

**El suicidio: Representaciones sociales y desarrollo de competencias en la intervención
por parte de los estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia Seccional
Oriente.**

Leidy Johana Giraldo Villa.

Trabajo de grado para optar al título de Psicóloga

Asesor

Diego Armando Heredia Quintana.

**Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología
El Carmen de Viboral
2019**

Resumen

En esta investigación se pretende conocer cuáles son las representaciones que tienen los estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente con respecto al suicidio, factores asociados, programas y métodos de intervención, así como las competencias necesarias e identificadas en ellos para su respectivo. La metodología utilizada es mixta, ya que implica la recolección y análisis a través de una integración de técnicas cuantitativas y cualitativas, con un diseño secuencial no experimental de carácter exploratorio, ya que se pretende recolectar datos a través de técnicas cualitativas como entrevistas semiestructuradas, categorización y presentación cuantitativa de la información recolectada, y por último, análisis cualitativo (contenido) de los datos obtenidos durante las entrevistas. Encontrándose así, que los estudiantes tienen un conocimiento adecuado sobre el tema, que estos no provienen en gran medida de los espacios de formación académica-profesional, siendo la práctica en diversos casos, el escenario que exige revisión de métodos de intervención.

Palabras claves: Suicidio, Psicología, Representaciones, Competencias.

Abstrac

In this research we try to know which are the representations that psychology students of the Universidad de Antioquia Sección Oriente have regarding suicide, associated factors, intervention programs and methods, as well as the necessary competences and identified in them for their respective. The methodology used is mixed, since it involves the collection and analysis through an integration of quantitative and qualitative techniques, with a non-experimental sequential design of an exploratory nature, since it is intended to collect data through qualitative techniques such as semi-structured interviews, categorization and quantitative presentation of the information collected, and finally, qualitative analysis (content) of the data obtained during the interviews. Finding this way, that the students have urn adequate knowledge on the subject, that these do not come largely from the spaces of academic-professional training, being the practice in several cases, the scenario that requires review of intervention methods.

Keys words: suicide, psychology, social representations, competence.

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	5
1. Planteamiento del problema y justificación	7
2. Marco teórico	15
2.1. Suicidio	15
2.2. Competencias	18
2.3. Representaciones sociales	19
3. Objetivos	22
3.1. Objetivo General	22
3.2. Objetivos Específicos	22
4. Metodología	23
4.1. Tipo de estudio	23
4.2. Población y muestra	23
4.3. Criterios de inclusión	24
4.4. Criterios de exclusión	24
4.5. Instrumentos	24
4.6. Procedimiento	24
4.7. Consideraciones éticas	25
5. Resultados	26
6. Discusión	35
7. Conclusiones	41
Bibliografía	43

Introducción

La investigación El suicidio: Representaciones sociales y desarrollo de competencias en la intervención por parte de los estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente, surge como respuesta a inquietudes que se desprenden del proceso de formación académica en el pregrado sobre el suicidio. Es así que pretende conocer cuáles son las representaciones sociales que poseen los estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente, con respecto al fenómeno del suicidio y las categorías de análisis (definición, métodos de intervención, programas locales, departamentales, nacionales, casos de intento, información del tema conceptual y la fuente, competencias para intervenir, pertinencia de recibir información del tema, suicidio en relación al sexo, suicidio en relación a la edad, causas que lo genera, factores protectores, instituciones y profesionales pertinentes), y cómo se perciben estos en torno a las competencias necesarias para el abordaje del suicidio.

Para dar cuenta de lo mencionado anteriormente se realizaron entrevistas semiestructuradas en la que participaron 10 estudiantes de psicología de los semestres noveno y décimo de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente, en la cual se conoció la percepción que tienen sobre el suicidio, factores y programas de atención. Posterior a esto se hizo la sistematización estadística de las categorías diseñadas para el análisis de los fenómenos nombrados previamente, dando paso a un abordaje cualitativo que permitiese comprender la naturaleza de los datos obtenidos.

De las percepciones de los estudiantes sobre el tema, se expresan condiciones que influyen en la ejecución, así como las fuentes que sostienen sus reflexiones sobre el tema y

las condiciones que delimitan su abordaje, entre ellas: marcos de referencia conceptual, metodologías, acompañamiento docente, cursos, etc.

1. Planteamiento del problema y justificación

Émile Durkheim (1897), definió el suicidio como cualquier caso de muerte que se presente de manera directa o indirecta, de un acto positivo o negativo realizado por la misma víctima sabiendo que se producirá este resultado. (Vargas, Vásquez, Soto y Ramírez, 2015). Para el médico y psiquiatra Nizama el suicidio es el acto autoinfligido para causarse la muerte de manera voluntaria en el que suceden tres etapas, el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí, llamadas en conjunto proceso suicida. (Hernández, 2016) Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio su definición del suicidio, como cualquier acción, donde el individuo se causa una lesión sin importar lo perjudicial del método utilizado y de las intenciones reales. (Vargas et al., 2015).

Por otro lado, según Villalobos en el estudio del suicidio (Suicidology) se propuso la concepción del espectro suicida en el cual se indica que la conducta suicida pasa por estadios de menor a mayor gravedad, entendiéndose estos como un proceso sistemático y/o progresivo de ideas, tentativas y finalizando con el suicidio consumado. (Villalobos-Galvis, 2010).

Vargas et al., 2015, hace referencia que, según la OMS el suicidio es la tercera causa de muerte a nivel mundial, principalmente en las personas entre los 15 y 44 años de edad; y por esta razón, se cree que para el 2020 podría alcanzar la suma de 1,5 millones de muertes por esta causa. Debido a esto, el plan de acción de salud mental 2013-2020 estipuló que la prevención del suicidio es una de las prioridades más importantes, donde se incluyeron herramientas de prevención y promoción para la salud mental, teniendo como meta la disminución de la tasa de suicidio en un 10% para el 2020. (Vargas et al., 2015).

Desde el año 1999, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) ha registrado las cifras del suicidio; esta indica que para el 2015 en Colombia se registraron 2068 suicidios en todo el año, 10% más que en el 2014, mostrando la tasa de lesiones autoinfligidas que fue de 5,22% eventos por cada 100,000 habitantes, mayores de cinco años de edad. El 80% de las víctimas eran hombres, (1655) ya que por cada cuatro hombres que se suicidan, solo una mujer lo hace (413). (Montoya, 2016). El 48,74% de los suicidios se dieron entre las edades de 15 y 34 años de edad, la mayoría en los jóvenes de 20 a 24 años y 25 y 29 de edad, con un porcentaje de 14,60%. (Montoya, 2016).

De acuerdo a lo reportado por INMLCF, el suicidio predominó en personas que no se encontraban en vida marital con un porcentaje de 57,18%. (Solteras, separadas, viudas), mujeres 62,82%, hombres 55,76%. (1397 hombres, 350 mujeres). (Montoya, 2016). En relación a la escolaridad, el suicidio predominó en personas con formación académica básica con un porcentaje de 56,21%, estas personas solo cursaron preescolar y básica primaria, en formación secundaria un 31,98% mientras que en personas con formación universitaria, el suicidio se dio en un 7,49%. (1186 hombres, 296 mujeres). (Montoya, 2016).

En cada etapa del ciclo vital hubo un incremento a nivel mundial, excepto en la etapa de la niñez, tomando como base el año 2006, el incremento en la adolescencia fue aproximadamente de 23% ,en la juventud de 11%, en la adultez de un 44% y en la vejez de un 64%, convirtiéndose en el mayor incremento.(Montoya, 2016). Por otro lado, las cifras del año 2015 indican que hubo un predominio en los departamentos, Arauca (11,68%), Amazonas (10,68%), Caldas (8,45%), Huila (7,75%) y Quindío (7,59%). En contraste se encuentran los siguientes departamentos con la tasa más reducida, Vichada (1,90%), Córdoba (2,81%), Bolívar (2,90%), La Guajira (2,94%), y el Archipiélago de San Andrés,

Provincia y Santa Catalina (3,14%). A pesar que Antioquia no registra las tasas más altas, la conducta suicida se calcula en un porcentaje de 6,37 % de frente a la población nacional. (Montoya, 2016).

Siguiendo con el caso del departamento de Antioquia, en 2011 se registró un porcentaje de 5,09% por cada 100.000 habitantes, del cual 4,86% en relación a la población suicida, perteneció a la ciudad de Medellín. (Vargas et al., 2015). Ahora, en Medellín se hizo un estudio de salud mental con respecto a la ideación suicida en los años 2011- 2012, donde se registró que el 3,59% de la población manifestó la posibilidad de un suicidio, mostrando una mayor prevalencia en las mujeres con un 3,94% mientras que en los hombres fue de 3,01%. El porcentaje para las personas con planeación suicida fue del 1.26%. Las edades con mayor riesgo son de 13 a 18 años y de 30 a 44 años, especialmente en las mujeres con un porcentaje de 5,79% y 5,83%; mientras que las edades con menor riesgo son de 45 a 65 años. En esta ciudad, se presentaron 1105 casos desde el 2005 al 2014, con un promedio anual de 122 muertes, siendo el año 2012 con más casos (149) y 2014 con menos (105). (Vargas et al., 2015).

En el marco de las subregiones, específicamente el Oriente Antioqueño cercano, durante el año 2015 se presentaron los siguientes datos: en El Carmen de Viboral 10,55% por cada 100,000 habitantes en los hombres (2 casos) 5,36 por cada 100,000 habitantes en las mujeres (2 casos); El Santuario 17,93% por cada 100,000 habitantes en los hombres (2 casos), 8,82% por cada 100,000 habitantes en las mujeres (2 casos); La Ceja 18,50% por cada 100,000 habitantes hombres (4 casos) 13,75% por cada 100,000 habitantes en las mujeres (6 casos); Marinilla 23,25% por cada 100,000 habitantes en los hombres (5 casos), 11,69% por cada 100,000 habitantes en las mujeres (5 casos); Rionegro 18,19% por cada

100,000 habitantes en los hombres (9 casos), 9,97% por cada 100,000 habitantes en las mujeres (10 casos). (Montoya, 2016).

Vargas et al., 2015 refieren que hay múltiples factores de riesgo entre ellos los trastornos mentales, traumas de la infancia, eventos estresantes, o pertenecer a población vulnerable, también abusar con el consumo de sustancias, ya que la mitad de los suicidios muestran un estado de embriaguez a la hora de la muerte ya sea por alcohol o por otras sustancias. Hasta un 18% de los alcohólicos mueren por suicidios. (DSSA, 2006; Vargas, Vásquez, Soto, & Ramírez, 2015). Anudado a ello se encuentran como referencias fenómenos causales como rupturas amorosas (26,53%), enfermedades físicas o mentales (26,39%), causas económicas (16,05%), desamor en el caso de las mujeres (13,13%), muerte de un familiar o amigo (2,12%), causas jurídicas (1,86%), causas escolares-educativas (0,93%), maltrato físico, sexual o psicológico (0,66%), causas laborales (0,80%), suicidio de un familiar o amigo (0,53%). (Montoya, 2016). También pueden afectar los sentimientos de pérdida, como la separación de los padres, el abandono familiar, la sensación de soledad, es decir todo lo que tenga que ver con la red de apoyo. Otra posible causa es por la edad que esté pasando el sujeto ya que en la adolescencia se sufren muchos cambios tanto físicos como psicológicos. (Areiza, Y, 2008).

En función de estos datos, se han diseñado estrategias orientadas a la prevención del suicidio, estas se caracterizan por la implementación de una línea telefónica amiga de salud 4444448, en la que se brinda una orientación guiada a la salud mental, al consumo de sustancias psicoactivas, maltrato, violencia y depresión. También se adelantó el programa “Cultura del cuidado en el entorno educativo” en 300 instituciones educativas, con la intención de prevenir los riesgos en el consumo de sustancias psicoactivas, el acoso escolar y otras formas de violencia. Además, está el programa “Servicios de Salud Amigables” la

cual es una estrategia que va dirigida a jóvenes entre los 10 y 29 años y contiene temas relacionados con las transiciones y crisis del ciclo vital, relaciones amorosas, vínculos familiares, resolución de conflictos y consumo de drogas. (Anónimo, 2017).

En el protocolo de vigilancia en salud pública y guía de atención del suicidio y de intento de suicidio del 2006, se tienen estrategias como la inclusión dentro del Plan de Acción Básica de acciones específicas de prevención de suicidio y de promoción de la salud de acuerdo al riesgo del municipio, el fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública en la morbimortalidad por conducta suicida por la identificación e intervención temprana de factores de riesgo individuales y colectivos, un diagnóstico oportuno en los trastornos mentales primordialmente en la depresión en la consulta médica y la psicológica, incrementar las acciones de salud mental, optimizar y/o fortalecer las redes de apoyo de las personas, fomentar un tratamiento con responsabilidad por los medios de comunicación, formar los profesionales de la atención médica primaria de la salud en la atención inmediata y su posible tratamiento, reducir el acceso a los medios para llevar a cabo el suicidio. (DSSA, 2006).

En 2014 se realizó una nueva versión de este protocolo donde se estipulaban estrategias a nivel individual como la alerta a la EPS de cada caso que se identifique con esta problemática para poder llevar a cabo una intervención temprana y oportuna, en los casos de alto riesgo, se llevarán a cabo dos seguimientos, uno en el primer mes posterior a el intento de suicidio y el segundo cuando haya pasado dos meses después, y también estrategias a nivel colectivo, fortalecer la coordinación interinstitucional entre la EPS y la ESE, secretarías de salud de los municipios y departamentos, al igual que redes de urgencias, la sensibilización y educación de la comunidades sobre los factores de riesgo más frecuentes, su identificación y manejo; promover la generación de las familias y

comunidades protectoras de la salud mental para que contribuyan en la identificación temprana y la dirección de los casos de los casos. (Transmisibles & Zoonosis, 2014).

De acuerdo con Montoya 2016 en Colombia el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública ya que se encuentra en aumento año tras año. (Montoya, 2016). Por su parte, Jorge González, doctor de salud pública y epidemiólogo, expresa que es importante estar investigando constantemente el tema e implementar un entrenamiento en resolución de problemas para que los niños aprendan a lidiar con los conflictos en su vida. En razón de esto, el director del Instituto de Medicina Legal Carlos Valdés concluye que la estrategia para prevenir es de todos y debe tomarse el tema del suicidio como lo que es, un problema de salud pública que debe ser abordado desde el sector de la salud, educación, al igual que en la vivienda, recreación y justicia. (Anónimo, 2017).

De acuerdo con la guía de protocolo de vigilancia del intento de suicidio, son varios los profesionales que pueden intervenir en estos casos; estos son: médicos, enfermeros, paramédicos, psicólogos y psiquiatras que se encuentran capacitados para la atención primaria en los centros hospitalarios. Estos, además de tener un conocimiento previo acerca de la problemática, son entrenados para intervenir de manera adecuada la situación de crisis que sostiene la ideación o ejecución fallida de una conducta suicida. (DSSA, 2006; Hernández, 2016; Transmisibles & Zoonosis, 2014, 2017).

Frente a los psicólogos, se desprende del protocolo de vigilancia que los mismos deben estar capacitados para hacer una intervención en las comunidades, ya sea por medio de campañas o talleres, asimismo, pueden hacer intervenciones en crisis y después de esto, trabajar con la familia. A nivel individual, los psicólogos también pueden entrar a cumplir un rol importante en la detección y atención temprana de los trastornos mentales, ya que muchos de estos, tales como los trastornos depresivos, la esquizofrenia, trastornos

impulsivos, por uso de sustancias, por ansiedad generalizada, distimia, bipolaridad, trastorno límite de la personalidad, están asociados al suicidio en un 45%. (Rayó, 2016; Montoya, 2016; DSSA, 2006; Hernández, 2016; Transmisibles & Zoonosis, 2014, 2017). La intervención de este componente de salud mental indica que la labor del psicólogo juega un papel fundamental en el adecuado abordaje de los casos de suicidio, siendo necesaria una formación orientada a la evaluación o diagnóstico, así como la identificación de factores protectores que orienten las respectivas metodologías o de intervención. Ahora, se espera que el psicólogo pudiese responder desde su formación a las necesidades que se expresan a través de un fenómeno como el suicidio, sin embargo, en espacios de formación académica como los de la Universidad de Antioquia (UdeA) al estudiante de psicología no se le prepara para atender este tipo de casos. Al revisar el Proyecto Educativo del Programa (PEP, 2008) de psicología de UdeA, su malla curricular está orientada a formar psicólogo éticos y socio humanísticos que puedan atender de manera individual o como integrante de grupos interdisciplinarios (Universidad de Antioquia, 2008); esta formación básica responde a una serie de fenómenos de contexto que se ubican en el plano de lo general y, aun cuando un pregrado no tiene características de especialización epistemológica o metodológica, los cursos que se orientan hacia a la intervención no abordan el suicidio de manera rigurosa, limitando así la posibilidad de adquirir nociones básicas para su abordaje.

Para el estudiante de psicología que está próximo a graduarse de la Universidad, esta ausencia de formación podría constituirse en una problemática, ya que genera un vacío en el desarrollo de competencias que le impide responder adecuadamente a este tipo de fenómenos, inclusive, ausencia de herramientas epistemológicas que le permita discriminar aquellas situaciones de riesgo suicida que permitan realizar una adecuada remisión que garantice salvaguardar la integridad de las personas.

De este modo, surgen inquietudes alrededor de las representaciones que tienen los estudiantes de psicología acerca del suicidio, así como la necesidad de indagar sobre su formación a través del pregrado y conocer su percepción alrededor de las herramientas de intervención que tendría para abordar el suicidio en el ámbito profesional, todo ello orientado a la posibilidad de crear nuevos escenarios de aprendizaje universitario que responda a las necesidades percibidas por los estudiantes alrededor de fenómenos circundantes como lo es el suicidio. En este orden de ideas, es menester preguntarse ¿cómo conciben el fenómeno suicida los estudiantes de psicología de la seccional oriente de la Universidad de Antioquia? y, a su vez, ¿qué competencias tienen o han desarrollado a través de la formación del pregrado para atender o abordar casos relacionados con conductas suicidas?

2. Marco teórico

2.1. Suicidio

De acuerdo a Morón (1992), el suicidio se ha visto a través de la historia como un acontecimiento *bipolar*, es decir, por un lado, como algo valioso y glorioso, que honra, una prueba de libertad, y por otro lado, como algo que va contra lo humano y lo divino. (Montes, 2009). Esto se puede observar en el continente de Asia, en países como India el suicidio era considerado como la liberación de los males, por eso se hacía en fiestas religiosas, en China y Tibet, se buscaba la perfección o huir del enemigo, en Japón practicaban el harakiri (suicidio voluntario) para alcanzar sus divinidades, mientras que en lugares como Grecia, las personas que se suicidaban no tenían derecho a ser sepultadas y se les castigaba con la amputación de su mano derecha la cual era enterrada en un lugar diferente a su cuerpo, y en Roma, las personas que eran encontradas en el acto (intento de suicidio) eran rescatadas y castigadas severamente, ya que era algo que estaba prohibido. (Morón, 1992).

El término suicidio proviene del latín *sui* y *occidere* que significa “matarse a sí mismo”, y se entiende como un acto autoinfligido que consiste en quitarse la vida por voluntad propia, intencionada, en la que se puede ver implicada tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida, las cuales son, el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Mientras que la conducta suicida es entendida como toda acción mediante la cual el sujeto se causa una lesión, sin importar la letalidad, causando o no la muerte del individuo. (Nizama Valladolid, 2011). Por su parte, Edwin Shneidman, el suicidio “es un acto consciente de autoaniquilación que se entiende como un malestar pluridimensional en un

individuo que percibe este acto como la mejor solución” (En García de Jalon & Peralta, 2015 pag-88).

El suicidio y la conducta suicida, han sido una gran problemática de salud pública desde una perspectiva epidemiológica, ya que tiene un impacto en la morbi-mortalidad de la población joven, a nivel mundial y nacional. (González, C; et al 2015). Esto fue dicho también por la OMS en el 2003, mostrando que es una de las principales causas de muerte en el mundo, principalmente en niños y jóvenes. (OMS, 2003).

Sobre este fenómeno operan diferentes factores, entre ellos la edad, el género, situaciones sociales, familiares, etc. Según la Asociación Médica Mundial -AMM- (2017) el suicidio se ha convertido en una de las principales causas de muerte principalmente en los adolescentes, ya que anteriormente los adolescentes morían de causas naturales y ahora se está viendo cómo se mueren de manera previsible. La AMM también manifiesta que algunos de los factores de riesgo son la depresión, la baja autoestima, el estrés emocional, la soledad emocional, el abuso del alcohol y las drogas, el gusto por los peligros.

Los factores de riesgo pueden dividirse en factores predisponentes, en los cuales se encuentran el hecho de haber pasado por la muerte de un familiar, o que alguien de la familia se haya suicidado, o que cuente con inestabilidad emocional, también en factores precipitantes, como lo son la fase inicial de un trastorno mental, los pensamientos suicidas, el acceso a métodos letales, el acoso.(Blasco-Fontecilla et al., 2010, citado en Echeburúa, 2015). Respecto a los factores protectores se puede decir que estos son, la resistencia en los pensamientos y conductas suicidas, esto se relaciona con una autoestima adecuada, también una estabilidad emocional, al igual que tener flexibilidad cognitiva y la impulsividad controlada, también estrategias de afrontamiento especialmente en la resolución de

conflictos. (Echeburúa, 2015). Se constituye también como factores protectores las buenas relaciones interpersonales, tener apoyo familiar, incluso los animales domésticos puesto que ofrecen su compañía y demuestran afecto hacia sus dueños. Otro factor de gran importancia es estar en tratamiento psicológico o médico si se cuenta con un trastorno mental o un dolor crónico. (WHO, 2014, En Echeburúa, 2015).

La conducta suicida implica tres componentes básicos en la toma de decisiones, el primero que es a nivel emocional, es decir sienten un sufrimiento intenso; el segundo a nivel conductual, ausencia de recursos psicológicos para encontrar soluciones; y el tercero a nivel cognitivo que no se encuentra esperanza en un futuro, mostrando que la única salida es la muerte. Por esta razón, el suicidio no se considera un problema moral, los que intentan suicidarse no son ni valientes ni cobardes, son solo personas que sufren y no tienen espereza alguna en el futuro. (Bobes, Giner y Saiz, 2011 citado en Echeburúa, 2015).

Según Vargas, Vásquez, Soto, y Ramírez (2015), la idoneidad profesional para tratar estos casos se establecen de acuerdo al riesgo de la persona de suicidarse; si la persona tiene un riesgo bajo, se puede hacer una atención ambulatoria y prestar primeros auxilios psicológicos, evaluar la posible presencia de algún trastorno psiquiátrico esto lo debe hacer un psicólogo o un médico general que conozcan del tema de conducta suicida, y si consideran pertinente se remite a psiquiatría. Si por el contrario el riesgo es alto, son los médicos generales y personal de urgencias quien debe tratar las lesiones que presente la persona, después de esto realizar una remisión a psiquiatría, esta la debe hacer el médico general, mientras se da la remisión se hospitaliza siendo vigilado durante 24 horas con acompañamiento constante de la familia, al terminar esto se debe recibir tratamiento y dicho tratamiento debe incluir atención psiquiátrica y psicológica.(Vargas et al., 2015).

Ahora, dado que la investigación se sostiene en relación a las competencias que desarrollan los psicólogos frente a la intervención del suicidio, es necesario comprender de qué se trata dicha disposición en términos de competencia.

2.2. Competencias

Las competencias pueden determinarse como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, que poseen las personas. En este sentido, el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (ICFES, 2016) define competencia como la capacidad de gran complejidad que agrupa, tanto conocimientos como habilidades y destrezas, al igual que prácticas y acciones que ponen de manifiesto un desempeño en algunas situaciones y contextos específicos. (ICFES, 2016).

Éstas se construyen, se desarrollan y evolucionan permanentemente; por lo tanto, se puede precisar que ser competente es una construcción continua que se va mejorando, evolucionando y perfeccionando con el tiempo, mediante la capacitación y la puesta en práctica de los saberes previos sobre algún tema u oficio específico. (ICFES, 2016)

No obstante, considerando que uno de los alcances de las competencias es el de identificar resultados laborales fijos que se puedan suplir mediante las diferentes funciones que desarrolla un colaborador en un área de trabajo específico, se puede determinar que el poseer habilidades no necesariamente implica ser competente, puesto que no se es competente por las destrezas o capacidades que se conocen, sino por la movilización eficiente y eficaz para resolver los problemas que las organizaciones plantean; es decir, saber no es suficiente, es la aplicación y la puesta en práctica de los conocimientos, el mecanismo ideal para ser competente. Ahora bien, no basta sólo con poner en práctica

dichos saberes aisladamente, sino que se trata de algo más complejo, es el saber encadenar y desencadenar dichas destrezas para el alcance de objetivos. (QUIÉN, AÑO. En Salas, Díaz & Pérez, 2012).

Así, la competencia profesional es entonces la confluencia de tres elementos: lo ya sabido, la experiencia que se va adquiriendo con el trabajo y un estudio continuo de conocimientos nuevos que se hacen necesarios para incorporarlos en relación al ejercicio. (León, 2002). Asimismo, se puede decir que las competencias componen una complicada serie de comportamientos que muestran si el profesional tiene la capacidad para movilizar y relacionar sus conocimientos, habilidades, experiencias, actitudes, valores, con el fin de resolver o poder enfrentarse a situaciones del mundo, tanto personal como profesional, ciudadano y social, ya que las competencias implican capacidades personales que se convierten en propósitos para alcanzar. (Alonso-Martín, 2010).

2.3. Representaciones sociales

Las representaciones sociales son formas de interpretación de la realidad cotidiana, por medio de la actividad mental individual y grupal, con el fin de tomar una posición de alguna situación o hechos que le conciernen. También se entienden como maneras de conocimiento socialmente elaborado y compartido, teniendo así una visión práctica y una construcción de la realidad en un vínculo social. (Bueno Abad, 2000).

Durkheim (1898) acuñó el término de representaciones colectivas para asignar una forma de fenómeno social del cual se constituyen las representaciones individuales, para dar una explicación de la relación entre individuo y sociedad.(Ibañez, 1988). Las representaciones colectivas son elaboraciones de la mente colectiva que trasciende al individuo particular y hace parte de la cultura de una sociedad. (Ibañez, 1988). Este autor

realizó una diferenciación entre sociología y psicología, en la primera se realizaba un análisis de representaciones colectivas y en la segunda un análisis de las representaciones individuales. (Mora, 2002).

Según Moscovici (1979), las representaciones sociales son una modalidad de un conocimiento, que tiene como fin la comunicación entre personas y una elaboración de su comportamiento. La representación es un conjunto de conocimientos y actividades a nivel psíquico que permite que el hombre pueda hacer comprensible la realidad tanto social como física, los cuales se integran en un grupo de intercambios liberando los poderes de la imaginación. (Moscovici, 1979. en Mora, 2002, pp 17).

Para Jodelet (1984), las representaciones sociales son la forma en que las personas como sujetos sociales comprenden los acontecimientos que se presentan en la vida diaria, las características del medio ambiente y la información que en él va circulando y las personas del entorno próximo y lejano. (Jodelet, 1984, citado en Montes, 2009)

Robert Farr (1983), fue uno de los que se interesó por estudiar la teoría de las representaciones de Moscovici, y también ofreció su definición de esta, señalando que las representaciones sociales aparecen cuando los individuos pueden discutir acerca de un mismo tema o cuando hay acontecimientos de interés por los medios de comunicación. También agrega que las representaciones tienen una doble función, la cual es “hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible”. (Mora, 2002).

Otra de las investigadoras que se interesó por el tema fue María Auxiliadora Banchs (1982), quien interpretó la representación social como la forma del conocimiento de sentido común que divulgan de manera constante los medios de comunicación en una sociedad. Las

cuales son una manera de adquisición y comunicación del conocimiento con un lenguaje cotidiano. (Mora, 2002).

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Conocer las representaciones sociales de los estudiantes de psicología alrededor de las competencias para la intervención del suicidio en la Seccional Oriente de la Universidad de Antioquia.

3.2. Objetivos Específicos

- Indagar por la percepción que tienen los estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente sobre el suicidio.
- Establecer si los estudiantes de psicología cuentan con la formación para atender fenómenos suicidas.
- Reconocer las competencias que tienen los estudiantes de psicología para el abordaje de fenómenos suicidas.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

El desarrollo de la investigación estará sujeta a una metodología mixta, ya que implica la recolección y análisis a través de una integración de técnicas cuantitativas y cualitativas, que facilita la aproximación al fenómeno a través de categorías de análisis que son susceptibles de interpretación a través de un carácter explicativo, más que descriptivo (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2006; Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2010).

El diseño será secuencial no experimental de carácter exploratorio, ya que se pretende recolectar datos a través de técnicas cuantitativas y una segunda fase donde se analizan los datos de manera cualitativa; no busca manipular variables, y por sus pocos antecedentes no busca dar explicaciones generalizables, sino aproximarse a las características que constituyen un fenómeno, de allí que no sea necesaria la representatividad.

4.2. Población y muestra

La población de esta investigación son los estudiantes de psicología entre octavo y décimo semestre de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente, ya que estos están cursando sus prácticas profesionales y, en tanto están cerca de su graduación, tendrían mayor condición para expresar aquellos aspectos que resultan insuficientes para su formación profesional. El universo de la población es de 60 estudiantes, sin embargo, por la naturaleza de la investigación y su diseño, la muestra será elegida de manera intencional,

expresada en el deseo y disponibilidad para participar del estudio. Es así, que se espera contar con 10 personas entrevistadas.

4.3. Criterios de inclusión

- Estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia.
- Estar cursando del octavo semestre en adelante.
- Estar cursando alguno de los tres niveles de prácticas.

4.4. Criterios de exclusión

- Estudiantes de otras carreras.
- Estudiantes que estén cursando semestres anteriores al octavo semestre de psicología.
- Estudiantes que estén en el octavo y décimo semestre de psicología y no estén haciendo prácticas.

4.5. Instrumentos

Se utilizará una entrevista semiestructurada, esta se apoyará de preguntas cerradas para obtener datos sociodemográficos. La entrevista será diseñada exclusivamente para evaluar la concepción, conocimiento y necesidades que tienen los estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia Seccional Oriente en relación al fenómeno de investigación.

4.6. Procedimiento

Primero se escogerán unas personas que serán parte del pilotaje de la entrevista con el fin de observar si la entrevista diseñada permite recolectar la información que se

pretende; después de esto se selecciona a las personas que harán parte de la investigación, los cuales, previo consentimiento informado, les será realizada la entrevista.

Posteriormente, se dispone a hacerse la sistematización de los datos por medio de la estadística descriptiva a través del paquete de herramientas que ofrece Microsoft Office, y después un análisis cualitativo de los resultados que se recolectaron.

4.7. Consideraciones éticas

Para la presente investigación serán considerados los lineamientos éticos establecidos en la ley del psicólogo 1090 de 2006, específicamente los artículos 36 y 52, los cuales precisan el uso del consentimiento informado para las personas que harán parte de la investigación.

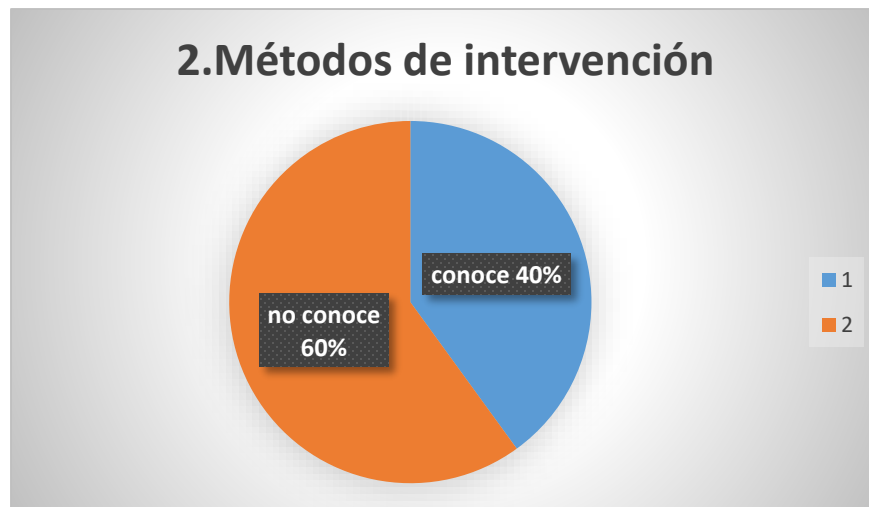
También se tiene en cuenta el título II disposiciones generales y el numeral 5 que refiere la confidencialidad de la información con el fin de proteger la intimidad y mantener en privacidad su identificación. Igualmente se tiene en cuenta el artículo 50, el cual habla de que los profesionales de psicología al llevar a cabo investigaciones, deben proteger y defender el bienestar y los derechos de los participantes y también guiarse de principios éticos que velen por la dignidad y el respeto del participante.

No habrá compensación económica ni reconocimiento de otro orden, por otro lado, no se harán devoluciones específicas, pero los resultados estarán a disposición en el sistema de bibliotecas universitarias de la Universidad de Antioquia.

5. Resultados

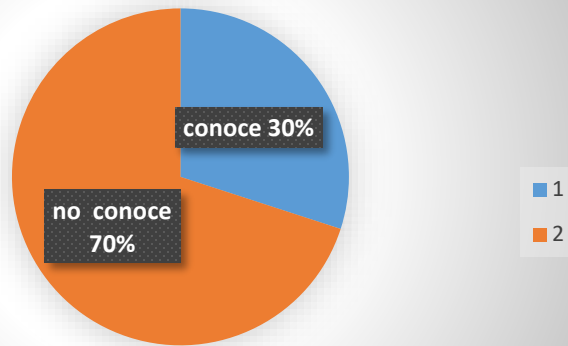


La mayoría de los estudiantes manejan un concepto del suicidio que se acerca conceptualmente a lo expresado teóricamente.



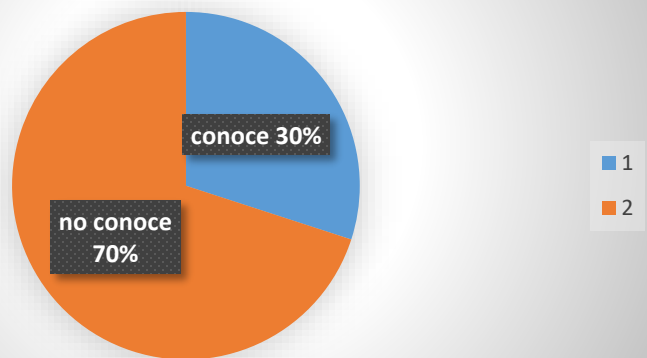
A pesar de manejar un adecuado concepto sobre el suicidio, la mayoría de los estudiantes no conoce métodos de intervención, es de anotar que este conocimiento sobre los métodos, no implica un saber práctico sobre la intervención del suicidio.

3. Programas locales



La mayoría de los estudiantes no conocen programas locales, ahora, quienes conocen programas manifestaron conocimiento en un plan de intervención que estaba implementando la clínica de La Ceja, para trabajar a nivel familiar con los pacientes de intento de suicidio, también hay una oficina de atención de suicidio en la dirección local de salud de dicho Municipio, en la que se implementan talleres en colegios y se le hace un seguimiento a las personas que han intentado suicidarse; también se mencionó programas desde la secretaria de salud de El Carmen de Viboral, en el cual realizan charlas en las instituciones educativas con la intención de prevenir el suicidio.

4. Programas departamentales

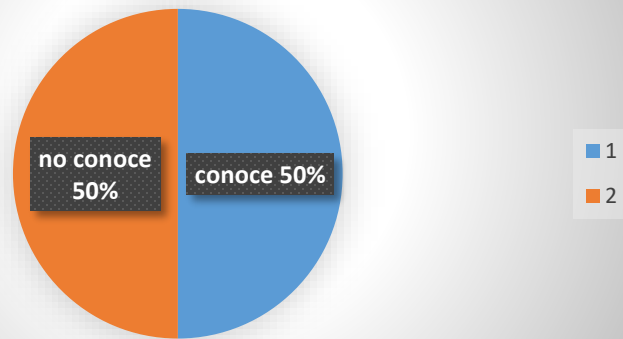


La mayoría no conocen programas departamentales, aquellos que indican conocer, refieren que se busca promover factores protectores para disminuir el riesgo, también se menciona programas orientados a los hábitos saludables y a la buena ocupación del tiempo libre, se comentó que la funeraria San Vicente tiene grupos de apoyo para personas que se les ha suicidado un familiar y también para personas con ideación suicida; sin embargo, esto no constituiría un conocimiento claro o específico de los programas que hay a nivel departamental en temas relacionados con el suicidio.



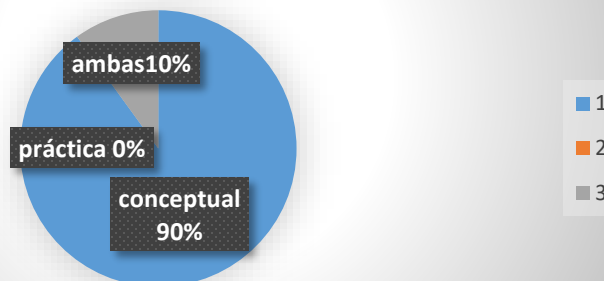
La mayoría de los participantes manifestaron no tener conocimiento acerca de los programas nacionales o políticas públicas que hay para el abordaje del suicidio, sin embargo, aquellos que manifestaron conocer, refirieron que desde el ministerio de salud hay una campaña que se llama Jóvenes por la vida, el cual es un programa para hacer seguimiento a las personas que han intentado suicidarse o de familiares de personas que se suicidaron y también organizaciones que se dedican a buscar todas las estadísticas de este fenómeno.

6. Casos de intento



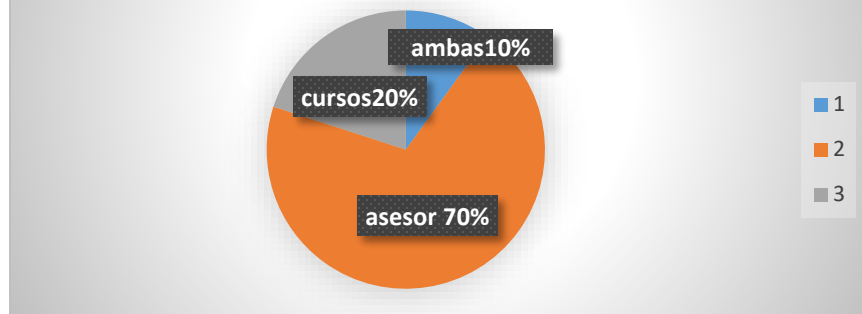
La mitad de los participantes manifestaron no haberse enfrentado a un caso de intento de suicidio, ya que sus prácticas profesionales no los llevaron a atender este fenómeno, mientras que la otra mitad de los participantes manifestaron que en sus prácticas les tocó enfrentarse a atender este tipo de casos.

7. Información del tema Conceptual



La mayoría de los participantes manifestaron que lo poca información que recibieron en el pregrado se dio de manera conceptual, y solo uno de los participantes manifestó haber obtenido información de manera conceptual y en sus prácticas.

7.1. información del tema Fuente



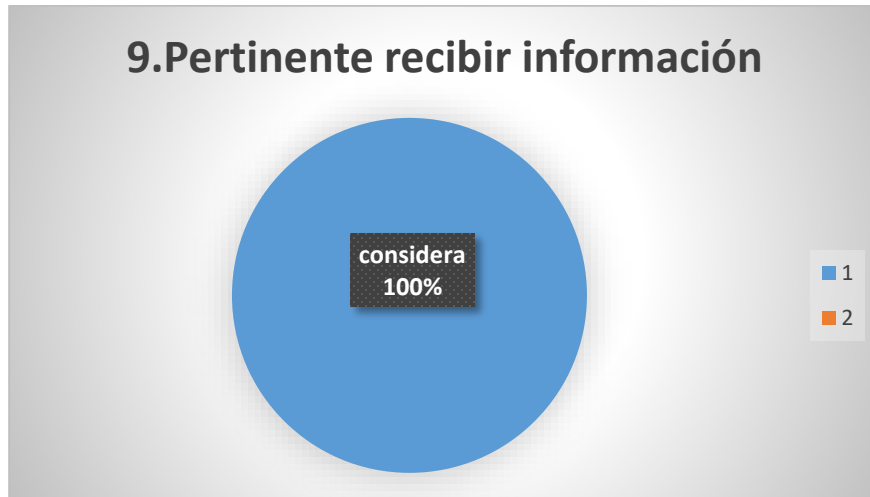
Así mismo los participantes manifestaron que en su mayoría la fuente de información fue por parte de sus asesores de prácticas.

8. Competencias para intervenir



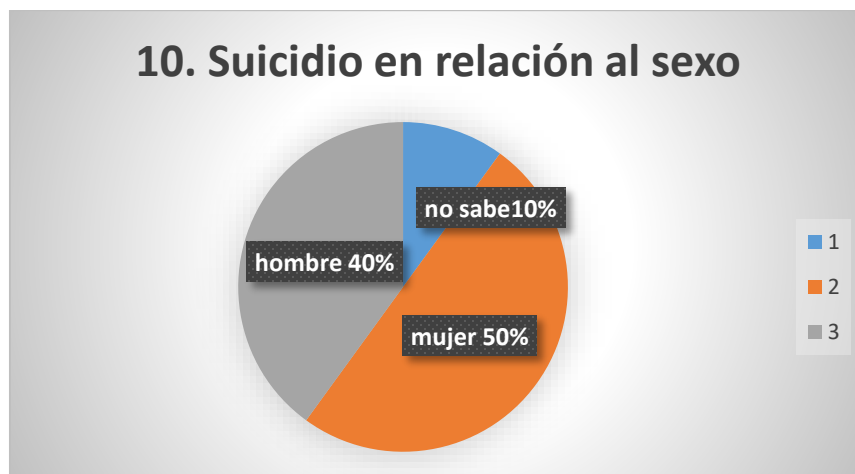
La mitad de los participantes refirieron tener competencias para intervenir casos de intento de suicidio puesto que consideraban que el hecho de haberse enfrentado a estos casos en sus prácticas, les daba herramientas para atenderlo, y la información recibida en las prácticas y cursos le daba estas competencias; mientras que la otra mitad manifestaron no tener las competencias suficientes para atender estos casos ya que no cuentan con la información necesaria para hacerlo, y tampoco con la experiencia necesaria.

9. Pertinente recibir información



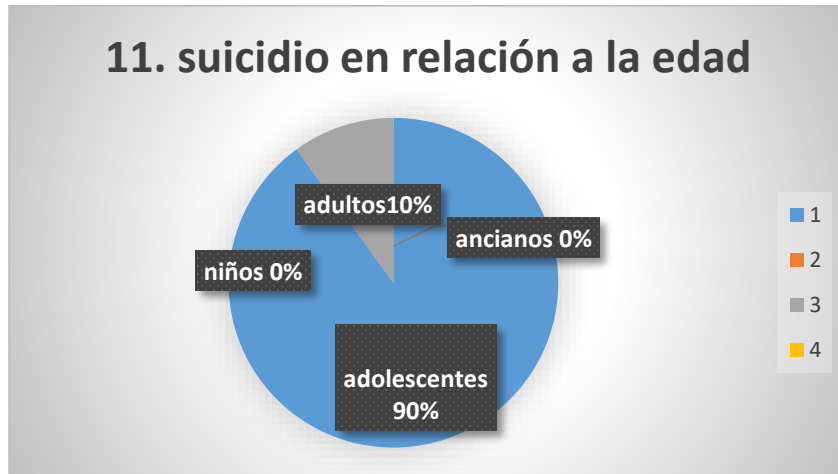
Todos los participantes coincidieron en que era demasiado importante y pertinente recibir información acerca del tema del suicidio, ya que ha sido una problemática que ha estado muy presente y ha ido aumentando con los años.

10. Suicidio en relación al sexo



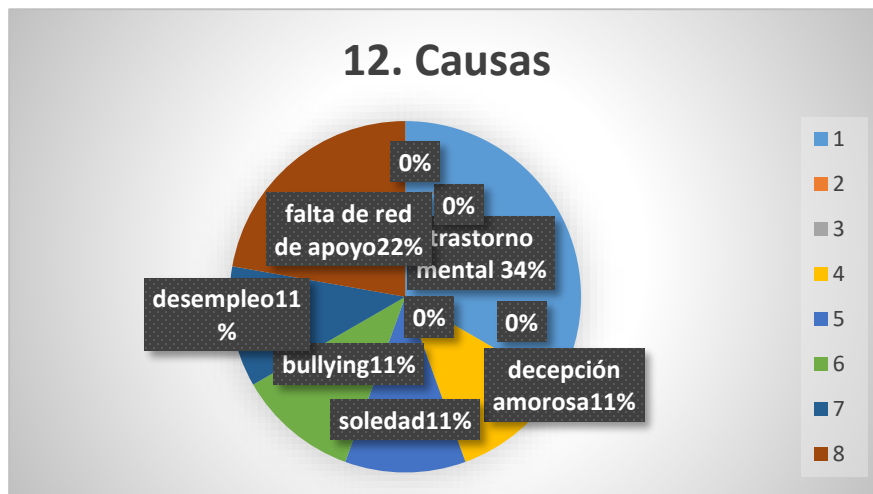
La mayoría de las personas refirieron que las mujeres eran las que más se suicidaban, pero gran parte de este porcentaje reconocen que hablaban desde sus prejuicios y creencias para dar esta respuesta, mientras que los que respondieron que los hombres, manifestaban que su respuesta la basaban en investigaciones y estadísticas.

11. suicidio en relación a la edad



La mayoría de los participantes manifestaron que los adolescentes son más propensos a cometer suicidio, sin embargo, fueron muy pocos los que optaron de segunda opción a los adultos mayores, ya que consideraban que los adultos jóvenes cometían suicidio más que los ancianos, y ninguno pensó que los niños tuvieran un porcentaje alto en el fenómeno del suicidio, si creían que los niños pudieran cometer suicidio, pero que era la población con el índice más bajo.

12. Causas



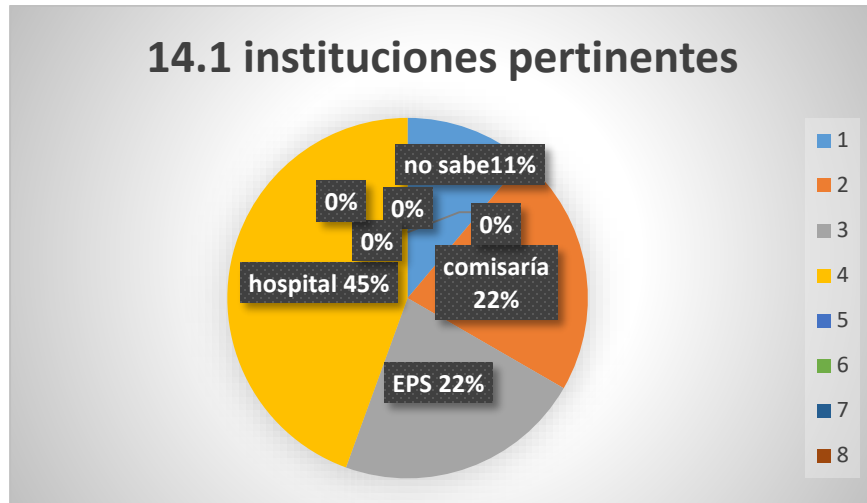
La causa que más predominó fue tener un trastorno mental, seguido de la falta de red de apoyo, y también fueron mencionadas otras causas, como el desempleo, la soledad,

decepción amorosa, Bullying, al igual que la muerte de un familiar y el consumo de sustancias psicoactivas, aunque estas causas no tuvieron un porcentaje alto, también es importante tenerlas en cuenta.



El factor protector que mayor porcentaje obtuvo fue la red de apoyo, puesto que lo participantes consideraban que si la persona tener buenas relaciones con familiares y amigos podría disminuir el riesgo de cometer suicidio, otros factores protectores son comunicación, programas orientados a la prevención y apoyo profesional que también son importantes tener en cuenta.

14.1 instituciones pertinentes



Con respecto a las instituciones pertinentes para tratar el suicidio, la mayoría de los participantes manifestaron que los hospitales eran el lugar más adecuado para atender esta problemática, seguido de la EPS y la comisaría de familia.

14.2. Profesionales



La mitad de los participantes refirió que los profesionales idóneos para atender este caso eran los psicólogos y la otra mitad optó por los psiquiatras, a pesar de tener a estos profesionales de primera opción, también mencionaron someramente a profesionales como médicos, enfermeras, y docentes.

6. Discusión

El suicidio como fenómeno relacionado con la salud mental, supone interés por parte de las personas que participan en el proceso investigativo, ya que al mencionarle de qué trataba la entrevista -investigación- se interesaron por contestarla.

La mayoría de los participantes dan cuenta de un conocimiento del fenómeno a través de la información recibida por cursos dictados en la Universidad, constituyéndose en temas tangenciales a las temáticas de los mismos; de igual modo, dicho conocimiento se debe al acompañamiento de los asesores de práctica. Ahora, este parece derivarse en mayor medida de los profesores que son asesores de práctica, estando supeditado dicho saber sobre el fenómeno a aquellos casos que son reconocidos en el contexto.

De acuerdo a lo que se desprende de las entrevistas, este conocimiento no garantiza la competencia para intervenir casos de suicidio, aspecto sostenido por la mitad de los participantes, sin embargo, aun cuando tuviesen nociones sobre el fenómeno, legitiman la exposición a estos casos como un factor que cualifica el abordaje, ya que refieren en gran medida que la experiencia irá potenciando el saber que se va obteniendo, es decir, la competencia en este caso no constituye una construcción de saber a priori, sino que se desarrolla en relación a la exigencia de la experiencia práctica. Según Alonso- Martín (2010) para que una persona tenga una competencia profesional debe poseer no solo el conocimiento y la experiencia, sino también ciertas habilidades, actitudes y valores, esto quiere decir que, a pesar de obtener la experiencia, no trabajar en el conocimiento acerca del fenómeno podría conllevar a la estructuración de imaginarios frente a la adquisición de la competencia y, de igual modo, generar intervenciones sostenidas en idearios que no

constituyen saber disciplinar frente a la forma en que se abordan dichos fenómenos, poniéndose en cuestión la eficacia de las mismas.

Respecto a los factores protectores que se mencionaron, a pesar que todos eran estudiantes de psicología, sólo una optó por referir la búsqueda de ayuda profesional, mientras que los demás asociaron los factores a las redes de apoyo, manifestando que era importante tener *buenas relaciones* de comunicación con la familia y amigos. Para la World Health Organization -WHO- (2014. En Echeburúa, 2015), lo mencionado por los participantes está contemplado como factores de protección, sin embargo, dichos factores también responden a condiciones propias (intrínsecas) de las personas, entre ellas, la impulsividad controlada, una autoestima adecuada, las creencias religiosas, flexibilidad cognitiva, estrategias de afrontamiento especialmente en las habilidades sociales y en la resolución de conflictos (Mann, 2005, en Echeburúa,2015) ahora, la WHO otorga especial relevancia a la ayuda profesional, configurándola como un factor protector que facilita la temprana detección y la atención posiblemente adecuada del fenómeno, evitando así llegar al acto. De acuerdo a lo mencionado, se puede decir que los participantes de la entrevista no contemplaron las condiciones intrínsecas como factores protectores.

Aunque la mayoría de los participantes acertaron en el ciclo evolutivo más propenso a cometer suicidio (Adolescencia), sus respuestas no se basaron en estadísticas o datos que se desprendan de investigaciones o fuentes documentadas; en este orden de ideas, lo expresado se sostiene en creencias que tienen los estudiantes con respecto al tema; así mismo pasó al dar respuesta frente a quiénes se suicidaban más en relación al sexo, lo expuesto sugiere que se desprende de los prejuicios en ausencia de datos estadísticos o elementos propios de la investigación científica alrededor del fenómeno; incluso, algunos

de los participantes confundieron ejecución con éxito en la conducta suicida, aspecto que es relacionado con la idea que las mujeres son quienes más se suicidan. Con relación a lo anterior, Montoya (2016) expresa que los hombres tienen mayor eficacia en la ejecución de conductas suicidas, debido a la efectividad de los métodos utilizados, entre los cuales se destacan el uso de armas de fuego, lanzamiento al vacío y el ahorcamiento.

Otro aspecto que se pudo discriminar fue que los participantes manifestaron que los profesionales idóneos para la atención de casos de suicidio son los psicólogos y los psiquiatras, no obstante, no dejan de lado que profesionales de la salud como médicos y enfermeros estén capacitados para el abordaje de estos casos; igualmente los docentes, ya que las instituciones educativas son entidades propensas a que sus estudiantes tengan alguna crisis con contenido suicida. De acuerdo con lo planteado por los entrevistados, y en consonancia con el protocolo de vigilancia de salud pública y guía de atención del suicidio y de intento de suicidio (DSSA, 2006), se considera necesario capacitar para la atención primaria del fenómeno a todo el personal de la salud, es decir, que sepan atender a una persona que se encuentre en una crisis, para que después de pasar este momento puedan ser remitidos a psicólogos o psiquiatras que se encarguen del abordaje de esta problemática. Esto supone que los participantes tienen una perspectiva más amplia con respecto a la atención primaria en tanto están considerando que otros profesionales aparte de psicólogos y psiquiatras, con la capacitación adecuada, podrían estar en condiciones de atender las crisis y remitir a la entidad correspondiente.

Las Entidades Prestadoras de Servicio (EPS), la comisaría de familia, hospitales, instituciones educativas, centro de orientación familiar, la secretaria de salud y la policía, fueron identificadas como instituciones pertinentes para atender estos casos, pero de estas

respuestas, las más repetitivas fueron las EPS y los hospitales. Con respecto a estas dos últimas, la guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida (2014) considera que la hospitalización se hace necesaria en casos donde la persona ha intentado suicidarse y el suceso haya pasado en las últimas horas, después de esto se remite a psiquiatría en caso que haya comorbilidad con trastornos mentales y requiera medicación. La primera ayuda que recibe la persona es a través de una entrevista clínica que servirá para establecer si la persona se encuentra trastornada, desorganizada o desesperada para ejecutar la conducta suicida. (Alcaldía de Medellín, 2014). Ahora, los participantes no hacen referencia a urgencias psiquiátricas, ello podría responder a que en muchos de los municipios de la región no se cuenta con este servicio, quedando supeditada la atención de estos casos a servicios de urgencias convencionales en tanto haya compromiso de la integridad física. Se destaca que un participante refiere que el municipio de La Ceja cuenta con este tipo de urgencias en la Clínica San Juan de Dios, la cual es privada.

Por lo mencionado anteriormente, se puede indicar que en la respuesta de algunos de los participantes se observa que hay un leve conocimiento de las entidades prestadoras de servicios, sin embargo, no manifiestan conocer las rutas que se deben seguir en cada una de estas instituciones y cuáles son las más idóneas para este tipo de casos.

Por su parte, las causas más frecuentes para cometer suicidio que se identificaron fueron: los trastornos mentales, eventos “traumantes”, muerte de familiares, Bullying, soledad, decepciones amorosas, falta de red de apoyo, consumo de sustancias psicoactivas y problemas socioeconómicos; estos últimos se encuentran en los detonantes del suicidio de acuerdo a algunos estudios como los de autores como Montoya (2016). Aunque los estudiantes no están patologizando el fenómeno, si manifiestan que algunas enfermedades

mentales como la depresión pueden llevar al sujeto a que se suicide. Según el protocolo de vigilancia de salud pública y guía de atención del suicidio y de intento de suicidio (DSSA, 2006), si se hace una identificación y un diagnóstico oportuno en los trastornos mentales de riesgo, especialmente en la depresión, se podría prevenir en mayor medida el suicidio en las personas.

Respecto a la pregunta que indagaba por el conocimiento de programas a nivel local, departamental y nacional; fueron muy pocos los participantes que manifestaron saber algo del tema; sólo se dio alguna referencia en quienes realizaban prácticas en dependencias públicas de la alcaldía, sin embargo, fue mencionado un programa específico a nivel nacional llamado Jóvenes por la vida, el cual tiene como principal labor hacer seguimiento a las personas que han intentado suicidarse y a familiares de personas que se suicidaron. Ahora, las actividades mencionadas como los talleres relacionados con el tema en colegios, apoyo a las familias, pueden pensarse como estrategias utilizadas, pero no se enmarcan en programas establecidos. Con las respuestas recibidas se podría decir que los participantes no tienen conocimiento de las estrategias que propone el protocolo de vigilancia de salud pública y guía de atención del suicidio y de intento de suicidio (DSSA, 2006).

De acuerdo a los diferentes datos que se obtienen a través de las entrevistas, permiten indicar que hay un desconocimiento generalizado por el tema, lo cual lleva a generar nuevas inquietudes frente al mismo ¿no se están implementando programas para este fenómeno o si bien? ¿Los que se están implementando no están teniendo un gran impacto y esto ocasiona que las personas no se enteren de ellos? ¿Los estudiantes de psicología en realidad si están saliendo del pregrado con las competencias necesarias para abordar estos

casos? Anudado a esto ¿cuáles son las herramientas que la universidad está brindando? Estas condiciones suponen una problemática debido a que las cifras que presenta el Instituto Nacional de Medicina Legal desde 1999, indican que la tasa de suicidio ha ido aumentando y no parece haber una respuesta efectiva desde las políticas en salud que se construyen alrededor del fenómeno y la formación y desarrollo de competencias en profesionales en los cuales se supone un saber especializado para intervenirlo.

7. Conclusiones

De acuerdo a los datos obtenidos en el proceso de entrevista y análisis de las diversas categorías formuladas, hay varios aspectos que deben resaltarse:

1. Si bien entienden que el suicidio es un fenómeno multicausal, hay un desconocimiento generalizado acerca de los factores que influyen sobre el mismo; aunque allá referencias sobre el tema, estas se tornan imprecisas; asimismo, los estudiantes se avalan a intervenir casos de esta naturaleza en razón de la experiencia adquirida en el proceso de práctica, aspecto que podría constituir yerros en la intervención en tanto se sostienen en imaginarios sobre el fenómeno y sus abordajes, esto expresa falta de competencia para trabajar en este tipo de casos.

2. Tal cual se expresó anteriormente, las referencias sobre el fenómeno de suicidio se desprenden de imaginarios, es decir, los estudiantes no tienen información sobre datos estadísticos que sostengan la naturaleza de sus respuestas; es así que las referencias que ofrecen frente a factores protectores, causas y prevalencia del fenómeno en relación a la población parten de asimilaciones que resultan de problemáticas de la vida diaria, es decir, ubican la problemática en fenómenos externos, obviando aquellas condiciones intrínsecas que se presenten en el suicidio. De igual modo, relacionan la ejecución de la conducta suicida con el género femenino, aspecto que resulta contrario a la evidencia científica. Sin embargo, es importante indicar que no tienen una concepción patologizada de dicho fenómeno.

3. los estudiantes no conocen rutas ni programas de atención, especialmente en el plano local, de allí que no tengan referencia del lugar al cual debe remitirse una urgencia de dicha naturaleza.

4. Los estudiantes expresan que la Universidad no brinda cursos relacionados directamente con el fenómeno. El tema es trabajado tangencialmente, lo cual no facilita el desarrollo de competencias para la intervención de estos fenómenos, o el desarrollo de condiciones mínimas para el abordaje de casos en el proceso de prácticas.

5. En ausencia de formación académica, los docentes que asesoran los procesos de prácticas intentan llenar los vacíos conceptuales y metodológicos de los estudiantes frente al fenómeno, pero se precisa que el espacio no resulta suficiente para el desarrollo de competencias. A pesar que varios estudiantes manifestaron tener competencias para la atención de esta problemática, ninguno especificó cuáles serían las necesarias y de estas, cuales poseían.

6. Los estudiantes se muestran sensibles frente al fenómeno de suicidio, considerando que la formación debe trascender al personal médico-asistencial, de modo que en otros escenarios en los cuales se expresa el fenómeno se tenga un mínimo de herramientas que facilite la contención y remisión al servicio que corresponda.

Bibliografía

- Alcaldía de Medellín. (2014). Guía para la atención primaria de pacientes con ideación o intento suicida, 1–32. Retrieved from https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf
- Alonso-Martín, P. (2010). La importancia y el nivel de desarrollo de las competencias en psicología. *Psicología Desde El Caribe*, 25(enero-junio), 84–107. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106005>
- Anónimo (2017). *Desmitificar el suicidio, clave en su intervención*. Retrieved from <http://www.eltiempo.com/colombia/medellin/semana-de-la-prevencion-del-suicidio-en-antioquia-129822>.
- Areiza, Y. (2008). Posibles causas del intento del suicidio y del suicidio en niños y adolescentes. *Revista «Poiésis»*. FUNLAM. N° 15
- Bueno Abad, J. R. (2000). Concepto de representaciones sociales y exclusión. *Acciones E Investigaciones Sociales*, 11, 24–47.
- DSSA. (2006). Protocolo de vigilancia en salud pública y guía de atención del suicidio e intento de suicidio. *Boletín de Información Para La Acción BIA*, 1–11.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33 (2), 117–126. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>
- García de Jalon, E., & Peralta, V. (2015). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 25 (3), 87–96. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Elena_Jalon2/publication/277053103_Suicidio_y_riesgo_de_suicidio/links/565305a908ae1ef92975a7d6.pdf

- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2006). *Análisis de los datos cuantitativos. Metodología de la investigación*.
<https://doi.org/10.6018/turismo.36.231041>
- Hernández, H. M. (2016). *Proyecto de investigación sobre el Suicidio*. Universidad de La Laguna. Retrieved from
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO DE INVESTIGACION SOBRE EL SUICIDIO.pdf?sequence=1>
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). *Metodología de la investigación. Metodología de la investigación*. <https://doi.org/ISBN-978-92-75-32913-9>
- Ibañez, T. (1988). Representaciones sociales: teoría y método. *Ideologías de La Vida Cotidiana*. Barcelona, España, Sendai.
- León, P. (2002). La competencia ética, parte de la competencia profesional, *Revista Médica Universidad de Navarra* 46, 5–6.
- Montes Sosa, G., & Montes Villegas, F. (2009). El pensamiento social sobre el suicidio en estudiantes de bachillerato. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14 (2), 311-324.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2), 1–25. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>
- Nizama Valladolid, M. (2011). Suicide. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 1–5.
Retrieved from
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798&info=resumen&idioma=SPA>

Transmisibles, G. D. E., & Zoonosis, E. De. (2014). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, 2–4. Retrieved from [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/subdireccion-vigilancia/sivigila/protocolos sivigila/pro leptospirosis.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/subdireccion-vigilancia/sivigila/protocolos%20sivigila/pro%20leptospirosis.pdf)

Transmisibles, G. D. E., & Zoonosis, E. De. (2017). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, 2–4. Retrieved from [http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/subdireccion-vigilancia/sivigila/protocolos sivigila/pro leptospirosis.pdf](http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/subdireccion-vigilancia/sivigila/protocolos%20sivigila/pro%20leptospirosis.pdf)

Universidad de Antioquia, D. de psicología. (2008). Proyecto educativo del programa.

Vargas, G., Vásquez, C., Soto, G., & Ramírez, L. (2015). *Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud.* <https://doi.org/ISBN:978-958-8888-35-4>

Villalobos-Galvis, F., (2010). *Validez y fiabilidad del inventario de ideación suicida positiva y negativa- PANSI, en estudiantes colombianos. Universitas Psychologica, 9 (2), 509-520* Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a17.pdf>