

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ**  
**ESPECIALIZACIÓN EN INTERVENCIONES PSICOSOCIALES**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LAS PERSONAS CON  
INTENTO DE SUICIDIO Y SUS FAMILIAS**

**Preparada Por**

**Adriana Del Socorro Montoya Carmona**

**Gloria Patricia Gallo Cuartas**

**María Gladys Acosta García**

**Medellín, Colombia**

**2009**

## TABLA DE CONTENIDO

PLATAFORMA ESTRATÉGICA .....	4
Misión.....	4
Visión .....	5
Objetivos corporativos .....	6
MARCO CONTEXTUAL.....	8
Caracterización comuna uno y dos .....	8
Dimensión físico espacial.....	10
Caracterización de las familias participantes .....	13
Actores que se beneficiaran de la propuesta.....	14
MARCO NORMATIVO.....	15
REFERENTES TEÓRICOS.....	17
<i>El suicidio egoísta</i> .....	18
<i>El suicidio altruista</i> .....	19
<i>El suicidio anómico</i> .....	19
Concepción de persona .....	20
Concepción del sujeto .....	22
Concepto de vínculo .....	22
Grupo Operativo.....	23
ANTECEDENTES .....	25
<i>Qué es la Familia</i> .....	27
Como institución social.....	27
Como grupo .....	27
Como construcción cultural .....	27
Como conjunto de relaciones emocionales.....	28
TEORÍA SISTÉMICA .....	29
PROBLEMA .....	30
Comportamiento suicida no mortal y pensamientos suicidas .....	32
Qué es un comportamiento suicida .....	32
JUSTIFICACIÓN .....	34
OBJETIVOS.....	35
General .....	35
Específicos.....	35
Productos .....	36
ENFOQUE METODOLÓGICO.....	37
Estrategias de afrontamiento para las familias y personas con intento de suicidio .....	37
Productos .....	38
Construcción ruta de atención.....	38
Red de apoyo.....	39
PLAN OPERATIVO.....	41
Actividades preliminares .....	41
Actividad número uno.....	41
Actividad número dos.....	42
Actividades para la estrategia número uno con personas con intento de suicidio .....	42
Actividad número tres.....	42
Actividad número cuatro .....	43
Actividad número cinco .....	43

Actividad número seis .....	44
Actividad número siete .....	44
Actividades para la estrategia número dos familias con personas con intento de suicidio .....	45
Actividad número tres .....	45
Actividad número cuatro .....	46
Actividad número cinco .....	46
Actividad número seis .....	47
Actividad número siete .....	47
Actividad número ocho .....	48
Actividad número nueve .....	48
Actividades para la estrategia número tres con las familias con personas con intento de suicidio ....	49
Actividad número diez: Grupo de Apoyo .....	49
Actividad número once .....	49
Actividad número doce .....	50
Actividades para la estrategia número cuatro con las personas con intento de suicidio .....	50
Actividad número trece .....	50
Actividad número catorce .....	51
Actividad número quince .....	51
Actividad número diez y seis .....	52
Actividad número diez y siete .....	52
BIBLIOGRAFÍA .....	57
VÍNCULOS .....	59
REFERENCIAS .....	61

## PLATAFORMA ESTRATÉGICA

La Unidad Hospitalaria de Santa Cruz (Víctor Cárdenas Jaramillo), hace parte de la Red Hospitalaria de Metrosalud, Empresa Social del Estado del Municipio de Medellín.

Metrosalud es una Red Pública Hospitalaria del Municipio de Medellín de primero y segundo nivel, conformada por 52 puntos de atención para la prestación de servicios de salud a la población más vulnerable de la ciudad, que son aproximadamente 1'200.000 personas.

Nuestra empresa cuenta con más de 1.600 Servidores Públicos, altamente calificados en diversas disciplinas, lo que nos permite atender a nuestros usuarios con calidad y eficiencia.

### Misión

Somos una Empresa Social del Estado del Municipio de Medellín, contribuimos al mejoramiento equitativo de la calidad de vida de la población, con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, mediante una sólida red de servicios de salud fundamentada en la ética, la calidez humana, el servicio oportuno, la participación, la tecnología apropiada y la coordinación con entidades públicas y privadas.

## Visión

Para el año 2010 seremos empresa líder en la prestación de servicios integrales de salud en el primer nivel de atención, consolidaremos los servicios en el segundo nivel y tendremos la mejor red hospitalaria de Colombia.

Aunque la ESE Metrosalud nació el 23 de junio de 1994, sus raíces se remontan a lustros anteriores, cuando en la ciudad existían otras entidades que poco a poco se fueron transformando en lo que hoy es.

Corría la década de los cuarenta y Medellín era una pequeña ciudad que apenas se asomaba al vertiginoso siglo XX. Los dirigentes de la época crearon un ente rector de la salud para la ciudad: la Secretaría de Higiene y Asistencia Social que luego se llamaría Secretaría de Educación, Salud y Bienestar Social. Fueron los primeros pasos en busca de un sistema de salud adecuado para la cada vez más creciente población de Medellín.

Hubo distintos nombres y cambios estructurales de la entidad, acordes a las exigencias de cada momento, pero a partir de la ley 100 de 1993, que reformó el Sistema de Salud Colombiano, Metrosalud comenzó su total transformación. Con el Decreto 752 de 1994, la institución se adaptó a las nuevas disposiciones legales, conservándose como una entidad descentralizada, de carácter municipal, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, bajo la tutela de una Junta Directiva y un Gerente.

En el año 1995, la ESE abandona las funciones de vigilancia y control, las cuales le fueron entregadas a la recién creada Dirección Local, ó Secretaría de Seguridad Social en Salud (Secretaría de Salud como hoy la conocemos). A partir de entonces,

el objetivo misional de Metrosalud se enfocó a convertirse en una institución Prestadora de Servicios de Salud para la atención de la población más vulnerable de la ciudad.

Posteriormente, en el año 1998, la Administración Municipal empezó un estudio con la firma Teckné para determinar la viabilidad de Metrosalud y surgió la posibilidad de escindir la institución en varias Empresas Sociales del Estado. Después de meses de candentes debates, se determinó que Metrosalud debía permanecer como una sola entidad basada en el concepto de Red Hospitalaria.

En 2006 y con el propósito de ajustar a Metrosalud a las nuevas realidades económicas y sociales, la ESE comenzó un completo Plan de Modernización que incluyó proyectos de gran trascendencia como el fortalecimiento de las actividades de Promoción y Prevención en el ambiente intra y extramural, la Historia Clínica Automatizada, el ajuste a la planta de cargos, reconstrucción de varios puntos de atención, renovación del parque automotor, inversión en el confort de los usuarios, y saneamiento contable, con excelentes resultados.

#### Objetivos corporativos

1. Producir servicios de salud integrales, eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.

2. Prestar los servicios de salud que la población requiera y que la Empresa Social del Estado METROSALUD, de acuerdo a su desarrollo y recursos disponibles, pueda ofrecer.
3. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado METROSALUD.
4. Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.
5. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.
6. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la Ley y los Reglamentos. (Metrosalud. Objetivos corporativos. Recuperado el 18 de noviembre de 2009.  
<http://www.metrosalud.gov.co/index.php>)

## MARCO CONTEXTUAL

### Caracterización comuna uno y dos

La Unidad Hospitalaria de Santa Cruz ubicada en la Comuna 2, atiende la población de las comunas uno y dos, estas dos comunas según la encuesta de calidad de vida (ECV) y el diagnóstico integral de ciudad para la equidad (DICE) del año 2005, evidencia, la inequidad con que hoy se vive en Medellín, especialmente en estas comunas densas en población, y que históricamente han sido receptoras de los diversos desplazamientos que se han dado en Antioquia y el resto del país, estas dos comunas están caracterizadas por tener el mayor volumen de población dentro del rango de 15 a 44, pues el 70 % del total de población de estas dos comunas.

El DICE concluye que la situación de la Comuna 1 “Popular” en la dimensión sociocultural es muy crítica, pues hace parte de las franjas de mayor pobreza de la ciudad, donde sistemáticamente se violan los derechos humanos y socioculturales, con pocas posibilidades de cambio.

Por su parte, en el 2005 según el SISBEN (*El Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales*) registra los siguientes datos sobre la Comuna y las personas encuestadas y clasificadas según nivel socioeconómico en abril de ese año. Para este sistema de focalización en la Comuna se registraron 127.381 habitantes. Por niveles, éste número de personas quedó clasificado de la siguiente manera: nivel 1: 20.630 personas; nivel 2: 70.154; nivel 3: 29.488

habitantes; 6.564 sumaron en el nivel 4; en el nivel 5 fueron 542 y en el nivel 6 sólo 3 personas.

De los 129.807 habitantes, es decir del total de la Comuna Uno, actualmente estudian 34.656, mientras 95.150 no lo hace. De los que estudian, se encuentran 2.663 en preescolar; 17.103 en primaria; 13.384 en secundaria; 501 estudia un nivel técnico y 292 en tecnológico; en la universidad se cuentan sólo 687 y 27 actualmente estudian un postgrado; éstos últimos 27, todos del estrato 2.

En el tópico de afiliación a la seguridad social la ECV describe así la Comuna: de los 129.807 habitantes, no están afiliados a sistema alguno, o sea ni al contributivo, ni al subsidiado, un total de 11.710 habitantes. Afiliados al SISBEN, es decir al subsidiado, suman 74.478 personas, mientras que afiliados a la Entidad promotora de Salud (EPS) suman 26.649 y a las Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) 239. Aparecen en otros sistemas 16.518 y 212 habitantes no saben si están o no afiliados a sistema de seguridad social alguno. En el campo de las pensiones, en la Comuna 1 están afiliados 11.439 y del lado de los no afiliados a pensiones son 117.213 personas. Sin información aparecen 1.155. La afiliación al sistema de riesgos profesionales es similar: 6.795 gozan de la afiliación (14.9%) y 121.850 no, los cuales representan el 81.8%.

La salud ha sido considerada una de las prioridades en la Comuna Uno, sobre éste tópico, la ECV arroja los siguientes datos: para esta encuesta resulta interesante examinar el número de consultas por diversos motivos; uno de ellos es la consulta por embarazo, aspecto en el cual se reportaron 2.000 consultas en el periodo 2004 – 2005; debido a infección respiratoria se presentaron 5.595 consultas; por otra enfermedad hubo 31.362 consultas. En el caso de urgencias, la ECV dice que 1.370

personas han consultado por infección respiratoria aguda, 1.026 consultas por embarazo; por caídas o accidentes sumaron 1.819; por armas de fuego alcanza la cifra de 53 consultas, mientras que por arma blanca suman 133; accidentes de tránsito sumaron 289. Y para terminar esta parte del sector salud, se reportaron 1.819 consultas por envenenamiento.

Finalmente, la ECV consultó la población con esta pregunta ¿está satisfecho con su vida al día de hoy?. En la Comuna Uno Popular encontró las siguientes respuestas: positivamente respondieron 69.225 personas. Pero 6.663 dijeron no, 16.796 no sabe si está satisfecho y sin información aparecen 5.810.

#### Dimensión físico espacial

Según el Decreto No. 997 de Septiembre 13 de 1993, los límites de la Comuna 1 son los siguientes:

1. Por el norte: Partiendo desde el cruce de la carrera 46 con la calle 124 y continuando por ésta en curva al sur oriente hasta la carrera 42EE, por ésta al norte hasta su empalme con la calle 126, al oriente hasta encontrar la vía que del barrio Santa Rita en el Municipio de Bello conduce a la Cantera Sodeca continuando por ésta vía hacia el norte hasta su encuentro con la quebrada La Seca por ésta aguas arriba hacia el oriente hasta su cruce con la cota 2.100 que marca el perímetro urbano en este sector.
2. Por el oriente: siguiendo por la línea del perímetro urbano o cota 2.100 hacia el sur hasta su cruce con la quebrada El Zancudo.

3. Por el sur: desde este punto se continúa hacia el occidente por el cauce de la quebrada El Zancudo aguas abajo hasta su desembocadura en la quebrada La Rosa.

4. Por el occidente: tomando el cauce de la quebrada La Rosa aguas arriba hacia el nororiente hasta la carrera 42C, por ésta al norte hasta la calle 103, por ésta al occidente hasta la carrera 43<sup>a</sup>, por ésta al norte y luego al nororiente hasta su empalme con la calle 106, por ésta al oriente hasta la carrera 43, por ésta al nororiente hasta su intersección con la quebrada Granizal, por el cauce de ésta aguas abajo hacia el occidente hasta su encuentro con la carrera 46 y por ésta al norte hasta su cruce con la calle 124, punto de partida.

En cuanto a la distribución territorial por barrios se encontró que el Decreto 346 de marzo 39 de 2000 tiene la Comuna 1 Popular distribuida en 12 barrios a saber: a) Santo Domingo No. 1; b) Santo Domingo No. 2; c) Popular; d) Granizal; e) Moscú No. 2; f) Villa Guadalupe; g) San Pablo; h) El Compromiso; i) Aldea Pablo VI; j) Carpinelo; k) La Esperanza No. 2; y l) La Avanzada.

Sobre los últimos cinco barrios hay que recordar el Decreto No. 997 de Septiembre de 1993, por medio del cual se ajusta el inventario de barrios de la ciudad de Medellín, se actualizan sus límites y se dictan otras disposiciones. En el Artículo 2o. de creación de barrios, y teniendo en cuenta el crecimiento de la ciudad, la homogeneidad de las características poblacionales de algunos asentamientos, los elementos físicos estructurantes de un barrio y consultada la comunidad a través de las Juntas Administradoras Locales, se reconocen como nuevos barrios de la ciudad los siguientes: El Compromiso, La Esperanza No. 2, Carpinelo, La Avanzada y Aldea Pablo VI.

Esto es importante resaltarlo, ya que el reconocimiento de las comunidades va más allá del reconocimiento oficial y esto trae consigo el crecimiento del listado inicial, en el que se incluyen otros barrios, otras formas de llamarlos, expresadas además en la organización comunitaria. En éste sentido no son 12 sino 19 barrios agrupados así: de Santo Domingo No. 1 se desprende Nuevo Horizonte; del No 2, Torre; así mismo, Popular realmente es identificado como Popular No.1, No. 2 y Popular No. 2 parte alta; Moscú No. 2 está asociado a Santa Cecilia No. 1 y No. 2 y Marco Fidel Suárez. En el caso de Villa Guadalupe también hay parte baja; El Compromiso incluye, para la comunidad, no para el Decreto en mención, la Aldea Pablo VI; de La Avanzada sale Nuestra Señora del Rocío.

Adicionalmente, es determinante el impacto social y poblacional que se presenta por la llegada masiva y permanente de población en situación de desplazamiento forzado a la comuna, provocada por el conflicto armado que sufre Colombia. No se puede desconocer que éste fenómeno de la guerra le significa a la comuna un crecimiento importante de sus habitantes, por ello de sus barrios y una creciente demanda de nuevas soluciones a sus problemas (Municipio de Medellín. 2.004. Planes de desarrollo local, comunas y corregimientos. Recuperado el 18 de noviembre de 2.009.

[http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P\\_ciudad/obj/pdf/4congrsodeciudad/LaParticipacion.pdf](http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P_ciudad/obj/pdf/4congrsodeciudad/LaParticipacion.pdf)).

La Comuna No. 2 Santa Cruz, está localizada en la zona nororiental de la ciudad; limita por el norte con el Municipio de Bello; por el oriente con la comuna N° 1 Popular, por el sur con la comuna N° 4 Aranjuez y por el occidente con el Río

Medellín. Posee una densidad de 430 habitantes por hectárea constituyéndose así como la comuna más densa de la ciudad.

Según las cifras presentadas por la Encuesta Calidad de Vida 2005 el estrato socioeconómico que predomina en Santa Cruz es el 2 (bajo), el cual comprende el 96.6% de las viviendas, seguido por el estrato 1 (bajo-bajo), que corresponde al 3.5%, estas condiciones socioeconómicas caracterizan la totalidad de los barrios de esta comuna.

#### Caracterización de las familias participantes

Luego del análisis realizado por la profesional en Psicología de la Unidad Hospitalaria de Santa Cruz, sobre la población que consultó en los meses de enero a marzo de 2009 se presentaron 61 casos de los cuales un 74% de las familias que han consultado con las personas con intento de suicidio su estado civil es soltera y el 4% es separada.

Se evidencio además que las deficientes relaciones de pareja y su convivencia, son la causa de mayor incidencia para cometer el hecho; también el maltrato representa mas de la mitad de los casos, lo mismo las perdidas afectivas.

Las familias de las personas que ingresaron con intento de suicidio, están conformadas en su mayoría por mujeres solas u hombres solos como cabeza de hogar con relaciones muy deterioradas, también se observa con gran alarma el alto consumo de sustancias psicoactivas y un soporte social muy débil.

### Actores que se beneficiaran de la propuesta

Otro elemento del análisis realizado, se encuentra en la problemática del suicidio que en nuestro medio gira en torno a conflictos afectivos y relacionales al interior del ámbito familiar como causa esencial desencadenante en más de un 70% y los grupos de edad poblacional más afectados, de los 61 casos estudiados, son la adolescencia y del adulto joven, con edades entre los 12 y los 25 años (70% de la población total).

Por lo tanto, se hará una invitación a las personas que llegan al servicio de urgencias de la Unidad Hospitalaria de Santa Cruz con intento de suicidio y sus familias a conformar grupos para que participen activamente de esta propuesta en beneficio de una mejor calidad de vida y de una comunicación efectiva.

## MARCO NORMATIVO

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) Art. 25.1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946).

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)

1966 se formula 1976 entra en vigor.

Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria en Salud (1978).

A partir de la Constitución Política de 1991, hay un desarrollo legislativo articulado dentro de los sistemas de atención a la población colombiana, a través de un conjunto de leyes y normas orientadas a garantizar los derechos de las personas con limitación para el acceso a los diferentes servicios de acuerdo con sus intereses y necesidades en salud (ley 100 de 1993 y ley 10 de 1990); Seguridad Social (ley 100 de 1993); y la ley 762 de 2002 que aprobó la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con deficiencia física, mental, auditiva o visual, entre otras normas.

El Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" (1988).

La Declaración de Cartagena de Indias en el área Iberoamericana sobre políticas integrales para las personas con discapacidad durante 1992.

La Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud.

La Declaración de Viena y Programa de Acción aprobados por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (157/93).

La Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la cual se contempla la atención en salud y rehabilitación de las personas con deficiencia o discapacidad, cualquiera que haya sido su patología causante. En su libro cuarto sobre "Servicios Sociales Complementarios" estableció un programa de auxilios entre otros para minusválidos de cincuenta (50) o más años de edad (Artículo 257, Parágrafo 2), aspectos reglamentados por el Decreto 1135 de 1994 (Artículos 13 y 14).

La Resolución número 03997 del 30 de octubre de 1996 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Entidades Adaptadas, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.

El Acuerdo Número 72 del 29 de agosto de 1997, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud del Ministerio de Salud, por medio del cual se definió el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado para la atención en Rehabilitación funcional de las personas con deficiencia, discapacidad o cualquiera que haya sido su patología causante de acuerdo a lo dispuesto en la resolución 5261 de 1994 (Artículo 84).

El Acuerdo Número 74 del 31 de octubre de 1997, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud del Ministerio de Salud, por medio del cual se hacen adiciones al Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado.

## REFERENTES TEÓRICOS

La palabra suicidio viene de los vocablos latinos sui que significa sí mismo, y caedere: matarse; suicidio significa matarse a sí mismo, siendo por lo tanto, un acto voluntario.(Guridi González, María Zayda 2.007.)

Durkheim (1.897a) define el suicidio como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma y sabiendo ella que debía producir ese resultado (Durkheim E. El suicidio. 1.897. Recuperado el 12 de noviembre de 2.009. <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>.).

Se trata de un fenómeno complejo y de diversas categorías de comportamiento, no se puede hablar de unas causas exactas, las actuaciones suicidas son muy variables y complejas. La heterogeneidad de los comportamientos suicidas y las diversas explicaciones aportadas desde distintas disciplinas, han dado lugar a múltiples clasificaciones y abordajes.

El suicidio se podría evitar considerando tres elementos: predictibilidad, prevención y previsión. La previsión, hace referencia a los indicadores clínicos, la predicción es la evaluación de riesgos y la prevención tiene que ver con los tratamientos y programas.

En la actualidad persiste la dificultad en los hospitales generales en la atención de estas personas con intento de suicidio o suicidio, en poder valorar el riesgo suicida y más aún, en algunos casos de realizar el diagnóstico acertado y no solamente limitarse la atención de lo meramente somático haciendo negación de la vida psíquica y de la relación interpersonal y familiar.

Durkheim (1.897b) desecha las explicaciones de tipo psicológico o psicopatológico que dan los médicos, rechaza la interpretación de suicidio a través del fenómeno de la imitación o que se trate de un fenómeno hereditario y dice que la fuerza que determina al suicidio es de tipo social. El autor afirma que existen tres tipos de suicidio, estos son: el suicidio egoísta, el altruista y el suicidio anómico (Durkheim E. El suicidio. 1.897. Recuperado el 12 de noviembre de 2.009. <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>).

### *El suicidio egoísta*

Se analiza a través de la relación que hay entre el individuo y los suicidios integradores, como la religión y la familia, Durkheim establece que la tasa de suicidios varía con la edad, con el sexo, con la religión y con el estado civil, tanto hombres como mujeres dentro de determinadas edades, casados y solteros, se quitan la vida cuando no están integrados a un cuadro social, sin embargo el matrimonio y los hijos determinan una preservación de los individuos, y que las situaciones tendientes a ser un factor riesgoso disminuyen para estos individuos.

En el suicidio egoísta hombres y mujeres tienden más a quitarse la vida, cuando piensan esencialmente en sí mismos, cuando no están integrados a un grupo social.

También se analiza una especie de patología en este tipo de suicidio, se da por un estado de apatía y de ausencia de apego a la vida.

### *El suicidio altruista*

Es un suicidio no por exceso de individualismo, sino que se trata de la total desaparición del individuo en el grupo, el individuo se da a muerte por otro obedeciendo a imperativos sociales y no le interesa su derecho a la vida.

### *El suicidio anómico*

Anomia significa ausencia o desintegración de las normas, este suicidio es el más característico de la sociedad moderna. Las estadísticas reflejan que en los períodos de crisis económicas, la frecuencia de los suicidios aumenta, la causa es que el individuo no ve claro su futuro, pero lo paradójico es que en los períodos de gran prosperidad ocurre lo mismo, se da por el afán de los individuos de mantenerse en un lugar de buena posición.

Durkheim (1.897c) afirma que este tipo de suicidio es el que caracteriza a la sociedad moderna y se da a partir de la moderna división del trabajo. Suicidio anómico se da también en forma significativa paralelamente con el número de divorcios, el hombre divorciado está más expuesto que la mujer a intentar el suicidio, lo que sucede es que el hecho de tener la pareja conformada genera seguridad y equilibrio emocional; y cuando se pierde la vida marital el hombre cae en la indisciplina y la mujer en la libertad mayor.

La teoría de Durkheim (1.897d) resume, los suicidios como fenómenos individuales que responden a causas esencialmente sociales. Hay corrientes

“suicidógenas” que recorren la sociedad, se originan no en el individuo, sino en la colectividad y son causa real de los suicidios. Las causas reales del suicidio son fuerzas sociales que varían según las sociedades, los grupos y las religiones. Emanan del grupo y no de los individuos considerados por separado. (Durkheim E. El suicidio. 1.897. Recuperado el 12 de noviembre de 2.009. <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>).

### Concepción de persona

La persona, es concebida como una estructura en continuo movimiento, ser social incluido dentro de un grupo, que inicia su proceso desde el básico familiar que le admite la inclusión y significación dentro de una sociedad, y cuya interacción le permite formar una unidad dialéctica, construir un aprendizaje de la realidad basado en los vínculos internos y externos que muestran un ambiente con gran valor, que complementado con la vida cotidiana es una fuente de información.

Pichón Rivière plantea el conocimiento del hombre como sujeto histórico, concreto, cotidiano y con visión totalizadora, como seres sociales, en el cual las personas se relacionan con otras a través de su soporte vincular interno interactuando y formando una unidad dialéctica.

La relación sujeto mundo, es además un abordaje y elaboración de miedos que confirman la resistencia al cambio, ya que se hace necesario romper con el estancamiento en el aprendizaje de la realidad. Es una actividad correctora donde el

sujeto establece un vínculo con el otro, es trabajar con este y con su grupo familiar en una lectura crítica y operativa de cada realidad.

Partiendo del concepto de salud mental, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, que lo precisa como la “adaptación de una vida satisfactoria y útil en su medio social”, consiste en un permanente aprendizaje de la realidad, o sea, una relación entre sujeto - mundo. Con este concepto podemos encontrar la adaptación activa como una lectura crítica de la realidad, una capacidad de evaluación y propuesta de cambio.

Esta adaptación activa la identifica Pichón-Riviere como una apropiación instrumental de la realidad para transformarla. Pichón-Riviere y Paulo Freire incluyen el concepto de “conciencia crítica” como el reconocimiento de las necesidades propias de la comunidad a la que se pertenece, conocimiento acompañado de la estructuración de vínculos que permite resolver esas necesidades. Es una forma de vinculación con lo real, es un aprendizaje que implica superación de ilusiones acerca de la propia situación como sujeto, grupo y como pueblo. Es tenido en cuenta como un logro en el proceso de transformación en una praxis que modifica situaciones que necesitan de la ficción o la ilusión para tolerarlas.

Es un aprendizaje de la realidad que se transforma en la búsqueda de la libertad tanto individual como social y puesta como una tarea realizada en común. (Videla, Mirta. 1991. p. 83-96).

### Concepción del sujeto

Desde la Psicología Social de Enrique Pichón Rivière (1.991), se concibe al sujeto como un sujeto descentrado, intersubjetivo, que se produce en el encuentro o desencuentro con el otro. Cuando Pichón Rivière piensa al sujeto lo hace en términos de "sistema abierto". En relación al sujeto se trata de un sistema que no es autónomo en sí mismo, se trata de un sistema incompleto que "hace sistema con el mundo" (p. 91).

Es un sujeto histórico, no se trata del hombre o la sociedad. Es un sujeto situado y sitiado en el sentido que su subjetividad es configurada en un espacio y un momento histórico social específico que le otorga todo un universo de posibilidades, pero le significa a su vez una cierta clausura de las posibilidades de representación simbólica (Adamson, Gladys Lic. 1.984. Epistemología del ECRO de Enrique Pichón Rivière).

### Concepto de vínculo

El ser humano nace en una trama vincular, que en el mejor de los casos, se halla aguardando su llegada con un nombre para él y un cúmulo de expectativas y deseos. Las tramas vinculares humanas son las que sostienen nuestro proceso de socialización o de endoculturización.

Es en esta sociedad marcada por el cambio, en la que el ser humano debe construir un marco referencial, un "aparato para pensar la realidad" que le permita

posicionarse y pertenecer a un campo simbólico propio de su cultura y la subcultura en la que está inserto.

Este esquema referencial, este "aparato para pensar" nos permite percibir, distinguir, sentir, organizar y operar en la realidad. A partir de un largo proceso de identificaciones con rasgos de las estructuras vinculares en las cuales estamos inmersos, construimos, este esquema referencial que nos estabiliza una cierta manera de concebir al mundo que de no ser así, emergería en su condición de desmesura, inabarcabilidad y caos.

Este esquema es inevitablemente propio de una cultura en un momento histórico-social determinado. Somos siempre emisarios y emergentes de la sociedad que nos vio nacer. Es a la vez una producción social y producción individual que se construye a través de los vínculos humanos y logra a su vez que nos constituyamos en subjetividades que reproducimos y transformamos la sociedad en que vivimos.

La idea de transformación también es un núcleo fuerte de este pensador. No se trata de describir o explicar la realidad sino transformarla. Transformación que implicara también transformarse<sup>1</sup>.

### Grupo Operativo

Es una técnica de intervención grupal de la psicología social, inspirada en el psicoanálisis. Se aplica en los escenarios educativo, clínico, organizacional y

---

1. Psicología Social: El ECRO de Pichón Rivière. Marzo 2009

comunitario; en la prevención e intervención de diversas problemáticas psicosociales, como la drogodependencia, problemas de aprendizaje, procesos de cambio y resolución de conflictos.

El propósito de este modelo del grupo operativo lo resume el autor de la siguiente manera:

Su actividad está centrada en la movilización de estructuras estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta todo cambio (ansiedad depresiva por abandono del vínculo anterior y ansiedad paranoide creada por el vínculo nuevo y la inseguridad consiguiente).

En el grupo operativo, el esclarecimiento, la comunicación, el aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación, creándose así un nuevo esquema referencial. Vale la pena subrayar que, aunque esta definición de la tarea ya no se plantea específicamente en términos terapéuticos, siempre subsiste una dimensión curativa de la misma de la enfermedad. Grupos de apoyo mutuo

Los grupos apoyo mutuo son grupos de personas que están directa y personalmente afectadas por un problema, condición o interés específico. Son dirigidos por sus miembros, lo que significa que son aquellos directamente afectados por el problema los que controlan las actividades y las prioridades de su grupo. Mientras muchos de los grupos de apoyo mutuo obtienen recursos y asistencia externos al grupo, por ejemplo de profesionales u otros grupos, los miembros son quienes toman las decisiones. (Hombrados Mendieta, García, Martimportugués Goyeneche, María Isabel, Miguel Anguel, Clara (2004). Anuario de psicología, ISSN 0066-5126, Vol. 35 No 3.)

## ANTECEDENTES

La evidencia sugiere insistentemente que los grupos de apoyo mutuo son un medio poderoso y constructivo para que la gente se ayude a sí misma y mutuamente. Se ha demostrado que los grupos pueden contribuir significativamente a la obtención de resultados positivos para quienes participan en ellos. Parece existir una tendencia creciente a que las personas se reúnan y conformen estos grupos.

La campaña para el establecimiento de estos grupos proviene de dos vertientes: la de personas en respuesta a necesidades insatisfechas; la de servicios formales en un esfuerzo por suministrar apoyo y cuidado adicionales.

La reunión de aquellos afligidos por el suicidio puede proporcionarles la oportunidad de estar con otras personas que realmente los entienden, porque han vivido la misma experiencia, e intercambiar fortaleza y comprensión con estas personas dentro del grupo.

El grupo puede proporcionar:

1. Una sensación de comunidad y apoyo, un ambiente de empatía y una sensación de pertenencia cuando la persona afligida se siente dissociada del resto del mundo.
2. La esperanza de que la "normalidad" puede lograrse eventualmente.
3. Experiencia en tratar con aniversarios difíciles u ocasiones especiales.
4. Oportunidad de aprender nuevas formas de enfrentar los problemas.
5. Un escenario para discutir temores y preocupaciones.

6. Un escenario donde se acepta la libre expresión del dolor, se practica la confidencialidad y prevalecen las actitudes de compasión, sin ser juzgado.

El grupo puede también asumir un papel educativo, suministrando información sobre el proceso doloroso, los hechos relacionados con el suicidio, y los roles de varios profesionales de la salud. Otra función importante es aquella del empoderamiento – de proporcionar un enfoque positivo, permitiendo a las personas retomar el control sobre sus vidas. Uno de los aspectos más devastadores de una muerte suicida o accidental es que invariablemente existen muchos asuntos sin terminar y muchas preguntas sin responder, y no obstante, la persona no ve la forma de resolver la situación. El apoyo de un grupo puede disolver gradualmente los sentimientos de desesperanza y suministrar los medios con los cuales se puede retomar el control.

Las familias son la mayor fuente de apoyo y asistencia. Las que son capaces de compartir su pena, han encontrado que este es un factor importante para aceptar la pérdida. El compartir el dolor también servirá para fortalecer la unidad familiar. Los factores que pueden ayudar a la familia a lograr esto son la amplitud para expresarlo, la ausencia de secretos alrededor de la muerte, y la comprensión del derecho de los miembros de la familia a manifestar su dolor a su modo (Salud y Desplazamiento. 2.005. Recuperado el 18 de noviembre de 2009. <http://pagina.de/desplazados>. <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/prevesuicidio/prevevictimas.htm> 06/02/05. p.3).

Es significativa la importancia que tiene la familia desde los vínculos humanos y como grupo fundamental dentro de cada etapa del desarrollo de cada uno de sus miembros. Por este motivo la definimos desde varios aspectos;

### *Qué es la Familia*

#### *Como institución social*

1. Ayuda a la generación de normas y reglas de comportamiento.
2. Organización de patrones según el medio social: protección, provisión, bienes y servicios (económico).
3. Reproducción de sus miembros (biológico).
4. Socialización.
5. Transmisión cultura (social-cultural).
6. Sentido de vida y motivación individual (afectivo).

#### *Como grupo*

1. Conjunto de personas que interactúan en la vida cotidiana para preservar su supervivencia.
2. Activa la institución social y la perpetúa.
3. Se interesa más por su funcionamiento interno que por lo exterior.

Sin embargo es tanto causa como efecto de cambios hacia dentro y hacia fuera de sí misma.

#### *Como construcción cultural*

1. Incluye valores sociales, tradicionales, religiosos y políticos, puestos en acción por sus miembros.

2. Los rituales, las celebraciones y costumbres ayudan a reducir el impacto negativo de los cambios.

*Como conjunto de relaciones emocionales*

3. Forma de vida en común, constituida para satisfacer las necesidades emocionales de los miembros a través de la interacción.
4. Ambiente íntimo para compartir sentimientos, muchas veces encontrados, que marcan el estilo de interacción de los individuos en otros contextos: escuela, trabajo, amigos.

## TEORÍA SISTÉMICA

Entendida la familia como un sistema, constituida por diferentes miembros que se mantienen en permanente interrelación dando lugar a que uno o varios de ellos tengan problemas o síntomas, se dice que los demás también sufren las consecuencias y pueden colaborar en la solución.

El enfoque sistémico es un enfoque relacional, en la terapia familiar se trabaja junto con la familia para resolver tanto conflictos familiares, relacionales, como problemas, trastornos o conflictos en uno de los miembros de la familia. Siempre que afecta a todos, todos pueden colaborar en la solución.

La intervención sistémica utiliza así la interacción como elemento de trabajo y comunicación. Es así que no se atiende en el “¿por qué?” Un individuo acciona de determinada manera sino en el “¿cómo?” lo hace. De igual manera no importa quién hace qué, sino ¿cuándo? se realiza una determinada conducta.

Maier, Corinne, Familia y Psicoterapia, Editorial Gedisa S.A – Barcelona. ISBN: 978-852-041-3 , Fecha: 2007-10-05

## PROBLEMA

En el último año se ha incrementado el volumen de personas atendidas con intento de suicidio en la Unidad Hospitalaria de Santa Cruz. Estos casos solo se atienden en crisis, bajo un esquema médico. No se cuenta hasta la fecha con un protocolo de atención que contemple una atención integral para estas personas, la familia o los acompañantes.

Se hace necesario resaltar el hecho que las personas con intento de suicidio al egreso del servicio (hospitalización o urgencias) de la unidad hospitalaria no reciben ningún tipo de intervención psicosocial, solo se les elabora una ficha de remisión a psiquiatría SIS 412<sup>a</sup> – formulario de remisión a segundo nivel- Dicha remisión es tramitada desde la oficina de atención al usuario del hospital ante el Servicio Seccional de Salud, finalmente la persona con intento de suicidio queda en espera de la respuesta, la cual puede tardar meses, dada la inoperancia del Sistema de Salud y el desconocimiento sobre los derechos en salud por parte de las personas, lo cual contribuye a empeorar el panorama.

La familia, -con todas sus bondades, ha de ser también entendida como factor de riesgo desencadenante del evento (intento de suicidio)-, presenta una serie de problemáticas, que se evidencian en el análisis de los casos, tales como son la disfunción familiar, la drogadicción, el desempleo, el consumo de sustancias psicoactivas, abuso sexual, conductas sociales de riesgo, enfermedades mentales entre otras, que no son tenidas en cuenta por quienes intervienen a las personas con intento de suicidio.

Dentro de la salud mental, el suicidio se puede considerar como uno de los problemas que afectan de manera importante la salud pública, no solo por ser un componente permanente del escenario de la violencia en el mundo y particularmente en Colombia, si no porque expresa un comportamiento muy distinto a lo que es el sentido natural, la supervivencia.

Los actos suicidas dentro de la medicina se han enmarcado como problemas que involucran la salud mental del individuo, pero han trascendido como un problema que tiene relación directa con el ambiente sociocultural de las personas, que históricamente han estado presentes en la humanidad, acompañados de diferentes factores de riesgo, que sumados a lo anterior proporcionan un ambiente de tensión que influye directa y significativamente en el estado emocional de las personas, impulsándolas a la autodestrucción. Por cada suicidio existen sobrevivientes (amigos, familiares y allegados al fallecido por suicidio) que se transforman en personas altamente vulnerables a presentar un comportamiento suicida e intentos de autoeliminación que generan costos materiales y emocionales al sistema de salud y a la comunidad<sup>2</sup>.

---

2. Porter, David. Organización Mundial de la Salud. septiembre 8 de 2004.

## Comportamiento suicida no mortal y pensamientos suicidas

Pocos países tienen datos fidedignos sobre el comportamiento suicida no mortal; la razón principal reside en la dificultad de recopilar la información. Solo una minoría de los que intentan suicidarse va a los establecimientos de salud para recibir atención médica, además en muchos países en desarrollo la tentativa de suicidio sigue siendo un delito penado y por consiguiente los hospitales no registran los casos. Hay algunos datos que indican que, en promedio, solo el 25% de los que llevan a cabo los actos suicidas hacen contacto con un hospital. (Organización Mundial de la salud. informe mundial sobre la violencia y la salud. Capítulo 7 P. 201 – 231. [www.paho.org/spanish/am/pub/cap7.pdf](http://www.paho.org/spanish/am/pub/cap7.pdf)).

## Qué es un comportamiento suicida

Este cubre desde pensamientos suicidas a tentativas o actos autolíticos, los pensamientos y tentativas suicidas pueden ser vistas como estadios previos al suicidio en sí. La tentativa de suicidio incluye aquellas situaciones en las cuales la persona ha realizado un acto en el que amenaza su vida con la intención de poner su vida en peligro o de dar esa apariencia, sin embargo este acto no tiene resultado de muerte, el intento de suicidio ha de ser visto como un grito de ayuda.

Los pensamientos suicidas incluyen comportamientos que se mueven en la dirección de una posible amenaza de la vida de la persona, sin embargo, el acto que

podría ser letal no ha sido realizado. (Organización Mundial de la Salud (OMS). 2001.

Prevencion del suicidio.

[www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/supre\\_miss\\_protocol\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf)).

## JUSTIFICACIÓN

Una de nuestras pretensiones al trabajar con las personas con intento de suicidio y sus familias, es permitirles conocer la casuística del suicidio, sus implicaciones, factores desencadenantes, herramientas de afrontamiento, rutas de atención y las diferentes formas de prestación del servicio de salud del sistema general de seguridad social, es ir abriendo camino para la comprensión y la forma de abordar esta problemática.

Las estrategias de afrontamiento permitirán tanto a las personas con intento de suicidio como a sus familias, tener un acercamiento del grupo familiar para expresar sus situaciones conflictivas y entre todas las partes buscar alternativas en los momentos de crisis que los lleven a pensar y a analizar las situaciones específicas e implementar las acciones necesarias para transformar la realidad personal y familiar, reanudando la estabilidad emocional de cada miembro.

## OBJETIVOS

### General

Construir estrategias de afrontamiento con las personas con intento de suicidio y sus familias que llegan a los servicios de urgencias de la Unidad Hospitalaria de Santa Cruz del Municipio de Medellín.

### Específicos

1. Acompañar a las personas con intento de suicidio en su proceso de reconocimiento de sus problemáticas y la asertividad en la resolución de estas.
2. Orientar a las familias que tienen personas con intento de suicidio para apoyarlos en la resolución de las dificultades que esta problemática genera.
3. Conformar un grupo de apoyo mutuo para que las familias con personas con intento de suicidio se apoyen así mismas.
4. Trabajar grupos operativos que permita a las personas con intento de suicidio crear nuevos esquemas referenciales.

## Productos

1. Construir rutas de atención con las familias y con las personas con intento de suicidio.
2. Crear redes de apoyo con las familias y las personas con intento de suicidio.

## ENFOQUE METODOLÓGICO

La intervención psicosocial que hace el equipo interdisciplinario para construir estrategias de afrontamiento con las personas con intento de suicidio y sus familia está enmarcada en la metodología participativa porque se indaga, sobre la realidad de las personas y familias involucradas en la problemática, pesquisa que está orientada a la acción o gestión social, siendo esta fuente de conocimiento, involucrando tanto al grupo interdisciplinario como a la comunidad afectada, considerados como sujetos activos en vez de sujetos de conocimiento.

Es así como las comunidades adquieren conocimiento y competencias necesarias para actuar frente a las realidades y transformarlas. Se trata, desde luego, que los grupos adquieran competencias críticas, reflexivas, que sean colectivas, participativas, emancipadoras y de esta forma puedan participar del poder hacer o construir nuevas realidades.

Estrategias de afrontamiento para las familias y personas con intento de suicidio

1. Iniciar un proceso de acompañamiento *con las personas* con intento de suicidio, que hayan pasado por el proceso de selección; este se llevara a cabo mediante una serie de actividades participativas cuyo objetivo esta orientado a identificar, reconocer y concientizar su problemática y la incidencia de esta en su grupo familiar, fortaleciéndose su estructura y su forma de situarse en el mundo.

2. Iniciar un proceso de acompañamiento con las familias que tienen personas con intento de suicidio, que hayan pasado por el proceso de selección; este se llevara a cabo mediante una serie de actividades participativas cuyo objetivo esta orientado a identificar, reconocer y concientizar la necesidad de planear acciones transformadoras en la dinámica familiar que fortalecerá la manera de afrontar las situaciones desfavorables.
3. A través de la creación de un espacio con las familias de personas con intento de suicidio, van a poder compartir y expresar sus sentimientos generados por las experiencias vividas, este proceso de conformación del grupo tiene unos compromisos, tiempos y disponibilidad para las diferentes actividades que se llevaran a cabo una vez iniciado este.
4. A través de la estrategia de grupos operativos, se propiciara hacer consciente lo inconsciente aquello que esta afectando la vida de las personas con intento de suicidio.

### Productos

#### *Construcción ruta de atención*

Las rutas de atención se conciben como un factor protector dentro de las comunidades, estas permiten direccionar la atención, el acompañamiento y los accesos a los diferentes servicios con que cuenta una localidad.

Tiene la información básica y pertinente para ofrecer una adecuada identificación y atención de casos; la ruta de atención es el resultado de un trabajo construido con las diferentes personas que conforman los grupos a intervenir.

### *Red de apoyo*

"LA RED" podría ser definida desde varios puntos de vista; uno sería lo que son las redes sociales, que existen de forma natural; se conforma en torno a la fijación que tienen las personas para soportar sus propias necesidades; estas son las redes más naturales e informales que existen en las sociedades y que están representadas en la familia, los grupos de amigos, los colegas, compañeros etc.

La otra, son redes sociales institucionales o formales que se forman como complemento a ciertos programas institucionales como los de atención a la infancia, apoyo social, entre otras.

La red social "es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos, instituciones; capaces de aportar una ayuda y un apoyo emocional, de afecto y hasta económico, tan real como duradero a un individuo o a una familia. Desde esta definición se puede imaginar un grupo de personas como puentes que se construyen cruzando de un extremo al otro de los ámbitos, estableciendo de ese modo una comunicación que genera intercambio e interconexión; dichos puentes se entrelazan como una red de vinculación que posibilita condiciones más humanas para dar

respuestas a las contingencias que todo grupo atraviesa en algunos de sus tramos vitales". (Monroy González, Alejandra Marcela (2006). Trabajo en red: una aproximación metodológica al trabajo social con familia, Medellín. Universidad de Antioquia).

## PLAN OPERATIVO

### Actividades preliminares

Estas actividades se desarrollarán con las familias y las personas con intento de suicidio para romper el hielo y comenzar a propiciar un clima de afecto y de confianza.

#### *Actividad número uno*

Dinámica grupal para la presentación de la propuesta y de los participantes.

Nombre: "Busque su Compañero".

Objetivo: Romper el hielo, Brindar un espacio de acercamiento y de confianza para que los participantes se conozcan.

Presentación de la propuesta a las familias y las personas con intento de suicidio, elaborada por el equipo interdisciplinario.

Plenaria: Discutir las inquietudes, dudas y propuestas de los participantes.

Recurso Humano: Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Auxiliar de Enfermería, Comunicador, Terapeuta Ocupacional.

Tiempo: 2 Horas.

Material: Escarapelas, papelógrafo, marcadores, ganchos.

### *Actividad número dos*

Nombre: Cartografía espacial.

Objetivo: Conocer por medio del dibujo una realidad desde un espacio de encuentro de los diferentes actores sociales de una comunidad, para reforzar el sentido de pertenencia al reconocer el territorio para reafirmar y construir su entorno.

Plenaria: socializar la experiencia de los participantes.

Recurso Humano: Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Auxiliar de Enfermería, Comunicador, Terapeuta Ocupacional.

Tiempo: 2 Horas.

Material: papel periódico, lápiz, colores, revistas, Colbón, marcadores, cinta de enmascarar.

### *Actividades para la estrategia número uno con personas con intento de suicidio*

#### *Actividad número tres*

Nombre: Panel sobre el fenómeno del suicidio.

Objetivo: informar a las personas con intento de suicidio sobre este fenómeno.

Plenaria: Socializar el aprendizaje bajo una guía elaborada por el grupo interdisciplinario.

Recurso Humano: Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Auxiliar de Enfermería, Comunicador, Abogado.

Tiempo: 2 Horas

Material: hojas, lápiz, lapicero.

#### *Actividad número cuatro*

Nombre: Un Fragmento de mi vida.

Objetivo: compartir historias de vida sobre momento significativo.

Plenaria: Socializar la experiencia bajo una guía elaborada por el grupo interdisciplinario.

Recurso Humano: Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Auxiliar de Enfermería, Comunicador, Terapeuta Ocupacional.

Tiempo: 2 Horas

Material: hojas, lápiz, lapicero, colores, tijeras, revistas, Colbón.

#### *Actividad número cinco*

Nombre: Cartografía Familiar.

Objetivo: desde percepción personal y familiar, hacer lectura sobre el lugar que se ocupa en la familia.

Plenaria: Socializar la experiencia bajo una guía elaborada por el grupo interdisciplinario.

Recurso Humano: Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas

Material: hojas, lápiz, lapicero, colores, tijeras, revistas, Colbón.

### *Actividad número seis*

Nombre: Video Foro “el amor es el mejor empujón”.

Objetivo: mostrar las historias de vida de cuatro adolescentes que intentaron suicidarse y cómo lograron salir de ese estado mental.

Plenaria: Socializar la experiencia bajo una guía elaborada por el grupo interdisciplinario.

Recurso Humano: Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas

Material: hojas, lápiz, lapicero, colores, tijeras, revistas, Colbón.

### *Actividad número siete*

Nombre: Construcción de estrategias para el afrontamiento de la problemática.

Objetivo: identificar el nivel de construcción de conocimiento y afrontamiento frente a la problemática.

Plenaria: Socializar las diferentes estrategias.

Recurso Humano: Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, sicólogo.

Tiempo: 2 Horas

Material: hojas, lápiz, lapicero, colores, tijeras, revistas, Colbón.

*Actividades para la estrategia número dos familias con personas con intento de suicidio*

*Actividad número tres*

Nombre: Panel sobre el fenómeno del suicidio.

Objetivo: informar a las familias sobre el fenómeno del suicidio.

Plenaria: Socializar el aprendizaje bajo una guía elaborada por el grupo interdisciplinario.

Recurso Humano: Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Auxiliar de Enfermería, Comunicador, Terapeuta Ocupacional.

Tiempo: 2 Horas

Material: hojas, lápiz, lapicero.

### *Actividad número cuatro*

Nombre: Análisis de la historia de la vida familiar.

Objetivo: identificar posibles causas del intento de suicidio de un miembro de la familia.

Plenaria: Socializar la experiencia bajo una guía elaborada por el grupo interdisciplinario.

Recurso Humano: Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar.

Tiempo: 2 Horas

Material: hojas, lápiz, lapicero, colores, tijeras, revistas, Colbón.

### *Actividad número cinco*

Nombre: Video Foro “el amor es el mejor empujón”.

Objetivo: mostrar las historias de vida de cuatro adolescentes que intentaron suicidarse y cómo lograron salir de ese estado mental.

Hacer análisis comparativo del manejo del fenómeno en el pasado y como lo afrontarían en la actualidad.

Plenaria: Socializar la experiencia bajo una guía elaborada por el grupo interdisciplinario.

Recurso Humano: Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar y Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas

Material: hojas, lápiz, lapicero, colores, tijeras, revistas, Colbón.

### *Actividad número seis*

Nombre: Construcción de estrategias para el afrontamiento de la problemática.

Objetivo: identificar el nivel de construcción de conocimiento frente a la problemática.

Plenaria: Socializar las diferentes estrategias.

Recurso Humano: Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar y Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas

Material: hojas, lápiz, lapicero, colores, tijeras, revistas, Colbón.

### *Actividad número siete*

Nombre: El encuentro con los nuestros.

Objetivo:

1. Procurar interacción en el grupo familiar.
2. Recrear un momento de encuentro en familia bajo una guía elaborada por el grupo interdisciplinario.
3. Construir una rutina de encuentros familiares con los participantes.
4. Evaluar y Definir la problemática a trabajar, asignando tiempos al proceso que inicia la familia.

Plenaria: presentación de una síntesis de lo trabajado durante la sesiones.

Recurso Humano: Familias, Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Auxiliar de Enfermería, Comunicador, Terapeuta Ocupacional.

Tiempo: día de sol.

Material: 2 refrigerios, almuerzo, finca, transporte, elementos deportivos y lúdicos.

### *Actividad número ocho*

Nombre: Interacción Familiar.

Objetivo: Mejorar canales de comunicación.

Plenaria: Reflexión sobre los problemas captados durante el proceso.

Recurso Humano: Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas

Material: libreta de apuntes, lápiz, lapicero.

### *Actividad número nueve*

Nombre: Deseos Familiares.

Objetivo: Establecer compromisos familiares para mejorar sus relaciones.

Plenaria: Exposición del plan de acción individual y familiar.

Recurso Humano: Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas.

Material: libreta de apuntes, lápiz, lapicero.

Actividades para la estrategia número tres con las familias con personas con intento de suicidio

*Actividad número diez: Grupo de Apoyo*

Nombre: Construcción de un código de ética.

Objetivo: Propiciar la confianza de los participantes frente a la confidencialidad de lo trabajado.

Plenaria: socialización del código de ética.

Recurso Humano: Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Psicólogo.

Tiempo de cada actividad: 2 Horas

Material: libreta de apuntes, lápiz, lapicero.

*Actividad número once*

Nombre: Expresión de sentimientos.

Objetivo: Identificar los sentimientos generados frente a la problemática.

Plenaria: socializar la experiencia grupal.

Recurso Humano: Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas.

Material: libreta de apuntes, lápiz, lapicero.

*Actividad número doce*

Nombre: Puntos de encuentro y desencuentros.

Objetivo: Sondear la cohesión grupal.

Plenaria: análisis grupal y devolución de los hallazgos en el sondeo.

Recurso Humano: Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas.

Material: libreta de apuntes, lápiz, lapicero.

*Actividades para la estrategia número cuatro con las personas con intento de suicidio*

*Actividad número trece*

Actividad número catorce: Grupo operativo

Nombre: Presentación del taller.

Objetivo: Revisar las expectativas que tienen los participantes, presentar el plan de trabajo propuesto y relacionarlos entre sí.

Plenaria: conversatorio sobre las expectativas, organización de carteleras y organización de agenda para los encuentros grupales.

Recurso Humano: Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas.

Material: libreta de apuntes, lápiz, lapicero.

*Actividad número catorce*

Nombre: ¿Qué hemos hecho en nuestro grupo familiar para ayudarnos? matriz de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas "DOFA".

Objetivo: Identificar en el grupo, debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas.

Plenaria: Construir el diagnóstico con la información de la matriz "DOFA".

Recurso Humano: Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas.

Material: libreta de apuntes, lápiz, lapicero.

*Actividad número quince*

Nombre: "Expresando sentimientos".

Objetivo: Permitir la expresión de sentimientos generados por el diagnóstico de la matriz de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas "DOFA".

Plenaria: recolección de la información generada por la expresión de sentimientos en el grupo para realizar conversatorio reflexivo.

Recurso Humano: Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas.

Material: libreta de apuntes, lápiz, lapicero.

### *Actividad número diez y seis*

Nombre: ¿Qué hacemos para ayudarnos y para ayudar?

Objetivo: apoyo a las personas con intento de suicidio para que adquirieran estrategias de afrontamiento.

Plenaria: conformación de dos grupos para analizar y discutir las preguntas: ¿qué hago para ayudar a los otros? y ¿qué hago para ayudarme a mi mismo?

Recurso Humano: Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas.

Material: Cartulina, laminas, tijeras, colbón, marcadores, cinta papel.

### *Actividad número diez y siete*

Nombre: Actividad de refuerzo.

Objetivo: Realizar con los participantes un juego de roles, en el cual se pongan en práctica las habilidades y los conocimientos trabajados a lo largo del taller.

Plenaria: Se analizan las construcciones hechos por los participantes y se hacen los comentarios y recomendaciones.

Recurso Humano: Psicólogo.

Tiempo: 2 Horas.

TABLA. 1. Cronograma de actividades

FECHA	HORARIO	TEMA	PARTICIPANTES	RESPONSABLES
6 Febrero	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Dinámica grupal para la presentación de la propuesta y de los participantes	familias y personas con intento de suicidio	Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Auxiliar de Enfermería, Comunicador, Terapeuta Ocupacional
13 Febrero	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Cartografía	familias y personas con intento de suicidio	Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Auxiliar de Enfermería, Comunicador, Terapeuta Ocupacional
27 Febrero	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Panel sobre el fenómeno del suicidio	Familias con personas con intento de suicidio	Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Auxiliar de Enfermería, Comunicador, Terapeuta Ocupacional
13 Marzo	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Análisis de la historia de vida familiar	Familias con personas con intento de suicidio	Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar
27 Marzo	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Video Foro Sobre “el amor es el mejor empujón”	Familias con personas con intento de suicidio	Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Psicólogo

FECHA	HORARIO	TEMA	PARTICIPANTES	RESPONSABLES
10 Abril	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Construcción de estrategias para el afrontamiento de la problemática	Familias con personas con intento de suicidio	Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Psicólogo
24 Abril	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Panel sobre el fenómeno del suicidio	Personas con intento de suicidio	Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Comunicador, Sociólogo, Abogado
8 Mayo	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Un Fragmento de mi vida	Personas con intento de suicidio	Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Comunicador, Sociólogo, Abogado
22 Mayo	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Cartografía Familiar	Personas con intento de suicidio	Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familia, Psicólogo
5 Junio	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Video Foro Sobre“el amor es el mejor empujón”	Personas con intento de suicidio	Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familia, Psicólogo
19 Junio	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Construcción de estrategias para el afrontamiento de la problemática	Personas con intento de suicidio	Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familia, Psicólogo

FECHA	HORARIO	TEMA	PARTICIPANTES	RESPONSABLES
3 Julio	8:00 a.m. – 4:00 p.m.	El encuentro con los nuestros	Familias y personas con intento de suicidio	Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Comunicador, Sociólogo, Abogado
17 Julio	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Interacción Familiar	Familias con personas con intento de suicidio	Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familia, Psicólogo
31 Julio	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Deseos Familiares	Familias con personas con intento de suicidio	Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familia, Psicólogo
14 Agosto	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Construcción de un código de ética	Familias con personas con intento de suicidio	Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familia, Psicólogo
28 Agosto	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Expresión de sentimientos	Familias con personas con intento de suicidio	Psicólogo
11 Septiembre	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Puntos de encuentro y desencuentros	Familias con personas con intento de suicidio	Psicólogo
25 Septiembre	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Presentación del taller	Personas con intento de suicidio	Grupo Interdisciplinario: Psicólogo, Trabajador Social, Profesional en Desarrollo Familiar, Médico, Comunicador, Sociólogo, Abogado

FECHA	HORARIO	TEMA	PARTICIPANTES	RESPONSABLES
9 Octubre	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Que hemos hecho en nuestro grupo familiar para ayudarnos matriz DOFA	Familias con personas con intento de suicidio	Psicólogo
23 Octubre	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Expresando sentimientos	Familias con personas con intento de suicidio	Psicólogo
6 Noviembre	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	¿Qué hacemos para ayudarnos y para ayudar?	Familias con personas con intento de suicidio	Psicólogo
20 Noviembre	4:00 p.m. – 6:00 p.m.	Actividad de refuerzo	Familias con personas con intento de suicidio	Psicólogo

## BIBLIOGRAFÍA

Quintero V., Ángela María. IV Conferencia Iberoamericana sobre Familia. Familia, redes y calidad de vida. s.f. 1–13 p.

Durkheim, Emilio (1888). Suicidio y natalidad: Estudio de estadística moral.

Durkheim, Emilio (1897). El suicidio. Recuperado el 12 de noviembre de 2.009.

<http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>).

Carmona, Jaime y otros (2004). Psicología Social y Psicoanálisis: Pichón con Lacan. Funlam. Medellín.

Organización Mundial de la Salud OMS (2000). *Prevención del Suicidio: Un instrumento para médicos generales*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra.

Videla, Mirta (1991). Prevención. Intervención Psicológica en salud Comunitaria. Ediciones Cinco.. Buenos Aires. Argentina. 83-96 p.

Rivière, Pichon (2009). Psicología Social: El ECRO de Pichon Rivière.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.

Monroy González, Alejandra Marcela (2006). Trabajo en red: una aproximación metodológica al trabajo social con familia. Medellín. Universidad de Antioquia.

Videla, Mirta (1991). Prevención. Intervención Psicológica en salud Comunitaria.

Ediciones Cinco. Buenos Aires. Argentina.

Adamson, Gladys Lic. (1.984). Epistemología del ECRO de Enrique Pichón Rivière.

María Isabel Hombrados Mendieta, Miguel Anguel García, Clara Martimportugués

Goyeneche, Anuario de psicología, ISSN 0066-5126, Vol. 35 No 3, 2004, pps.

347-370.

Maier, Corinne. Familia y Psicoterapia, Editorial Gedisa S.A. Octubre 5 de 2007.

ISBN: 978-852-041-3. Barcelona.

Organización Mundial de la salud. informe mundial sobre la violencia y la salud..

[www.paho.org/spanish/am/pub/cap7.pdf](http://www.paho.org/spanish/am/pub/cap7.pdf). Capitulo 7 p. 201-231.

## VÍNCULOS

<http://www.nuevosrumbos.org>

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: <http://www.aacap.org>

American Foundation for Suicide Prevention: <http://www.afsp.org>

Asociación Argentina de Prevención del Suicidio: <http://www.suicidologia.org.ar/>

Befrienders Internacional Online: <http://www.befrienders.org/>

National Strategy for Suicide Prevention:

<http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/default.asp>

Fundación Amor a la Vida: <http://www.fundamor.humanet.com.co>

Plan Prevención Suicidio: <http://www.suicidioprevencion.com/>

Alianza de Apoyo para la depresión y el trastorno bipolar:

<http://www.dbsalliance.hispanicare.com/index.htm>

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.

<http://www.metrosalud.gov.co/index.php>

[http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P\\_ciudad/obj/pdf](http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P_ciudad/obj/pdf).

[http://www.disaster-  
info.net/desplazados/documentos/ops/prevesuicidio/prevevictimas.htm](http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/prevesuicidio/prevevictimas.htm).

[www.paho.org/spanish/am/pub/cap7.pdf](http://www.paho.org/spanish/am/pub/cap7.pdf)

## REFERENCIAS

- Municipio de Medellín. 2.004. *Planes de desarrollo local, comunas y corregimientos*. Recuperado el 18 de noviembre de 2.009 de [http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P\\_ciudad/obj/pdf/4congrsodeciudad/LaParticipacion.pdf](http://www.medellin.gov.co/alcaldia/jsp/modulos/P_ciudad/obj/pdf/4congrsodeciudad/LaParticipacion.pdf).
- Guridi González, María Zayda (2007). *Caracterización de pacientes geriátricos con intento suicida en un área de salud*. Revista Psicología de la Salud – Hospitalaria-ocupacional.
- Durkheim Émile (1897). *El suicidio*. Recuperado el 12 de noviembre de 2.009 de <http://es.wikipedia.org/wiki/Suicidio>.
- Videla, Mirta (1991). *Prevención. Intervención Psicológica en salud Comunitaria* (pps. 83-96). Ediciones Cinco. 1991. Buenos Aires. Argentina.
- Videla, Mirta (1991). *Prevención. Intervención Psicológica en salud Comunitaria* (p.91). Ediciones Cinco. Buenos Aires. Argentina.
- Adamson, Gladys Lic. (1984). *Epistemología del ECRO de Enrique Pichón Rivièrè*.
- Hombrados Mendieta, García, Martimportugués Goyeneche, María Isabel, Miguel Anguel, Clara (2004). *Anuario de psicología*. (Vol. 35 No 3.). ISSN 0066-5126, Salud y Desplazamiento (2.005). p. 3. Recuperado el 18 de noviembre de 2009 de <http://pagina.de/desplazados>.<http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/prevesuicidio/prevevictimas.htm> 06/02/05.

Maier, Corinne (2007). *Familia y Psicoterapia*. Editorial Gedisa S.A. Octubre 5 de 2007. ISBN: 978-852-041-3. Barcelona.

Porter, David. Organización Mundial de la Salud OMS (2004). Septiembre 8 de 2004. Recuperado el 18 de noviembre de 2009 de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.

Organización Mundial de la salud OMS. Capitulo 7 P. 201 – 231. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. [www.paho.org/spanish/am/pub/cap7.pdf](http://www.paho.org/spanish/am/pub/cap7.pdf).

Organización Mundial de la Salud OMS (2001). *Prevención del suicidio*. [www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/supre\\_miss\\_protocol\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf).

Monroy González, Alejandra Marcela (2006). Trabajo en red: una aproximación metodológica al trabajo social con familia. Universidad de Antioquia. Medellín.

---