicólogo y ahí quedaba tu papel, y el psicólogo hacía para allá, y yo no conocía, entonces digamos que, incluso aquí mismo en la carrera nunca te lo dicen, estas son las rutas de atención no te las dicen, entonces se supondría que las deberían aclarar.

A: En la escuela el docente notificaba a psicología y ahí evaluaban, se le comunicaba a un familiar, y si la familia no hay un adulto responsable se le notificaba a ICBF, se le remitía a la clínica más cercana y hasta ahí llegaba el acompañamiento por parte del colegio, ya la ruta en la clínica es totalmente diferente, entonces también vemos las rutas variadas dentro del contexto.

Gi: Yo por mi parte, totalmente la desconocía, y siempre escuché que una abre rutas de atención, pero nunca supe cuál era el paso a paso que yo tenía que hacer.

J: Si había que oprimir un botón (chiste) se escuchan risas de los participantes.

J: Lo que mencionada la sujeto Gi, primero debe haber una evaluación de parte del médico, se define si, si hubo o no intento de suicidio, psicología, trabajo social, empiezan a trabajar a la par, trabajo social activa llamando a otras instituciones.

GA: Hay un número donde uno llama y le dan atención psicológica por teléfono.

Q: 106#

Gi: Pero digamos dentro de la clínica eso es directo, si estas en una IPS, el de una debe llamar a hospitalización, le van a mandar un paciente que presenta esto y estos síntomas, y ya le llega la ambulancia y tienen que llevársela.

Q: Yo sé esas líneas, de hecho en mi instituto eso de las primeras psicoeducaciones que se está haciendo, en cuanto decir a la los niños con discapacidad visual o auditiva a que numero llamar para decir que le está pasando algo, pero yo no sabía que decirle primero porque el componente de ICBF en mi instituto es altísimo, y ahí no tengo que contactar a papá y mamá, tendría que contactar al defensor asignado de ese niño, y ahí no sé cómo se haría porque por ejemplo en el instituto de nosotros hay mil protocolos y llegar a un índice de decir un niño con alerta de suicidio decirle a la profesora ella me va a decir que le diga al coordinador y de ahí decirle al coordinador de ICBF contactarlo al defensor, el defensor llamar aquí, tengo una clínica al lado pero no sé si tenga hospitalización, o sea son también como decían son rutas que cambian de acuerdo al lugar.

M3: Entonces ¿ustedes que harían si a su consultorio llega un niño con intento suicida y aparte que le podría aportar ustedes como psicólogos al tema de suicidio infantil?

Q: Acompañamiento y alertar inmediatamente, como a padres o redes de apoyo y me quedaría a esperar hasta que llegara la ambulancia para llevarlo.

GA: Yo pienso que no se si estaría bien yo primero llamaría a un centro médico para alertar y luego llamaría a los padres, porque no sé si los padres son la razón por la que este niño hizo algo, no sé si así sea yo en mi ignorancia, haría esto y

obviamente me quedaría ahí con el esperándola que otro do el proceso y pienso como profesional seguiría el proceso del niño para saber cómo esta y como ha ido progresando, porque en algún momento el deberá tener, después que pase hospitalización, sus exámenes su ayudas y tener un psicólogo que este ahí, y pues a mí personalmente si me llega un caos así me gustaría estar ahí para poder apoyar a esa persona.

Gi: Yo por mi parte estoy muy de acuerdo con trabajar conjuntamente psiquiatría y después de que el este estabilizado yo ya haría mi parte del trabajo que es reforzar ciertas cosas que en mi medida puedan estar, pero yo si trabajaría conjuntamente con psiquiatría.

J:Lo que se debe hace en ese caso si lega un paciente se evalúa y tiene riesgo de intento suicida hay que de una activar la ruta, posterior eso si va con acompañante concientizar, porque cuando uno hace la evaluación uno es el que se da cuenta como profesional, de que ese intento está ahí latente, de que lo intento y en la evaluación que realizamos, concluimos de que puede volverlo a intentar, pero eso en los familiares puede ser tomado como un evento, ¡se tomó el veneno ese muchacho! (Exclamación), por travieso o por llamar la atención, entonces paralelo en que se activa la ruta se espera que eso llega has psiquiatría o no, porque en algunos casos se hace hospitalización preventiva, es ahí donde se hace ese trabajo y todo, si se considera pertinente hacer su salida se hace, pero eso lo define es el psicólogo, considere que se debe hacer la remisión a psiquiatría que hace, pero paralelo eso trabajar con la red de apoyo, si no la tiene, se debe llamar al ICBF para que sigan dando apoyo.

M3: ¿Creen ustedes que un niño piensa en relación a la muerte y como ustedes le explicarían este concepto a un niño?

Gi: Yo no creo que el niño, que el propiamente sea su deseo matarse, si no por las mismas construcciones, o matarse o como yo me imagino la muerte, de que es acabar totalmente con mi vida, significa para mí, que tiene una representación totalmente diferente de que es la muerte, entonces yo me voy a descasar con los ángeles, no sé, lo que el piense, entonces para mí el suicidio en niños es un tema, como que intento encajar en mi cabeza, porque no sería propiamente un suicidio, porque en tiendo que él no quiere acabar con su vida sino que tiene otras dinámicas en su cabeza u otras representaciones que de pronto lo llevan a hacer ese acto, y como lo explicaría, para mí en estos momentos sería muy complejo explicarle, y sobre todo a un niño que es la muerte y estos temas.

A: Si es cierto, lo que dice el sujeto Gi es bastante complejo pero no es imposible, eh, es una parte del trabajo que uno realiza diagnosticados con cáncer y nosotros como que bueno, aproximemos a este chico a lo que le puede pasar, y hay muchos como por ejemplo, primero se debe tener en cuenta las creencias, , porque de esta manera también es posible concebir la muerte, y a través de lo

que es la literapia, los cuentos los libros son un apoyo con el que el niño puede construir una idea de lo que es la muerte, llegar a tener conciencia de esta, sin haber tenido una experiencia cercana, entonces todo esto es un buen recurso.

Ga: Bueno, yo estoy muy de acuerdo con el sujeto A, y además porque en el mismo contexto hay que hablar de muerte, en el contexto en el que yo estoy es algo que inevitable en muchos pacientes tristemente sucede, no es fácil, pero yo considero que en el centro médico Imbanaco lo vivo más que en HUV, y si lloro mucho, cada vez que pierdo a un niño porque es algo que no te acostumbras, tú no te puedes hacer a la idea de que un niño tan pequeño tuvo que morir de una enfermedad, pero sí creo que la literapia lo que es la lectura de cuentos es fundamental, porque está en la forma en que tú lo atrapas en cómo le lees, en ese vínculo que generas con él, en el que tú puedas entender que es lo que él está entendiendo de la muerte para que tú por ahí mismo puedas direccionarte y entender que es la muerte, existen muchos libros, uno que tengo muy latente es el pato y la muerte, es un pato que acompaña a otro a la muerte y lo deja ser feliz hasta que se lo lleva.

A: El perrito de José.

Ga: Donde muestran como el perrito, si usted lloro con esa historia, risas, como este niño vive la pérdida de su perrito entonces digamos que no solo hablarlo de muerte como tú te mueres si no que existen unas situaciones que puede generar que alguien más muera, o también tener la está de que en la familia de este niños ha tenido pérdidas, familiares que han muerto, y el que piensa en de donde esta ese familiar, que le pasa, como también poder indagar lo que él ha construido desde su familia, entonces obviamente las creencias, porque si un niño es religioso y cree que al morir se va a descansar o a un mundo mejor, entonces no es como negar que eso pueda suceder, si no permitirle, además nadie sabe que pasa después de la muerte, yo creo que es habla de un tema en el que se supone, porque nadie tiene conocimiento exacto.

J: Si pues, Alejandro ha mencionado como pueden representar los niños la muerte y que es distinta a la nuestra, mi pregunta me surge con los cuentos ¿Qué tipo de muerte o que idea de muerte se le empieza a construir a los niños a través de eso, supongo yo que es una idea de muerte adulto, y es decir lo que hemos mencionada, llenarla de una serie de significados y símbolos como nosotros ya la percibimos porque tal vez lo que vemos en ellos es la incertidumbre en la medida que es algo que nadie sabe, y como nadie sabe entonces se llena de otro tipo de cosas, yo ahorita que me pongo, que mencionan la pregunta, entonces ¿nosotros que pensamos cuando hablamos de muerte? A mí lo único que se me vino a la cabeza fue mi hija, es decir, yo no pienso en la muerte, yo no deseo pensar en la muerte por mi hija, si me hago entender, entonces yo relleno algo de lo no sé, de algo que tiene significado para mí, que tiene un gran valor para mí y con eso relleno eso de lo que no sé y por ende me genera incertidumbre, o me puede

llegar a generar incertidumbre, que esta vez por el momento del desarrollo en el que se encuentra un niño que vive esa incertidumbre, entonces, en ese orden de ideas los cuentos son una buena gran elemento, yo me imaginaba con el juego siempre partiendo de lo que el niño sepa o no sepa porque siempre será una visión adulta de lo que es porque en realidad parece ser que los niños viven muchas cosas como en realidad son como una incertidumbre, que nosotros ya no toleramos esto y preferimos en pensar en cosa más.

A: Es cierto de lo que habla el sujeto J, ahorita que me habla a través de esos cuentos llenamos esa cuestión de la muerte a través de signos y símbolos, digamos que el caso de lo que somos los que estamos en el centro Imbanaco, también lo pensamos por la adherencia al tratamiento, entonces digamos en ese orden de ideas ve lo que pasa la muerte todo es tipo de experiencias todo lo que pasa a interno y externo así a groso modo oye mira lo que puede pasar si te expones no usas tapa bocas, no hace la quimios, no tomas el medicamento, entonces es cierto, si esta la incertidumbre entonces carguémosla de signos y símbolos para que construya una idea de lo que puede ser y representa esto, en el caso de niños con tendencias suicidas ya sería más complejo abordarlo.

Q: Yo también me quedo preguntado, como saber si un niño entre 7-11 años está ideando algo suicida, sabiendo lo que es, porque sin libros como uno se sienta a decirle que es la muerte y que es suicidio, porque no es lo mismo o sea componente muerte tiene una carga y suicidio tiene otra, finalidades iguales pero son diferentes, uno como sentarse y decirle a un niño, porque ayer me paso y yo entendí que no es suicidio, él me dijo yo me quiero morir, y lo mire, pero él me dijo, mi abuela murió, yo me quiero morir para ir a verla a ver, hace días no lo veo, entonces, no es un pensamiento suicida, no es pensamiento de muerte, no es una ideación de muerte, solo entiendo que mi abuela se fue y el motivo por el que se fue, porque se murió entonces para ir a verla entonces tengo que ir a verla, porque si no estoy muerto no puedo ir a verla, eso pasaba con su compleja mente, pero como uno le dices que eso es un suicidio, que en realidad, entra en la edad tiene 8 años, pero como le digo, como determino yo entre mi pensamiento si eso es suicidio, es que no lo es, porque para mí no lo es, pero de cierta forma sí, porque está pensando en morir, para poder estar con la abuela, no finalidad, es como si el pensara que la muerte es un transporte, pero no es un suicidio real, tú me preguntas por la muerte, y quizás explicarle la muerte de un familiar o de el mismo, es totalmente diferente a explicarle un complejo concepto de suicidio.

Ga: Hago una pregunta, o más bien una duda, porque pues suicidio esta, en lo que yo sé, en definición es quitarse la vida, sin un componente, no hablamos de que se la va a quitar porque se sentía triste, o porque le estaban haciendo bullying, o porque, no está ese componente, o como tal la palabra no tiene un componente negativo, aunque lo tiene pero porque nuestra concepción social que le hemos dado a la palabra, la connotación, pero suicidio es quitarse la vida, este niño quiere suicidarse, quitarse la vida, lo que pasa es que el motivo de él es

bonito, o sea, él lo está pensando con el hecho de ir a ver a esa persona que quiere, pero al fin al cabo es suicidio, pero lo que pasa es que hemos encasillado la palabra en que si es suicidio es porque algo muy malo le está pasando y no necesariamente creo yo.

J: El sujeto Ga tiene razón cuantas personas no se matan por ir a ver a Dios y lo consideran una misión y llegan a eso, si el loco puede hacer eso, el loco dice yo soy el hijo de dios y me voy a ir a ver con él, lo que pasa es que lo que dice ella es muy correcto, nosotros hemos cargado lo que no sabemos una serie de significados, hemos creado una manera simbólica de lo que no comprendemos realmente y que aparte nos genera tan incertidumbre que nos genera horror y lo regular de la muertes es rellenarlo con vida, prolonguemos la vida por eso la medicina, por eso decirle a niños que están con cáncer tómense los medicamentos como retrasar y omitir esta cosa que no sabemos entonces seguro que si nosotros supiéramos que vamos a volver a nacer no le daría tanto proceso a la muerte, porque nosotros decimos no vamos a volver a nacer, y seguro, de pronto no sé, piense en la reencarnación le tengan otro significado a la vida, pero la que nosotros hemos construido socialmente como dice ella es bastante parcializada, desde una religión, específica y que lo que va a ocurrir es algo, puede ser algo bueno o algo malo, pero algo va a ocurrir entonces por eso en esa medida, es lo que hemos construido y hay que ver alegar la muerte, es por eso que ya nos operamos la cara, para prolongar la vida (risas).

M2: Por lo que decía el sujeto Ga para puntualizar o tal vez ampliar, el concepto de suicidio es quitase la vida independiente de, ese es el concepto, sea por motivos románticos o motivos de peso desgracias en l vida, es más el suicidio tienen tantos campos que inclusive, Durkheim establece que una persona que deja de cuidarse o alimentarse se está suicidando, es un suicidio indirecto porque está dejando de hace actos que protegen su vida, y eso es un suicidio.

M3: La pregunta que nos debemos hacer tiene que ir más allá, y es ¿si ustedes consideran que la universidad nos ha dado las herramientas para tratar o intervenir el suicidio?

“Sujeto Q: yo respondo la pregunta generalizada, No.”

(Gesto de asentamiento con la cabeza por parte de todo el grupo)... (Risas).

“Sujeto Ga: No, ni infantil ni adulta, es que lastimosamente hablamos que el psicólogo es el primero que debe hacer algo, pero realmente aquí nos llenan de contenido, pero de contenido generales de lo que es psicología, de algunas herramientas, pero no de situaciones particulares que se viven constantemente, por ejemplo el suicidio es una, yo veo una materia, no sé si ustedes la llegaron a ver, necesidades especiales es ¡una electiva!, ¿Por qué es una electiva? Si nosotros nos tenemos que enfrentar en algún momento de nuestras vidas a un

niño con necesidades especiales, ¿por qué el suicidio no está? O este tipo de temáticas que son de gran relevancia y no solo en Colombia sino en todas partes del mundo no está dentro del pensum. Entonces, no estamos preparados desde la universidad, nos toca prepararnos desde la práctica y eso es lo que pasa, todo el tiempo en la práctica nos llegó este niño, si soy un buen profesional voy y busco, voy y leo, y soluciono. Pero muchas veces se pasa de alto ese tipo de cosas, porque no conocemos que se debe de hacer, y muchos otros dicen ¡ah no! es que yo no conozco, a mí no me enseñaron, entonces se quedan de manos cruzadas, porque también hay muchos profesionales que se gradúan, que realmente no tiene esa vocación, ser psicólogo es una vocación, cualquier profesión se debe hacer porque realmente te guste y lo ames, entonces muchos llegan un caso y lo dejan ahí. En cambio, uno entra en la parte de darse a la tarea de buscar por otros lados, y yo pienso que no debería, pero igual lo que nos enseñan aquí nunca va a ser suficiente”.

“Sujeto Gi: Y nunca será suficiente.”

“Sujeto Ga: eh igual, lo que nos enseñan aquí nunca será suficiente, pero es una base de algo, y ¿por qué no nos dan bases de este tipo de situaciones?”

“Sujeto Q: Profundizan en unas cosas, que uno sale a trabajar y se pregunta ¿yo para que vi eso?, me hubiese gastado mi tiempo en otras materias.”

M3: por otro lado, ¿consideran ustedes que en Colombia las ideologías son un factor determinante para que un niño se suicide?

Q: si, por ejemplo el suicidio en masa cuando se hace con niños, hubo varios intentos aquí en el valle donde varias personas se reunieron a través de redes y desde su estructura lo hicieron, ideología, iban hacerlo exceptuando que dos lo hicieron mal y se dieron cuenta que los otros 7 lo iban hacer también, entonces que puedo decir yo ahí, yo creo que sí, lo lleva de una forma naciendo nada mas así, desde la ideología de cuando se inmola porque quiere ir a ver a Dios porque lo está haciendo por ala

Ga: Pero digamos que, en niños, está más la influencia social sobre la ideología, porque ellos están en una fase que están adquiriendo esas ideologías, ya a los 7 años la deben tener mucho más claras, pero han sido adquiridas por la estructura social que ellos tienen, entonces digamos que la ideología si ayude o contribuya, pero es la influencia que le ha dado la importancia ese factor alrededor para que suceda.

M3: Ahora, quiero que en forma de reflexión les quiero plantear un caso: un niño en condición de enfermedad crónica pregunta a un profesional en psicología ¿qué es la muerte? El profesional le responde “morirse es como ir a dormir y jamás despertar”. Después de este encuentro, el niño comienza a presentar

dificultad para ir a dormir, ya que piensa que si cierra sus ojos jamás volverá a despertar.

Q: yo pienso que es lo mismo, los papas le explicaron al niño y no le supieron explicar, que era la muerte, y en mi caso que era la muerte de su abuela, que el de hecho pregunta que si puede ir a visitarla, y salió con ese comentario tan folclórico, porque pensó que era un transporte, yo me quiero morir para ir a ver a mi abuela, lo que hizo el psicólogo fue no saber explicar al tal punto, que le dio una explicación bien, metafórica, es muy indirecta abierta, y dispuesta a que el niño en su cotidianidad le tenga miedo

Gi: por eso a mí en ese tipo de situaciones, es que me da miedo enfrentarle a otra persona, más que todo a un niño que es la muerte, porque seguramente porque yo lo veo en un sentido más metafórico, porque un niño en tan corta edad no esta tan estructurado como yo lo tengo, entonces eso es de mucho tacto mucho cuidado, y más que todo yo como profesional tener la responsabilidad de sentir en mis hombros de cualquier cosa que diga o explique pues la tengo que asumir yo, por eso es tan complicado explicar ese tipo de situaciones.

Ga: Pues yo creo que no fue muy metafórico, fue muy realista, o sea hablamos realmente de eso, te dormiste y nunca despertaste, o sea metafórico no fue, o se atenemos que ver el contexto el niño tiene una enfermedad crónica si entonces lo que el trata de darle la tranquilidad de que no le va a doler, pero se va a dormir y no se va a despertar, yo pienso que el hecho fue que no estuvo mal lo que dijo, si no que estuvo mal haberlo dejado ahí, si no que estuvo mal dejar a la interpretación libre del niño de esas palabras, hay que ir un poco más allá que entendió este niño de lo que le acabo de decir, para estructura una idea de muerte de ese niño, partiendo de lo que yo le di, pero que él pueda aclarar su propia idea, pero si lo dejas ahí e niño se va, pienso que a ese profesional le hizo falta ir un poquito más allá, identificar cual fue la construcción que él hizo de la muerte a través de lo que le pregunto, para mí no hizo un mal proceso si no que no profundizo en el procesos.

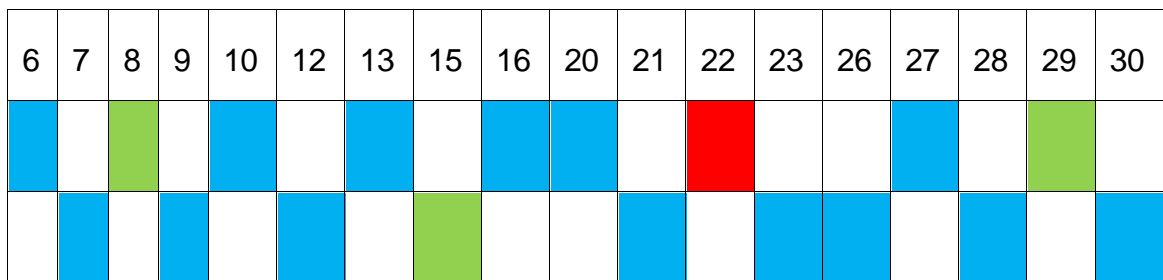
A: Lo difícil ahí fue que primero se debe tener cuenta que la palabra tiene un poder, la cuestión es no decirle que es la muerte si no que el mismo construya su significado de que es la muerte, a través de las herramientas que uno le da, si yo le digo que es la muerte lo estoy sesgando, dándole una información o dando por hecho algo que yo como profesional voy a tener un peso, no fue una práctica muy adecuada.

M2: Bueno, muchas gracias se da concluido el grupo, muchas gracias por su participación, su asistencia.

CRONOGRAMA.

Actividades	Signo o Color
Trabajo Individual Proyecto	
Trabajo Colectivo Proyecto	
Recolección de información (grupo focal)	
Análisis de resultados	
Correcciones	
Conclusiones	
Última entrega	

AGOSTO 2019



SEPTIEMBRE 2019

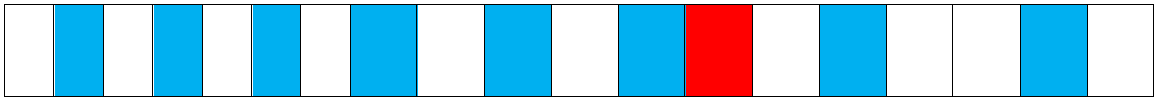
2	3	4	5	6	9	11	12	13	17	18	19	20	21	25	26	27	28

OCTUBRE 2019

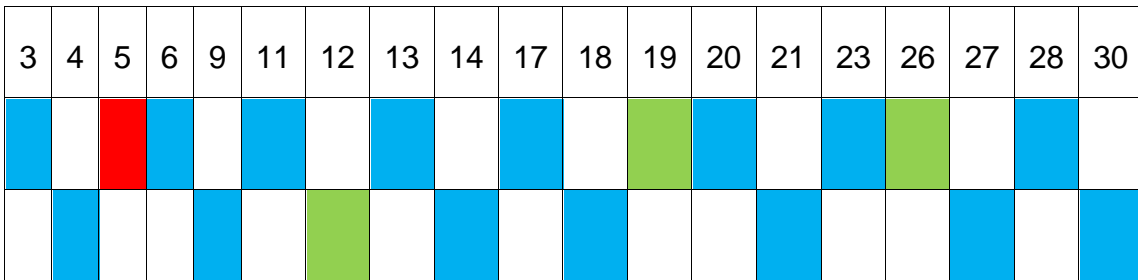
2	3	4	8	9	10	11	12	16	17	18	19	23	24	25	26	29	31

NOVIEMBRE 2019

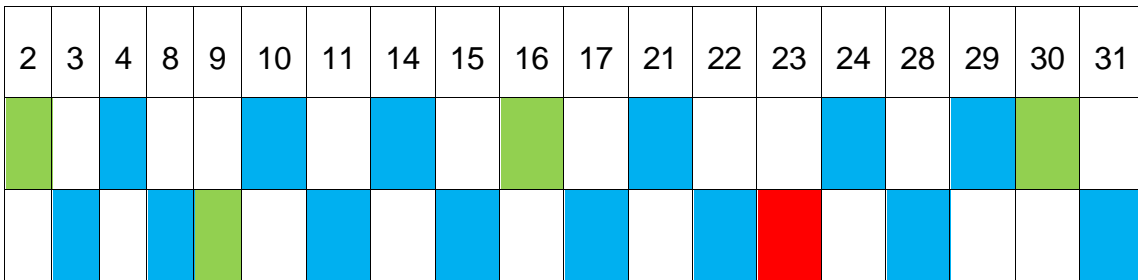
1	4	5	6	7	8	9	13	14	15	19	20	21	22	25	27	28	29	30



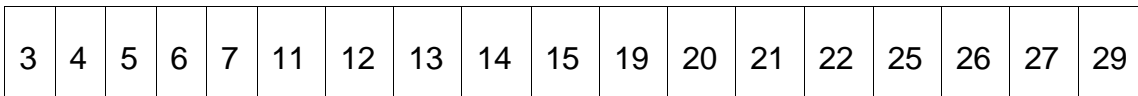
DICIEMBRE 2019



ENERO 2020



FEBRERO 2020



Blue	White	Blue	Green	White	Blue	White	White	Blue	White	Blue	Green	White	Blue	White	Blue	White	White	Smiley
White	Blue	White	White	Blue	White	Blue	Green	White	Blue	White	White	Blue	White	Blue	White	White	Red	White

MARZO 2020

2	3	6	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30
Red	Blue	Purple	Blue	Purple	Green	Blue	Purple	Blue	Purple	Red	Blue	Purple	Blue	Purple	Green	Purple	Blue	Purple	Blue	Purple
White	Purple	Blue	Purple	Blue	Purple	Purple	Blue	Purple	Blue	White	Purple	Blue	Purple	Blue	Purple	Blue	Purple	Blue	Purple	Green

ABRIL 2020

13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Green	Red	Red	White	Blue	Red	Red	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Blue	Green	Purple	White
Red	White	Blue	Green	Red	Green	Blue	Green	White	Red	Red	Red	Blue	Red	White	Purple	White