

**PERCEPCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES SOCIALES EN LA ATENCIÓN
DEL PACIENTE CON INTENTO SUICIDA.**

MARÍA PAOLA CAYCEDO CASTRO
MÓNICA YAMILE MERCHÁN VALDERRAMA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO
CLÍNICA MONTSERRAT
POSTGRADO DE PSIQUIATRÍA
BOGOTÁ, 2019

Universidad El Bosque

Posgrado de Psiquiatría

Bogotá.

Percepción de los diferentes actores sociales en la atención del paciente con intento suicida

ASESOR TEMÁTICO: Lucia del Pilar Rivera

ASESOR METODOLÓGICO: Lina María Prieto Garzón

PAGINA DE APROBACION

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

“Agradecemos el apoyo brindado por parte del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, Clínica Montserrat, quienes nos permitieron realizar nuestro trabajo de investigación en sus instalaciones. Así como nuestros más sinceros reconocimientos y profunda gratitud al acompañamiento brindado por nuestras asesoras la Dra. Lina Prieto y Dra. Lucia del Pilar Rivera, de la misma manera a la motivación y apoyo de los diferentes participantes de la institución”.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	11
2.	MARCO TEÓRICO.....	13
3.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	24
4.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
5.	JUSTIFICACIÓN	26
6.	PROPOSITO	28
7.	OBJETIVOS	29
7.1.	Objetivo general.....	29
7.2.	Objetivos específicos	29
8.	ASPECTOS METODOLÓGICOS	30
8.1.	Diseño metodológico	30
8.2.	Materiales y métodos	30
8.3.	Contexto y participantes.....	34
8.4.	Aspectos estadísticos.....	35
8.5.	Aspectos éticos.....	35
9.	PRESUPUESTO	37
10.	ORGANIGRAMA	39
11.	CRONOGRAMA.....	40
12.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
12.1.	Psiquiatras.....	41
12.2.	Medicos Residentes.....	51
12.3.	Personal de enfermería.....	62
12.4.	Servicios Generales.....	74
12.5.	Personal de seguridad.....	82
12.6.	Consolidación de todos los Actores sociales.	89
13.	CONCLUSIONES	97
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
15.	ANEXO 1.....	108
16.	ANEXO 2.....	117
17.	ANEXO 3:.....	118

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 CMI PARTICIPANTE 7.	41
TABLA 2 CMI PARTICIPANTE 8.	42
TABLA 3 MATRIZ DE RESULTADOS PSIQUIATRAS PARTICIPANTES.	43
TABLA 4 CMI PARTICIPANTE 1	51
TABLA 5 CMI PARTICIPANTE 2	52
TABLA 6 CMI PARTICIPANTE 4	52
TABLA 7 CMI PARTICIPANTE 5	53
TABLA 8 CMI PARTICIPANTE 13.	53
TABLA 9 MATRIZ DE RESULTADOS MÉDICOS RESIDENTES.	54
TABLA 10 CMI PARTICIPANTE 9.	62
TABLA 11 CMI PARTICIPANTE 14.	62
TABLA 12 CMI PARTICIPANTE 12.	63
TABLA 13 CMI PARTICIPANTE 15.	63
TABLA 14 MATRIZ DE RESULTADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.	64
TABLA 15 MATRIZ DE RESULTADOS JEFES DE ENFERMERÍA.	64
TABLA 16 CMI PARTICIPANTE 6.	74
TABLA 17 CMI PARTICIPANTE 11.	74
TABLA 18 MATRIZ DE RESULTADOS SERVICIOS GENERALES.	75
TABLA 19 CMI PARTICIPANTE 10.	83
TABLA 20 CMI PARTICIPANTE 3.	84
TABLA 21 MATRIZ DE RESULTADOS PERSONAL DE SEGURIDAD.	84
TABLA 22 MATRIZ DE CATEGORÍAS	89

LISTA DE ILUSTRACIONES.

ILUSTRACIÓN 1: PERCEPCIONES DE PSIQUIATRAS.	44
ILUSTRACIÓN 2: PERCEPCIONES DE MÉDICOS RESIDENTES.	55
ILUSTRACIÓN 3: PERCEPCIONES DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.....	65
ILUSTRACIÓN 4: PERCEPCIONES DE JEFES DE ENFERMERÍA.....	69
ILUSTRACIÓN 5: PERCEPCIONES DE SERVICIOS GENERALES.	76
ILUSTRACIÓN 6: PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SEGURIDAD.....	85
ILUSTRACIÓN 7: CONSOLIDACIÓN DE PERCEPCIONES DE TODOS LOS ACTORES SOCIALES.	90

RESUMEN

Introducción: El incremento en las tasas de suicidio ha provocado un creciente interés en identificar factores de riesgo asociados a comportamientos suicidas, con propósitos preventivos. A pesar de plantear múltiples estrategias de prevención y tratamiento, el problema ha permanecido como un asunto de salud pública de suma relevancia. Se considera que una de las razones de la persistencia de este problema es que solo se ha dado importancia a los factores de riesgo aportados por diferentes estudios cuantitativos. Esto puede conducir al riesgo de reducir el problema del intento suicida a un nivel más descriptivo, sin abordar un entendimiento más complejo. De ahí que se plantea la necesidad de estudios que se centren en el individuo como un actor social activo. **Objetivo:** Determinar la percepción de los diferentes actores sociales frente a la atención del paciente con intento de suicidio, durante el 2018 en la Clínica Montserrat en Bogotá. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo desarrollado mediante la Clasificación Múltiple de Ítems (CMI), con el fin de entender el sistema conceptual de las personas entrevistadas, cuando interactúan con algunos ítems (imágenes y/o palabras) acerca del intento de suicidio. Para lograr lo anterior, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas. Para su análisis de datos se utilizó el programa Nvivo 12 Plus. **Resultados:** Se recolectó una muestra de 15 individuos: personal de servicios generales (2), personal de seguridad (2), enfermería (4), médicos residentes (5) y psiquiatras (2). **Discusión:** Las percepciones de la mayoría de los participantes fueron diversas lo cual dificulta la partición de las ilustraciones y su posterior análisis. A pesar de lo anterior, se observó para todos los participantes el papel preponderante de la familia en el proceso de atención, así como aparición de diversas voces frente a vivencias propias con relación al tema en mención.

Palabras clave: Intento suicida, actores sociales y percepción.

ABSTRACT

Introduction: The increase in suicide rates has led to an increasing interest in identifying risk factors associated with suicidal behavior, with preventive purposes. Despite posing multiple prevention and treatment strategies, the problem has remained a very important public health issue. It is considered that one of the reasons for the persistence of this problem is that only the risk factors contributed by different quantitative studies have been given importance. This can lead to the risk of reducing the problem of suicide attempt to a more descriptive level, without addressing a more complex understanding. Hence the need for studies that focus on the individual as an active social actor. **Objective:** To determine the perception of the different social actors in front of the patient's attention with suicide attempt, during 2018 at the Montserrat Clinic in Bogotá. **Materials and methods:** Qualitative study developed through the Multiple Item Classification (CMI), in order to understand the conceptual system of the people interviewed, when they interact with some items (images and / or words) about the suicide attempt. To achieve the above, semi-structured individual interviews were conducted. For its data analysis, the Nvivo 12 Plus program was used. **Results:** A sample of 15 individuals was collected: general service personnel (2), security personnel (2), nursing (4), resident doctors (5) and psychiatrists (2). **Discussion:** The perceptions of the majority of the participants were diverse, which hinders the division of the illustrations and their subsequent analysis. In spite of the above, the predominant role of the family in the care process was observed for all the participants, as well as the appearance of diverse voices in front of their own experiences in relation to the subject in question.

Keywords: Suicide attempt, social actors and perception.

1. INTRODUCCIÓN

Según los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “en el 2015 el suicidio fue la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, y actualmente cerca de 800.000 personas se quitan la vida (anualmente) y muchas más intentan hacerlo(1).

En Colombia, un estudio reportado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses menciona que durante el 2015 “se registraron 2.068 suicidios, 10% más que el año inmediatamente anterior. La tasa de lesiones fatales auto infligidas en 2015 fue de 5,22 eventos por cada 100 mil habitantes... La mayoría de los suicidios durante 2015 (48,74%) sucedieron en edades comprendidas entre los 15 y 34 años, con mayor participación de jóvenes entre 20 y 24 años (14,60%), no obstante, la tasa de víctimas de 80 años o más es aproximadamente 61% superior que la tasa de la población en general” (2).

En la literatura cualitativa se ha establecido que la percepción y por ende la conducta de los diferentes actores sociales, va a ser determinante para el paciente con intento suicida que es intervenido inicialmente. En algunos países, se está investigando respecto a la percepción de familiares y pacientes, sin embargo, hay pocos estudios sobre la percepción del personal de salud. La importancia de lo anterior se comprueba en un estudio sueco del año 2000, donde se indica “que estos pacientes pueden provocar ansiedad e inquietud considerables entre el personal... enfatizando los dilemas inherentes al cuidado del paciente suicida” (3).

En este sentido, es relevante la investigación cualitativa ya que se busca abordar un entendimiento más complejo de esta problemática. Partiendo de allí, se plantea la necesidad de estudios con el propósito de analizar las diferentes percepciones de los actores sociales que intervienen en la atención de paciente con intento suicida, buscando una mejor comprensión desde la perspectiva de la subjetividad de los individuos implicados, en relación con el contexto en que se da dicha conducta.

Corroborando lo anterior, se encontró que muchas veces el personal que atiende a estos individuos que se autolesionan muestra sentimientos de negatividad, lo cual es relevante ya que puede ser el primer contacto que tenga dicho sujeto y la falta de comprensión en este encuentro puede no contribuir en el cuidado (4) .

No obstante, es importante señalar que, dentro de la investigación cualitativa, existen limitaciones inherentes. La investigación es específica al contexto en que se realiza, por lo que no deben hacerse generalizaciones. Sin embargo, es posible evidenciar tendencias que podrían aplicarse a situaciones similares. Así mismo, la subjetividad de los investigadores está implícita dentro del estudio, pero a la vez es enriquecedora en la formación y evaluación de diferentes categorías.

2. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan las aproximaciones teóricas relacionadas con las diferentes percepciones frente al intento suicida en diferentes países en el mundo, limitando dicha visión a los actores sociales que intervienen en la atención, y se finalizará con la información obtenida en Colombia.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2015, el 7,4% de los adultos han pensado en suicidarse, siendo mayor la proporción en mujeres. Además, se plantea que el 10% de los individuos que han realizado un intento suicida, lo logran en los siguientes 10 años. Además, se ha asegurado que la mayoría de los niños y adolescentes con intento de suicidio no han recibido tratamiento ni seguimiento adecuado por parte del sistema de salud (5).

Por la importancia mundial frente al tema de la prevención y atención del paciente con intento suicida, han surgido múltiples estudios desde lo cuantitativo buscando determinar algunos factores de riesgo asociados, en especial en la población adolescente, para detectar tempranamente el riesgo e intervenir. A lo largo de la literatura “se describen como factores de riesgo la depresión, sentimientos de soledad, desespero e incapacidad, deterioro de las relaciones familiares, rendimiento escolar deficiente, dificultad de aprendizaje, autoimagen disminuida, consumo de sustancias psicoactivas, sucesos de tensión en su vida, historia de abuso físico o sexual. Las tentativas previas de suicidio y la pérdida reciente de una persona amada también aumentan en forma manifiesta las probabilidades de suicidio”(6) .

Cabe anotar que no solo conocer los factores de riesgo ya establecidos es relevante, sino también entender que “la estigmatización, en particular en torno de los trastornos mentales y el suicidio, lleva a que muchas personas se abstengan de pedir ayuda. La concientización de la comunidad y la ruptura de los tabúes son importantes para los países que procuran prevenir el suicidio”(7) .

Partiendo de lo anterior, se hace muy difícil equiparar las diferentes percepciones a lo largo del mundo frente al intento suicida, sin embargo, se considera útil reconocer que en la literatura mundial se ha intentado conocer la percepción de los profesionales sanitarios frente a estos individuos, y además en Colombia existen pocos estudios referentes a ello. No obstante, se evidencia cómo ha aumentado el interés por conocer desde un punto cualitativo las experiencias y percepciones de individuos con intento suicida, sus familiares, pero muy especialmente el personal médico.

Así, en el año 2016 en Noruega, se realizaron unos cuestionarios con respuestas anónimas a profesionales que trabajan en clínicas ambulatorias de salud mental en Stavropol y Oslo. Los estudios informaron “que los profesionales de la salud se han sentido incompetentes y han evitado la comunicación con pacientes suicidas. Esto puede contribuir al aumento del riesgo de suicidio. En otras palabras, las actitudes del profesional de salud pueden ser un obstáculo serio para la prevención de un problema tan amplio como el suicidio”(8). Lo anterior, resalta la importancia frente a la actitud y creencias que tenga el trabajador en el área de salud, ya que será determinante en la atención que se brinde al individuo con intento suicida.

Otro estudio relacionado con lo anterior fue realizado por Lappann Botti y colaboradores en el año 2015 en Brasil, buscando entender la percepción de estudiantes de enfermería. Se quería evaluar la actitud de éstos frente al comportamiento suicida, con un estudio cuantitativo. Allí se concluyó que existen prejuicios en relación con los pacientes que se autolesionan, describiéndolos como manipuladores y demandantes de atención. Así mismo, la mayoría de los profesionales cuestionaron el porqué de su intento y decidieron tomar distanciamiento emocional para no involucrarse con el suceso o las dificultades del paciente(9).

En el Reino Unido, por su parte, Nigel Rees y colaboradores hicieron una revisión sistemática de la literatura en el 2014 mediante búsquedas en bases de datos, como CINAHL, MEDLINE, OVID y Psych info, frente a la percepción de los paramédicos y trabajadores de atención de emergencia de quienes se autolesionan. Se plantea que “El personal creía que carecían de las habilidades necesarias para cuidar a las personas que se lastimaban a sí mismas, y percibían la necesidad de capacitación adicional en comunicación y comprensión de las personas con autolesiones, lo que creían que les daría más confianza... El personal degradaba las dimensiones psicológicas de la atención cuando estaba bajo presión, priorizando la atención física, que requiere menos tiempo y recursos”(4) . Esto a la luz de la investigación que se pretende realizar es relevante, ya que surge el interrogante frente a la necesidad de generar mayor capacitación en el personal sanitario que interviene en la atención inicial del paciente con intento suicida.

Adicionalmente, se realizó un estudio en Haití, en donde se hicieron entrevistas semiestructuradas y en profundidad entre mayo y junio de 2011 a ocho trabajadores de la

salud y 16 miembros de la comunidad. Se evidenció, como “los trabajadores de la salud afirmaron que el suicidio no era un problema real, y algunos negaron la ocurrencia de suicidio en Haití, insistiendo en que nunca ocurre. Dos de cada ocho Trabajadores de la Salud (25%) afirmaron que el suicidio es un problema, en comparación con 14 miembros de la comunidad (88%)”(10) . Se identificó, además, que la naturaleza fuertemente jerárquica de la formación médica probablemente perpetúe el rechazo frente a paciente con intento suicida en entornos clínicos. Aunque hay que tener en cuenta que el contexto en donde se realiza probablemente no es extrapolable a nuestra comunidad, la información es relevante para entender la diversidad de percepciones que se tienen en torno al intento suicida.

Por otro lado, en el año 2007, en la India se realizó un estudio cualitativo, en el cual se reclutaron trabajadores de la salud durante 3 meses, en un hospital base y en la comunidad. Además, se realizaron entrevistas a profundidad a 5 personas del área que habían intentado suicidarse y sobrevivieron. Se determinó que, en dicho país, la sociedad considera que el suicidio es estigmatizante. Se percibió que la pobreza, la falta de empoderamiento, una sociedad materialista y el pobre apoyo social y económico son los principales factores que llevan a una persona a quitarse la vida (11) . El estudio concluye que se requieren más estudios relacionados con la percepción del intento suicida en dicha región.

Definitivamente, es relevante darle voz también a los individuos que han tenido un intento suicida en algún momento de su vida, ya que enriquecerán la investigación cualitativa y se tendrán en cuenta a la hora de plantear políticas públicas frente a la prevención del suicidio en el mundo. En un estudio realizado en el 2000 en Suecia, se realizaron entrevistas a 18 pacientes con intento suicida y a cada encuestado se le pidió que narrara sus experiencias

sobre la atención recibida, se estableció que la percepción de vergüenza fue importante entre los individuos que habían realizado intentos de suicidio previos y que habían recibido atención médica y pensaron que el personal podría estar decepcionado de ellos. Además, al indagar sobre la atención hospitalaria, percibieron que existía preocupación no solo por parte del personal, sino también el temor a las represalias en caso de que el paciente se suicidara posteriormente. Por último, la apreciación del paciente fue que el énfasis por parte del personal la gravedad de la situación que estaba viviendo y su necesidad inmediata de atención, fue percibida como útil (3) .

Así mismo, Dushad Ram y colaboradores, realizaron un estudio transversal entre septiembre de 2010 y marzo de 2011 en el Departamento de Psiquiatría JSS Hospital Mysore, Karnataka, en la India. En el que los sujetos fueron evaluados utilizando un formulario sociodemográfico y clínico, la escala de intención de suicidio de Pierce y un cuestionario estructurado para evaluar su percepción con respecto al suicidio. Este estudio trataba de averiguar si los que intentan suicidarse perciben si algo se hubiera podido hacer para evitar su intento y cómo percibieron el papel de los miembros de la familia y la sociedad en la prevención del intento de suicidio. Se concluyó que el 80% de los sujetos tuvieron la sensación de que su intento de suicidio pudo haberse evitado. El 64% percibió que los miembros de la familia y personas cercanas podrían haber ayudado a prevenir su intento, mientras que el 16% pensó que la sociedad podría haber ayudado (12) . Cabe anotar que en la India la familia es un pilar fundamental y en gran medida determina la salud mental de los individuos.

Igualmente, en Canadá se realizó un estudio retrospectivo en el año 2004, con psiquiatras y residentes de psiquiatría en la Universidad de Toronto desde 1980 a 1995. Se concluyó que

“el suicidio de un paciente típicamente evoca una gama de emociones incluyendo negación, incredulidad, culpa, sentimientos de haber fallado y pérdida de la confianza en sí mismo... el suicidio de uno o más pacientes es un evento angustiante para los psiquiatras en formación, así como en su práctica profesional posterior”(13) . Lo anterior es relevante para esta investigación, ya que a pesar de ser miembros del equipo de salud mental se pueden evidenciar sentimientos que interfieren en la atención de ciertos pacientes.

Otro estudio realizado en Canadá en el año 2012, en el que se utilizó un diseño de investigación transversal concluyó que la creencia de los profesionales de la salud de que las personas que intentan suicidarse manipulan a otros pueden generar reacciones negativas hacia dichos individuos. Así mismo, las emociones que se generan son otro factor que puede interferir en la relación médico-paciente. Los autores fueron enfáticos en decir que un motivo de preocupación es el hecho de que las conductas suicidas pueden precipitarse en los pacientes que perciben el rechazo por parte de los terapeutas. Además, se encontró que los sujetos con múltiples intentos de suicidio generaban mayor impotencia e insatisfacción en los profesionales. Cabe anotar que algunos pacientes advirtieron percepciones positivas frente a la preocupación del personal sobre el estado psicológico de los sujetos durante la atención (14).

Así mismo, se realizó en el año 2002 en el Reino Unido un estudio cualitativo de entrevistas semiestructuradas a enfermeras y médicos que trabajaban en emergencias, pediatría y servicios de salud mental para niños y adolescentes. Donde se detectaron algunas barreras que afectan la relación médico-paciente. Algunas de las categorías que surgen están relacionadas con la naturaleza y razonamiento moral, así como frustración en la práctica

cotidiana de estos profesionales, entendiendo este último como la impotencia de no poder tratar el comportamiento suicida como una enfermedad física, en la cual se tiene mayor certeza de lo que se debe hacer (15) , Este es un estudio valioso realizado en el año 2002, ya que se reportó que la percepción de muchas enfermeras y médicos es que hay poco tiempo para darle a alguien que puede necesitar una oportunidad para hablar, como lo es el individuo con intento suicida. Y cuando se ofrece ayuda, hay más frustración porque estas intervenciones parecen tener poco impacto.

En Colombia, por otra parte, se realizó un estudio descriptivo en el que se determinó la percepción social de los familiares frente al fenómeno del suicidio de alguno de sus integrantes. Para la recolección de la información fue necesaria la realización de un cuestionario de percepción social y la utilización como apoyo del APGAR familiar. Este estudio se realizó en Santa Marta entre el 2002 y 2005, se concluyó que un 60% señala como causal de este a factores externos como son los factores económicos y los problemas interpersonales. Así mismo, un 53% lo atribuye a la decepción amorosa, un 27% a problemas familiares y los problemas económicos con un 23%. Por último, el 56% de los familiares sintieron que el suicidio los dejó con sentimientos de culpa por no haber hecho nada para evitarlo (16) . A pesar de la información tan enriquecedora de este estudio, no se habla sobre la percepción que se tiene frente a el sistema de salud, lo cual es posible que tenga mayor impacto a futuro en la atención de individuos con intento suicida.

Por otro lado, el posgrado de psiquiatría de la Clínica Montserrat asociado a la Universidad el Bosque en Bogotá ha producido tres tesis para obtención de grado a la especialización en psiquiatría, relacionadas con el tema. En el año 1988, Luz Stella Núñez y Alfonso Rodríguez,

presentaron una investigación para conocer las características demográficas y socio ambientales de los pacientes con intento de suicidio que fueron hospitalizados en el Hospital Regional Simón Bolívar, llamado “Estudio descriptivo de pacientes con intento de suicidio”. Allí se concluyó que el grupo de pacientes que se analizó tienen características muy similares a las encontradas en la literatura a nivel nacional e internacional. Definieron que el intento suicida ocurrió principalmente entre la población femenina, con características como bajo estrato socioeconómico, desempleados o individuos con inestabilidad laboral. Además, se encontró algún grado de depresión en todos los casos, predominando los grados moderado y grave. (17)

Por otro lado, en el año 1995, Harold Muñoz y Juliana García, presentaron un trabajo de investigación en donde se aplicó un instrumento diseñado por ellos mismos, basado en el Harkavy-Asnis Suicide Survey y el Risk Estimator for Suicide, con el fin de evaluar la prevalencia y las características de la conducta suicida previas y/o actuales durante un período de dos meses en pacientes que ingresaron a la Clínica Montserrat. Este trabajo se llamó “Conductas suicidas en pacientes psiquiátricos hospitalizados”. Los autores concluyeron que “las conductas suicidas son altamente prevalentes en los pacientes psiquiátricos hospitalizados en la Clínica Montserrat, donde un porcentaje importante de los pacientes evaluados presentó ideación suicida en algún momento de su vida... Quedó claro que el factor desencadenante más importante, tanto de ideación anterior, ideación actual, intento anterior e intento actual, eran los conflictos con personas afectivamente significativas”(18).

Por último, en el año 2006, Eliana Mayorga realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, que contaba con 35 pacientes. Llamado “Determinación de la intensidad del acto autolesivo en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en la Clínica Montserrat”.

Donde se determinó que las conductas suicidas son prevalentes, con un 37.1%, en los pacientes con trastorno de tipo afectivo hospitalizados en dicha institución. Así mismo, se determinó que el intento suicida ocurrió principalmente entre la población femenina. Y sorprendentemente aproximadamente un 40% de los casos no recibieron atención médica o psiquiátrica al presentar el primer intento de suicidio (19) .

Estos tres estudios permitieron caracterizar la población, corroborando lo reportado en la literatura mundial, frente a los factores de riesgo asociados a dicha conducta.

En el año 2015, se publicó en la Revista institucional de la Clínica Montserrat *Psimonart*, el perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. Allí los autores exponen que en el año 2013 se atendieron un total de 2950 pacientes. De allí los diagnósticos más frecuentes fueron: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos en un 20.7%, Trastorno depresivo recurrente, episodio grave, sin síntomas psicóticos en un 12.5% y el trastorno depresivo moderado en un 12.4 %, entre otros. Así mismo, el 56.6% eran de sexo masculino, el 52% de los pacientes hospitalizados se encontraban en una edad promedio de 32 años y el 60.2% eran solteros, entre otras características demográficas (20) . Si bien en el estudio no se tienen datos concretos frente a la prevalencia de intento suicida en esta población, se presume estar asociada dicha conducta con trastornos del afecto, los cuales son los más frecuentes dentro de la institución.

Así mismo, es relevante para esta investigación definir algunos términos. La expresión “actor social”, para las ciencias políticas, se concibe, “como sujetos representativos de sectores (grupos) que convergen y dan forma a la sociedad” (21) . Por otro lado, desde la filosofía se

puede definir como “todos aquellos grupos, sectores, clases, organizaciones o movimientos que intervienen en la vida social en aras de conseguir determinados objetivos particulares, sectoriales, propios sin que ello suponga necesariamente una continuidad de su actividad como actor social, ya sea respecto a sus propios intereses como a apoyar las intervenciones de otros actores sociales”(22) .

Para fines de esta investigación el término actor social, se entiende como aquel individuo con un rol específico dentro de la sociedad, que logra objetivos dentro de determinados grupos sectoriales, como sería en este caso el personal de salud en general, el personal de seguridad y el personal de servicios generales, que determinarán en mayor o menor medida mejorar la atención de pacientes que acuden a la institución por un intento suicida. Por lo tanto, es importante evaluar las percepciones de los actores sociales para que se den cambios dentro del interior del sistema.

Existen varias definiciones de percepción. Para esta investigación, acogeremos el concepto de la mexicana Luz Marina Vargas, en donde lo conceptualiza como un término biocultural ya que depende de los estímulos físicos y sensaciones y, además de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones. Las experiencias sensoriales se interpretan y adquieren un significado propio gracias a las pautas culturales e ideológicas específicas de cada sociedad. La selección y la organización de dichas sensaciones, se hace mediante la búsqueda de estímulos útiles y la exclusión de estímulos indeseables en función de la supervivencia y la adaptación social. Todo ello, a través de la capacidad de adquirir un pensamiento simbólico, que se conforma a partir de estructuras culturales, ideológicas, sociales entre otros aspectos(23) .

En cuanto a “intento suicida” se toma la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación auto infligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal”(7).

Finalmente, se ratifica que, dentro de la atención inicial del paciente con intento suicida, el principal énfasis es determinar y tratar lo referente al compromiso orgánico que resulta de dicha conducta, buscando salvaguardar la vida de dicho individuo. Sin embargo, estudios descritos anteriormente (10-15), muestran que la nula o poca capacitación del personal respecto al manejo emocional de dichos individuos es relevante, ya que impactará directamente sobre la atención del paciente con intento suicida.

Partiendo de todo lo anterior, la investigación pretende llegar a comprender e interpretar las particularidades de los diferentes actores sociales, frente a este fenómeno que es cada vez más relevante en la práctica en general, en el ámbito de la salud mental, y particularmente desde la psiquiatría. Teniendo en cuenta lo planteado, es la investigación cualitativa la que proporciona el alcance a profundidad de los conceptos, sin buscar una exactitud objetiva de los mismos. Se trata entonces, de obtener un conocimiento lo más profundo posible.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Como se planteó anteriormente, la OMS reportó que en el 2015 el suicidio fue la segunda causa de defunción entre individuos de 15 a 29 años en todo el mundo, y cerca de 800.000 personas se quitan la vida por año(1). Así mismo, en los últimos 45 años las tasas mundiales de suicidio se han incrementado en un 60%. Se estima que el número de víctimas va en ascenso y se espera que haya 1,5 millones de muertes en el año 2020(24). Lo cual implica un incremento en las tasas de suicidio en todo el mundo, en especial en individuos en etapas productivas.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el 2015, el 7,4% de los adultos han pensado en suicidarse, el 12,4% de los adultos refieren haber tenido planes suicidas, y el 2,6% intentos suicidas. En el caso de los adolescentes con antecedente de intento de suicidio se plantea que el 10% de dichos sujetos lo logran en los siguientes 10 años (25) .

Por otra parte, reporta la revista Forensis del 2016 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses que durante el año 2016 se reportaron 2.310 Suicidios, 242 casos más que en el año 2015. La tasa de lesiones fatales autoinflingidas en 2016 fue de 5,20 eventos por cada 100.000 habitantes(26) .

A pesar del creciente interés generado acerca de este tema debido al alto porcentaje de suicidios expuesto previamente, en la búsqueda de la literatura, y específicamente en lo relacionado a los estudios cualitativos, es poca la información que se tiene acerca de la percepción de los diferentes actores sociales que intervienen en la atención de los pacientes con intento de suicidio, lo cual puede tener implicaciones en la atención y en la manera como es experimentado por el paciente que se encuentra hospitalizado por un intento de suicidio.

Por tal motivo consideramos de suma importancia el indagar acerca de estas percepciones para comprender las concepciones de los actores sociales involucrados en el proceso de recuperación del paciente.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las diferentes percepciones que surgen de los actores sociales que intervienen en la atención del paciente con un intento suicida en la Clínica Montserrat?

5. JUSTIFICACIÓN

El incremento en las tasas de suicidio ha provocado un creciente interés en identificar factores de riesgo asociados a comportamientos suicidas en diferentes países y culturas, con propósitos preventivos. Sin embargo, a pesar de plantear múltiples estrategias de prevención y tratamiento, el problema no ha disminuido y ha permanecido como un asunto de salud pública de suma relevancia. Se considera que una de las razones de la persistencia de este problema es que solo se ha dado importancia a los factores de riesgo aportados por diferentes estudios cuantitativos. Esto puede conducir al riesgo de reducir el problema del intento suicida a un nivel más descriptivo, sin abordar un entendimiento más complejo. De ahí que se plantea la necesidad de estudios que se centren en el individuo como un actor social activo, para evidenciar la forma de entender el acto suicida, buscando una mejor comprensión desde la perspectiva de la subjetividad de los individuos implicados, en relación con el contexto en que se da dicha conducta.

Así mismo, se requieren estudios en donde se explore la percepción de los actores sociales involucrados en la atención del paciente con intento suicida.

En la actualidad no existen suficientes estudios de esta naturaleza, por lo que se considera hay un vacío en el conocimiento, que al ser abordado podría generar múltiples estrategias en las instituciones que busquen mejoras en la capacitación del personal y la sensibilización que se tiene frente al paciente en esta condición.

En el caso de este trabajo, nuestro interés es conocer la percepción de los actores sociales involucrados directa o indirectamente en la atención y proceso de recuperación de los pacientes que consultan por un intento de suicidio en la Clínica Montserrat - ICSN, por tal

motivo se realizará la investigación con el aporte del personal de seguridad, auxiliares de enfermería, personal de servicios generales, y los residentes que hayan realizado la rotación por el servicio de consulta no programada. Todo lo anterior, buscando trascender en el campo de salud mental, ya que de esta manera se podría contribuir a una mejor y más efectiva atención de esta población.

6. PROPOSITO

Si bien existe un amplio conocimiento en la literatura científica sobre la importancia de conocer los factores de riesgo asociados a un intento suicida para poder impactar en la prevención de este. Definitivamente, la percepción que lleva a una narrativa específica de los profesionales de salud en la atención de ese individuo es determinante y podría impactar en la prevención y promoción del intento suicida. Sin embargo, lo anterior no se ha estudiado a profundidad en el contexto de nuestro país y específicamente en la Clínica Montserrat en Bogotá (17-19) .

La intención de este trabajo es, mediante una investigación cualitativa, recolectar información por medio de entrevistas individuales, en la que se fomente en el surgimiento libre y espontáneo de criterios por parte del entrevistado, permitiendo realizar categorías cualitativas acerca del intento de suicidio, para de esta manera intentar reconocer la percepción de los diferentes agentes sociales que intervienen en la atención del paciente, y así, poder en un futuro crear con base a dichas percepciones, estrategias para mejorar la sensibilización del personal frente a estos individuos.

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo general.

Analizar las diferentes percepciones que surgen de los actores sociales que intervienen en la atención del paciente con un intento suicida en la Clínica Montserrat- ICSN.

7.2. Objetivos específicos

- Establecer la percepción de los psiquiatras de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida.
- Reconocer la percepción de los médicos residentes de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida
- Identificar la percepción del personal de enfermería de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida.
- Describir la percepción del personal de servicios generales de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida.
- Establecer la percepción del personal de seguridad de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida.
- Contrastar las percepciones de los diferentes actores involucrados en el proceso de atención del paciente con intento suicida que es atendido en la Clínica Montserrat.

8. ASPECTOS METODOLÓGICOS

8.1. Diseño metodológico

Se realizó un estudio cualitativo desarrollado mediante la Clasificación Múltiple de Ítems (CMI), con el fin de entender el sistema conceptual de las personas entrevistadas, cuando interactúan con algunos ítems (imágenes y/o palabras) acerca de un tema específico, en este caso actores sociales en la Clínica Montserrat, frente a la atención de sujetos que presentaron un intento suicida.

La CMI es un tipo de entrevista semiestructurada individual que se fundamenta en la manifestación libre y espontáneo de criterios por parte del sujeto entrevistado para realizar clasificaciones cualitativas sobre un tema particular (27) . La CMI no maneja una muestra representativa, por lo cual no es importante el número de entrevistados si no las condiciones por lo que serán escogidos.

Adicionalmente, esta metodología resulta ser efectiva al permitir que los participantes expresen sus propios puntos de vista sobre el asunto investigado, permitiéndoles generar una variedad de conceptos expresados en sus propios términos, formando los cimientos mediante los cuales se conceptúa acerca de un tema de interés, en este caso “intento de suicidio”.

8.2. Materiales y métodos

Este estudio busco profundizar en la percepción de los diferentes actores sociales, en la atención del paciente con intento suicida, en el contexto particular de la Clínica Montserrat en Bogotá.

Para lograr comprender dichas percepciones se realizará un estudio de investigación cualitativa, reconociendo una visión desde lo subjetivo, la cual busca resaltar que la comprensión de esta situación depende de la realidad humana que es vivida desde lo social y cultural, siempre dirigida por un interés teórico, así como la relación en las diferentes comprensiones de una misma conducta.

Pablo Paramo plantea que, para llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas, primero se debe determinar el tema principal de la investigación, luego los elementos que harán parte de ese dominio (tarjetas), posteriormente se da una explicación al entrevistado sobre cuál es el objetivo y propósito de la investigación y, a su vez, sobre la técnica que se va a usar para recoger los datos(27) .

Es importante tener en cuenta que se deben elegir muy bien los participantes del estudio, ya que esto determinará si los datos son significativos o si no lo son. Los participantes tienen la libertad de usar su propio sistema mental para hacer las clasificaciones, así como también son libres de hacer el número de clasificaciones que deseen; frente a esto Páramo y col. establecen que “las razones para esta aproximación poco restrictiva del proceso de clasificación es la suposición de que los significados y las explicaciones asociadas al uso individual de las categorías son tan importantes como la distribución de elementos en las categorías” (27).

El tema de interés de esta investigación se basó en reconocer las percepciones de los diferentes actores sociales que intervienen en la atención del paciente con intento suicida, en la Clínica Montserrat, en Bogotá.

En la investigación se siguió la siguiente secuencia como la plantea el autor. Se le pide al participante que agrupe un conjunto de tarjetas (Anexo 1) que contienen palabras alusivas al tema principal, en este caso “intento de suicidio”. Allí deberá libremente, determinar categorías creadas por el mismo participante sobre la base de alguna similitud que establezca el sujeto para cada agrupación. La recolección de la información y el orden de los mismos será utilizado un formato sugerido por el autor (Anexo 2). Se ubica cada ítem en una subcategoría, de acuerdo con el número que lleva la tarjeta al respaldo, y también se anotan los comentarios que el participante va haciendo durante la clasificación(27) .

Para comprender dichas percepciones, en el presente estudio se escogieron veinticuatro (24) ítems o tarjetas (Anexo 1), los cuales se determinaron a través de los objetivos de la investigación, el marco teórico de la misma y el comportamiento frente a la atención del paciente con intento suicida en la institución. Inicialmente los investigadores realizaron un listado de 31 palabras, posterior a ello elaboraron el mismo número de tarjetas y aplicaron la CMI para la validación de estas, entre los mismos investigadores, la asesora de metodología y la asesora temática. De este ejercicio se seleccionaron 24 tarjetas, las cuales se validaron nuevamente con un profesional de la salud (médico residente) que hace parte del servicio de consulta externa.

Se elaboraron las tarjetas, las cuales contienen una palabra, que se presentó al entrevistado, quien las clasificó de acuerdo con su concepción o preferencia y posteriormente relató a los

entrevistadores la interpretación de las agrupaciones. Después de tener definido el listado de palabras, se seleccionó imágenes que se relacionaron con cada una de ellas, con la colaboración de una diseñadora gráfica.

En el anexo1 se describen los contenidos de cada una de las tarjetas de acuerdo con el significado para los investigadores, estas descripciones no se les dieron a conocer a los entrevistados en el momento de realizar la CMI, pero se consideró importante definir las antes para diferenciar las percepciones de los participantes de las del grupo investigador.

Cabe anotar, que antes de iniciar la entrevista con base a la CMI, se dio una explicación de la dinámica al entrevistado, por lo anterior se leyó a cada participante el siguiente texto además de explicar de manera amplia y concisa el consentimiento informado (Anexo 3):

Somos estudiantes de la Especialización de Psiquiatría de la Clínica Montserrat y la Universidad El Bosque y nos encontramos desarrollando una investigación cuyo título es: PERCEPCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES SOCIALES EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO SUICIDA. La cual tiene como objetivo “Reconocer, describir y analizar las diferentes percepciones que surgen de los actores sociales que intervienen en la atención del paciente con un intento suicida en la Clínica Montserrat- ICSN”, con el fin de contrastar las diferentes percepciones.

Por este motivo, su participación consiste en observar estas 24 tarjetas en las que se presentan palabras, las cuales usted posteriormente podrá agrupar o clasificar de la forma que considere, después de dicha agrupación, le preguntaremos el nombre que le quiere asignar a cada uno

de los grupos y por qué los clasifica de esa forma. Le manifestamos que no existe o no hay ningún tipo de clasificación que sea correcta o incorrecta, lo único importante es su propio criterio de clasificación. Puede crear cuantos grupos desee y elegir cualquier criterio para agruparlos, una vez realice cada agrupación le solicitaremos que las retome y las vuelva a agrupar.

Durante esta actividad académica dispondremos de una cámara, la cual enfocará la mesa donde usted realizará las agrupaciones con el fin de describir los criterios de clasificación de las tarjetas que ha empleado, para incluirlo posteriormente en nuestro trabajo de investigación.

Para proteger su confidencialidad y anonimato, el estudio lo identificará mediante un número en lugar de utilizar su nombre. Toda la información será recogida de manera confidencial. No existe ningún riesgo para usted al participar en este estudio. Si tiene alguna pregunta o comentario acerca de la investigación, por favor maniéstelas en este momento. Los resultados de este estudio serán discutidos en un documento académico sin mencionar nombres o algún detalle que lo identifique a usted.

8.3. Contexto y participantes

La Clínica Montserrat cuenta con una Clínica Psiquiátrica ubicada en la Calle 134 # 17-71, donde posee una capacidad instalada de 96 camas, las cuales están distribuidas en: Unidad Sur con 25 camas, Unidad Norte con 18 camas, Unidad Oriente con 21 camas, Unidad A con 17 camas y Unidad B con 15 camas.

Para la selección de los participantes se tuvo en cuenta al grupo de profesionales del área de la salud y demás empleados distribuidos en: psiquiatras, médicos residentes, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, personal de aseo general y personal de seguridad, los cuales tienen contacto verbal con los pacientes. Además, se tuvo en cuenta los trabajadores que laboran en el turno de la mañana, de la tarde y de la noche.

8.4. Aspectos estadísticos

Luego de realizar la CMI con los participantes se llevó a cabo el análisis, para lo cual se cuenta con el programa NVivo 12 Plus que realizó gráficas que facilitan la interpretación de los datos.

Para el procesamiento de los datos en el programa NVivo 12 Plus produjo una matriz con los datos obtenidos, la cual fue introducida al software; éste generó una gráfica en donde cada punto hace referencia a los ítems (tarjetas) trabajados en las entrevistas. El NVivo 12 Plus agrupa los ítems en una gráfica por la frecuencia con que éstos aparecieron dentro de una misma clasificación. La función de las investigadoras fue el análisis de la gráfica arrojada por el programa a través de las diferentes categorías y criterios establecidos en la investigación.

8.5. Aspectos éticos

El proyecto se realizó cumpliendo los requisitos y normas de la Declaración de Helsinki en su revisión de 2000 y las Normas Éticas Internacionales para Investigaciones Biomédicas de la Organización Mundial de la Salud de 1996 y Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social (28,29) .

Este estudio se clasificó como una investigación sin riesgo, dado que no se realizó ninguna intervención y no se recolectaron variables sensibles de la conducta humana en los sujetos de investigación. La participación de los sujetos de investigación fue voluntaria y se tomó el consentimiento informado por escrito.

Se garantizó la confidencialidad de los datos aportados por los participantes, mediante la codificación de los sujetos de investigación de tal manera que su nombre no aparece en los archivos de investigación. Los resultados fueron utilizados de forma global para fines académicos únicamente y no se utilizaron de forma individual. Todos los procedimientos de investigación se realizaron solo después de la revisión y aprobación del comité de ética del C. E. I. Campo Abierto LTDA, el cual está aprobado por el INVIMA.

9. PRESUPUESTO

Recursos humanos.

Recurso Humano	Categoría	Tiempo en Horas	Total
Investigadores	Profesionales	250	4.000.000
Asesor temático	Profesional, especialista	15	2.000.000
Asesor metodológico	Profesional, especialista	20	2.000.000
Diseñadora gráfica	Profesional	5	600.000
Subtotal		295	8.600.000

Herramientas tecnológicas

Equipos	Cantidad	Precio	Total
Computador Portátil	2	1.500.000	3.000.000
Memoria USB 23Gb	1	200.000	200.000
Conexión a WIFI	1	100.000	100.000
Subtotal			3.300.000

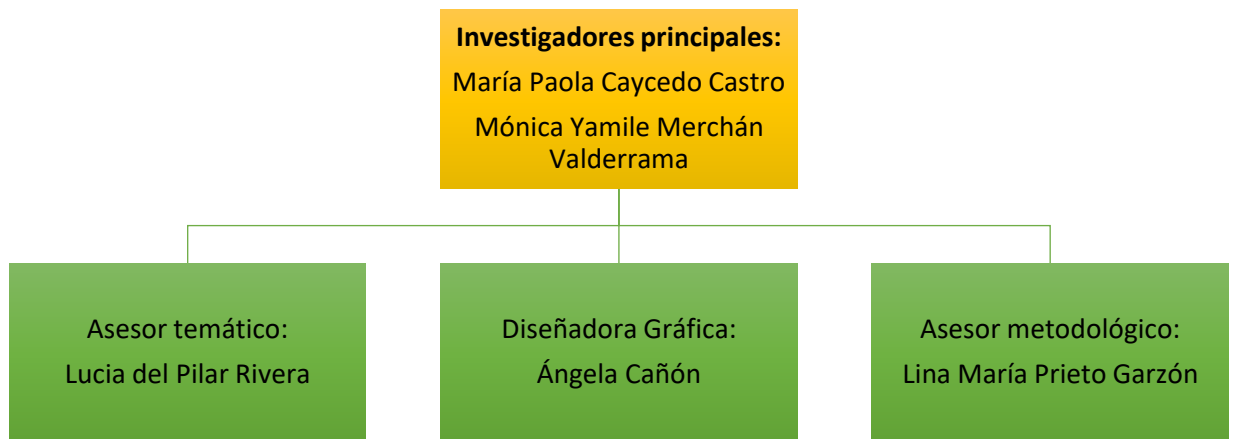
Materiales

Materiales	Presentación	Precio	Cantidad	Total
Resma de papel para impresiones	Paquete	20.000	2	40.000
Tóner de tinta negra	Unidad	30.000	1	30.000
Impresiones	Hoja	100	200	20.000
Subtotal				90.000

TOTAL

Recursos humanos	8.600.000
Herramientas tecnológicas	3.300.000
Materiales	90.000
TOTAL	11.990.000

10. ORGANIGRAMA



11. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DURACIÓN EN MESES (ENERO 2018 A DICIEMBRE 2018)												
Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión Bibliográfica y otros datos disponibles												
Asesorías temáticas, metodológicas y elaboración de anteproyecto												
Aprobación por comité de ética.												
Recolección de la información.												
Trascripción de datos y elaboración de categorías.												
Análisis y conclusiones												

12. ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo encontrará las percepciones de cada uno de los actores sociales a quienes se realizó la entrevista, entre médicos residentes, psiquiatras, personal de servicios generales, personal de seguridad y enfermería.

Posterior, al análisis de los resultados, se plasmaron las percepciones de cada uno de los diferentes grupos de actores sociales que intervienen en la atención frente a un paciente con intento de suicidio, y posteriormente se realizó la consolidación del análisis de resultados de todos los actores sociales.

12.1. Psiquiatras.

En primer lugar, se encuentran las tablas de recolección de datos, seguidas de la matriz de resultados, la gráfica introducida al programa NVivo 12 Plus y por último el análisis de las percepciones de los psiquiatras participantes.

Tabla 1 CMI participante 7.

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
7	Emociones	Sombra negra	2-4-5-9-10-12-15-18-23-24.	Dice el participante que hay cosas negativas, todo relacionado con la muerte. Un lugar difícil de habitar; Esta categoría representa mas lo que siente el paciente, pero también la persona que es directamente responsable del paciente.
		Depresión	1-3-14-20-21-22.	Acá expresa que la autoestima tiene una alegoría negativa. No lo llamaría así sino minusvalía. Dice ser los sentimientos que podrían expresar algunos pacientes.
	Factores protectores	El Refugio	8-11-19.	Dice ser una categoría positiva. Acá expresa que a su parecer son muy negativas las tarjetas, exceptuando estas. Dice que son fuente de energía. Dice estar muy dudoso de como llamar esta categoría.
	Intencionalidad	Cosas Falsas	6-7-13-17.	Le es difícil dar un nombre a esta categoría. Todas implican hipocresía. Para él, hay algo escondido en todas. A él no le parece que esto tenga relación o desencadenantes del intento de suicidio.
	Potenciadores	Interrelaciones	6-16-19-20-24.	Acá refiere que, en estas nuevas subcategorías, ignora las palabras y solo se guía de las ilustraciones. Siempre hay una causa o un algo mas que genera los intentos de suicidios. Definir la categoría le cuenta algo de trabajo.
		Interna	1-2-3-5-11-14-18-21-22.	Nuevamente expresa su inconformidad frente a la tarjeta de autoestima donde no tiene relación con figura. Refiere que esta categoría tiene que ver con las situaciones o sensaciones antes de tomar la decisión de intentar suicidarse.
		Símbolos del peligro	7-9-10-12-13.	Habla sobre el símbolo de riesgo que para él significa peligro. Habla sobre a lo que hay q prevenir o tener precaución con este tipo de pacientes. Habla sobre la tentación de autolesión. Se le dificulta dar un criterio claro frente a esta subcategoría.
	Emociones	Del comic	4-8-15-17-23.	Lo quiere ver como una historietita, muy relacionada con la historia de la atención del intento de suicidio. Y organiza de manera secuencial las tarjetas. Se ríe durante la explicación.
		Sombra negra	2-4-5-9-10-12-15-18-23-24.	Dice el participante que hay cosas negativas, todo relacionado con la muerte. Un lugar difícil de habitar; Esta categoría representa mas lo que siente el paciente, pero también la persona que es directamente responsable del paciente.

Tabla 2 CMI participante 8.

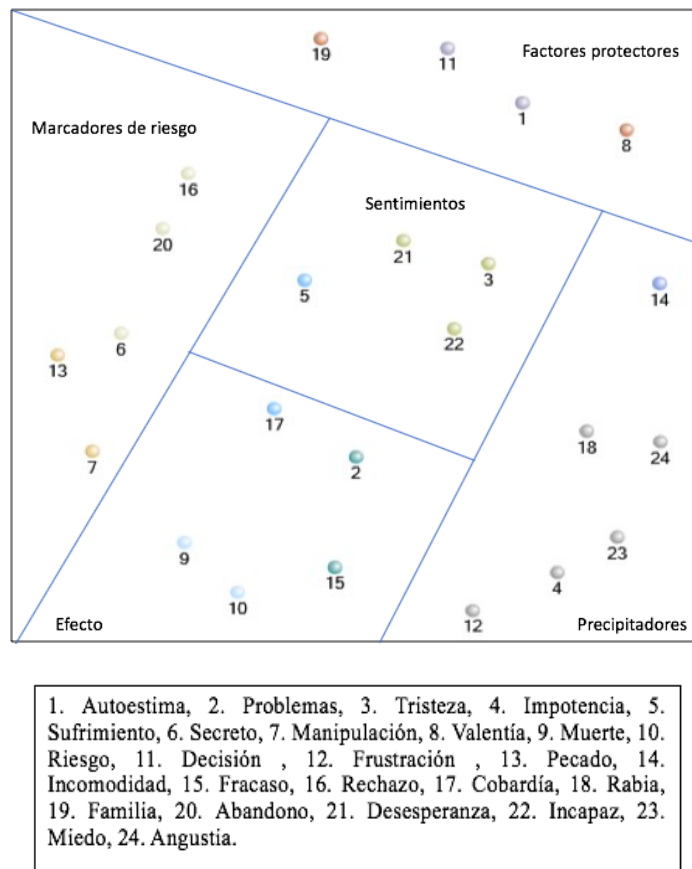
PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
8	Aspectos sin relación	No significan nada.	9-10-13-14.	No usa estas tarjetas. Refiere que más que pecado usaría culpa.
	Emociones	Emociones	3-4-5-12-17-18-20-21-22-23-24.	Agrupar los síntomas afectivos con los que el paciente con intento de suicidio llega
	Potenciadores	Ambiental	2-6-7-15-16-20.	Agrupar lo que rodea el espacio, la parte ambiental, algún secreto en la familia, manipulación externa, todo lo externo.
	Factores protectores	Factores protectores	1-8-11-19.	Agrupar en esta categoría los factores protectores, aclara que tomo la tarjeta autoestima como una buena autoestima.
	Emociones	Respuesta emocional	4-12-14-18-22-23-24.	En esta categoría agrupa la respuesta emocional del terapeuta.
	Potenciadores	Detonantes	2-3-5-6-7-9-13-15-16-17-20-21.	Refiere que son los síntomas con los que llega el paciente
	Factores protectores	Factores protectores	1-8-11-19.	Reagrupa nuevamente las mismas tarjetas que usó en esta categoría en el ejercicio previo.
	Aspectos sin relación	No significan nada.	10-13.	No usa estas tarjetas

Tabla 3 Matriz de resultados psiquiatras participantes.

Matriz de resultados psiquiatras participantes.				
Ítems	Participante 7		Participante 8	
1	3	2	4	3
2	1	2	3	2
3	3	2	2	2
4	1	3	2	1
5	4	2	2	2
6	4	1	3	2
7	4	4	3	2
8	2	3	4	3
9	1	4	1	2
10	1	4	1	2
11	2	2	4	3
12	1	4	2	1
13	4	4	1	2
14	3	2	1	1
15	1	3	3	2
16	3	1	3	2
17	4	3	2	2
18	1	2	2	1
19	2	1	4	3
20	3	1	3	2
21	3	2	2	2
22	3	2	2	2
23	1	3	2	1
24	1	1	2	1

Se introdujo la Matriz que se muestra en la tabla 3 en el programa NVivo 12 Plus, el cual arrojó la Ilustración 1. En esta se realizaron cinco divisiones, como puede verse a continuación; en su denominación y partición se tuvo en cuenta las voces de los participantes al momento de realización de la Clasificación Múltiple de Ítems, así como las subcategorías establecidas por ellos mismos y los criterios establecidos por los investigadores.

Ilustración 1: Percepciones de psiquiatras.



Para el análisis de la Ilustración 1 se realizaron cinco particiones, denominadas: Factores protectores, marcadores de riesgo, sentimientos, efecto y precipitadores.

La primera subdivisión de la ilustración se denominó *factores protectores* y en ella se encuentran presentes los ítems: *autoestima*, *valentía*, *decisión* y *familia*. Se denominó factores protectores a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a elementos los cuales los participantes consideran como relevantes para prevenir o evitar un nuevo intento de suicidio, y es por ello por lo que se plantea se deberían promover cuando se interviene a estos sujetos. A estos ítems, definitivamente, los

participantes le dan una vinculación positiva frente a una posible prevención o disminución de la posibilidad de un nuevo intento de suicidio. Es así como los participantes lo expresan *“en cada individuo hay una fuente de energía vital y creo que es representada por la familia, la autoestima, pero desde una connotación positiva y en últimas es lo que debemos fortalecer en la hospitalización...”* (Part. 7); *“... en la medicina siempre ha sido importante tener en cuenta cuales son los factores protectores para tratar de fortalecer, en la mayoría de los casos la familia es una red de apoyo importante para estos pacientes... además se debe promover buena autoestima y toma de decisiones, así como resolución de conflictos”* (Part. 8). Expresan abiertamente los participantes que a pesar de que el ítem de Autoestima era mostrado desde una connotación negativa, deciden asumirla a como algo positivo en lo cual hay que trabajar en la práctica clínica diaria. Los participantes lo comentan: *“... esa figura de autoestima no me cuadra, para la mí la autoestima es positiva, es buena es necesaria y es la que debemos promover...”* (Part. 7). *“Me parece que la tarjeta de autoestima tiene una alegoría negativa. No lo llamaría así, sino mas bien minusvalía...”*. (Part.8). Los ítems de valentía y decisión se relacionaron con la importancia de la habilidad en la resolución de conflictos que deben tener los individuos, pero que en la practica clínica no es evidente en estos pacientes. Es así como los participantes lo expresan: *“... la verdad es que los suicidas muchas veces no saben solucionar problemas de la vida y es ahí donde el papel del psiquiatra es completamente relevante”* (Part. 7); *“no tiene sentido promover en nuestros pacientes la autonomía cuando no saben tomar decisiones y la valentía de afrontar los problemas”* (Part. 8)

Así mismo, se hace énfasis por parte de los entrevistados en la participación de la *familia* de los pacientes, a quienes consideran un actor primordial ya que es la red de apoyo principal para estos individuos y por ello en todo el proceso de atención deben ser vinculados. Esto es

expresado por los participantes: “... inevitablemente la necesidad de la vinculación de la familia desde el inicio del proceso es importante y nosotros debemos facilitar esa vinculación”. (Part.8); “... cuando sucede algo como esto, la familia tiene muchos sentimientos encontrados y si no logramos hacerles entender que en el proceso de atención ellos son importantes se pueden alejar o perpetuar sentimientos de culpabilidad que al final no servirán para el paciente con un intento de suicidio”. (Part.7).

La segunda subdivisión de la ilustración se denominó *Marcadores de riesgo* y en ella se encuentran presentes los ítems: *secreto*, *manipulación*, *pecado*, *rechazo* y *abandono*. Se denominó marcadores de riesgo a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a todo lo contrario a lo que se expuso en el párrafo anterior, en donde para los participantes se encuentran elementos que pueden llevar a que un individuo cometa un intento de suicidio, es así como los participantes lo expresan: “...existen muchas cosas o elementos que se dan o provienen del exterior, secretos o Tabú que crea la gente, por ejemplo la religión es algo negativo para algunos y puede desencadenar en un intento; también el abandono que puede sufrir alguien lo puede llevar a eso, por eso siempre es importante como psiquiatra evaluar la red de apoyo que tenga ese individuo porque es parte fundamental de su mejoría o de evitar nuevas replicas de intentos de suicidio”. (Part 8). Además, expresan: “la verdad es que siempre en un intento de suicidio hay una sombra oscura, un lugar difícil de habitar por esa persona y eso es representado para mi por los sentimientos que deben estar sintiendo esas personas que no encontraron más salida que acabar con su vida, debe ser muy duro todo ello...”. (Part. 7).

En el ítem de *pecado*, los participantes plantean que la religión en muchos contextos puede hacer ver un intento de suicidio como algo que no debe ser perdonado socialmente y se hace

énfasis en que esto puede ser visto como algo muy perjudicial no solo para el paciente que comete el intento de suicidio sino también para la familia “... *me parece que la religión así como el pecado no debería tener nada que ver con esto... esto es el resultado de la progresión de enfermedad y no como un acto contra Dios o algo así, pero la realidad es que muchos de nuestros pacientes si llevan ese lastre*” (Part. 8). Añade otro participante: “*para mi la religión es una cosa muy importante para muchos pacientes y cuando no logran su cometido si pueden sentir culpa frente a haber intentado cometer un pecado*”. (Part.7).

Así mismo, frente a los ítems *secreto* y *manipulación*, los participantes consideran que alrededor de un intento de suicidio siempre están presentes secretos familiares o del mismo sujeto que pueden ser causantes o potenciadores de un suicidio, además también los participantes creen que estos individuos son manipulados o manipulan la situación y todo ello lleva a la desesperación de los sujetos a incurrir finalmente un intento de suicidio. Es así como los participantes lo expresan: “*siempre hay algo oculto, hay secretos, creo que ese paciente es empujado muchas veces por la desesperación a tomar esas decisiones, muchas familias pueden pensar que ese acto es manipulatorio y la gran mayoría no es así...*” (Part. 8); “*esta tarjeta de secreto es interesante porque si creo que el suicidio tiene que ver con cosas que no se quieren contar y se prefiere callar...*” (Part.7).

La tercera subdivisión de la ilustración se denominó *Sentimientos* y en ella se encuentran presentes los ítems: *tristeza, sufrimiento, desesperanza e incapaz*. Se denominó sentimientos a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a emociones que según los participantes experimenta el individuo que acaba de intentar suicidarse, pero además que también experimentan los demás actores que hacen parte de su atención, es así como los participantes lo expresan: “*yo pienso que cuando se da un intento*

de suicidio hay un revuelto de sentimientos, no solo del paciente sino de las personas directamente responsables de él, como su familia y el personal de salud mental” (Part.7). En los ítems *desesperanza e incapaz* los participantes lo asocian más a sentimientos con los cuales llega el paciente con intento de suicidio, de lo que expresan: “*definitivamente es un momento muy doloroso y creo que la persona que genuinamente se quería quitar la vida siente demasiada incapacidad y desesperanza de que la situación no tiene solución*” (Part. 8); “yo creo que estas personas se sienten tan desesperanzadas que no ven más soluciones y cuando uno los recibe en urgencias eso es lo que proyectan muchas veces” (Part. 7). Por otra parte, los ítems de *tristeza y sufrimiento* son asociados con mayor frecuencia, según los participantes, a las emociones expresadas por familiares y personal de salud, es así como los participantes lo expresan: “*definitivamente uno como médico o incluso cualquier miembro del equipo de turno siente tristeza por esa persona que padece y la familia claramente sufre por no poder hacer nada en realidad para ayudarlos...*” (Part. 7); “*...no se la verdad que pueda sentir una familia supongo que mucho dolor y tristeza... uno lo que ve es sufrimiento por parte de esa persona*” (Part. 8).

La cuarta subdivisión de la ilustración se denominó *Efecto* y en ella se encuentran presentes los ítems: *problemas, muerte, riesgo, fracaso, cobardía*. Se denominó efecto a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a elementos presentes posterior de un intento de suicidio tanto por parte del sujeto que cometió el intento como de las personas alrededor de este individuo. Frente a los ítems de *muerte y riesgo* los participantes consideran que estos ítems son los mas alusivos a cuando se comete un intento de suicidio y es lo que se previene momentáneamente al hospitalizar a un sujeto; es así como los participantes lo expresan: “*... el suicidio es muerte y aunque no se haya logrado el*

cometido el riesgo de repetición esta presente y es altísimo” (Part. 8); “Todos son sentimientos pero que se dan más en el que comete el intento y en lo que como psiquiatras debemos estar pendiente porque es un riesgo... debemos evitar que eso vuelva a suceder por que la muerte esta rondando y el riesgo es grande” (Part. 7). Frente a los ítems de fracaso, cobardía y problemas, son elementos que según los participantes están presentes en el ambiente que rodea a el individuo que comete intento de suicidio y que puede llevar a mayor estigmatización por parte de su comunidad, es así como los participantes lo expresan: “pues en realidad creo que muchas personas creen que es debilidad o cobardía lo que lleva a estos pacientes a cometer el intento y en realidad esto lleva a más estigma y a mayores barreras en su atención” (Part.8); “las familias, amigos e incluso miembros del personal de salud puede pensar que estas personas son muy cobardes por no afrontar sus problemas, pero también por no tener una adecuada tolerancia a la frustración y esto genera que en muchos ámbitos se maltrate a estas personas” (Part.7).

La quinta subdivisión de la ilustración se denominó *Precipitadores* y en ella se encuentran presentes los ítems: *impotencia, frustración, incomodidad, rabia, miedo y angustia*. Se denominó precipitadores a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a elementos que probablemente tiene en mente el individuo antes de un intento de suicidio, los participantes aclaran que estos ítems tienen más que ver con lo que le sucede a el sujeto que intenta suicidarse, es así como los participantes lo expresan: “siento que hay muchas cosas que le suceden a estas personas antes de pensar en suicidarse y por eso vienen tantos sentimientos y sensaciones previas” (Part. 8). Frente a los ítems *impotencia, frustración, miedo y angustia* refiere los participantes: “... creo que se sienten frustrados o impotentes por situaciones externas y todo ello lo lleva a tener miedo y angustia

de seguir vivos y enfrentar situaciones” (Part. 7); “... es lógico que el miedo y la angustia los acompañen durante el acto de suicidio, debe haber mucho sufrimiento, pero además impotencia por no solucionar los acontecimientos que se le presentan” (Part. 8).

12.2. Médicos Residentes.

En primer lugar, se encuentran las tablas de recolección de datos, seguidas de la matriz de resultados, la gráfica introducida al programa NVivo 12 Plus, y por último el análisis de las percepciones de los médicos residentes participantes.

Tabla 4 CMI participante 1

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
1	Emociones	Dificultades diarias	2-14-22.	La participante refiere que cuando alguien tiene un trastorno afectivo, van a haber estos sentimientos.
		Malos sentimientos	3-4-17- 18- 21-23-24.	Todo eso acompaña a un cuadro afectivo. Cada cosa que hace parte de esta subcategoría empeora el cuadro en ese individuo. Ahí piensa en el sentimiento del individuo que intento suicidarse.
	Potenciadores	Frustración	12-15.	Dice sentir que es difícil dar un nombre a esta subcategoría. Es cuando cualquier persona no cumple sus propias metas.
		Lo hacen los demás	5-6-7-13-16-20.	Dice que son factores sociales que puede llevar que una persona se sienta mal. Se maneja como un TABU.
	Consecuencia final	Consecuencia final	9-10.	Dice la participante que cuando hay un trastorno de afecto y los lleva a intentar suicidarse, siempre hay conductas de riesgo que lo lleva a la muerte y anhelarla.
	Factores protectores	Factores protectores	1-8-11-19.	Es lo que podría ayudar para que no se de un intento de suicidio. Dice la participante que es una categoría Provida.
	Aspectos por trabajar	La solución de las consecuencias fatales	2-8-9-10-13.	Hay múltiples juzgamientos por parte de la sociedad y donde se debe imponer la valentía para afrontar dicho advenimiento.
		La solución de los malos sentimientos	1-3-4-5-11-12-14-17-18-21-22-23-24.	Dice que en esta categoría es importante porque todos los sentimientos se pueden vencer con autoestima y decisión. Durante la entrevista la participante esta tranquila refiere que le hubiera gustado ver la palabra amor.
	Perspectiva	A quien acudir cuando me siento mal	6-7-15-16-19-20.	La participante refiere que la red de apoyo es la única que puede ayudar a solucionar los factores de riesgo para llegar a un intento de suicidio. Dice que es importante que la familia no necesariamente es consanguínea puede ser con quien se cría.

Tabla 5 CMI participante 2

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
2	Factores protectores.	Factores protectores	8-11-19.	Agrupar las tarjetas que representan las ayudas que tiene el paciente y los factores que pueden proteger ante el pensamiento del suicidio.
	Potenciadores.	Problemas de la vida diaria.	2-6-7-13-14-17-22.	Agrupar las tarjetas que representan los problemas que ocurren a diario, da el ejemplo de la sensación de incapacidad que puede hacer que no se compartan con el resto de las personas los secretos y problemas. Añade que estas palabras pueden estar relacionadas con el intento de suicidio pero que no necesariamente llevan a que se cometa.
		Sentimientos de riesgo	1-3-4-5-9-10-12-15-16-18-20-21-23-24.	Agrupar las tarjetas que tiene los términos que, al estar presentes en una persona, en conjunto, pueden llevar al intento de suicidio.
	Aspectos sin relación.	Sin sentido	7-8-13.	No usa estas tarjetas
	Emociones	2.2 Emociones normales	17,4,6,23,14,18, 3,11	En esta categoría agrupa los sentimientos, que considera, todos hemos experimentado y que no necesariamente se tienen que relacionar con el suicidio.
	Potenciadores	Potencializadores	10,2,12,15	Agrupar las tarjetas que al relacionarse entre si, o de manera repetitiva pueden llevar a un intento de suicidio.
		Soledad	21,24,16,5,22,20,19,1,9	Agrupar las tarjetas que representan la soledad, agrega que a pesar de que en el grupo esta la tarjeta de la familia, no todas las personas cuentan con un grupo familiar.

Tabla 6 CMI participante 4

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
4	Potenciadores.	Adjetivos	8-17-22.	Inicialmente selecciona en este grupo la tarjeta frustración, posteriormente la descarta. Refiere que agrupa estas tarjetas teniendo en cuenta los adjetivos con los que se puede identificar el paciente, o con los que otras personas lo pueden identificar. La participante refiere que, junto con manipulación, estas fueron las tarjetas más difíciles de clasificar.
	Intencionalidad.	Interacción con otras personas	7-16-20.	Comenta que clasifico este grupo teniendo en cuenta situaciones que involucran a una tercera persona. Refiere que la sensación de rechazo y abandono involucran a otras personas, y la manipulación la agrupa por descarte y porque la manipulación va dirigida a otros seres humanos.
	Perspectiva.	Factores	1-2-6-9-10-11-13-15-19.	En esta categoría agrupo factores protectores o factores de riesgo de la situación evaluada, comenta que el pecado lo asocio con la sensación de culpa, al igual que el termino secreto. La familia la pensó tanto como factor protector como de riesgo.
	Emociones	Sentimientos y percepciones	3-4-5-12-14-18-21-23-24.	Esta categoría teniendo en cuenta los sentimientos y percepciones que experimenta el paciente tanto en el momento del intento de suicidio como en los momentos previo. Refiere que son posibles situaciones que puede percibir el paciente y que conducen a tomar la decisión.
	Perspectiva	Visión externa	4-6-7-8-9-11-14-15-17-18.	En esta categoría agrupo la visión de familiares, amigos, o incluso el médico que atiende al paciente.
	Emociones.	Visión/ percepción interna	1-3-5-12-13-16-20-21-22-23-24.	En esta categoría agrupo los sentimientos que pasarías por la cabeza del paciente al tomar la decisión de realizar un intento de suicidio. Habla acerca de la baja autoestima diciendo que puede ser una razón para decidir realizar un intento de suicidio, pero también podría ser la razón por la que los demás piensen que la persona se suicidó. Refiere que el pecado puede hacer parte de otras categorías, pero cree que en esta es donde se relaciona mejor.
	Factores protectores.	Factor protector	19	Piensa que en el caso de la tarjeta interpreta que es una familia feliz y que por eso la interpreta como una buena red de apoyo.
	Potenciadores.	Factores de riesgo	2-10	En esta categoría agrupo los factores que exacerban la conducta suicida.

Tabla 7 CMI participante 5

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
5	Perspectiva	Estigma	6-11-13-14-16-17-23-24.	Inicialmente desecha la tarjeta numero 11 (Decisión), pero después decide incluirla en esta subcategoría.
	Factores protectores	Factores protectores	1-8-19.	Es lo que considera la participante los factores para no caer en el riesgo de un intento de suicidio.
	Emociones	La realidad	5-9-15-18.	Lo que siente la familia cuando alguien se suicida, dice la participante
	Potenciadores	Desencadenantes	2-3-4-7-12-20-21-22.	La participante explica que son los motivos por los cuales el paciente se intenta suicidar
		Potenciadores	10	Lo ve como un riesgo a consumo de sustancias o algún otro factor que lo llevaría a el suicidio. La participante se torna algo ansiosa, pero responde rápidamente y clasifica rápidamente las diferentes subcategorías.
	Potenciadores	Factores desencadenantes	2-4-7-12-20-21-22.	Dice no saber como volver a agruparlo y darle nombres diferentes. Dice que es prácticamente igual a la subcategoría desencadenante
		Riesgo	10	Dice la participante que es algo que esta latente siempre
	Perspectivas	Implicaciones sociales	11-13-17-18.	Lo que implica desde el ámbito social. Según la participante esta subcategoría es lo que despierta en los demás cuando alguien intenta suicidarse.
	Emociones	Aislamiento	3-5-6-14-16-23-24.	Son los sentimientos que tiene la familia cuando se intenta suicidar alguien.
	Factores protectores	Factores protectores	1-8-19.	Dice que es igual a la otra subcategoría que había echo antes. Para la participante la tarjeta de autoestima no corresponde desde su perspectiva a la imagen, ya que tiene una connotación negativa.
	Consecuencia final	Desenlace	9-15.	Para la participante esta categoría representa como se ve al suicida, alguien que fracaso y no afronto la vida.

Tabla 8 CMI participante 13.

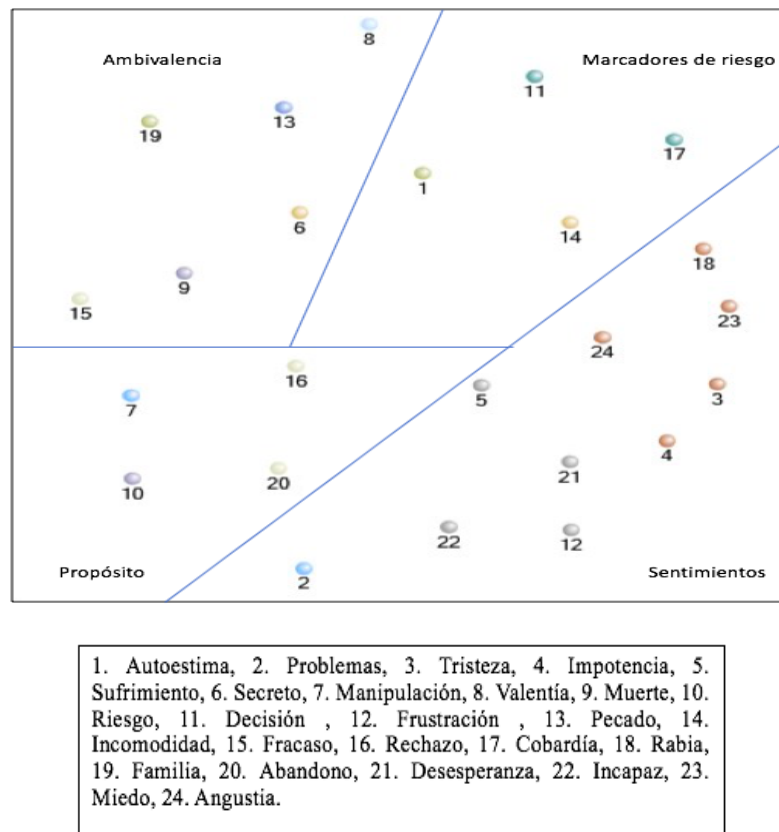
PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
13	Factores protectores	Lo Positivo	1-8-11-19.	Durante toda la entrevista se torna algo ansiosa. Refiere que es difícil hacer la clasificación. Vio solo lo positivo en este grupo desde su perspectiva, dice que autoestima la connotación que le quiere dar es algo bueno
	Emociones	Emociones	3-17-18-23-24.	Esas emocionales las sientes todos tanto los psiquiatras como el paciente.
		Sensaciones	4-5-12-14-21-22.	Ciertas situaciones llevan a que tengan sensaciones diferentes.
	Potenciadores	Situaciones de la vida	2-6-7-15-16-20.	Estas son situaciones que le pueden pasar a todo el mundo. Piensa que son situaciones detonantes que llevan a el paciente a un intento de suicidio. <i>Se ríe mucho durante toda la entrevista</i>
	Consecuencia final	Calavera	9-10	Se le dificulta definir el nombre de la categoría, dice no saber, al final da un nombre, pero no esta segura.
	Aspectos sin relación.	No relación.	13	No encuentra ningún tipo de relación.
	EMOCIONES	2.1 Sensaciones de la familia	6-14-19-22-23.	Dice que siempre sacaría la tarjeta de Pecado, la cual para ella no tiene relación con el suicidio. Piensa esta clasificación cuando de inmediato sucede el suicidio.
	EMOCIONES	2.2 Lo que siente el paciente	3-4-5-9-10-12-18-21-24.	No le parecen relevantes para la nueva clasificación. No le es fácil desglosar esta categoría.
	ASPECTOS POR TRABAJAR	2.3 Las cosas que se van a trabajar con el paciente.	1-11.	Dura bastante tiempo buscando el nombre a la subcategoría, dice que son las cosas que se deben reforzar cuando ya se ha dado un intento de suicidio.
	POTENCIADORES	2.4 Factores estresores	2-7-15-16-20.	No dice mas de describir lo que dicen las tarjetas, expresa que pueden ser las razones que lleven a alguien a hacerse daño.
	ASPECTOS SIN RELACION	2.5 No relación.	8-13-17.	No da razón del porque las saca.

Tabla 9 Matriz de resultados médicos residentes.

Matriz de resultados medicos residentes.										
Ítems	Participante 1		Participante 2		Participante 4		Participante 5		Participante 13	
1	6	3	3	4	3	2	2	5	1	3
2	1	1	2	3	4	4	4	1	3	4
3	4	3	3	2	4	2	4	4	2	2
4	4	3	3	2	4	1	4	1	4	2
5	5	3	3	4	4	2	3	4	4	2
6	5	2	2	2	3	1	1	4	3	1
7	5	2	2	1	2	1	4	1	3	4
8	6	1	1	1	1	1	2	5	1	5
9	3	1	3	4	3	1	3	6	5	2
10	3	1	3	3	3	4	5	3	5	2
11	6	3	1	2	3	1	1	2	1	3
12	2	3	3	3	4	2	4	1	4	2
13	5	1	2	1	3	2	1	2	6	5
14	1	3	2	2	4	1	1	4	4	1
15	2	2	3	3	3	1	3	6	3	4
16	5	2	3	4	2	2	1	4	3	4
17	4	3	2	2	1	1	1	2	2	5
18	4	3	3	2	4	1	3	2	2	2
19	6	2	1	4	3	3	2	5	1	1
20	5	2	3	4	2	2	4	1	3	4
21	4	3	3	4	4	2	4	1	4	2
22	1	3	2	4	1	2	4	1	4	1
23	4	3	3	2	4	2	1	4	2	1
24	4	3	3	4	4	2	1	4	2	2

Se introdujo la Matriz que se muestra en la tabla 9 en el programa NVivo 12 Plus, el cual arrojó la Ilustración 2. En esta se realizaron cuatro divisiones, como puede verse a continuación; en su denominación y partición se tuvo en cuenta las voces de los participantes al momento de realización de la Clasificación Múltiple de Ítems, así como las subcategorías establecidas por ellos mismos y los criterios establecidos por los investigadores.

Ilustración 2: Percepciones de médicos residentes.



Para el análisis de la Ilustración 2 se realizaron cuatro particiones, denominadas: Ambivalencia, marcadores de riesgo, propósito y sentimientos.

La primera subdivisión de la ilustración se denominó *Ambivalencia* y en ella se encuentran presentes los ítems: *pecado*, *valentía*, *familia*, *secreto*, *muerte* y *fracaso*. Se denominó ambivalencia a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a factores con significados opuestos los cuales pueden estar presentes en el momento la atención del paciente con intento suicida, además de encontrar opiniones divididas frente a estos ítems en los diferentes participantes. Es así como lo manifiestan los participantes: “...Acá se pueden ver tarjetas que aparentemente son aspectos positivos o negativos, pero por ejemplo en el caso de la de la muerte, dependiendo de las creencias del

paciente, este lo puede ver como una liberación a su situación actual o como una condena si lo vemos desde el punto de vista del pecado y la religión...” (Part. 2), por otro lado, mencionan: “...incluyo la palabra valentía en esta categoría porque considero que las otras palabras se oponen totalmente a esta, es decir que la persona piense que fracasó en algún aspecto y por eso considere la muerte, pero puede también puede tener la valentía para enfrentar la situación y buscar ayuda...” (Part 13.).

El ítem *pecado*, en algunos participantes fue descartado ya que no lo consideraban como algo con relación al intento de suicidio, sin embargo, otros participantes han encontrado sentidos distintos de protección o de riesgo según la visión en que se vea. Es así como lo manifiesta los participantes: *“la verdad es que las implicaciones sociales de un intento de suicidio creo yo son muy importantes, la religión y por tanto el pecado es visto como algo negativo, y seguramente estas personas deben sentir mucha culpa y los que son creyentes tener miedo de Dios” (Part 5.) “hay muchos juzgamientos por parte de la sociedad católica en la que vivimos, por eso creo que el pecado tiene que ver con eso negativo... aunque también el pecado puede ser un factor protector en el sentido que esas personas tan creyentes creerán que eso es indebido y no lo hacen, depende por donde se mire” (Part. 1).*

De igual forma, se hace énfasis por parte de los entrevistados en la participación del *secreto*, *muerte* y *fracaso* como elementos claves frente a un intento de suicidio. Es así como los secretos según los participantes pueden generar en un punto la desesperación o toma de decisión de un intento; además de como la muerte y fracaso están rodeando dicho acto. Es así como lo manifiesta los participantes: *“... yo creo que los secretos o los fracasos en la vida son detonantes claros en estos pacientes... ellos siempre creen que no hay salida y pues la situación y su entorno son completamente invalidantes” (Part. 13); “... para mis las*

tarjetas de pecado y secreto van como de la mano, son las que pueden llevar a que esa persona sienta tanta culpa que termine intentando suicidarse... uno lo ve mucho acá, muchos secretos en la familia” (Part. 4); “... los secretos son potenciadores en la vida de alguien, y si no se soluciona lleva tomar decisiones tan desesperadas como el suicidio” (Part 2.).

El ítem *familia* según los participantes es muy contradictorio y es el elemento central dentro de las razones que llevan a un individuo a intentar suicidarse, definitivamente concuerdan en la necesidad de vincularlos al proceso que vive su familiar. Es así como lo manifiesta los participantes: *“la familia para mi puede ser factor protector o de riesgo, uno acá en la clínica ve como las familias se tiran a la gente, pero también puede ser la mayor red de apoyo de alguien, es contradictorio y depende del caso” (Part. 4); “Para mi la familia es un factor protector que puede vencer el riesgo, claramente familia no solo es consanguínea sino el que cría a dicha persona y definitivamente son el elemento mas importante con quien trabajar y hacerles entender que pasa con su familiar” (Part. 1)*

La segunda subdivisión de la ilustración se denominó *Marcadores de riesgo* y en ella se encuentran presentes los ítems: *Autoestima, decisión, incomodidad y cobardía*. Se denominó marcadores de riesgo a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a situaciones o sensaciones que pueden facilitar el tomar la decisión de realizar un intento suicida. Es así como lo manifiestan los participantes: *“...pienso que una baja autoestima es uno de los factores fundamentales, en muchos casos, para la aparición de síntomas depresivos, y si los síntomas depresivos aparecen y no son tratados esto puede ser la antesala del intento de suicidio...” (Part. 1); “...No tener una buena autoestima, el sentirse triste y no encontrar una persona con la que se sienta la comodidad de contar todo lo que se ha pensado puede ayudar a que la persona tome la decisión de suicidarse...” (Part. 4).*

Los ítems *decisiones y autoestima*, son tomados por los participantes desde diferentes perspectivas, para algunos la figura de autoestima no es alusiva a algo positivo por lo cual algunos la desechan y para otros participantes la baja autoestima es determinante para un intento de suicidio, así como el termino de decisión el cual viene enlazado por si misma con el de suicidio. Es así como lo manifiesta los participantes: *“me parece que es la autoestima y la toma decisiones las que se deben trabajar fuertemente con estas personas después de que tienen su intento de suicidio, eso es lo que en la clínica debería proveer a esos pacientes”* (Part. 13); *“acá decisión es más de la familia, es como el tomar decisiones posteriores a que alguien de la familia comete un intento de suicidio... la tarjeta de autoestima tiene una connotación negativa y para mí la autoestima es buena”* (Part. 5); *“yo creo que el suicidio es una decisión y dentro de esa decisión juegan muchas cosas, por ejemplo, creo que una baja autoestima puede llevar a alguien a no encontrar un sentido y querer matarse”* (Part. 4)

En los ítems de *cobardía e incomodidad*, los participantes expresan que puede ser la visión externa de un intento de suicidio, pero también lo que ha llevado a ese individuo a intentar cometer un intento de suicidio. Es así como lo manifiesta los participantes: *“muchas de las tarjetas son lo que podríamos llamar un cuadro afectivo y es típico el sentimiento de esa persona de no valer nada, de ser cobarde y sentirse incomodo con la realidad que se le impone”* (Part.1) *“... las tarjetas de cobardía e incomodidad pueden tener relación con un intento de suicidio pero no necesariamente son desencadenantes... creo que todos como seres humanos hemos sentido algo de eso, hay mas allá de esto para que se de un intento”* (Part. 2). *“creo que esto es lo que podemos sentir nosotros hacia esa persona, como que es un cobarde y puede generar tanta incomodidad que evitamos profundizar... creo que es una visión como externa de lo que pasa”* (Part. 4).

La tercera subdivisión de la ilustración se denominó *Propósito* y en ella se encuentran presentes los ítems: *manipulación, riesgo, rechazo, abandono*. Se denominó propósito a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a situaciones que quiere modificar el paciente y las posibles acciones mediante las que busca el cambio; así mismo, puede ser vista esta categoría como lo que genera un intento de suicidio. Es así como lo manifiestan los participantes: “... *el rechazo puede generar la percepción de abandono y una manera de que la red de apoyo se active es poniéndose en riesgo...*” (Part. 1); “...*el intento de suicidio es poner en potencial riesgo la vida y este acto es interpretado muchas veces como una manipulación por lo que en últimas puede terminar generando el rechazo y abandono de las personas más cercanas...*” (Part. 5). Los ítems de *manipulación* y *rechazo* se visibilizan repetidamente en las voces de los entrevistados, haciendo relación con la percepción que estos participantes ven que tiene la familia frente a el sujeto que intento suicidarse, es así como lo manifiesta los participantes: “*se puede ver de dos formas o el paciente es manipulado y rechazado y lo lleva a tener un intento de suicidio; o al revés es el paciente quien manipula y genera rechazo de su familia y se intenta matar de esa manera, eso depende*” (Part. 2); “*yo creo que el rechazo es un elemento clave en un intento de suicidio porque si no hay red y esta solo y se siente así pues es mas fácil que lo haga, pero también la manipulación por parte de otros puede generar este acto*” (Part. 5).

El ítem *rechazo*, se relacionó con la importancia en entender que este puede ser un desencadenante de un intento suicida y que en algunos casos puede tener una connotación social, así mismo se considera como los demás ítems como factor de riesgo de un intento de suicidio. Allí, surge de manera concomitante el ítem *cobardía*, en donde los participantes la relacionaron con el rechazo que finalmente desencadena en un intento de suicidio. Es así

como los participantes lo expresaron: *“El rechazo lo veo como un factor social, por ejemplo, a las personas que les hacen bullying pues son rechazados socialmente o por un pequeño grupo de su comunidad y eso definitivamente es muy pesado cargar... y se puede creer que es cobardía de esa persona pero es miedo mas que eso”* (Part.1); *“El rechazo como las otras tarjetas que agrupe pueden ser un riesgo y llevar a un intento de suicidio”* (Part. 2); *“me hubiera gustado ver en vez de rechazo, la palabra discriminación, porque es muy social como que es una presión que lleva a muchos de ellos a un intento”* (Part.13).

La cuarta subdivisión de la ilustración se denominó *Sentimientos* y en ella se encuentran la mayoría de los ítems: *rabia, miedo, angustia, tristeza, impotencia, sufrimiento, desesperanza, incapaz, frustración y problemas*. Se denominó sentimientos a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a las emociones que pude experimentar tanto el paciente y la familia como el personal que interviene en la atención. Es así como lo manifiestan los participantes *“...muchas veces nos concentramos en las emociones que experimenta el paciente y olvidamos que estas emociones también las pueden experimentar las familias y el personal de la salud...”* (Part. 13), *“...el personal de la salud puede experimentar sentimiento como frustración, impotencia, tristeza, angustia, miedo y rabia ante la atención de un paciente con un intento de suicidio...”* (Part.5)

Los ítems *rabia, miedo, angustia, tristeza y sufrimiento* se perciben reiteradamente en las voces de los entrevistados como sentimientos o emociones que experimenta en su gran mayoría el individuo que se intenta suicidar. Es así como los participantes lo expresan: *“sabemos que no todos se suicidan por cuadros depresivos, pero si creo que muchos de los pacientes sino su mayoría experimentan miedo, tristeza y mucho sufrimiento,*

independientemente de la causa” (Part. 4); “es casi repetitivo la angustia y tristeza en estas personas que sufren tanto que no ven más salida, eso es triste e imposible de imaginar si no se vive” (Part. 13); así mismo refiere uno de los participantes: “son sentimientos que experimenta el paciente después de intentar suicidarse especialmente rabia y sufrimiento... eso creo que prevalece en ellos” (Part.5).

Por otra parte, los ítems *incapaz y frustración*, se relacionan mas según los participantes en los sentimientos que puede sentir el personal de salud, así lo expresan los diferentes participantes: “...la primera vez que sabes que alguien se intento suicidar, o pacientes que han estado acá por eso y finalmente te enteras que lo hicieron afuera, genera mucha frustración y como esa sensación de incapacidad, eso es horrible, pero con eso debemos vivir día a día” (Part. 1); “hay casos de casos, hay pacientes que uno sabe algún día se van a matar y eso es duro uno como médico dentro de su postura médica dice cómo ayudo, cómo lo salvo, genera mucha frustración y uno se siente incapaz, como mal médico muchas veces...” (Part. 4).

Por último, los ítems *desesperanza y problemas*, se relacionaron por uno de los participantes como lo que cree lleva indiscutiblemente a un intento de suicidio “creo que es claro que cuando se tienen problemas y ya no hay esperanza sino se esta inundado de desesperanza es cuando inevitablemente se llega a un intento de suicidio y eso no es debilidad ni nada, es que la vida a veces pesa mucho” (Part. 2).

12.3. Personal de enfermería.

En primer lugar, se encuentran las tablas de recolección de datos tanto de auxiliares de enfermería (9 y 14) como de jefes de enfermería (12 y 15), seguidas de la matriz de resultados respectivamente, la gráfica introducida al programa NVivo 12 Plus, y por último el análisis de las percepciones de estos participantes.

Tabla 10 CMI participante 9.

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
9	Emociones	Fase 1: Inicio de síntomas	3-4-5-12-13-14-17-18-21-22-23-24.	Duda de la manera de clasificar. Dice que siente que cuando los pacientes entrar en esta fase ya es difícil salir.
	Potenciadores	Fase 2: Limbo o Neutro	1-2-7-11-15-16-20.	Se pone en la postura de paciente y dice que puede sentir incomodidad y la autoestima esta súper bajo y por eso es neutros en toda la situación.
	Factores protectores	Fase 3: Apoyo primario	6-8-19.	Para ella esto es clave en todo el proceso. Aquí dice durante la entrevista que cree que faltó figuras que representaran la parte medica o medicamentos.
	Consecuencia final	Fase 4: A lo que no se quiere llegar	9-10.	Donde no se quiere llegar. Dice que para ella la figura mas importante es familia.

Tabla 11 CMI participante 14.

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
14	Emociones	Los síntomas	3-4-5-9-10-12-14-15-21-22-23.	Agrupar lo que ha observado que sienten los pacientes, agrega que para esta categoría tiene en cuenta su experiencia laboral.
	Aspectos por trabajar	Debilidades	1-8-11.	Agrupar lo que considera que hace falta a estos pacientes, la valentía para tomar una buena decisión, y además pueden tener problemas de autoestima. Agrega que estas personas pueden terminar haciendo lo que otras personas les dicen.
	Potenciadores	El miedo	6-13-16-17.	Comenta que piensa que estas personas mantienen en secreto lo que sienten y piensan por temor a ser estigmatizados, se sienten rechazados, pueden pensar que tener una enfermedad mental o un pensamiento suicida es un pecado, y finalmente que la cobardía es uno de los sentimientos que tiene, o al cortarse se sienten cobardes al no poder tomar la decisión de realizar un intento de suicidio.
	Intencionalidad	Sentimientos de la familia	2-7-18-19-20-24.	La familia puede pensar que son un problema, los pueden abandonar, los pacientes pueden sentir rabia hacia su familia que los ven como personas manipuladoras y lo anterior conlleva a que aparezca un sentimiento de abandono.
	Aspectos por trabajar	Integración	1-2-3-4-5-6-7-10-13-14-15-16-17-19-20-21-22-23-24.	Comenta que desde el punto de vista de enfermería es importante integrar a la familia, explicarles los síntomas que experimentan los pacientes, y hablarles acerca del riesgo que corren sus familiares.
		Ayuda al paciente	8-9-11-12-18.	Ayudar a canalizar la frustración y rabia que siente el paciente y motivarlos por medio de psicoeducación a fortalecer su autoestima y trabajar en la toma de decisiones.

Tabla 12 CMI participante 12.

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
12	Potenciadores	Factores - sentimientos que llevan a la autoagresión	1-3-4-5-7-12-13-14-15-17-18-21-22-23-24.	Lo agrupa al identificar las situaciones que pueden ser potenciales a la hora de realizar un intento suicida, comenta que piensa que factores de riesgo que si se evidencian a tiempo pueden estar relacionados con la búsqueda de ayuda y de esta manera se evitaría el intento suicida. La participante comenta que clasifica en esta categoría la palabra pecado que para ella hace alusión a un acto cometido por el paciente que genera sentimientos de culpa.
	Factores protectores	Entorno social	2-8-11-16-19-20.	Refiere que clasifica en esta categoría los factores que hacen parte del entorno social, centrándose en la familia que va a ser determinante para el pronóstico y tratamiento del individuo. Comenta que incluye las palabras decisión y valentía ya que la presencia de una red de apoyo garantiza la toma de buenas decisiones y aumenta la seguridad el paciente. Por otro lado, comenta que si no hay una buena red de apoyo las personas pueden sentir el rechazo de la sociedad. Agrega que una aspectos positivos y negativos porque el eje central de la categoría es la familia y quiso mostrar lo que ocurre si es una familia unida o si por el contrario es una familia con dificultades
	Consecuencia final	Identificación de los factores	9-10	Refiere que elige estas dos tarjetas porque considera que si se puede identificar el riesgo se previene la muerte, pero si no se identifica que tanto riesgo tiene la persona se puede desencadenar la muerte al no brindar una atención oportuna.
	Aspectos sin relación	Ninguna relación.	6	No usa esta tarjeta

Tabla 13 CMI participante 15.

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
15	Aspectos sin relación	Desconocido	6-13-14-17.	No usa estas tarjetas
	Potenciadores	Desencadenantes	1-2-3-5-11-12-16-21.	Agrupar la mayoría de las situaciones que llevan a una persona a tener una ideación o intento suicida.
		Factores	4-10-18-22-24.	Dice que esta categoría esta muy ligada con la anterior. Comenta que la impotencia hace que la persona se sienta incapaz de tomar una decisión y eso puede llevar al intento suicida. Comenta que estos son factores riesgo.
		Lo negativo – factores negativos	15-20-23	Agrupar estas tres tarjetas que son factores negativos.
	Intencionalidad	Manipulación	7	Comenta que piensa que muchas personas realizan el intento suicida buscando manipular a alguien.
	Factores protectores	Factores protectores	8-19	La familia es un factor protector en la mayoría de los casos, o pueden tomar la decisión de realizar un intento para que la familia no sufra por algún hecho que cometió.
	Consecuencia final	Muerte	9	Es la tarjeta que representa lo que se busca con el intento de suicidio.
	Aspectos sin relación.	Desconocido	6-13-17.	No usa estas tarjetas
	Potenciadores	Decisión	1-2-3-4-5-12-14-15-16-18-20-21-22-23-24.	Agrupar las palabras que son factores desencadenantes para planear un intento de suicidio.
	Perspectivas	Protección	7-8-10-19.	Aclara que, aunque el nombre del grupo es protección estos factores también podrían ser desencadenantes. Relaciona las tarjetas riesgo y familia al considera que algunas familias son tóxicas y favorecen el pensar en el suicidio, pero en otro caso la familia puede ser un factor protector.
	Consecuencia final	Objetivo	9-11	Representa el objetivo del intento suicida. Comenta que le gustaría que la palabra “salida” se encontrara entre las tarjetas,

Tabla 14 Matriz de resultados auxiliares de enfermería.

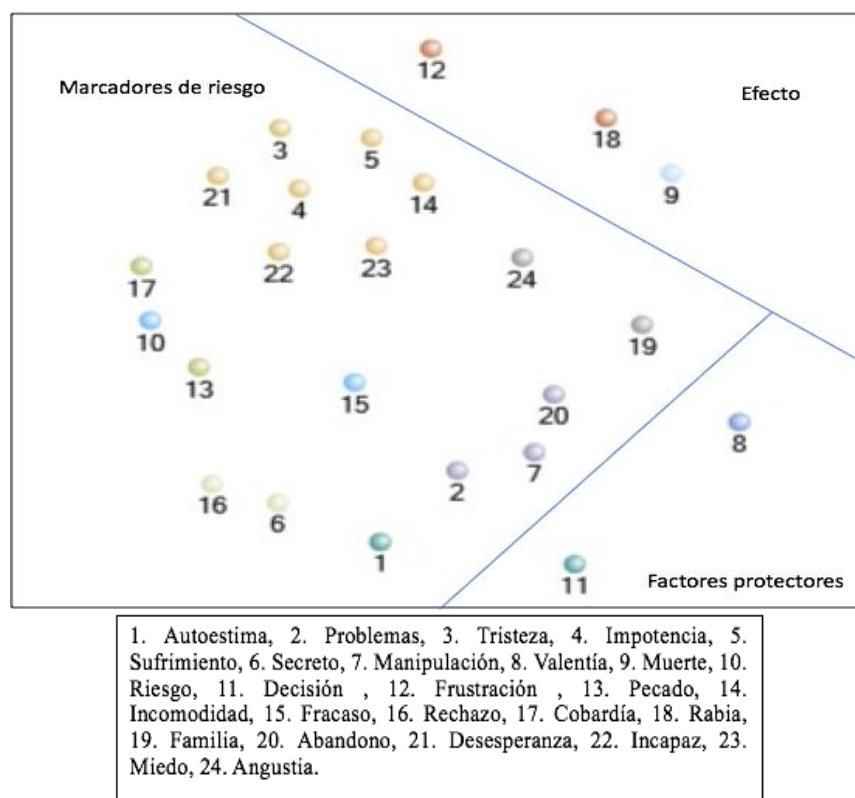
Matriz de resultados auxiliares de enfermería			
Ítems	Participante 9	Participante 14	
1	2	2	1
2	2	4	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	1	1	1
6	3	3	1
7	2	4	1
8	3	2	2
9	4	1	2
10	4	1	1
11	2	2	2
12	1	1	2
13	1	3	1
14	1	1	1
15	2	1	1
16	2	3	1
17	1	3	1
18	1	4	2
19	3	4	1
20	2	4	1
21	1	1	1
22	1	1	1
23	1	1	1
24	1	4	1

Tabla 15 Matriz de resultados jefes de enfermería.

Matriz de resultados Jefes de enfermería.			
Ítems	Participante 12	Participante 15	
1	1	2	2
2	2	2	2
3	1	2	2
4	1	3	2
5	1	2	2
6	4	1	1
7	1	5	3
8	2	6	3
9	3	7	4
10	3	3	3
11	2	2	4
12	1	2	2
13	1	1	1
14	1	1	2
15	1	4	2
16	2	2	2
17	1	1	1
18	1	3	2
19	2	6	3
20	2	4	2
21	1	2	2
22	1	3	2
23	1	4	2
24	1	3	2

Se introdujo la Matriz que se muestra en la tabla 14 en el programa NVivo 12 Plus, el cual arrojó la Ilustración 3 y se introdujo la Matriz que se muestra en la tabla 15 en el programa NVivo 12 Plus, el cual arrojó la Ilustración 4. En la primera se realizaron tres divisiones y en la segunda se realizaron cinco divisiones; en su denominación y partición se tuvo en cuenta las voces de los participantes al momento de realización de la Clasificación Múltiple de Ítems, así como las subcategorías establecidas por ellos mismos y los criterios establecidos por los investigadores.

Ilustración 3: Percepciones de auxiliares de enfermería.



Para el análisis de la Ilustración 3 se realizaron tres particiones, denominadas: Efecto, marcadores de riesgo y factores protectores.

La primera subdivisión de la ilustración se denominó *Efecto* y en ella se encuentran presentes los ítems: *muerte, frustración y rabia*. Se denominó efecto a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a los sentimientos que pueden aparecer tanto en el paciente como en la familia y el personal de la salud. El ítem de *muerte* fue considerada por los participantes como el efecto final del intento de suicidio, es así como lo manifiestan los participantes “... *frustración y rabia puede sentir el personal que atiende a estas personas y más cuando ocurre que uno ve que vienen una y otra vez por intentos de suicidio, yo creo que eso es lo mismo que debe sentir la familia...*” (Part.14), “...*si el paciente consigue morirse la familia debe sentir mucha frustración y rabia, pero si el paciente lo intenta y no lo consigue esos son sentimientos que puede experimentar él...*” (Part.9).

La segunda subdivisión de la ilustración se denominó *Factores Protectores* y en ella se encuentran presentes los ítems: *valentía y decisión*. Se denominó factores protectores a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a factores considerados por los participantes como fundamentales a la hora de prevenir un intento de suicidio, es así como lo expresan los participantes “...*si la persona se esta sintiendo mal pero toma la decisión de buscar ayuda se puede prevenir el intento de suicidio, por otro lado si lo realiza pero adquiere valentía para tomar la decisión de enfrentar el proceso eso sería fundamental en la recuperación...*” (Part.9), “...*el término valentía lo tomo por el lado de ser valiente para tomar buenas decisiones, esto estaría relacionado con la búsqueda de ayuda por psicólogos y psiquiatras y también en buscar ayuda con la familia...*” (Part. 14).

La tercera subdivisión de la ilustración se denominó *Marcadores de Riesgo* y en ella se encuentran presentes los ítems: *familia, abandono, manipulación, problemas, autoestima,*

angustia, fracaso, secreto, rechazo, incomodidad, miedo, pecado, riesgo, desesperanza, impotencia, sufrimiento, tristeza, incapaz y cobardía. Se denominó marcadores de riesgo a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a sentimientos o situaciones por las que puede atravesar el paciente previo a decidir realizar un intento suicida, los participantes estuvieron de acuerdo en que estos términos se pueden presentar de diferente manera y con el trabajo que se debe realizar en el paciente y familia se pueden convertir en factores protectores, es así como manifiestan los participantes en cuanto a los ítems familia y autoestima “...*si se trabaja con la familia se puede hacer que crezca la red de apoyo, que las relaciones y la comunicación mejore o que se dedique más tiempo a compartir...*” (Part.14), “...*la autoestima es algo que se debe trabajar, que el paciente se de cuenta poco a poco de todas las cualidades que tiene y como esas cualidades lo pueden ayudar...*” (Part.9).

En cuanto a los ítems *abandono, angustia, fracaso, rechazo, desesperanza, impotencia, sufrimiento y tristeza* los participantes están de acuerdo en que son emociones que pueden sentir tanto el personal de salud como los familiares, pero hacen énfasis que en el caso de los presente el paciente pueden estar directamente relacionados con la decisión de realizar un intento de suicidio, es así como lo manifiestan los pacientes “... *pienso que cuando un persona intenta suicidarse hay una mezcla muy grande de emociones, pero sin duda previo a ese momento debieron estar acompañados de sentimientos y emociones muy molestas y feas durante mucho tiempo...*” (Part. 9), “... *todo eso lo puede experimentar el paciente y la familia, y de hecho lo experimentamos todos en algún momento, pero lo que tal vez hace la diferencia es que ellos los experimentan todos al tiempo...*” (Part.14).

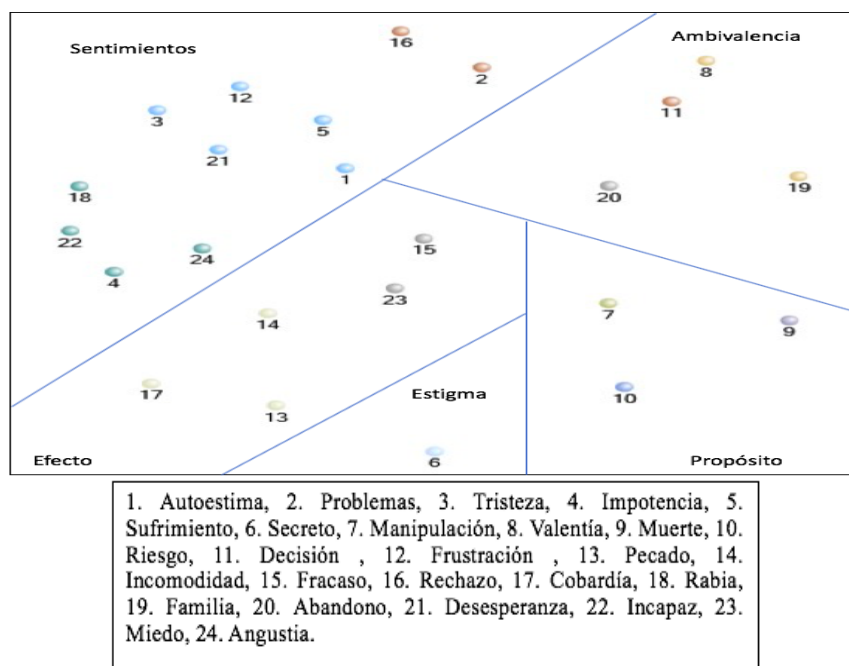
En cuanto al ítem *manipulación* los participantes concuerdan que puede ser algo que busca el paciente que realiza un intento suicida, de esta manera lo expresan los participantes:

“...también es importante tener en cuenta que los pacientes pueden buscar manipular o también pueden ver que con lo que ocurrió se generan muchos cambios y que es una manera de manipular a las personas que los rodean, incluso en muchas oportunidades se ve como intentan manipular al personal dentro de la hospitalización...” (Part.9).

En cuanto a los ítems *secreto*, *incomodidad* y *pecado*, los participantes mencionaron que pueden estar relacionados de la siguiente manera *“...muchas veces el intento de suicidio o la enfermedad mental se mantiene en secreto porque es usual que la gente se sienta incomoda al tener que compartir con alguien que sufra una enfermedad mental al considerar que esta loco, y también como el suicidio se considera pecado puede que eso genere pena por parte del paciente y su familia, pero ninguna de esas situaciones debería ocurrir...” (Part.9).*

En cuanto a los ítems *problemas*, *miedo*, *riesgo*, y *desesperanza* los participantes lo relacionan con las dificultades que se pueden presentar a diario *“... los problemas cuando aparentemente no tienen solución pueden llevar a que la persona se sienta desesperanzado y con miedo de enfrentar la vida y eso puede hacer que se ponga en riesgo o que se intente quitar la vida...” (Part.14).* En cuanto al ítem *cobardía* los participantes dudan en donde ubicarlo, sin embargo, no descartan la tarjeta, pero tampoco comentan nada alusivo a ella.

Ilustración 4: Percepciones de jefes de enfermería.



Para el análisis de la Ilustración 4 se realizaron cinco particiones, denominadas: Sentimientos ambivalencia, propósito, estigma y efecto.

La primera subdivisión de la ilustración se denominó *Sentimientos* y en ella se encuentran presentes los ítems: *autoestima, problemas, impotencia, angustia, sufrimiento, rechazo, desesperanza, incapaz, rabia, tristeza y frustración*. Se denominó sentimientos a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a situaciones positivas y negativas que aparecen tanto en el paciente y familia como en el personal que realiza la atención. Es así como los participantes lo expresan: “...considero que al momento de decidir realizar un intento de suicidio son muchas las emociones que presenta el paciente y esa mezcla de sentimientos asociada a la incapacidad de manejarlos pueden facilitar la toma de esa decisión, pero también muchas de esas emociones se pueden presentar en las familias al conocer que su ser querido intento quitarse la vida...” (Part. 15).

En cuanto al ítem *autoestima* los participantes estuvieron de acuerdo en considerarlo como un aspecto negativo, es así como lo expresan los participantes “...*una baja autoestima puede hacer que la persona no se relacione de una manera adecuada y que aparezcan sentimientos de impotencia...*” (Part. 15). En cuanto al ítem *incapaz* lo consideran que la no resolución de los problemas o el no lograr el resultado propuesto podría estar directamente relacionado con afectación de la autoestima, es así como lo expresan los participantes “...*En algunos casos se observa una incapacidad de los pacientes para tomar decisiones que puedan ser buenas para ellos y cuando llegan las consecuencias de esas de esas decisiones viene el desespero y la baja autoestima y pueden sentirse incapaces de hacer cosas valiosas por ellos mismos o por los demás...*” (Par. 12).

En cuanto a los ítems *impotencia*, *angustia* y *sufrimiento* ambos participantes lo relacionaron como se muestra a continuación: “... *el sufrimiento va de la mano de la angustia y si no existe alguna solución o posibilidad de ayuda la impotencia puede hacer el paciente piense en el suicidio, por otro lado esos sentimientos también se presentan en la familia y muchas veces en nosotros como personal de la salud al ver que el paciente no mejora...*” (Part.12), “...*la impotencia genera mucho sufrimiento y si eso no se maneja o si no se encuentra a las personas adecuadas la persona puede llegar a pensar en quitarse la vida...*” (Part.15.).

En cuanto al ítem *rechazo* los participantes lo mencionan tanto como un factor desencadenante como una posible consecuencia asociada a un intento de suicidio, es así como lo comentaron los participantes “... *si la persona siente el rechazo, por ejemplo, de la familia puede sentir que su vida no tiene sentido...*” (Part. 15), “... *la persona se puede sentir rechazado, al perder un trabajo, terminar una relación, pero también puede que si la gente se entera que se intento suicidar prefieran no acercarse, o también la familia para evitar preguntas puede rechazar la ayuda o compañía de los demás...*” (Part. 12).

En cuanto a los ítems *desesperanza, rabia, tristeza y frustración* los participantes estuvieron de acuerdo en que son sentimientos negativos que pueden experimentar los pacientes, familiares y el personal de la salud, sin embargo, hicieron énfasis en el grupo familiar. Así es como lo expresan los participantes: “... *los sentimientos de la familia son muy importantes, se debe trabajar en ellos durante la hospitalización, ellos pueden sentirse muy tristes, en otros momentos pueden sentir mucha rabia, en otros momentos desesperanza, frustración, y se debería poder trabajar en ellos para canalizarlos de la manera adecuada...*” (Part.12).

La segunda subdivisión de la ilustración se denominó *Ambivalencia* y en ella se encuentran presentes los ítems: *valentía, decisión, familia y abandono*. Se denominó ambivalencia a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a situaciones contrarias por las que puede atravesar una persona, al respecto los participantes mencionan “...*incluyo las palabras decisión y valentía ya que la presencia de una red de apoyo garantiza la toma de buenas decisiones y aumenta la seguridad del paciente. Por otro lado, si no hay una buena red de apoyo las personas pueden sentir el rechazo de la sociedad. En esta categoría uno aspectos positivos y negativos porque el eje central de la categoría es la familia y quise mostrar lo que ocurre si es una familia unida o si por el contrario es una familia con dificultades...*” (Part.12), “...*La familia es un factor protector en la mayoría de los casos, o pueden tomar la decisión de realizar un intento para que la familia no sufra por algún hecho que cometió, pero si por el contrario no hay comprensión en la familia o existe abandono por parte de alguno de los padres eso puede ser un factor de riesgo...*” (Part. 15).

La tercera subdivisión de la ilustración se denominó *Propósito* y en ella se encuentran presentes los ítems: *manipulación, muerte y riesgo*. Se denominó propósito a esta subdivisión

debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a situaciones que pude buscar el paciente que realiza un intento de suicidio, es así como lo expresan los participantes *“...en la práctica diaria vemos muchos casos en que la persona no realiza el intento de suicidio buscando morirse, a veces se ponen en riesgo buscando generar un cambio familia o en su pareja, pero muchas también es con el fin de manipular...”* (Part. 15).

La cuarta subdivisión de la ilustración se denominó *Estigma* y en ella se encuentran presentes el ítem: *secreto*. Se denominó estigma a esta subdivisión debido a que el ítem que la constituye corresponde tanto a un factor de riesgo como a una consecuencia inmediata del intento de suicidio, es así como lo expresan los participantes *“... está tarjeta no la usaría, la descarto porque no sabría en que categoría incluirla, pero me gustaría decir que un secreto grave puede ser el factor que lleve a pensar en la muerte, o en nuestra sociedad para evitar el estigma la familia y el paciente pueden mantener en secreto el intento de suicidio...”* (Part.12).

La quinta subdivisión de la ilustración se denominó *Efecto* y en ella se encuentran presentes los ítems: *cobardía, pecado, incomodidad, fracaso y miedo*. Se denominó efecto a esta subdivisión debido a que los ítems que la constituyen corresponden tanto a un factor de riesgo como a una consecuencia inmediata del intento de suicidio, es así como lo expresan los participantes *“...cobardía, pecado e incomodidad para mi no tienen relación con el tema del suicidio yo las descarto... tal vez en esta categoría pensaría que incomodidad tal vez la puedo incluir pensando en lo que piensan algunas personas al tener que atender alguien que intento suicidarse, pero pienso que en ese aspecto estarían mas presentes el miedo o el temor al fracaso al ver que puede ser difícil ayudar a estas personas...”* (Part.15), *“pienso que la*

cobardía, la incomodidad o el pensar que el suicidio es un pecado son percepciones que tiene la familia o las personas que se enteran del intento de suicidio, mientras que el fracaso y el miedo pueden ser sentimientos que experimenta el paciente...” (Part.12).

12.4. Personal de servicios Generales.

En primer lugar, se encuentran las tablas de recolección de datos, seguidas de la matriz de resultados, la gráfica introducida al programa NVivo 12 Plus, y por último el análisis de las percepciones del personal de servicios generales.

Tabla 16 CMI participante 6.

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
6	Emociones	Lo que ellos sienten	1-12-20-21.	Refiere que agrupa en esta categoría los sentimientos del paciente. Comenta que muchas veces una baja autoestima lleva a la decisión del intento de suicidio. En cuanto al abandono refiere que este sentimiento lo pueden sentir por parte de su familia u otra persona.
		Sentimiento de fracaso	5-15-16-23-24.	Comenta que siente que estar personas se sienten fracasadas y esto esta relacionado, con la angustia, el miedo, el rechazo y el sufrimiento. El temor de enfrentarse a la vida puede llevar a esta decisión.
		Impotencia	2-4-11-18-22.	En esta categoría agrupa los sentimientos de impotencia de l persona, por ejemplo, al enfrentar un problema o tomar una decisión.
	Intencionalidad	La familia	3-8-9-19.	Comenta que la persona puede sentirse valiente, pero a la vez no piensan en su familia y en la tristeza que les pueden causar.
	Aspectos sin relación	No útil	6-7-10-13-14-17.]	No usa estas tarjetas

Tabla 17 CMI participante 11.

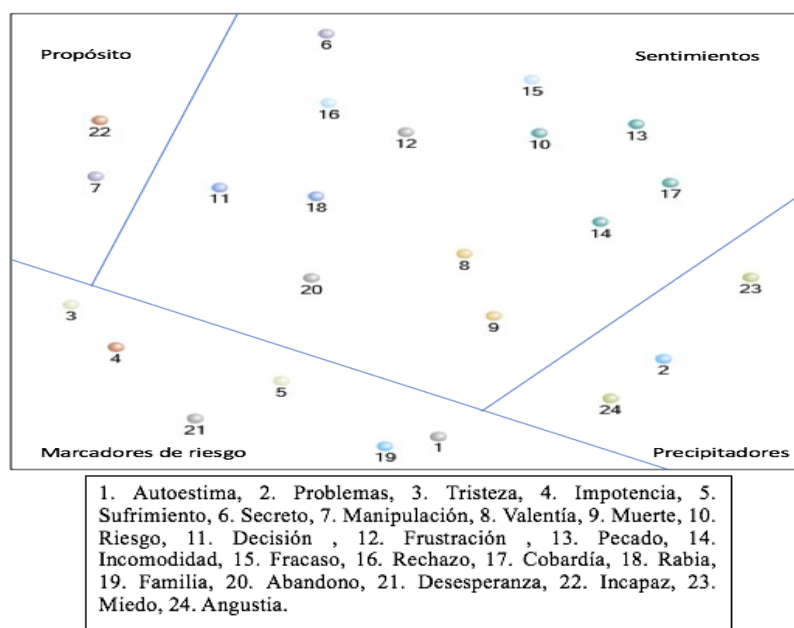
PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
11	Emociones	No poder hacer las cosas	1-3-4-5-21.	Se pone en la posición del paciente en donde no dan ganas de hacer nada. Se le dificulta poner nombre a la subcategoría. Piensa que lo económico marca mucho frente a este grupo.
	Potenciadores	Problemas de familia	2-19-23-24.	Habla que cuando hay incomprensión en la familia. Habla sobre los hijos y sobre la dificultad para ayudar y estar mas presente allí. Piensa que los muchachos no hacen los que quieren entonces manipulan e intentan suicidarse.
		Secreto personal	6-7-22.	Habla sobre algo que no se cuenta a los demás y genera molestia y puede sentirse mal. La participante se torna ansiosa y expone diferentes vivencias dentro de la clínica, dice haber sido traumático cuando vivió el suicidio de un paciente dentro de una habitación.
	Aspectos sin relación.	No relación	9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-20.	Dice que ninguna de estas tarjetas significa algo frente al tema de intento de suicidio.

Tabla 18 Matriz de resultados personal de servicios generales.

Matriz resultados servicios generales		
Ítems	Participante 6	Participante 11
1	1	1
2	4	2
3	2	1
4	4	1
5	3	1
6	5	3
7	5	3
8	2	4
9	2	4
10	5	4
11	4	4
12	1	4
13	5	4
14	5	4
15	3	4
16	3	4
17	5	4
18	4	4
19	2	2
20	1	4
21	1	1
22	4	3
23	3	2
24	3	2

Se introdujo la Matriz que se muestra en la tabla 18 en el programa NVivo 12 Plus, el cual arrojó la Ilustración 5. En esta se realizaron cuatro divisiones, como puede verse a continuación; en su denominación y partición se tuvo en cuenta las voces de los participantes al momento de realización de la Clasificación Múltiple de Ítems, así como las subcategorías establecidas por ellos mismos y los criterios establecidos por los investigadores.

Ilustración 5: Percepciones personal de servicios generales.



Para el análisis de la Ilustración 5 se realizaron cuatro particiones, denominadas: Propósito, marcadores de riesgo, sentimientos y precipitadores.

La primera subdivisión de la ilustración se denominó *Propósito* y en ella se encuentran presentes los ítems: *manipulación e incapaz*. Se denominó propósito a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a elementos que los participantes consideran son referidos por parte del individuo que comete el intento de suicidio, al estar incapacitado de solucionar problemas externos que se presentan en la vida, es así como los participantes lo expresan “... Siempre he pensado que las personas que lo hacen es porque les quedó grande la vida, no supieron manejar problemas o cosas que suceden” (Part. 6); “Son personas que pueden estar sufriendo tanto que toman decisiones manipulados por las situaciones externas y la palabra” (Part. 11).

Frente al ítem *manipulación* uno de los participantes cree que no tiene nada que ver con el suicidio, el otro participante lo expresa como la necesidad del individuo de encontrar atención

dentro de su familia, así lo expresa: “... *yo pienso que ahora los muchachos no saben tolerar la frustración entonces por ejemplo las familias no hacen lo que ellos quieren y manipulan diciendo que se van a suicidar*” (Part. 11). Además, la misma participante cuando se le presenta este ítem, logra verbalizar una experiencia propia de manera espontánea: “... *yo siempre le digo a mi hija no se meta con malas personas como los marihuaneros, ellos tienen muchos problemas y por amor uno se puede hundir en la desgracia... pero ella no entiende e intenta manipularme todo el tiempo, a uno de mamá le da miedo que terminen haciendo esas cosas de quererse matar*” (Part. 11).

Por otro lado, el ítem de *incapaz* es visto por las participantes como uno de los sentimientos que tiene tanto la persona que intenta suicidarse, como el personal de la institución que tiene contacto con dicho sujeto. Es así como lo expresan los participantes: “... yo creo que cuando se intentan matar es porque se creen incapaces de soportar los problemas o tomar decisiones, no son capaces y los lleva a ese pensamiento constante de morir... pero a uno también le da como incapacidad de no poder ayudar a esa persona de no mostrarle lo lindo de la vida” (Part. 6); “...la incapacidad nos ha tocado a todos, yo llevo acá en esta institución mas de 30 años y me sentí tan impotente e incapaz cuando me toco ver a un señor que se suicidio acá dentro de la clínica, me mandaron a mi a limpiar y eso es horrible, dure soñando mucho tiempo en eso, ni siquiera quería pasar por ahí” (Part 11); así mismo el participante 11 expone la importancia de que la institución cuente con vías de comunicación en donde se puedan recibir las ansiedades de las diferentes experiencias vividas allí, así lo expresa: “ eso fue hace años, pero aun lo recuerdo como si fuera hace poco, y lo peor es que usted cree que alguien me pregunto en ese momento o ahora ¿cómo me sentía al ver eso o cómo me siento ahora?...” (Part. 11).

La segunda subdivisión de la ilustración se denominó *Marcadores de riesgo* y en ella se encuentran presentes los ítems: *impotencia, tristeza, sufrimiento, desesperanza, autoestima y familia*. Se denominó marcadores de riesgo a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a elementos que para los participantes están presentes dentro del entorno en la vida diaria de los pacientes y que al no poder sortearlos pueden llevar a un mayor riesgo de presentar un intento de suicidio. Es así como los participantes lo expresan: “*muchas personas pueden sentirse confiadas de tomar esa decisión, pero muchas veces no piensan en su familia o esa familia puede ser muy mala*” (Part. 6); “*... creo que puede haber mucha incompreensión en la familia y eso genera que a pesar por ejemplo de que tengan plata en la casa se sienten frustrados y terminan hospitalizados acá por intento de suicidio... y son niños bonitos, pero sienten tantas cosas feas que los llevan a hacer eso*” (Part 11).

Frente a los ítems de *impotencia, tristeza, sufrimiento, desesperanza y autoestima*, los participantes consideran que son elementos constantes en todos los individuos que pretender acabar con su propia vida, vinculan el aspecto económico como marcador que precipitaría para todos esos elementos. Es así como los participantes lo expresan: “*Creo que lo llamaría no poder hacer las cosas en la vida, acá es como poniéndome en la posición de paciente en donde creo que no tienen ganas de hacer nada, no le encuentran un sentido a la vida, además creo para mi la impotencia, baja autoestima, tristeza, sufrimiento y desesperanza vienen muy de la mano por problemas económicos... lo económico marca mucho en la vida de alguien, aunque uno acá en la clínica ve gente de mucha plata y a pesar de eso no ven ese sentido la vida... pero las carencias económicas son graves, dígamelo a mi...*” (Part. 11); “*...pienso que el temor a la vida a enfrentarse a los problemas tiene mucho que ver con que ya no vean mas soluciones que la muerte, la tristeza el sufrimiento y la desesperanza generan mucha*

impotencia de la persona para no ser feliz y terminan decidiendo acabar con su vida” (Part. 6).

Finalmente, en el ítem *familia*, los participantes hablan como la familia puede ser considerada como un soporte en la vida de una persona, pero también puede ser el foco de problemas y la razón última por la que estos sujetos intentan suicidarse. Así lo expresan los participantes: “... yo creo que la familia también es un componente que hace que las personas se quieran matar, creo que la incompreensión de la familia puede ser algo malo para esa persona... por eso creo que como familia debemos estar pendientes el uno del otro, aunque es difícil porque a uno le toca venir y trabajar y pedirle a Dios que le proteja a sus hijos y que no se metan en malas amistades” (Part. 11); “.... Yo creo que muchas personas pueden estar tan seguras de su decisión no piensan en el sufrimiento de sus familias y en la tristeza que les puede generar a ellos” (Part. 6).

La tercera subdivisión de la ilustración se denominó *Sentimientos* y en ella se encuentran presentes la mayoría de los ítems: *secreto, rechazo, fracaso, frustración, riesgo, pecado, cobardía, incomodidad, valentía, abandono, muerte, decisión y rabia*. Se denominó sentimientos a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a impresiones que puede sentir tanto el individuo que presenta el intento de suicidio como también sentimientos que pueden llegar a sentir sus familiares o allegados. Es así como los participantes lo expresan: “... siento que estás personas ya no tienen ganas de hacer nada perdieron la fortaleza de tomar decisiones y eso los frustra más y en realidad problemas económicos o religiosos pueden influenciar a esos muchachos...” (Part. 11). Además, expresan: “...creo que los que rodean a esa persona que intento hacer eso no tienen

ni idea como hablar o expresar lo que pasa y pueden incluso sentirse abandonados por ellos” (Part. 6).

Aparecen conceptos que van desde los sentimientos propios del individuo y su familia, hasta la muerte como acompañante de este acto. Es así como lo expresan: “...yo siempre he creído que siempre hay cosas que ocultar, cosas que esa persona no dice y le genera mucha angustia, frustración, no se todas esas cosas que implica guardar secretos y estos muchachos de acá guardan mucho” (Part. 11).

Dentro de los ítems *rechazo, fracaso, pecado, riesgo, muerte, decisión y valentía*, los participantes consideran que el deseo de muerte por parte de estas personas va empujado por malas decisiones y por mucho temor. Es así como lo expresan los participantes: “Yo creo que igual el suicidio es una decisión y mucho pueden considerar eso como valentía tomar su vida por sus propias manos, pero para mi solo Dios puede quitárnosla por eso la ficha de pecado va acompañando todo esto... para mi es mas cobardía de afrontar la vida como se lo había dicho”. (Part. 11); “... la verdad creo que muchas de estas tarjetas implican desesperanza como abandono de una buena vida, y son decisiones que toma la gente, no se si malas o no, pero decisiones que creo que a pesar de las razones se pueden solucionar... creo que todo es empujado por rabia e incomodidad” (Part. 6).

Resaltan la importancia de contar con los profesionales de salud mental para el acompañamiento de estos individuos. De lo que comenta los participantes: “en realidad creo que ustedes como médicos deberían ser mas sensibles frente a estas personas, acá ya están como acostumbrados, pero para ese paciente y esa familia es la primera vez que seguramente viven algo así...” (Part. 11); “... creo que los médicos son los mas importantes en su atención por que son los primeros que le preguntan lo que pasó y porque lo hicieron y la familia a

veces se queda afuera llorando, no se siento que son muy buenos profesionales la mayoría”
(Part.6).

La cuarta subdivisión de la ilustración se denominó *Precipitadores* y en ella se encuentran los ítems: *miedo, angustia y problemas*. Se denominó precipitadores a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a elementos que pueden favorecer más rápidamente la decisión de suicidarse. Es así como los participantes lo expresan: “... *en realidad creo que tiene que ver la familia mucho ahí, ya que uno como padre debería estar mas presente en la vida de sus hijo; por ejemplo yo a mi hija le digo que no se meta con ciertas personas que se que no es bueno para ella, pero uno trabajando es muy difícil controlar eso y cuando uno les niega algo a los hijos se angustian les da miedo, se generan muchos problemas y es ahí cuando terminan intentándolo; pues eso creo yo”* (Part. 11); “*creo que hay temor y miedo al intentar enfrentar la vida y pues la vida trae problemas y estas personas no lo saben asumir, es como una debilidad tal vez*” (Part. 6).

El ítem *problemas*, es visto por los participantes como el desencadenante principal en un intento suicida que va de la mano con muchos otros ítems. Es así como lo expresan los participantes: “...*los problemas en casa, de pareja o en el trabajo generan que la persona no encuentre soluciones y pues termine acabando con su vida...*” (Part. 6); “*acá es donde deben entender que los problemas los tenemos todos, yo pienso eso, que acá al menos la gente tiene plata, uno no, pero ahí toca seguir y no se puede dejar vencer*” (Part. 11).

Por último, los ítems *miedo y angustia* son relacionados con sentimientos por parte de el personal no medico de la clínica y por parte del paciente y familia; expresan abiertamente el

no entrenamiento por parte de la institución en el trato de estos individuos. Es así como los participantes lo expresan: “... ustedes los médicos saben manejar eso, pero uno en servicios generales no le explica nada de eso... yo llevo muchos años y he aprendido sola como se trata a esta gente, pero hay muchas chicas jóvenes que presentan esos sentimientos de miedo y angustia porque nunca les han explicado que hacer con ellos o como hablarles y eso genera mucho estrés...” (Part. 11); “... cuando uno sabe que fulanito se intento matar a uno le da mucha angustia, pesar y miedo... uno dice qué pasó y pues le dicen arregle entre el cuarto y arrégglele todo y yo siempre pienso que lo pudo motivar a eso...” (Part. 6).

12.5. Personal de seguridad.

En primer lugar, se encuentran las tablas de recolección de datos, seguidas de la matriz de resultados, la gráfica introducida al programa NVivo 12 Plus, y por último el análisis de las percepciones del personal de seguridad.

Tabla 19 CMI participante 10.

PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
10	Aspectos sin relación	Sin sentido.	1-6-7-9-14.	No usa estas tarjetas
	Potenciadores	Lo que pasa en la mayoría de las familias	3-5-17-20.	Muchas veces en la familia hay algo que entristece, luego aparece el abandono y el sufrimiento. Posteriormente agrega la tarjeta cobardía y cuenta experiencia personal en la que el esposo de una de sus hermanas es asesinado por los paramilitares por lo que el se tuvo que hacer cargo de uno de sus sobrinos, pero la situación económica no le permitió continuar ayudándolo.
	Perspectiva	Problemas cotidianos	2-8-10-19.	Agrupar la tarjeta problemas por las dificultades diarias, la tarjeta familia que es el soporte y lo que permite enfrentar los problemas con valentía. El riesgo lo relaciona con el hecho de que al tener problemas la persona puede tomar decisiones equivocadas. Agrega que la familia lo es todo en un individuo y es lo que permite luchar día a día.
	Emociones	Fracaso	12-15-21-23	Todas las personas experimentan miedo de cometer errores, la frustración aparece cuando no se logra el objetivo deseado, la desesperanza aparece cuando no se logran realizar las metas y el fracaso es lo que siente al no llegar al objetivo.
		Incapaz	4-16-18-22-24.	Las personas se angustian ante las dificultades, y al intentar tomar una decisión aparece el sentimiento de incapacidad. La impotencia aparece al no poder ayudar o resolver las situaciones que aparecen. El rechazo aparece ante las dificultades y problemas y al no encontrar solución aparece la rabia.
	Intencionalidad	Decisión de cultos	11-13.	Según el culto al que pertenezca la persona una situación se puede considerar pecado o no.
	Aspectos sin relación.	Sin sentido.	1-4-7-9-10-11-12-13.	No usa estas tarjetas
	Potenciadores	Problemas en los hogares	2-3-5.	En los hogares hay problemas que pueden desencadenar la aparición de tristeza y sufrimiento al no alcanzar ciertos objetivos.
		Rechazo de la familia	16-17	La familia puede rechazar a la persona por los amigos que este tiene, por malas amistades, la persona puede llegar a sentirse cobarde por no tener el grupo de amigos que desca.
		Fracaso	15-20-24.	La familia puede abandonar a la persona al ver que elige malas personas y esto lleva a la angustia y luego al fracaso.
		Desesperanza por algo que no se consiguió	6-14-18-21-22-23.	La persona se siente incapaz de tomar una decisión, se siente desesperanzado por no conseguir algo que quería, se siente frustrado, queda sintiéndose incapaz.
	Factores protectores	La familia	8-19.	La familia son las personas por las que se lucha día a día, se requiere valentía para enfrentar las dificultades diarias.

Tabla 20 CMI participante 3.

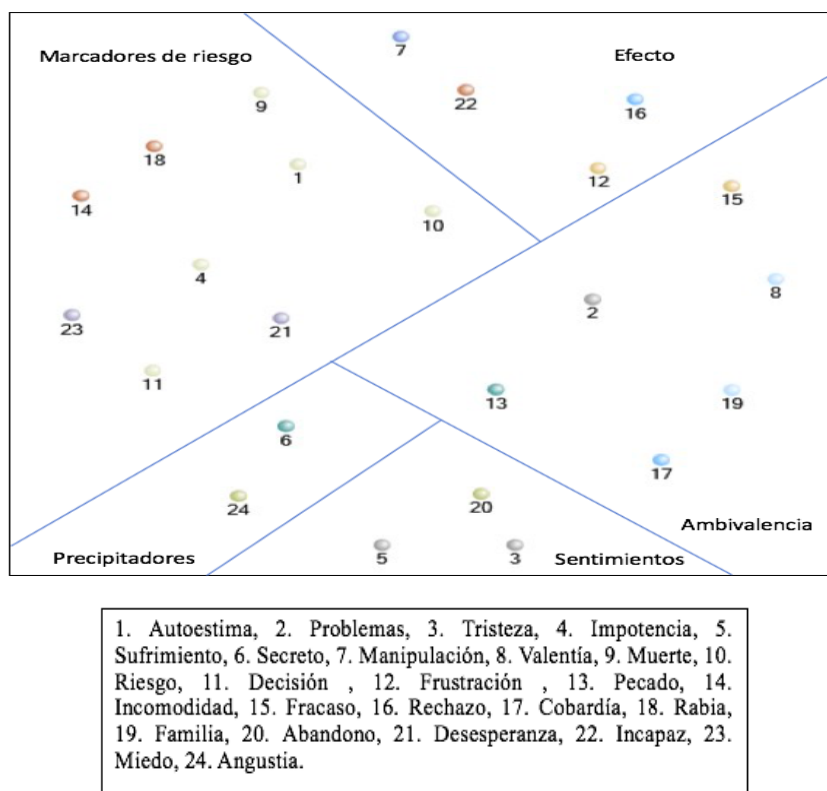
PARTICIPANTE	CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.
3	Emociones	Indecisión	15, 2, 16, 17	Se refiere lo que el paciente con intento de suicidio siente
		Obstáculos en la vida	5, 4, 21, 3	Duda frente a dar nombre a la subcategoría. Son situaciones que le suceden a los individuos que intentan suicidarse. El participante dice que las personas se ponen el propio limite, pero hay mas que el sufrimiento.
	Potenciadores	La Soledad	20, 23, 24	Siempre esta en medio de toda la soledad y es lo que experimenta el individuo. Esa soledad es que a pesar de que esta rodeado por mucha gente, no ve salida en ciertas situaciones.
		Incapaz de alcanzar metas	1, 12	Duda mucho al nombrar esta categoría. Dice que una cosa lleva a la otra.
	Factores protectores	La mejor opción	19, 11, 8	Dice el participante que es la categoría que mas le gusta. Donde el centro es la familia. Se debe ser el héroe de la familia. El participante refiere que tiene la percepción de que los jóvenes se quieren suicidar es porque falta esta subcategoría en sus vidas. Cuenta participante en este momento experiencia cercana de suicidio de una vecina.
	Aspectos por trabajar	Ser fuerte	7, 18	Plantea que no se debe dejar manipular y manejar rabia cuando esto sucede.
	Consecuencia final	El final	9, 10	Cuando se reúnen todo lo malo, conlleva a esta categoría.
	Perspectiva	Guardar silencio	6, 13	Dice el participante que muchos ocultan cosas que los puede llevar a una mala acción. Acá expresa otro ejemplo de lo sucedido en la clínica.
	Intencionalidad	No querer salir adelante	14, 22	Es a lo que termina sometiéndose el individuo que intenta suicidarse; además frustrándose por cualquier cosa.
	Aspectos por trabajar	Cosas por superar	19, 20, 5, 13, 6, 24, 17, 3	En estas nuevas agrupaciones desecha las tarjetas 9 y 10. Donde la tarjeta central es la familia. Dice que esto sucede cuando se termina una familia o una ruptura sentimental que en ultimas podrían hacer pensar a alguien en intentarse suicidarse.
	Potenciadores	El trabajo	15, 16, 7, 22, 12, 8	Dice que puede hacer mucho miedo en el trabajo, sensación de sentirse incapaz y puede llevar a la frustración. Lo pueden llevar a un despido del trabajo y eso puede también ser un factor para llevar a intentar suicidarse. Cuenta una vivencia de un paciente con acoso laboral que intento suicidarse.
		La vida	4, 2, 23, 21, 18, 1, 14, 11	La vida esta en tomar decisiones, problemas, miedo a arriesgarse a hacer algo, desesperanza que en su vida no logre objetivos, incluso puede sentir rabia y baja autoestima e incomodidad y todo ello puede llevar a generar un intento de suicidio.

Tabla 21 Matriz de resultados personal de seguridad.

Matriz de resultados del personal de seguridad.				
Ítems	Participante 3		Participante 10	
1	6	3	1	1
2	1	3	3	2
3	2	1	2	2
4	2	3	6	1
5	2	1	2	2
6	8	1	6	6
7	5	2	1	1
8	4	2	3	5
9	7	3	1	1
10	7	3	3	1
11	4	3	5	1
12	6	2	4	1
13	8	1	5	1
14	9	3	1	6
15	1	2	4	4
16	1	2	6	3
17	1	1	2	3
18	5	3	6	6
19	4	1	3	5
20	3	1	2	4
21	2	3	4	6
22	9	2	6	6
23	3	3	4	6
24	3	1	6	4

Se introdujo la Matriz que se muestra en la tabla 21 en el programa NVivo 12 Plus, el cual arrojó la Ilustración 6. En esta se realizaron cuatro divisiones, como puede verse a continuación; en su denominación y partición se tuvo en cuenta las voces de los participantes al momento de realización de la Clasificación Múltiple de Ítems, así como las subcategorías establecidas por ellos mismos y los criterios establecidos por los investigadores.

Ilustración 6: Percepciones del personal de seguridad.



Para el análisis de la Ilustración 6 se realizaron cinco particiones, denominadas: Marcadores de riesgo, efecto, precipitadores, ambivalencia y sentimientos.

La primera subdivisión de la ilustración se denominó *Marcadores de riesgo* y en ella se encuentran presentes los ítems: *muerte, rabia, autoestima, incomodidad, riesgo, impotencia, miedo, desesperanza y decisión*. Se denominó marcadores de riesgo a esta subdivisión debido

a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a factores que pueden llegar a precipitar un intento de suicidio. Es así como lo manifiestan los participantes “...Son situaciones que le suceden a los individuos que intentan suicidarse. Las personas se ponen el propio límite, pero hay más que el sufrimiento...” (Part. 3), “...Las personas se angustian ante las dificultades, y al intentar tomar una decisión aparece el sentimiento de incapacidad. El riesgo es cuando la persona tiene problemas puede tomar decisiones equivocadas...” (Part. 10).

En cuanto a los ítems *muerte, rabia y miedo* los participantes mencionan que son términos que se relacionan y pueden estar presentes en el momento en el que el paciente decide quitarse la vida, es así como lo manifiestan los participantes “...el miedo y la rabia pueden ser muy peligrosos, muchas personas pueden sentir eso y no saber que hacer y en esos momentos se olvidan de las familias y las cosas buenas de la vida y piensan en la muerte...” (Part. 10). En cuanto al ítem *desesperanza* comentan los participantes “... esa situación en la que se pierde la esperanza de todo hace que ellos no vean más opciones...” (Part.3).

Por otro lado, el ítem *autoestima* los participantes mencionan “...uno debe tener una buena autoestima para preocuparse por su familia y tener fuerzas para trabajar por ellos que son lo más bonito...” (Part.3). En cuanto a los ítems *incomodidad e impotencia* los participantes concuerdan en que estas pueden ser experimentadas por los familiares, es así como lo expresan los participantes “... la familia puede sentir mucha incomodidad por la situación y la impotencia de no saber que hacer o no entender que le pasa a la persona, como en el caso de una vecina de nosotros que después supimos que se tomó algo, pero los papás no notaron que me pasaba algo” (Part.10).

La segunda subdivisión de la ilustración se denominó *Efecto* y en ella se encuentran presentes los ítems: *manipulación, incapaz, rechazo y frustración*. Se denominó efecto a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a las consecuencias que puede traer el intento suicida. Es así como lo manifiestan los participantes “...la familia no se debe dejar manipular y debe manejar rabia cuando esto sucede...” (Part. 3), “...La familia puede rechazar a la persona por los amigos que este tiene, por malas amistades, la persona puede llegar a sentirse cobarde por no tener el grupo de amigos que desea y si intenta suicidarse la familia se puede sentir incapaz de ayudarlo o manipulada y pueden terminar rechazándolo más...” (Part. 10).

En cuanto al ítem *frustración* ambos participantes estuvieron de acuerdo en relacionarlo con sentimientos que puede presentar la familia, es así como lo expresan los participantes “...las familias se sienten muy frustradas a ver que su ser querido hace una cosa de esas, por eso es por lo que los padres debemos estar pendientes de los hijos para que no se sientan solos y ayudarlos...” (Part 10).

La tercera subdivisión de la ilustración se denominó *Precipitadores* y en ella se encuentran presentes los ítems: *secreto y angustia*. Se denominó precipitadores a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a los términos que pueden estar presentes al momento de decidir acabar con la vida. Es así como lo manifiestan los participantes “...muchas veces la persona puede tener un secreto muy grande que le produce mucha angustia...” (Part. 3), “...las personas ven como algo malo ir al psiquiatra porque digan que están locos y eso puede hacer que sientan mucha angustia...” (Part. 10).

La cuarta subdivisión de la ilustración se denominó *Ambivalencia* y en ella se encuentran presentes los ítems: *fracaso, valentía, problemas, familia, pecado y cobardía*. Se denominó ambivalencia a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a aspectos positivos y negativos que considera el paciente que tiene pensamientos suicidas, en ambos casos los participantes hacen énfasis en el rol de la familia. Es así como lo manifiestan los participantes “...*la persona puede tener muchos problemas, pero si deja de lado la cobardía y más bien es valiente y se apoya en la familia puede salir adelante...*” (Part. 3), “...*la persona puede tener muchos fracasos, problemas y hasta cometer pecados, pero si uno tiene el apoyo de la familia sale adelante...*” (Part. 10).

La quinta subdivisión de la ilustración se denominó *Sentimientos* y en ella se encuentran presentes los ítems: *abandono, sufrimiento y tristeza*. Se denominó sentimientos a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a emociones experimentadas por el paciente y su familia, en esta categoría los participantes resaltan nuevamente el papel de la familia. Es así como lo manifiestan los participantes “...*la familia puede sufrir mucho y estar muy triste con la muerte de la persona porque es como un abandono...*” (Part. 3), “...*el paciente y la familia pueden estar muy tristes por la situación, pero lo importante es no abandonar a los seres queridos...*” (Part. 10).

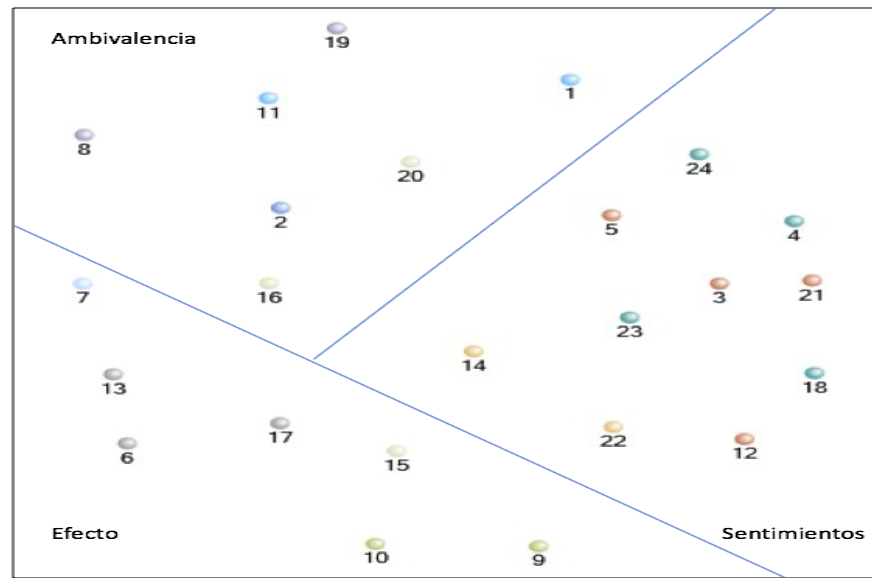
12.6. Consolidación de las percepciones de todos los Actores sociales.

En este apartado se hará referencia a las categorías determinadas en el estudio, que surgieron a partir de lo planteado por los participantes.

Tabla 22 Matriz de categorías

Categorías	Criterios
Emociones	En esta categoría se describen los sentimientos que los participantes consideran que surgen ante la noticia de un intento de suicidio. Es importante resaltar que dentro de la categoría se tienen en cuenta los sentimientos que surgen tanto como personal de la salud como en la familia.
Potenciadores	Esta categoría hace referencia a los elementos que pueden estar relacionados con la aparición de las ideas suicidas.
Consecuencia final	Esta categoría habla del desenlace fatal al que esta expuesto el paciente con un intento de suicidio.
Factores protectores	Dentro de esta categoría se agrupan los elementos fundamentales en la recuperación del paciente, así como los factores que contribuyen a disminuir el riesgo de presentar un nuevo intento de suicidio.
Aspectos por trabajar	Esta categoría surge a partir de la necesidad de establecer los factores en los que se puede realizar un cambio positivo, no solo de manera individual sino teniendo en cuenta el entorno social, laboral y familiar.
Perspectiva	Esta categoría esta relacionada con las diferentes comprensiones que se pueden tener al pensar en el intento suicida.
Intencionalidad	Hace referencia a lo que se piensa es el objetivo del paciente que realiza un intento suicida.
Aspectos sin relación	En esta categoría se agrupan las palabras que no se encuentran relacionadas con la percepción que se tiene de un intento suicida.

Ilustración 7: Consolidación de Percepciones de todos los Actores sociales.



1. Autoestima, 2. Problemas, 3. Tristeza, 4. Impotencia, 5. Sufrimiento, 6. Secreto, 7. Manipulación, 8. Valentía, 9. Muerte, 10. Riesgo, 11. Decisión, 12. Frustración, 13. Pecado, 14. Incomodidad, 15. Fracaso, 16. Rechazo, 17. Cobardía, 18. Rabia, 19. Familia, 20. Abandono, 21. Desesperanza, 22. Incapaz, 23. Miedo, 24. Angustia.

Para el análisis de la última Ilustración 7 se realizaron tres particiones, denominadas: Ambivalencia, efecto y sentimientos.

La primera subdivisión de la ilustración se denominó *Ambivalencia* y en ella se encuentran presentes los ítems: *autoestima, familia, abandono, decisión, problemas, valentía y rechazo*. Se denominó ambivalencia a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la constituyen corresponde a percepciones ambiguas de los actores sociales frente a esos ítems. Es así como los participantes lo expresan: “.... *La familia es lo más importante, lo que nos impulsa a trabajar día a día, pero sino hay una buena situación familiar eso trae muchos problemas y rechazo y abandono ...*” (Part. 10), “*la atención del paciente con intento suicida despierta muchos sentimientos de ambivalencia sobre todo en el personal de salud que no*

está capacitado o tiene conocimiento de los temas relacionados con la salud mental...” (Part.1); *“la familia es lo más importante en una persona y puede ayudarlo a salir adelante... la verdad para mi es el mayor factor protector...”* (Part.3)

En cuanto al ítem *autoestima* se ve como los participantes vieron un doble sentido, vale la pena aclarar que esta situación se evidenció dentro de los actores sociales que pertenecer al grupo de médicos, tanto residentes como psiquiatras; mientras en los otros grupos los participantes se guiaron tanto por la imagen como en el texto; es así como lo mencionan los participantes *“para mi la autoestima es algo positivo, pero en la tarjeta veo que la imagen es de alguien con baja autoestima por eso lo incluyo en esta categoría, sin embargo yo habría puesto una imagen positiva para esa tarjeta...”* (Part.8); *“definitivamente no se que hacer con la tarjeta de autoestima porque para mi lo que la imagen muestra es mas minusvalía que baja autoestima... para mi la autoestima es un concepto positivo”* (Part. 7); *“esta tarjeta muestra una baja autoestima que es lo que pasa con estos muchachos”* (Part.6)

En cuanto al ítem *familia*, los participantes estuvieron de acuerdo en considerarlo como un factor protector, sin embargo, mencionaron que en caso de que la red de apoyo no sea fuerte puede convertirse en un factor de riesgo, con respecto a lo anterior mencionaron los actores sociales: *“... la familia es determinante en la recuperación del paciente, por lo tanto, los esfuerzos también deben estar enfocados en determinar si ellos requieren alguna ayuda terapéutica, además se debe identificar si requieren algún tipo de terapia de familia porque si la dificultad es familiar y no se trabaja en eso al terminar la hospitalización puede que el paciente se enfrente a las mismas situaciones que lo llevaron a tomar la decisión de intentar quitarse la vida”* (Part.1); *“Yo creo que la tarjeta de familia va en lo malo porque hay incomprensión en la familia y dificultades para ayudar a los hijos y se pueden volver negativo”* (Part.11).

En cuanto al ítem *valentía* algunos participantes lo asociaron con las diferentes posturas que han escuchado de allegados cuando un individuo intenta suicidarse, nuevamente en este ítem se evidencia la ambigüedad ya que las percepciones en algunos casos son opuestas, es así como lo manifiestan los participantes “... *muchas veces he escuchado que la persona que realiza un intento de suicidio necesita cierto grado de valentía para hacerlo y aunque no estoy de acuerdo por eso clasifique esa palabra en esta categoría...*” (Part.14); “*Asistir al psiquiatra continúa siendo un tabú por eso en muchos casos se requiere valentía por parte del paciente y de la familia para tomar la decisión de buscar ayuda*” (Part. 8); “*yo creo que la gente que no ha vivido esto piensa que las personas que toman estas decisiones son muy valientes, pero para mi es que son cobardes*” (Part.6).

Por otra parte, en los ítems de *rechazo y abandono*, les observa que los participantes coinciden en clasificarlos dentro de elementos precipitantes para un intento de suicidio; esto es evidenciado de la siguiente manera: “...*Estas personas creen se sienten rechazados porque piensan que tener una enfermedad mental es algo malo y no se dan cuenta que ellos contribuyen ese abandono...*” (Part. 14); “...*Esas tarjetas de rechazo y abandono representan las razones que hacen que alguien piense en hacerse daño...*” (Part. 13); “...*creo que estas pacientes sienten que la sociedad en general los rechaza y abandonados y pues eso los lleva a querer quitarse la vida...*” (Part. 12).

Por último, en los ítems de *problemas y decisiones*, algunos participantes consideran que están ligados ambos conceptos de manera negativa como siendo uno el causante del otro; mientras que otros participantes se centraron en relacionarlo desde un aspecto positivo como elemento definitorio para hacer modificaciones efectivas en el individuo posterior al intento. Es así como los participantes expresan: “...*muchas veces nos centramos en lo negativo del intento de suicidio, pero también debemos pensar que si la persona tomo esa decisión es*

porque algo muy malo estaba pasando en su vida y el hecho de que llegue acá a la clínica puede ser un nuevo comienzo con mejores oportunidades y mejor toma de decisiones...” (Part. 5); “...los muchachos ahora están expuestos a muy malas compañías que los hacen meter en problemas y cuando se busca una solución se aconsejan entre ellos cosas negativas, y por eso va acá la tarjeta decisiones porque toman malas decisiones...”. (Part. 3).

La segunda subdivisión de la ilustración se denominó *Efecto* y en ella se encuentran presentes los ítems: *manipulación, pecado, secreto, cobardía, fracaso, riesgo y muerte*. Se denominó efecto a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la conforman corresponde a las posibles consecuencias que los participantes consideran pueden estar asociadas al intento suicida, es así como los participantes manifiestan “...las familias pueden mantener eso como un secreto porque les da vergüenza que se enteren, además porque quitarse la vida es un pecado entonces les toca decir que estuvo hospitalizado por otra razón...” (Part. 11), “...muchas veces el paciente puede estar cursando con un trastorno depresivo y por estar razón pueden aparecer las ideas de muerte y de suicidio, sin embargo, es importante evaluar que elementos de la personalidad pueden estar presentes y determinar si existe algún tipo de ganancia...” (Part.4).

En cuanto al ítem *pecado* la mayoría de los participantes no lo relacionaron con el tema de estudio, los poco que lo hicieron lo asociaron a una connotación religiosa es así como lo manifiestan los participantes “...a esa tarjeta no le encuentro mucha relación con el suicidio, lo relaciono más pensando el pecado es algo malo... por eso decido eliminar esta tarjeta...” (Part.8), “yo no creo que en este momento se considere que una persona que intenta quitarse la vida este cometiendo un pecado, tal vez esa era una creencia que se tenía años atrás...” (Part. 14); “...Yo creo que igual el suicidio es una decisión y mucho pueden considerar eso

como valentía tomar su vida por sus propias manos, pero para mi solo Dios puede quitárnosla por eso la ficha de pecado va acompañando todo esto...” (Part. 11); *“esta tarjeta de pecado la voy a usar, asociándola a la sensación de culpa por eso no la descarto, pero esta difícil”* (Part. 2).

Por su parte, los ítems *riesgo* y *muerte*, para algunos participantes estos ítems representan la finalidad de un individuo cuando desea terminar con su vida, sin embargo, por otro lado, otros participantes desechan dichos ítems ya que consideran que cuando están presentes ya no se habla de un intento de suicidio sino un suicidio consumado. Es así como los actores sociales lo expresan: *“...la muerte es el objetivo del intento de suicidio, por eso yo cambiaría esta tarjeta por una que tuviera la palabra salida...”* (Part. 15); *“...elijó estas dos tarjetas por que si se puede identificar el riesgo se previene la muerte, pero si no se identifica que tanto riesgo tiene la persona se puede desencadenar la muerte al no brindar una atención oportuna”* (Part. 12); *“...estas tarjetas para mi no tienen relación ya que si hay muerte ya no hay vuelta atrás...”* (Part. 11).

Los ítems *cobardía* y *fracaso*, son considerados por los participantes como elementos comunes que presenta el paciente previo a un intento de suicidio. Es así como lo manifiestan: *“...la familia puede rechazar a la persona por los amigos que este tiene, por tener malas amistades, y la persona puede llegar a sentirse cobarde por no tener el grupo de amigos que desea...”* (Part. 10); *“...pienso que estas personas se sienten fracasadas y esto esta relacionado con el miedo y el rechazo y el temor de enfrentarse a la vida, que seria la cobardía”* (Part. 6).

Por su lado, el ítem *manipulación*, algunos participantes consideraron desecharlo ya que no encontraron una relación directa con el intento de suicidio, por otro lado, otros participantes en especial personales de servicios generales, enfermería y personal de seguridad

consideraron que es un elemento presente en los individuos con un intento de suicidio para buscar mayor atención de su entorno. Así lo expresan: “... *yo pienso que ahora los muchachos no saben tolerar la frustración entonces por ejemplo las familias no hacen lo que ellos quieren y manipulan diciendo que se van a suicidar*” (Part. 11); “...*también es importante tener en cuenta que los pacientes pueden buscar manipular o también pueden ver que con lo que ocurrió se generan muchos cambios y que es una manera de manipular a las personas que los rodean, incluso en muchas oportunidades se ve como intentan manipular al personal dentro de la hospitalización...*” (Part.9).

Por último, el ítem *secreto*, fue tomado con relevancia por la mayoría de los participantes ya que consideraron que alrededor de un intento de suicidio existen ocultos factores desencadenantes del intento, pero por otro lado, posterior al realizar el intento se considera que éste debe permanecer oculto; así lo expresan los participantes: “...*muchas veces el intento de suicidio o la enfermedad mental se mantiene en secreto porque es usual que la gente se sienta incomoda al tener que compartir con alguien que sufra una enfermedad mental al considerar que esta loco, y también como el suicidio se considera pecado puede que eso genere pena por parte del paciente y su familia, pero ninguna de esas situaciones debería ocurrir...*” (Part.9); “...*siempre hay algo oculto, hay secretos, creo que ese paciente es empujado muchas veces por la desesperación a tomar esas decisiones, muchas familias pueden pensar que ese acto es manipulatorio y la gran mayoría no es así...*” (Part. 8).

La tercera subdivisión de la ilustración se denominó *Sentimientos* y en ella se encuentran presentes los ítems: *angustia, impotencia, sufrimiento, desesperanza, tristeza, miedo, incomodidad, incapaz, frustración y rabia*. Se denominó sentimientos a esta subdivisión debido a que el conjunto de ítems que la conforman corresponde a emociones experimentadas

tanto por los sujetos que comete el intento de suicidio, como su familia y personal asistencial. Es innegable que esta categoría fue la que menos dificultad se encontró por parte de los diferentes actores sociales durante la clasificación múltiple de ítems y fue reiterativo por todos los participantes de que estas expresiones las manifiestan todos los actores sociales involucrados; es así como los participantes manifiestan: *“...en esta categoría creo que están presenten en los sentimientos previos y posteriores al intento y pueden llegar a sentir rabia y frustración por no lograr su objetivo...”* (Part. 4); *“...la verdad creo que acá están agrupados todos los sentimientos o emociones tanto del paciente como de su familia y del personal de salud sobretodo si no tiene alguna clase de capacitación para el manejo de estas situaciones... a mime hubiera gustado que la palabra amor hubiera estado presente porque es otro sentimiento que mueve a la familia y el personal para trabajar en pro del paciente...”* (Part. 1); *“...muchos de esas emociones las experimentamos todos y no necesariamente se tengan que relacionar directamente con el suicidio, el problema cuando la persona no sabe o no puede manejarlos...”* (Part. 2); *“... es importante reconocer que nosotros los psiquiatras podemos tener muchos sentimientos encontrados a la hora de atender un paciente que realizó un intento de suicidio y si no procuramos trabajar en esos sentimientos, puede que no ayudemos mucho al paciente...”* (Part. 13); *“...a veces por los horarios o por la cantidad de pacientes que tenemos nos olvidamos de la familia y su angustia y podemos no recibirlos tan empáticamente y eso puedo afectar la relación medico paciente... y es importante que ellos también tengan la posibilidad de expresan lo que sienten...”* (Part. 5).

13. CONCLUSIONES

Este capítulo final se estructura a partir de los objetivos específicos y se divide en dos partes, primero lo relacionado con las percepciones de los diferentes grupos que conformaron los actores sociales a quienes entrevistamos y en segunda parte se hablara sobre el contraste frente a las diferentes voces que surgieron de todos los actores sociales.

Teniendo en cuenta, que el primer objetivo de la investigación buscaba *establecer la percepción de los psiquiatras de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida*, se pudieron identificar las siguientes conclusiones.

Los participantes consideran que el mejorar las habilidades en resolución de problemas en estos individuos con intento de suicidio es un pilar fundamental de la práctica clínica del psiquiatra; se resalta la importancia de realizar un acompañamiento y vinculación por parte de la familia desde el inicio del proceso para ser facilitadores en su estancia hospitalaria.

Así mismo, estos participantes le dan relevancia al impacto que tiene la visión de la familia y personas que rodean a los individuos que intentan suicidarse, dentro de una problemática mayor como es el estigma social que implica el suicidio y por ello es allí donde esta el mayor trabajo de este grupo de actores sociales.

Además, se resalta la importancia de tener claro los factores protectores como lo es la red de apoyo eficiente, indispensable para evitar una repetición de dicho acto a futuro.

Por último, los participantes resaltan el impacto social, familiar y del personal sanitario que puede generar un intento de suicidio tanto en la familia como en el personal asistencial, sentimientos como sufrimiento, desesperanza e incapacidad, son casi constantes en su practica clínica.

Por otro lado, el segundo objetivo de la investigación buscaba *reconocer la percepción de los médicos residentes de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida*, se pudieron identificar las siguientes conclusiones.

Estos participantes remarcan que existen unos factores sociales que generan mayor presión sobre los individuos y si dichos estándares sociales no se dan, puede conllevar a generar un riesgo alto de intento de suicidio en nuestra población. Se hace necesario, entonces, trabajar y estructurar un plan psicoeducativo mayor donde el énfasis se trabajará con el estigma y tabú que los participantes creen que existe alrededor del intento de suicidio.

Por último, la familia para los participantes cumple un papel preponderante frente a la atención del intento de suicidio y por ello el entender y ser empáticos en la primera actuación como médicos será muy importante en la vinculación de estos a el proceso de atención de un paciente con intento de suicidio.

Así mismo, el tercer objetivo de la investigación buscaba *identificar la percepción del personal de enfermería de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida*. Se pudieron identificar las siguientes conclusiones.

Para el personal de enfermería es fundamental vincular a la familia desde el primer momento debido a que la consideran como uno de los principales factores de protección o riesgo según sea el caso. Por otro lado, manifiestan que el trabajo con la familia también se debe realizar con el fin de que estos comprendan lo que esta sucediendo con su familiar, mediante herramientas psicoeducativas, y también con el fin de identificar si algún miembro de la familia requiere apoyo terapéutico.

Estos participantes resaltan la importancia del trabajo en equipo, sobre todo con el personal médico, debido a que en muchas ocasiones este es el servicio que más tiempo comparte con el paciente.

En cuanto al tratamiento del paciente consideran de vital importancia trabajar en la toma de decisiones y en el fortalecimiento de la autoestima. Adicionalmente mencionan que se debe trabajar en el tabú que tiene la sociedad acerca de la enfermedad mental debido a que esto se relacionaría con una mejor adherencia por parte del paciente y un mayor apoyo por parte del grupo familiar.

Así mismo, el cuarto objetivo de la investigación buscaba *describir la percepción del personal de servicios generales de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida*, se pudieron identificar las siguientes conclusiones.

El personal de servicios generales mostró en varias ocasiones durante la entrevista la necesidad de exponer sus propias experiencias vividas en la clínica, así como en su vida, frente al intento de suicidio. Se deja entrever, la necesidad de un espacio terapéutico en donde estas personas logren verbalizar sus ansiedades frente a este aspecto.

Por otro lado, este grupo de participantes expresan la necesidad de capacitación por parte del personal entrenado de la institución en el abordaje y relacionamiento con este tipo de población muy frecuente en la Clínica Montserrat.

Por último, consideran que el lograr un abordaje como personal de la institución desde lo emocional con el paciente y su familia favorecerá a futuro la relación medico paciente, la cual es indispensable en el actual ejercicio médico.

Por otro lado, el quinto objetivo de la investigación buscaba *establecer la percepción del personal de seguridad de la Clínica Montserrat- ICSN, frente a la atención del paciente con intento suicida*, se pudieron identificar las siguientes conclusiones.

El personal de seguridad en todo momento resaltó el papel de la familia como fundamental para la recuperación del paciente, mencionaron como los cambios en la conformación familiar y en el estilo de vida hacen que se desestime su importancia.

Al hablar de la percepción que tienen del intento suicida los participantes usaron ejemplos de situaciones personales por lo que su punto de vista estuvo en mayor medida enfocado a la visión de la familia. Lo anterior, invita definitivamente a realizar un acompañamiento más cercano con capacitaciones entre otros aspectos a este grupo en particular.

Finalmente, los participantes destacan la importancia de trabajar en la comunicación, ya que considera que esta es la mayor herramienta con la que cuenta el paciente a la hora de buscar ayuda.

Por ultimo, el sexto objetivo de la investigación buscaba *contrastar las percepciones de los diferentes actores involucrados en el proceso de atención del paciente con intento suicida que es atendido en la Clínica Montserrat*, se obtuvieron las siguientes conclusiones.

Se considera importante resaltar que se percibió en todos los grupos de actores sociales que fueron parte de este estudio, el temor a realizar este ejercicio, ya que manifestaron abiertamente que de alguna manera se sentían evaluados, lo cual consideramos pudo limitar la libre expresión de su visión acerca de este tema.

Fue generalizado por los diferentes actores sociales, la preocupación y necesidad imperiosa de brindar la mejor atención posible, no solo al paciente sino también a su grupo familiar. De tal manera que se pueda evitar un acto suicida en el futuro.

Es evidente el importante rol de la familia en todo el proceso de atención de un individuo que intenta suicidarse, ya que los diferentes actores sociales consideran que es un objetivo primordial durante su estancia en la clínica, realizar no solo jornadas psicoeducativas sino espacios en donde los familiares puedan manifestar lo que implica este acto en su vida.

Adicionalmente, se evidencia una división en la manera en que expresaron sus percepciones frente al intento suicida los diferentes actores. Ya que tanto el personal médico y de enfermería dieron una visión mas racional enfocada en lo científico a la hora de definir las categorías; mientras que el personal de seguridad y servicios generales mostró una percepción desde lo emocional a través de su experiencia personal.

Todos los actores sociales de la Clínica Montserrat coincidieron en la necesidad de categorizar un grupo en los que se incluyeran los factores protectores, los cuales consideraron elementos definitorios a la hora de prevenir o evitar nuevamente un intento de suicidio. Las palabras que mas relación tenían según los participantes fueron valentía, autoestima, decisión y familia.

Además, se constató que para los participantes del estudio fue complicado lograr dar su propia perspectiva, ya que se enfocaron en los sentimientos, emociones o cogniciones que puede presentar la familia o el individuo que presenta un intento de suicidio.

Es relevante expresar en esta investigación que hubo un cambio de apreciación por parte de los investigadores ya que inicialmente se tenía el precepto que los actores sociales con mayor nivel educativo iban a poder expresar con mayor facilidad su visión acerca del intento de suicidio. Sin embargo, durante el transcurrir de las entrevistas fue grato evidenciar que tanto

el personal de servicios generales como el de seguridad no se limitaron en mostrar su percepción desde su rol asistencial, sino que, por el contrario, aportaron datos enriquecedores frente a sus propias vivencias. Lo que invita a reflexionar en la necesidad de proporcionar espacios en donde se promueva la catarsis y favorezca el procesamiento de las emociones que indiscutiblemente se despiertan frente a la atención de esta población.

Se destaca que las percepciones de la mayoría de los participantes, incluso al clasificar en categorías, fueron diversas, lo cual dificultó la partición en las ilustraciones y por tanto en su posterior análisis.

De igual forma, es importante reconocer la utilidad de una técnica de recolección de datos diferente, como fue la Clasificación Múltiple de Ítems, que permitió el conocimiento real de las percepciones de los participantes, recalcando la forma libre y espontánea de expresar su saber. Fue un acierto para la investigación el haber escogido la técnica. Así como también el darle el mismo grado de importancia y relevancia a los diferentes actores, sin importar su rol asistencial; teniendo como punto de encuentro el mejorar la atención en el paciente que presenta un intento de suicidio; ello lleva a pensar que podría realizarse una futura investigación que tuviese en cuenta también la voz de la familia y personal asistencial como terapia ocupacional y trabajo social, como parte fundamental de ese proceso.

Así mismo, aunque su contexto estuvo centrado a las dinámicas de la Clínica Montserrat, como investigadores esperamos que los resultados puedan aportar bases para abordar la construcción de estrategias y ampliar el conocimiento a partir del reconocimiento de las voces de los actores y puedan ser utilizadas en otras instituciones que abordan el mismo tipo de población objeto.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. SUICIDIO. 2018; Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>. Accessed Apr 1 2018.
- (2) Biomédica Instituto Nacional de Salud. Suicidio en niños y adolescentes Instituto Nacional de Salud 2016 septiembre; Volumen 36, No. 3.
- (3) Samuelsson M, Wiklander M, Åsberg M, Saveman B. Psychiatric care as seen by the attempted suicide patient. *Journal of Advanced Nursing* 2000 Sep;32(3):635-643.
- (4) Rees N, Rapport F, Thomas G, John A, Snooks H. Perceptions of paramedic and emergency care workers of those who self harm: A systematic review of the quantitative literature. *Journal of Psychosomatic Research* 2014;77(6):449-456.
- (5) Gómez Carlos, de Santacruz Cecilia, Rodríguez María Nelcy, Rodríguez Viviana, Tamayo Martínez Nathalie, Matallana Diana, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2016 2 de julio de:9–18.
- (6) Diana C. Toro G, Ramón E. Paniagua S, Carlos M. González P, Brígida Montoya G. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2009;27(3):302-308.
- (7) Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC OMS 2014 """:1-88.

- (8) Berge Norheim, Grimholt, Loskutova, Ekeberg. Attitudes toward suicidal behaviour among professionals at mental health. Norheim et al. BMC Psychiatry 2016 ";268(16):1-12.
- (9) Lappann Botti, Nadja Cristiane Martins Costa de Araújo, Leandro Costa, Elbert Eddy de Almeida Machado, Jacqueline Simone. Nursing students attitudes across the suicidal behavior. Invest Educ Enferm 2015;33(2):334-342.
- (10) Ashley K Hagaman, Bradley H Wagenaar, Kristen E McLean, Bonnie N Kaiser, Kate Winskell, Brandon A Kohrt. Suicide in rural Haiti: Clinical and community perceptions of prevalence, etiology, and prevention. Social Science & Medicine 2013 Apr 1;83(0):61-69.
- (11) Manoranjitham S, Charles H, Saravanan B, Jayakaran R, Abraham S, Jacob KS. Perceptions about suicide: a qualitative study from southern India. The National medical journal of India 2007 Jul;20(4):176.
- (12) Ram D, Honagodu AR, Darshan MS, Rao TSS. Suicide prevention is possible a perpeccion after suicide attempt. Indian Journal of Psychiatry 2012 Apr-Jun;54(2):172-176.
- (13) Ruskin R, Sakinofsky I, Bagby R, Dickens S, Sousa G. Impact of Patient Suicide on Psychiatrists and Psychiatric Trainees. Acad Psychiatry 2004 Jun;28(2):104-110.
- (14) Ouzouni C, Nakakis K. Doctor's attitudes towards attempted suicide. HEALTH SCIENCE JOURNAL 2012 Diciembre;4(6):663-680.
- (15) Anderson M, Standen P, Noon J. Nurses' and doctors' perceptions of young people who engage in suicidal behaviour: a contemporary grounded theory analysis. International Journal of Nursing Studies 2003;40(6):587-597.

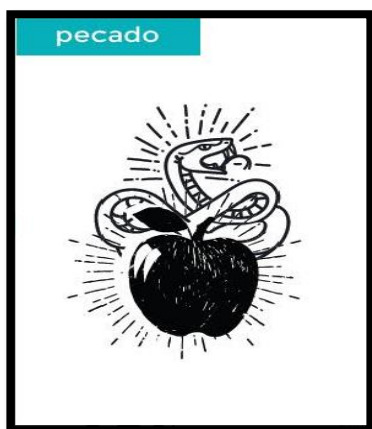
- (16) Arroyave González J, Díaz Castilla SM, Del Toro Granados J, Ceballos Ospino GA. Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). Duazary 2007 Jul 1;4(2):112-118.
- (17) Núñez Sánchez, Rodríguez González. Estudio descriptivo de pacientes con intento de suicidio; Bogotá: Universidad el Bosque; 1988.
- (18) Harold Muñoz Cortes, Juliana García Castro. Conductas suicidas en pacientes psiquiátricos hospitalizados”; Bogotá, Colombia: Universidad el Bosque - Clínica Montserrat; 1994.
- (19) Eliana Mayorga Fonseca. Determinación de la intensidad del acto auto lesivo en pacientes con intento de suicidio hospitalizados en la Clínica Montserrat. Bogotá, Colombia: Universidad el Bosque - Clínica Montserrat; 2006.
- (20) Martínez Villota SD, Ramírez Yabor AC, Mayorga Fonseca E, Olmedo Angulo JJ. Perfil epidemiológico de los trastornos mentales en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso. Revista Científica Psimonart, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso 2015 Dic;6(1-2):11-27.
- (21) Meneses Carvajal A, Garrido Vergara L. Actores sociales y Políticas Públicas: el discurso de la Iglesia Católica chilena frente a las políticas públicas en salud sexual adolescente. Revista Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública 2009; vol. II (11):399-414.

- (22) Rauber I. Luchas y organizaciones sociales y políticas: Desarticulaciones y articulaciones. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales 2006 "feb ":1-51.
- (23) Vargas Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. Alteridades ISSN: 0188-7017 alte@xanum.uam.mx Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa México. Alteridades 1994; vol. 4, núm. 8:47-53.
- (24) Cardona Arango, Doris Medina-Pérez, Óscar Adolfo Cardona Duque, Deisy Viviana. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. Revista Colombiana de Psiquiatría 2016;45(3):170-177.
- (25) Gómez-Restrepo C, De Santacruz C. La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría 2016 Dec;45(1):1.
- (26) Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 2016 Datos para la vida. Forensis 2017 "Junio"; Vol. 1 (18):1-649.
- (27) Paramo P. La investigación en ciencias sociales: Técnicas de Recolección de Información. Bogotá: U. Piloto de Colombia; 2008.
- (28) Ministerio de Salud. Resolución Numero 8430 DE 1993; Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. . www.minsalud.gov.co 1993 Oct:1-19.
- (29) Asociación Medica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013; Available at:

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>. Accessed june, 2018.

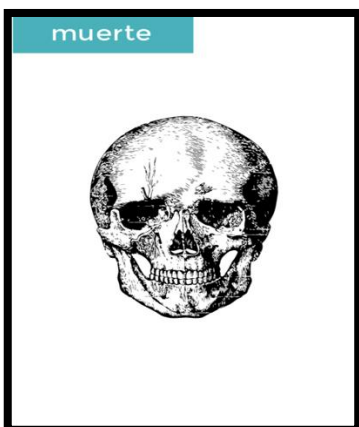
15. ANEXO 1

Gráfico 1: Pecado



Según la definición de la Real Academia Española, se define como pecado la transgresión consciente de un precepto religioso. Para las investigadoras se comprenderá como una acción con la cual se falta a lo que es debido.

Gráfico 2: Muerte



Según la definición de la Real Academia Española, se define como cesación o término de la vida. Para las investigadoras este término hace referencia al posible desenlace de un intento suicida.

Gráfica 3: Familia



Según la definición de la Real Academia Española, se define como familia al grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas. Para las investigadoras familia hace referencia a la red de apoyo del paciente con intento suicida.

Gráfica 4: Valentía



Según la definición de la Real Academia Española, se define como valentía al hecho o hazaña heroica ejecutada con valor. Para las investigadoras el término se entiende como una de las características que le pueden atribuir a una paciente con un intento suicida los actores sociales que intervienen en su atención.

Gráfico 5: Incapaz



Según la definición de la Real Academia Española, se define como incapaz al que no tiene la capacidad o aptitud para algo, para las investigadoras hace referencia a la percepción que puede tener el personal que interviene en la atención del paciente que realiza un intento suicida.

Gráfico 6: Cobardía



Según la definición de la Real Academia Española, se define como cobardía a la falta de ánimo y valor, para las investigadoras la cobardía se entenderá como el calificativo con el que en algunos casos se le designa al paciente con intento suicida.

Gráfico 7: Sufrimiento



Según la definición de la Real Academia Española, se define como sufrimiento al padecimiento, dolor o pena. Para las investigadoras el sufrimiento hace referencia al dolor emocional por el que una persona puede realizar un intento suicida.

Gráfica 8: Impotencia



Según la definición de la Real Academia Española, se define como impotencia a la falta de poder para hacer algo. Para las investigadoras la impotencia está relacionada con lo que experimenta el personal de salud y la familia de un paciente con un intento suicida.

Gráfica 9: Problemas



Según la definición de la Real Academia Española, se define como problemas a una cuestión que se trata de aclarar. Para las investigadoras los problemas hacen referencia a la percepción que puede tener el personal de salud y colaboradores frente a la atención del paciente con intento suicida.

Gráfica 10: Abandono



Según la definición de la Real Academia Española, se define como abandono a la acción y efecto de abandonar o abandonarse, teniendo en cuenta que abandonarse lo definen como dejar solo algo o alguien alejándose de ello o dejando de cuidarlo. Para las investigadoras el abandono es la percepción que puede tener al paciente con intento suicida en cuanto a su entorno social y familiar.

Gráfica 11: Rechazo



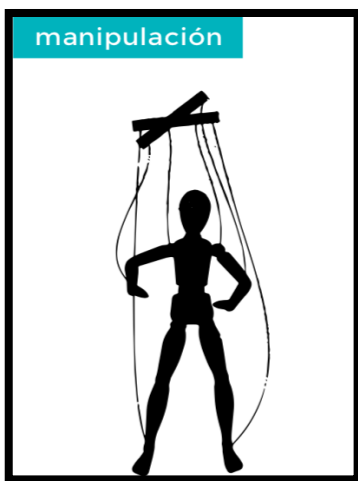
Según la definición de la Real Academia Española, se define como rechazo a la acción y efecto de rechazar; rechazar es definido como forzar a algo o alguien a que retroceda. Para las investigadoras el rechazo es la sensación que puede aparecer en los diferentes actores sociales que intervienen en la atención de un paciente con un intento suicida.

Gráfica 12: Angustia



Según la definición de la Real Academia Española, se define como angustia como una aflicción, congoja o ansiedad. Para las investigadoras la angustia hace referencia a la ansiedad que puede experimentar el personal que debe atender a un paciente con intento suicida.

Gráfica 13: Manipulación



Según la definición de la Real Academia Española, se define como manipulación a la acción y efecto de manipular, y manipular es definido como intervenir con medios hábiles, y, a veces, arteros, con distorsión de la verdad o la justicia, y al servicio de intereses particulares. Para las investigadoras la manipulación hace referencia a lo que los actores sociales que intervienen en la atención del paciente con intento suicida pueden interpretar como el fin que se busca con esta autoagresión.

Gráfica 14: Miedo



Según la definición de la Real Academia Española, se define como a la angustia por un riesgo o daño real o imaginario. Para las investigadoras el miedo se comprende como el temor del personal de la clínica al pensar que su intervención puede que no prevenga intentos de suicidio futuros.

Gráfica 15: Rabia



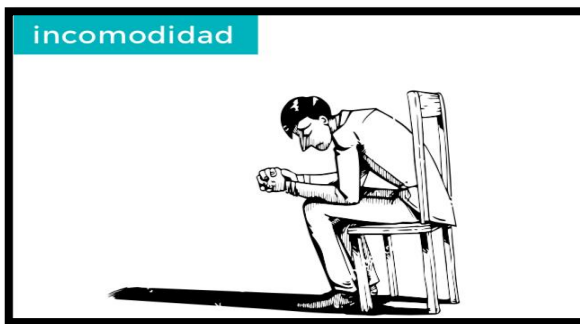
Según la definición de la Real Academia Española, se define como ira, enojo, enfado grave. Para las investigadoras la rabia se comprende como la emoción que puede experimentar el personal que interviene en la atención del paciente que ha realizado un intento suicida.

Gráfica 16: Desesperanza



Según la definición de la Real Academia Española, se define como desesperanza al estado del ánimo en que se ha desvanecido la esperanza. Para las investigadoras el término hace referencia a la sensación que se puede experimentar al sentir que el esfuerzo del personal no es suficiente para ayudar al paciente que ha realizado un intento suicida.

Gráfica 17: Incomodidad



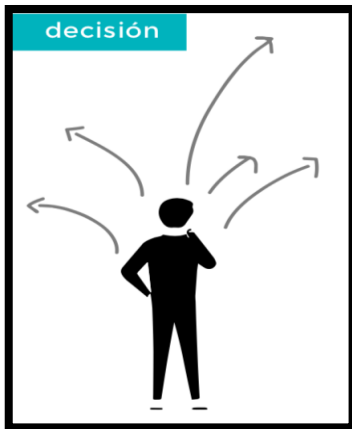
Según la definición de la Real Academia Española, se define como la falta de comodidad o molestia. Para las investigadoras incomodidad hace referencia a la sensación que puede experimentar tanto el personal que interviene en la atención como el paciente en el momento de la atención posterior a realizar un intento suicida.

Gráfica 18: Tristeza



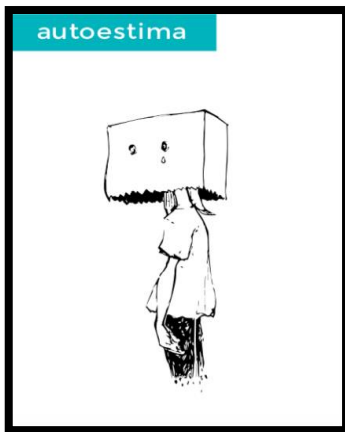
Según la definición de la Real Academia Española, se define como la cualidad de triste, que es estar afligido o apesadumbrado. Para las investigadoras este término tiene que ver con uno de los sentimientos que puede despertar el paciente con intento suicida en el personal que realiza su atención.

Gráfica 19: Decisión



Según la definición de la Real Academia Española, se define como la resolución que se toma o se da en una cosa dudosa. Para las investigadoras esta palabra está relacionada con la pérdida del juicio por parte del paciente que realiza un intento suicida, que obliga a que otras personas tomen las conductas necesarias para garantizar su bienestar.

Gráfica 20: Autoestima



Según la definición de la Real Academia Española, se define como la valoración generalmente positiva de sí mismo. Para las investigadoras esta palabra hace referencia a lo que personal que interviene en la atención del intento suicida, puede considerar que se debe reforzar en este paciente.

Gráfica 21: Frustración



Según la definición de la Real Academia Española, se define como la acción y efecto de frustrar, y frustrar es definido como privar a alguien de lo que esperaba. Para las investigadoras el término se usa como lo experimentado por los actores sociales que intervienen en la atención del paciente con intento suicida.

Gráfica 22: Riesgo



Según la definición de la Real Academia Española, se define como la contingencia o proximidad de un daño. Para las investigadoras el riesgo hace referencia a la sensación de peligro que se experimentar al realizar la atención de un paciente que ha realizado un intento suicida.

Gráfica 23: Fracaso



Según la definición de la Real Academia Española, se define como un suceso lastimoso, inopinado y funesto. Para las investigadoras el fracaso puede ser una de las expectativas que se tiene con respecto a los resultados del tratamiento de un paciente con intento suicida.

Gráfica 24: Secreto



Según la definición de la Real Academia Española, se define como una cosa que cuidadosamente se tiene reservada y oculta. Para las investigadoras este término hace referencia al intento de ocultar la causa de la hospitalización de un paciente con intento suicida por parte del personal que realiza su atención y su familia.

16. ANEXO 2

Tabla 1 Formato para la recolección de la información

CRITERIO	SUBCATEGORIAS	TARJETAS QUE CONFORMAN CADA UNO DE LOS SUBGRUPOS CREADOS POR EL ACTOR SOCIAL	OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADO AL REALIZAR CADA UNA DE SUS CLASIFICACIONES.

17. ANEXO 3:

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Dentro de nuestros procesos de formación académica en calidad de residentes de tercer año de psiquiatría de la Universidad El Bosque en colaboración con el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Clínica Montserrat, estamos realizando una investigación titulada “PERCEPCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES SOCIALES EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON INTENTO SUICIDA”.

Este es un estudio cualitativo con el objetivo de reconocer, describir y analizar las diferentes percepciones que surgen de los actores sociales que intervienen en la atención del paciente con un intento suicida en la Clínica Montserrat- ICSN.

Su participación en el estudio es completamente voluntaria, usted puede elegir participar o no y en cualquier momento del proceso puede desistir de su participación. Se garantizará la confidencialidad de los datos aportados por usted. Los resultados serán utilizados únicamente para fines académicos y no de forma individual, no serán incluidos en bases de datos información personal.

Esta participación consistirá en observar 24 tarjetas en las que se presentan palabras o frases, las cuales agrupará o clasificará de la forma que considere. Además, durante esta actividad académica se dispondrá de una cámara, la cual enfocará la mesa donde estará realizando las agrupaciones con el fin de describir los criterios de clasificación de las tarjetas que he empleado, para incluirlo posteriormente en el trabajo de investigación.

El proyecto se realizará cumpliendo los requisitos y normas de la Declaración de Helsinki de su revisión de 2000 y las Normas Éticas Internacionales para Investigaciones Biomédicas de la Organización Mundial de la Salud de 1996. Según el artículo 11 de la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, dado que no se realizará ninguna intervención.

Si usted tiene alguna duda o pregunta acerca del estudio puede solicitarla a los investigadores, María Paola Caycedo y Mónica Merchán, residentes de tercer año de la Universidad El Bosque- Clínica Montserrat (Celular: 3108527120 - 3134621110, mail: mcaycedo@unbosque.edu.co, mmerchanv@unbosque.edu.co).

En caso de cualquier otra duda/pregunta, o que sienta vulnerado sus derechos, podrá comunicarse con el Comité de Ética en Investigación CEI CAMPO ABIERTO LTDA, Dr. Eduardo Angarita Rojas, Tel:(+57) 310 6974943, eticaeninvestigacion@hotmail.com.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:
PERCEPCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES SOCIALES EN LA ATENCIÓN
DEL PACIENTE CON INTENTO SUICIDA.**

Yo _____ identificado (a) con _____
Número _____ Expedida en _____, el día de hoy con
fecha _____, doy mi consentimiento para la participación en el estudio
PERCEPCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES SOCIALES EN LA ATENCIÓN DEL
PACIENTE CON INTENTO SUICIDA, realizado por residentes de tercer año del programa
de psiquiatría de la Universidad El Bosque en colaboración con el Instituto Colombiano del
Sistema Nervioso- Clínica Montserrat, entiendo que mi participación consistirá en observar
24 tarjetas en las que se presentan palabras o frases, las cuales agruparé o clasificaré de la
forma que considere. Además, entiendo que durante esta actividad académica se dispondrá
de una cámara, la cual enfocará la mesa donde estaré realizando las agrupaciones con el fin
de describir los criterios de clasificación de las tarjetas que he empleado, para incluirlo
posteriormente en el trabajo de investigación.

Previo a la firma de este consentimiento los investigadores me han explicado el propósito del
estudio y han resuelto mis dudas e inquietudes. No tengo ninguna duda sobre mi
participación al momento de la firma. Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier
momento, aún después de haber firmado.

Nombre Participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre Investigador (1): _____

Firma(1): _____ Fecha: _____

Nombre Investigador (2): _____

Firma(2): _____ Fecha: _____

Nombre Testigo 1: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Nombre Testigo 2: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____