

# Riesgo Suicida En Habitantes De Calle De La Ciudad De Bucaramanga



Presentado Por:

Rosa Helena Quintero Laguado

Juliana Sarmiento Mantilla

Nidia Yurely Vargas Angulo

Asesor De Modalidad De Grado:

William Alexander Ardila Rodríguez



Modalidad De Grado Para Pregrado En Psicología

Universidad Cooperativa De Colombia

Sede Bucaramanga

Programa De Psicología

Bucaramanga

Octubre

2019

**Tabla de contenido**

1.	Título del Proyecto.....	6
2.	Introducción.....	6
3.	Planteamiento Del Problema .....	7
4.	Justificación.....	8
5.	Objetivos .....	9
	Objetivo general.....	9
	Objetivos especificos .....	10
6.	Estado del arte .....	10
	6.1 Antecedentes Investigativos Internacionales .....	10
	6.2 Antecedentes Investigaciones nacionales.....	12
	6.3 Investigaciones locales .....	15
7.	Marco conceptual.....	15
	Suicidio.....	15
	Parasuicidio.....	16
	Ideas suicidas.....	16
	Crisis suicida.....	16
	Suicidio consumado.....	16
	Suicidio frustrado.....	16
	Tentativa de suicidio.....	17
	Suicidio Altruista.....	17
	Suicidio egoísta .....	17

Suicidio anómico .....	17
Autolesión intencionada .....	17
Fases de la Conducta Suicida .....	17
Fase de consideración .....	17
Fase de ambivalencia.....	18
Fase de decisión .....	18
Tipos de Ansiedad en la Conducta Suicida: .....	18
Ansiedad confusional .....	18
Ansiedad depresiva.....	18
Ansiedad paranoide .....	18
Estado de Ánimo de los Suicidas:.....	18
Ambivalencia .....	18
Impulsividad.....	19
Rigidez.....	19
Clasificación de la Conducta Suicida.....	19
Conducta suicida y salud emocional .....	19
Conducta suicida y enfermedad mental.....	19
Factores de Riesgo y clasificación de riesgo suicida .....	19
Factores de riesgo sociales.....	19
Factores de riesgo familiares.....	20
Factores de riesgo psicológicos.....	20
Factores de riesgo biológicos .....	20
Leve .....	20

Moderado .....	20
Grave .....	20
Extremo.....	21
Habitante de calle .....	21
8. Marco legal.....	21
9. Metodología.....	27
Instrumentos .....	27
Descripción .....	28
Interpretación .....	28
Propiedades Psicométricas .....	29
Fiabilidad .....	29
Validez .....	29
Población.....	29
Variables.....	29
Procedimiento .....	29
10. Resultados .....	30
Variables sociodemográficas.....	30
11. Discusión.....	35
12. Conclusiones.....	38
13. Recomendaciones .....	40
14. Referencias .....	41

**Lista de Gráficas**

Gráfica 1 Genero .....	30
Gráfica 2Escolaridad .....	31
Gráfica 3Estado Civil .....	31
Gráfica 4Edad total.....	32
Gráfica 5Prevalencia de riesgo suicida H/M.....	32
Gráfica 6Prevalencia de riesgo suicida/escolaridad .....	33
Gráfica 7Prevalencia de riesgo suicida/ estado civil .....	33
Gráfica 8Prevalencia riesgo suicida/edad .....	34
Gráfica 9puntuación total de riesgo suicida.....	35

## 1. Título del Proyecto

Riesgo Suicida En Habitantes De Calle De La Ciudad De Bucaramanga

## 2. Introducción

La Habitabilidad de Calle representa una problemática multidimensional que afecta a individuos, familias y colectivos. Ha sido estudiada principalmente por la sociología, el trabajo social y la psicología (Daza,2016). Sin embargo, se ha evidenciado poca preocupación a nivel investigativo sobre el riesgo de suicidio en poblaciones tan vulnerables como lo son los habitantes de calle.

El trabajo fue elaborado con el fin de evaluar el nivel de riesgo de suicidio de los habitantes de calle, por otro lado, identificar el porcentaje de riesgo suicida existente entre hombres y mujeres habitantes de calle y por ultimo hacer un reconocimiento de las variables psicosociales más frecuentes asociadas al riesgo suicida en habitantes de calle. Teniendo en cuenta además la preocupación que manifiesta Medicina Legal al mencionar que una gran mayoría de quienes tomaron la decisión de suicidarse eran personas en condiciones de drogadicción, este factor ha logrado que muchas personas incluso profesionales terminen haciendo de su habitabilidad la calle (Collazos, 2019).

El trabajo de investigación, propuso entonces evaluar, identificar y reconocer el índice del riesgo de suicidio en los habitantes de calles que se encuentran vinculados a la fundación FUNTALUZ.

La investigación, está bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo exploratorio de corte transversal. Utilizando en la población la Escala de Riesgo Suicida que fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo

son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

### **3. Planteamiento Del Problema**

Actualmente, En Bucaramanga a 11 de junio de 2019, según el censo liderado por la secretaría de desarrollo social y el Dane, informa que han sido censadas y caracterizadas 1.080 personas en situación de calle. La verdad es que el campo de investigación sobre habitantes de calle y su situación social y personal está cambiando en los últimos años. De hecho, cada vez más van apareciendo nuevas iniciativas y trabajos de investigación de esta temática.

Lo más alarmante de la situación es que estas personas en esta situación, tienden a verse enfrentadas a aspectos psicosociales asociadas al riesgo suicida. Algunos de estos aspectos están relacionados con la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, problemas emocionales, familiares y económicos. Sin embargo, la sociedad en ocasiones actúa de manera despectiva contra este tipo de personas, partiendo desde el desconocimiento que tienen sobre el origen del problema. Como estudiantes de pregrado de psicología resulta interesante ahondar sobre el riesgo suicida en habitantes de calle y reconocer esos aspectos psicosociales a los que ellos se ven enfrentados día a día y que posiblemente pueden provocar el suicidio.

En este sentido, quizá el punto más importante de colaboración con los que cuentan estas personas son las fundaciones que apunta a una calidad de vida medianamente posible para estas personas que se encuentra en esta situación. Estas fundaciones permiten que las personas interesadas en realizar investigaciones con este tipo de población encuentren una manera más asequible al personal y además se beneficien con la colaboración e ideas que pretenden ejecutar a futuro con los productos de dichas investigaciones, siendo así, la presente investigación tuvo

como propósito evaluar el nivel de riesgo suicida en los habitantes de calle, que actualmente se encuentra en la fundación FUNTALUZ de la ciudad de Bucaramanga.

La propuesta de investigación surge entonces de la siguiente pregunta:

¿Cuál es el riesgo suicida de los habitantes de calle que se encuentran vinculados a la institución FUNTALUZ?

#### **4. Justificación**

En Bucaramanga, existe un gran índice de habitantes de calle, exactamente Van 1.080 habitantes de calle censados y caracterizados este año en Bucaramanga (Osorio 2019) (Alcaldía de Bucaramanga, 2019). La población habitante de calle en Bucaramanga ha aumentado de manera significativa, situación que obedece a problemas económicos y sociales como la violencia intrafamiliar, conflicto armado, desplazamiento, desempleo y consumo de drogas, entre otras.

Las calles de Bucaramanga reflejan una realidad que ha causado impacto, pues se observa con facilidad el número de personas que han hecho de la calle su lugar de hábitat, pese al apoyo de los programas que ofrece la alcaldía y las fundaciones que existen para ayudar a este tipo de población. La manifestación de este fenómeno en la ciudad de Bucaramanga y el contacto que se ha tenido con la institución FUNTALUZ, impulsaron el interés por realizar la presente investigación, ya que es una situación que genera la necesidad de conocer con detenimiento un estilo de vida que es estigmatizado por el resto de la sociedad, sin embargo, el interés fundamental de la investigación además de conocer todos esos factores psicosociales que llevaron a estas personas a habitar en la calle, es conocer el nivel de riesgo de suicidio que si bien estos mismos podrían causar.



Como psicólogos en formación es importante poder llevar a cabo un trabajo relacionado con personas que han estado atravesadas por factores sociales y psíquicos, que desfavorecen el bienestar y la calidad de vida, llegando hasta un punto de querer quitársela. Desde la psicología, se pretende favorecer las condiciones mentales de esta población, no solo por el simple hecho de evaluar si la persona quiere o no terminar con su misma vida, sino también brindar el espacio de interactuar, sensibilizar y escuchar el por qué estas personas llegaron a esas condiciones, además desde la academia brindar recomendaciones que puedan estar sujetas al bienestar futuro de todas estas personas sin hogar.

Por otro lado, la realización de esta investigación brinda a la psicología aportes conceptuales que permiten tener una mayor comprensión de este fenómeno, teniendo en cuenta que hay pocas investigaciones a nivel local. Permite además brindar información a las instituciones que ayudan a estas personas, permitiendo que presten atención a temas tan importantes como lo es el nivel de riesgo suicida de cada uno de sus integrantes, para brindar planes de intervención y mejoras en los procesos que vienen realizando.

Para finalizar, la investigación busca enriquecer nuevos conocimientos generados a partir del ejercicio práctico realizado en un entorno real, en el cual se identificó el nivel de riesgo suicida que tienen las personas que habitan en la calle y que hace parte de la institución FUNTALUZ.

## **5. Objetivos**

### **Objetivo general**

Evaluar el nivel de riesgo suicida en habitantes de calle de la ciudad de Bucaramanga, mediante la aplicación de la escala de Plutchik.

**Objetivos epecificos**

Determinar el nivel de riesgo suicida existente entre los habitantes de calle.

Identificar el porcentaje de riesgo suicida existente entre hombres y mujeres habitantes de calle.

Reconocer las variables psicosociales más frecuentes asociadas al riesgo suicida en habitantes de calle.

**6. Estado del arte****6.1 Antecedentes Investigativos Internacionales**

Según Calvo, Girart, Calvet y Carbonells (2016), realizaron una investigación de riesgo de suicidio en población sin hogar realizada en España, cuyo objetivo de estudio fue determinar la prevalencia de intento de suicidio previo y de riesgo de suicidio y su relación con sus principales factores de riesgo. usaron para esta investigación medidas de tendencia central y dispersión, correlaciones, tablas de contingencia y comparación de medias según tipo de variable y normalidad con una muestra de 154 personas. Se utilizó el test de riesgo de suicidio de Plutchik para la determinación de riesgo de suicidio. Dentro de la caracterización sociodemográfica generales se tuvieron en cuenta las siguientes variables: sexo, edad, procedencia, tiempo en la calle, proximidad geográfica de la familia, actividad laboral previa, tiempo como desempleado, antecedente penales, antecedentes de ingreso a centros penitenciarios, consumo inyectado previo de drogas, reutilización compartida de material de inyección. Se reclutaron 154 mayoritariamente hombres ( $n = 133$ , 86.4%), que representaron un 57.1% de población sin hogar de Girona. La media de edad de 42,8 años ( $DT = 11,7$ , rango = 18-77) y no se encontraron diferencias de edad entre sexos (hombres  $\bar{X} = 42.4$ ,  $DT = 11.6$  vs. mujeres  $\bar{X} = 45.2$ ,  $DT = 12.1$ ,

$t = -1.036$ ,  $gl = 152$ ,  $p = .31$ ). El número total de personas que obtuvo un resultado igual o superior a la puntuación de corte en el test de Riesgo de suicidio fue de 66, Que representaron el 45,2% de la muestra.

Por otro lado, en Chile, Grandón, Vielma, Castro, Bustos y Saldivia (2018), realizaron una investigación titulada, caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental que se encuentran en la región del BíoBío, cuyo objetivo fue determinar las características sociodemográficas, el uso de redes, la autopercepción de la salud, las necesidades, y los recursos de las personas en situación de calle con problemas de salud mental o consumo de alcohol y drogas en la región de BíoBío. En esta investigación participaron 65 personas donde sus resultados se dieron a través de los instrumentos: ficha de caracterización sociodemográfica, escala de necesidades Maristán y el inventario de recursos para personas en situación de calle y sus resultados arrojaron la siguiente información: La mayor parte de los entrevistados fueron hombres (80%), con una media de edad de 41 años ( $DS = 10,1$ ). Un 61,6% tiene entre 31 y 50 años. Las mujeres (20%) tenían un promedio de edad menor a los hombres 36 años ( $DS = 9,3$ ) versus 42,1 años ( $DS = 10,0$ ), respectivamente. Los Ángeles concentró a la población con mayor edad, con una media de 44,2 años ( $DS = 9,1$ ) y Concepción a los más jóvenes, con una media de 38 años ( $DS = 10,4$ ). Con respecto a la distribución por sexo según el lugar de residencia, en Chillán se encontraron, proporcionalmente, el mayor número de mujeres, con un 36,4%. Por el contrario, los Ángeles es la ciudad que tenía más presencia masculina con un 89,5%. El estado civil predominante fue soltero con un 75,4%. En relación con la educación, un 75,4% declaró saber leer, escribir y no presentar problemas para hacerlo. La mayoría de los encuestados cursó educación básica (69,2%). Un 95,4% tuvo acceso al sistema de educación formal.

## 6.2 Antecedentes Investigaciones nacionales

Según Medina, Cardona, y Arcila, (2011) en su investigación titulada riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia), tuvo como objetivo principal caracterizar el riesgo suicida y depresión en internos, en esta investigación se utilizó una metodología descriptiva-relacional y un diseño no experimental; se seleccionó una muestra de 34 reclusos entre los 18-51 años de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión a quienes se les suministraron los cuestionarios ISO 30 e IDB (Inventario de Orientación Suicida), donde más del 75% de los internos presentan riesgo suicida moderado o alto; el 56% reporta sintomatología depresiva grave y moderada. Al analizar el inventario de depresión de Beck, se halló que el 3% no presenta depresión; 41% la tienen en un nivel leve, 32% moderada y 24% mostraron un nivel grave. Al analizar la pregunta 9 - la cual mide el nivel de ideación suicida, se encontró que el 47% no presenta ideación, 44% está en leve, 6% alto y 3% grave. La ISO 30 arrojó que el 24% presenta un riesgo suicida bajo; 47% está en riesgo moderado y el 29% restante en alto; de estos últimos se encontró que el 40% tiene un nivel grave de depresión. En la variable edad se encontró una media de 28,26 años y la DE 8,4, lo cual sugiere gran dispersión en las edades de los encuestados. Ello explica que el 75% de la población tenga menos de 29,32 años, el IC 11,41 – 45,11 en un 95%, cuando la edad mínima se ubicó en 18 años y no en 11. La ISO 30 arrojó una media de 35,12 y DE 9,43. Llama la atención la cifra del percentil 1 de 33,28, lo cual indica que más del 75% de los reclusos se encuentran en riesgo moderado o alto.

Por otro lado, Castaño, Cañón, Betancur, Castellanos, Guerrero, Gallego y Llanos (2015) realizaron una investigación la ciudad de Manizales (Colombia) titulada Factores de Riesgo Suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales (Colombia), cuyo objetivo se basó en determinar el factor de riesgo

suicida en los estudiantes de la universidad Nacional de Manizales. Esta investigación fue de corte trasversal, la población de estudio estuvo constituida por 255 estudiantes de 3 facultades de la universidad, dentro de los resultados relevantes se pudo determinar que de la población total el 94,9% pertenecen al área urbana y 62,7% son hombres, con identidad sexual de predominio heterosexual (96,4%). La edad promedio es de 20,8 años, y el 64,7 % de la población pertenece a estratos 3 y 4. Se tomó una muestra de estudiantes de semestres 1.o al 10.o, de los cuales el 41,9% cursaba entre el 4.o y el 6.o semestre, se observa que un 19,7% (Ic95%:13,1%-28,5%) presenta algún nivel de riesgo suicida, según Beck; 6,7% (Ic95%:3,9%-10,5%), según Plutchik. se observa el progresivo aumento del riesgo suicida, a medida que disminuye la funcionalidad familiar desde 0,99% hasta 17,39% en estudiantes pertenecientes a familias con disfunción severa.

Así mismo, en la ciudad de Manizales (Colombia) Aristizábal, Cañón, Castaño, Castaño, García, Marín, Osorio y Sánchez, (2013), en su investigación titulada Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas cuyo objetivo fue identificar el factor de riesgo suicida según la escala de Plutchik y factores asociados en una población de pacientes internados para rehabilitación por consumo de sustancias en la ciudad de Manizales (Colombia), el diseño de esta investigación fue de corte trasversal con una población de 93 personas en proceso de rehabilitación ,se aplicó el cuestionario de Plutchik para medir riesgo suicida y otros cuestionarios para factores asociados. Dentro de sus resultados se pudo evidenciar que, la mayor proporción de los individuos pertenece al género masculino con 94,6%, (88) y el 5.4% (5) pertenece al género femenino, la edad promedio fue de 29,44 años, en el grado de escolaridad primó la secundaria con un 59,1%(55), el estado civil predominante soltero 84,9%

(79), la puntuación de riesgo suicida en la escala de Plutchik en el nivel de respuesta SI 57%(53) y NO 43% (40).

En el mismo orden de ideas Jiménez y Linero (2015), en su investigación de Riesgo suicida, desesperanza y factores asociados en personal privado de la libertad de un centro de reclusión militar en Colombia, donde su objetivo fue evaluar en una muestra de internos condenados de una cárcel colombiana la relación entre el riesgo suicida y el grado de desesperanza y las siguientes variables sociodemográficas: la edad, el tiempo de condena, el tiempo de reclusión y el número de reclusiones, el método usado fue un estudio trasversal con una muestra de 41 reclusos militares todos de género masculino, los resultados arrojaron que un 51,2% (21) corresponden a edades entre 29 y 36 años, de 37 a 44 años 39%(16) y de 45 en adelante 9.8% (4). El estado civil mayoritariamente son casados con 56.1% (23), solteros 17,1% (7), unión libre 22% (9), divorciados 2,4% (1), y separados 2.4% (1), finalmente las puntuaciones en la escala de Plutchik arrojó que la prevalencia es de menor riesgo suicida 58.5% (24) y mayor riesgo 41.5% (17).

Por último, Cañón, Castaño, Muriel, Pérez y Ramírez (2016), en su investigación factor de riesgo suicida y factores asociados en reclusas de un centro penitenciario de Caldas (Colombia) 2015, se pudo evidenciar que su objetivo principal fue determinar el factor de riesgo, intentos de suicidio, y factores asociados en reclusas de un centro penitenciario de Caldas (Colombia) 2015, el método usado fue de corte trasversal, donde se realizó la aplicación de la escala de riesgo suicida de Plutchik a 96 reclusas, y otros cuestionarios, se indagó sobre intentos de suicidio previos, factores asociados y variables demográficas. Dentro de los resultados representativos se pudo evidenciar que el promedio de edad oscilo entre los 33 y 65 años, el

riego suicida en la escala de Plutchik arroja un 14.4% (13), el 71.9% son bachilleres, el 46.9% son solteras y el 53.8% tienen pareja estable.

### **6.3 Investigaciones locales**

De ésta manera, Martínez, Romero, Rey y Cañón (2011), realizaron una investigación titulada Riesgo de suicidio en jóvenes universitarios de Bucaramanga en el año 2011. El método utilizado en esta investigación se basó en: En un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, en una muestra de 343 estudiantes de la Facultad de Ingenierías de la Universidad de Santander de Bucaramanga; mediante una encuesta utilizando la Escala de Riesgo suicida Plutchick y otras variables socio demografías conformada por 27 preguntas. Se validan en dos bases de datos del programa EPIDATA, posteriormente se exportan al programa STATA 10, para el análisis estadístico. Resultados: El 64.1% de los participantes fueron hombres, 35.9% son mujeres; prevaleciendo las edades 18 (15.7%) y 20 (14.6%); el 11.7%, siendo de estos la mayoría solteros con un 92.4%, casados el 2.9% y en unión libre el 4.7%. En la escala de riesgo suicida de Plutchick se encontró un promedio de riesgo que del total de la población 58 estudiantes presentan riesgo suicida esto equivalen a un 16.9%.

## **7. Marco conceptual**

El marco conceptual de esta investigación se realiza mediante una aproximación conceptual de términos referentes al riesgo suicida, su clasificación, habitante de calle y su respectiva caracterización.

### **Suicidio.**

Según Bedoya y Montaña (2016), la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define como acto deliberado de quitarse la vida, causándose una lesión con un grado variable en la

intensión de morir.

Nizama (2011), lo define como un acto autoinfligido para causarse la muerte de forma voluntaria, deliberada donde interviene el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí.

Continuando con las definiciones, en el documento elaborado por Echávarri (2010), se definen algunos términos que abarcan específicamente el tema del suicidio dentro de ellos se encuentran los siguientes:

**Parasuicidio.**

Conjunto de conductas voluntarias e intencionales, que le sujeto pone en marcha con el fin de producirse daño físico cuyas consecuencias, son el dolor, mutilación, o el daño de alguna función o parte de su cuerpo, sin la intención de acabar con su vida.

**Ideas suicidas.**

La persona contempla el suicidio como una solución real a sus problemas, no se ha producido daño físico contra sí mismo, pero dentro de las alternativas que tiene para solucionar su problemática ya está presente el suicidio.

**Crisis suicida.**

Dentro de las alternativas que la persona disponía para solucionar su problemática, el suicidio comienza a tomar protagonismo.

**Suicidio consumado.**

Cuando el criterio de propósito de muerte y el criterio auto infligido se suman, se establece un plan de acción con diferentes niveles de elaboración. Si se pone en marcha este plan conducirá a la muerte del sujeto

**Suicidio frustrado.**

Acto suicida que no conlleva a la muerte de la persona porque determinadas



circunstancias externas no previstas acontecen en el momento crítico, en este caso si existe la voluntad real de producirse la propia muerte.

### **Tentativa de suicidio.**

Es toda conducta que busca la propia muerte, pero para logra el propósito el individuo no emplea los medios adecuados y por lo tanto no consigue acabar con su vida. Es un intento que puede fallar por múltiples causas desde no tener una firme decisión de quitarse la vida.

Según Aguilar y Barreto (2006), dentro de los términos relacionados con el suicidio tienen en cuenta los siguientes:

### **Suicidio Altruista**

Es el literalmente pedido por la sociedad, debido a su cultura, normas y costumbres, al individuo no le queda otra opción.

### **Suicidio egoísta**

Las personas tienen pocos lazos con la comunidad, son individuos que viven solos, no tienen familia, ni grupo social o institución con quien relacionarse, no existen exigencias sociales para el individuo.

### **Suicidio anómico**

Se produce por una repentina ruptura en la relación habitual entre la sociedad y el individuo, como la pérdida de seres queridos, propiedades y prestigio.

### **Autolesión intencionada**

Conceptualiza el intento suicida como una conducta de afrontamiento.

### **Fases de la Conducta Suicida**

#### **Fase de consideración**

En esta fase la persona considera que poner fin a su vida es una posibilidad para dar

salida a una situación que es angustiosa y dolorosa, el individuo adquiere la lógica de “si otros lo hacen yo también podría”.

### **Fase de ambivalencia**

Refleja la lucha interna entre tendencias destructivas y constructivas en la persona, es decir, no se rechaza el suicidio, pero por otro lado existe la duda de los beneficios del mismo.

### **Fase de decisión**

La persona ya tiene establecido un plan detallado de cómo se llevará a cabo su suicidio. A mayor precisión en los detalles, mayor riesgo suicida.

### **Tipos de Ansiedad en la Conducta Suicida:**

#### **Ansiedad confusional**

Es manifestada a través de la ambivalencia ante el impulso suicida, la persona esta inmersa entre la duda de vivir o morir.

#### **Ansiedad depresiva**

El individuo se siente despreciable y carente de valor, no tiene nada que ofrecer y considera la muerte como su única opción.

#### **Ansiedad paranoide**

El sujeto se convence que es su entorno quien genera su malestar y que la muerte sería una forma de evitar la persecución y la humillación a la que cree que está sometido y contempla el suicidio como una manera de escapar de un entorno amenazador y destructivo.

### **Estado de Ánimo de los Suicidas:**

#### **Ambivalencia**

Mezcla de sentimientos alrededor del suicidio. La persona tiene urgencia de alejarse del dolor que representa vivir con su problemática, pero por otro lado persiste el deseo de vivir, estas

personas en realidad no desean morir, simplemente no están dispuestas a seguir viviendo como lo están haciendo.

### **Impulsividad**

El suicidio es un acto impulsivo y transitorio que puede durar pocos minutos u horas, desencadenado por acontecimientos diarios considerados insoportables para la persona.

### **Rigidez**

Presentan un pensamiento drástico, donde el suicidio constantemente es la única vía de escape de sus problemas y se encuentran incapaces para generar alternativas de solución.

### **Clasificación de la Conducta Suicida**

#### **Conducta suicida y salud emocional**

Se da por la respuesta a una crisis de la vida cotidiana como la soledad, las rupturas amorosas, pérdidas, baja autoestima, falta de recursos, sobre carga emocional, entre otras.

#### **Conducta suicida y enfermedad mental**

Se da por la respuesta a una crisis psicopatológica como la depresión mayor, esquizofrenia, trastorno límite de personalidad, toxicomanías, y otros trastornos de carácter psiquiátrico.

### **Factores de Riesgo y clasificación de riesgo suicida**

Según Hernández y Villareal (2015), existen algunos factores subyacentes de riesgo asociados a la conducta suicida, entre los cuales figuran los sociales, familiares, psicológicos y biológicos.

#### **Factores de riesgo sociales**

Tensión social, problemas con las redes sociales de apoyo, pérdidas personales, pérdida de empleo, catástrofes, desarraigo, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas,

violencia ambiental, de género y cambio de posición socioeconómico.

### **Factores de riesgo familiares.**

Funcionamiento familiar problemático, alta carga suicida familiar, abandono afectivo y desamparo, familia inexistente, violencia doméstica, abuso sexual, entre otros

### **Factores de riesgo psicológicos.**

Pérdidas familiares, frustraciones intensas, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambios de estado de ánimo, alteraciones del sueño, abandono personal.

### **Factores de riesgo biológicos**

Trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, enfermedades y dolor crónico, enfermedades en fase terminal, deterioro cognitivo.

Por otro lado, según las características de la ideación suicida y de su riesgo, se puede determinar la gravedad del intento suicida teniendo en cuenta la siguiente clasificación:

#### **Leve**

Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño, el individuo rectifica su conducta de manera que hay autocrítica.

#### **Moderado**

Existen planes con ideación suicida, posibles antecedente de intentos previos y factores de riesgo adicionales.

#### **Grave**

Idea concreta de hacerse daño, tiene antecedente de intento suicida, más de dos factores de riesgo, pero sin un plan claro de suicidio, rechaza apoyo social, expresa desesperanza y no rectifica su idea suicida.

**Extremo**

Presenta varios intentos suicidas con varios factores de riesgo y su agravante es la autoagresión.

**Habitante de calle**

Muchos son los términos que se utilizan usualmente para hacer referencia a este tipo de personas con esta caracterización, dentro de ellos se tendrán en cuenta los siguientes:

Según Correa (2007) “el termino desechable bien sea por falta de información o por costumbre, se traduce en violencia hacia los habitantes de calle, que si bien es cierto en algunas ocasiones están en esta condición por decisión propia, como el caso de la adicción a sustancias psicoactivas; en otras ocasiones se debe a problemas de desigualdad, violencia, desempleo, entre otros. Cuestiones que el Estado debe garantizar para evitar que más personas lleguen a esta condición”

Por otro lado, el Diccionario de la Lengua Española (2002).

**8. Marco legal****1970 Decreto 1136 de 1970 Nivel Nacional**

Se dictan medidas sobre protección social, de la vagancia, de los enfermos mentales, toxicómanos y alcoholizados, art. 1 a 4. Medidas de rehabilitación, art. 5 a 7. Competencia, art. 8. Procedimiento, art. 9 a 15, Vigencia, art. 17.

**2005 Decreto 136 de 2005 Alcalde Mayor**

Define las acciones prioritarias para brindar atención integral a la población de alta vulnerabilidad "habitante de calle del Distrito Capital, estableciendo las entidades encargadas de adelantarlas. Señala que cada entidad responsable deberá cuantificar las inversiones requeridas y

establecer el cronograma de ejecución específico del plan de actividades propio a efecto de tramitar en coordinación con el DABS los actos administrativos correspondientes, previa la expedición de los respectivos certificados de disponibilidad presupuestal, y dicho plan de actividades deberá adelantarse en un término máximo de 2 meses. Dispone que las acciones de atención integral se ejecutarán con los recursos asignados en el presupuesto de cada entidad, pero se podrán tramitar recursos adicionales; determina las orientaciones y recomendaciones que deben tenerse en cuenta por parte de las entidades responsables, para la elaboración y adopción del Plan Integral para la población habitante de la calle.

**2007                    Decreto 170 de 2007 Alcalde Mayor**

Crea la Mesa Permanente del Plan de Atención Integral al Ciudadano Habitante de Calle, para la coordinación y seguimiento de la ejecución del mismo, donde tendrán asiento todas las entidades encargadas del desarrollo del Plan de Atención Integral al Ciudadano Habitante de Calle, así como un representante del Comité o Mesas locales de Habitabilidad en Calle perteneciente a la o las localidades objeto de estudio. Los Alcaldes Locales deben conformar, en el seno de los Consejos Locales de Política Social, Comités o Mesas Locales de Habitabilidad en Calle, las cuales contarán con participación de las representantes de la comunidad residente y de los sectores económicos de la localidad, de la población habitante de calle, de las organizaciones comunitarias locales, de las respectivas Subdirecciones Locales para la Integración Social y de las Alcaldías Locales.

**2009                    Acuerdo 366 de 2009 Concejo de Bogotá D.C.**

Establece lineamientos de política pública para la atención, inclusión y mejoramiento de la calidad de vida del habitante de calle en el Distrito Capital, que permitirá liderar acciones que promuevan el acceso a una vida con igualdad de oportunidades al habitante de calle, priorizando

en estrategias de prevención, atención, formación, desarrollo personal e inclusión social. La implementación estará en cabeza de la Secretaría Distrital de Integración Social, en coordinación con los sectores y sus respectivas entidades adscritas y vinculadas, responsables de crear programas dirigidos a la inclusión social, de promover acciones conjuntas y coordinadas entre los diferentes sectores e instituciones.

**2013                    Concepto 490 de 2013 Secretaría Distrital de Integración Social**

¿¿los equipos que realizan la intervención en el sector que incluye el parque Tercer Milenio orientan a la población habitante de calle sobre la presencia de baterías de baños dispuestas para el uso de esta población en la zona, con el fin de reducir el impacto en el lugar. La Secretaría Distrital de Integración Social realiza constantemente acercamiento a la población habitante de calle que permanece en el sector, motivando e invitando a que hagan uso de los Centros de Acogida y Autocuidado.

**2013                    Decreto 145 de 2013 Alcalde Mayor**

Anuncia a los interesados y a la ciudadanía en general, la puesta en marcha del componente urbanístico del proyecto de iniciativa pública denominado El Bronx, dirigido a promover la transformación y recualificación de dicha zona, como parte del proyecto de revitalización del centro tradicional priorizado en el Plan de Desarrollo, Económico, Social, Ambiental y de obras Públicas 2012-2016 ¿Bogotá Humana ¿. Asimismo, señala que dicho proyecto buscará la dignificación de la vida del habitante de calle y, en general, el mejoramiento de las condiciones de vida en el sector, a través de distintas actuaciones que incluirán vivienda transitoria, localización de dotacionales y equipamientos y recuperación de espacios públicos.

**2013                    Ley 1641 de 2013 Nivel Nacional**

Establece los lineamientos generales para la formulación de la política pública social para

habitantes de la calle dirigidos a garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social. Dicha política es de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones del Estado colombiano, según el marco de competencias establecidas en la Constitución Política y las leyes que regulan la materia, en cada uno de los niveles de la Administración Pública.

**2014 Sentencia 385 de 2014 Corte Constitucional**

Al examinar los casos de personas indigentes, la Corte Constitucional ha hecho énfasis en que es un sujeto de especial protección que carece de medios económicos para sustentar su existencia, vive de la caridad, se encuentra en precaria situación económica o no cuenta con ingresos suficientes y, según los casos que ha abordado la jurisprudencia, la situación de pobreza del indigente o del habitante de la calle coincide, en ocasiones, con alguna otra circunstancia que la agrava y que configura un motivo concurrente para reforzar la protección especial, sin que se llegue a negar la condición de base.

**2014 Sentencia 503 de 2014 Corte Constitucional**

Entre quienes se encuentran en situación de extrema pobreza, merecen especial atención los ancianos indigentes, que son aquellos adultos mayores que se encuentran en estas circunstancias: i) no tienen ingresos o que los perciben en cuantía inferior al salario mínimo mensual; ii) su cobertura de seguridad social es limitada o inequitativa o no la tiene; y iii) debido a sus altos índices de desnutrición sus condiciones de vida se ven agudizadas, siendo muy vulnerables pues sus capacidades están disminuidas y no tienen muchas oportunidades de mejorar su condición.

**2015 Decreto 471 de 2015 Alcalde Mayor**

Se anuncia a los interesados y a la ciudadanía en general, el inicio de las actuaciones



administrativas y presupuestales que tienen como finalidad la adquisición de los terrenos y/o bienes inmuebles necesarios para la puesta en funcionamiento del proyecto tendiente a implementar y poner en ejecución con carácter de permanencia el proyecto denominado Centro de Autocuidado y Acogida para Habitante de Calle - Bakatá, en la localidad de Los Mártires, en la ciudad de Bogotá. Define su ámbito de aplicación, declaratoria de utilidad pública, entidad encargada, determinación del predio y practica de avalúo.

**2015                    Decreto 560 de 2015 Alcalde Mayor**

Adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de la Habitabilidad en Calle, orientada a la promoción, protección, restablecimiento, garantía y realización de los derechos de las Ciudadanas y los Ciudadanos Habitantes de Calle en Bogotá D.C., la cual es definida como el conjunto de valores, decisiones y acciones estratégicas lideradas por el Estado, en corresponsabilidad con la sociedad, que buscan garantizar los derechos de las Ciudadanas y los Ciudadanos Habitantes de Calle en el marco del Estado Social de Derecho. Define su ámbito de aplicación, enfoque, objetivo general, principios, componentes, líneas de acción, institucionalización, responsables, plan indicativo, financiación, evaluación e informe de avances.

**2016                    Decreto 2083 de 2016 Nivel Nacional**

Modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016 para incluir dentro de los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud a las madres sustitutas de la modalidad de hogares sustitutos del ICBF, a los adolescentes sancionados con pena privativa de la libertad que alcanza la mayoría de edad bajo el cuidado del ICBF, y a los habitantes de calle, quienes se encuentran en debilidad manifiesta.

**2016 Ley 1801 de 2016 Nivel Nacional**

Expide el Código Nacional de Policía y Convivencia. Señala que de conformidad a la Ley 1641 de 2013, se debe establecer un modelo de atención integral por ciclo vital y diferencial a la población habitante de y en calle, orientada a promover, prevenir, atender, proteger y restablecer derechos, modelo que tendrá como principios la igualdad, diversidad, equidad, universalidad y reconocimiento del individuo, la familia y la comunidad como sujetos de atención y que procure el diálogo y reconocimiento de realidades sociales del territorio y contribuya al bienestar y desarrollo integral del ser. (Art. 41) .

**2017 Sentencia C-312 de 2017 Corte Constitucional**

La Sala Plena declaró la inexecutable del parágrafo 3° del artículo 41 de la Ley 41 de 2016 que trata sobre la posibilidad de traslado de habitantes de la calle a hogares o centros de atención dispuestos para estos fines, por considerarla discriminatoria, toda vez que no existen criterios que justifiquen trato distinto y diferenciado entre los habitantes de calle, a quienes se les aplicaría condiciones distintas y menos exigentes para su traslado que a los demás ciudadanos. Estableció que para el resto de la población adulta en los casos previstos en el artículo 155, no es suficiente que la persona esté alterando la convivencia para que sea trasladada por protección. Bajo las condiciones del artículo 155, una persona que no habita en la calle puede estar bajo los efectos de sustancias psicoactivas, puede estar alterando la convivencia y los derechos de otras personas, pero no puede ser trasladada si no se verifican requisitos como la necesidad y la concurrencia de causales estrictas. El artículo 41 permitiría el traslado de los habitantes de calle, por el solo hecho de haber consumido drogas y de alterar la convivencia.

**2019 Sentencia T-398 de 2019 Corte Constitucional**

La Corte ha reconocido que las personas en situación de habitancia de calle requieren,

como cualquier persona, de bienes y servicios esenciales para su subsistencia, tales como agua potable, alimentación, educación e higiene. Asimismo, la jurisprudencia constitucional ha considerado que, generalmente, estas personas no cuentan con los recursos económicos necesarios para adquirir dichos bienes y servicios. Por ello, surge la obligación estatal de brindarlos a las personas en situación de habitanza de calle. La forma de hacerlo, a su vez, corresponde al margen de configuración legislativa y al margen de discrecionalidad gubernamental. Ello significa, por un lado, que al Legislador le corresponde fijar los lineamientos generales de apoyo a las personas en situación de habitanza de calle; mientras que el ejecutivo es el responsable de diseñar políticas públicas, proyectos y estrategias concretas para cumplir con los lineamientos legales.

## **9. Metodología**

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo exploratorio de corte transversal.

Según Niño (2011), la metodología cuantitativa, tiene que ver con la cantidad y por tanto su medio principal es la medición y el cálculo, el diseño descriptivo cumple el propósito de describir la realidad objeto de estudio, un aspecto de ella, sus partes, sus clases, sus categorías, con fin de esclarecer una verdad, corroborar un enunciado o comprobar una hipótesis, por otro lado, el diseño exploratorio busca proporcionar una visión general sobre una realidad o un aspecto de ella de una manera tentativa o aproximativa, de corte trasversal pues la muestra representativa es estudiada en un momento dado.

### **Instrumentos**

Teniendo en cuenta el objetivo de esta investigación, se realizó la aplicación de la escala

de riesgo suicida Plutchik.

### **Descripción**

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

Se trata de un cuestionario auto administrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Las cuestiones están relacionadas con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. Resulta fácil y rápida de administrar (1-2 minutos).

### **Interpretación**

Admitiendo las dificultades que implica la detección de pacientes con riesgo suicida de una manera fiable, la escala resulta útil para distinguir en nuestro medio a pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas.

Algunos autores consideran que la escala no es efectiva para discriminar la severidad del riesgo suicida y describen la escala como una medida del riesgo más que como un predictor de acciones futuras.

En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos. Sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad son

del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna.

### **Propiedades Psicométricas**

#### **Fiabilidad**

La consistencia interna de la escala original era de 0,84.

#### **Validez**

En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido. El análisis factorial de la escala demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales.

#### **Población**

La población estuvo constituida por 80 personas habitantes de calle, entre hombres y mujeres entre las edades de 18 a 56, en la ciudad de Bucaramanga (, Colombia). Esta población que es escogida a conveniencia de la fundación FUNTALUZ, donde a diario llegan a suplir sus necesidades como son el baño diario y su desayuno.

#### **Variables**

El estudio cuantificó las siguientes variables en la población de estudio: edad, genero, nivel de escolaridad y estado civil.

#### **Procedimiento**

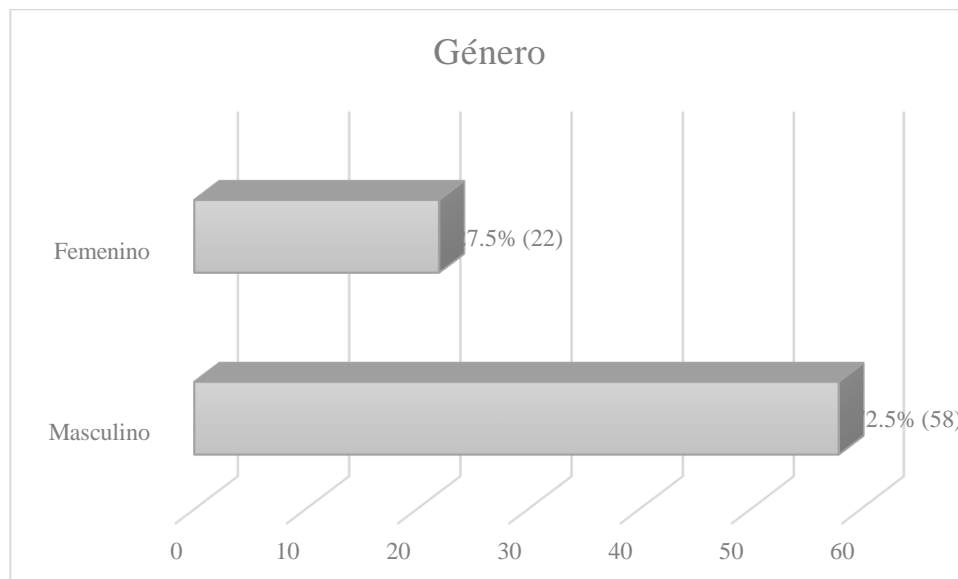
Se aplicó la prueba en dos momentos el 13 de mayo de 2019 y el 02 de septiembre de 2019 a 80 personas el 100 % de la población seleccionada, a cargo de los dos miembros del grupo de investigación. Se escogieron los habitantes de calle a medida que iban ingresando a la fundación.

Se solicitó el consentimiento informado de todos los participantes antes de realizar el cuestionario, se procedió a la explicación breve sobre la naturaleza, objetivos, métodos, relevancia, riesgos y beneficios del estudio, explicándoles claramente en qué consistía y con qué fin se estaba realizando, respetando la decisión de aquellos, la privacidad e identidad de quienes realizaron el cuestionario.

Después de obtener la aplicación total del cuestionario de Plutchik, se procede a realizar la respectiva tabulación estadística para examinar los datos del riesgo suicida que existe dentro de la población estudiada.

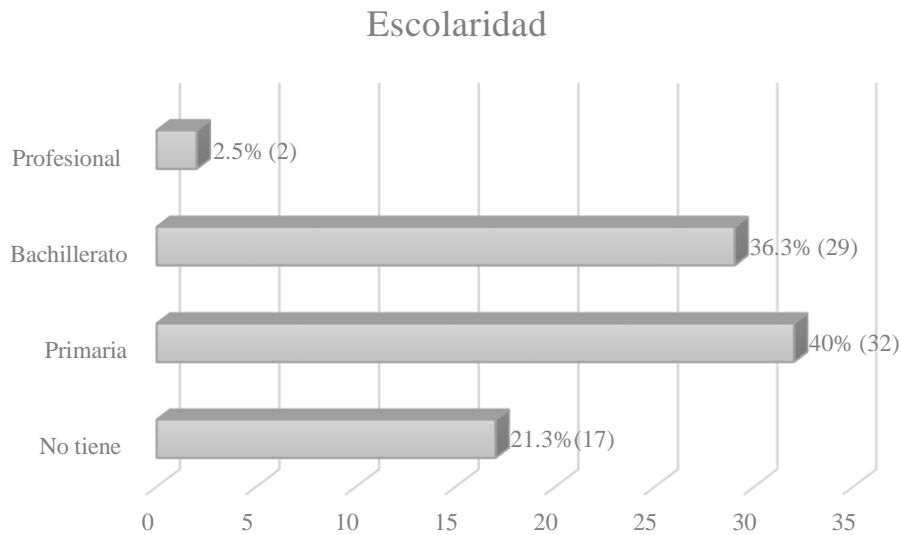
## 10. Resultados

### Variables sociodemográficas



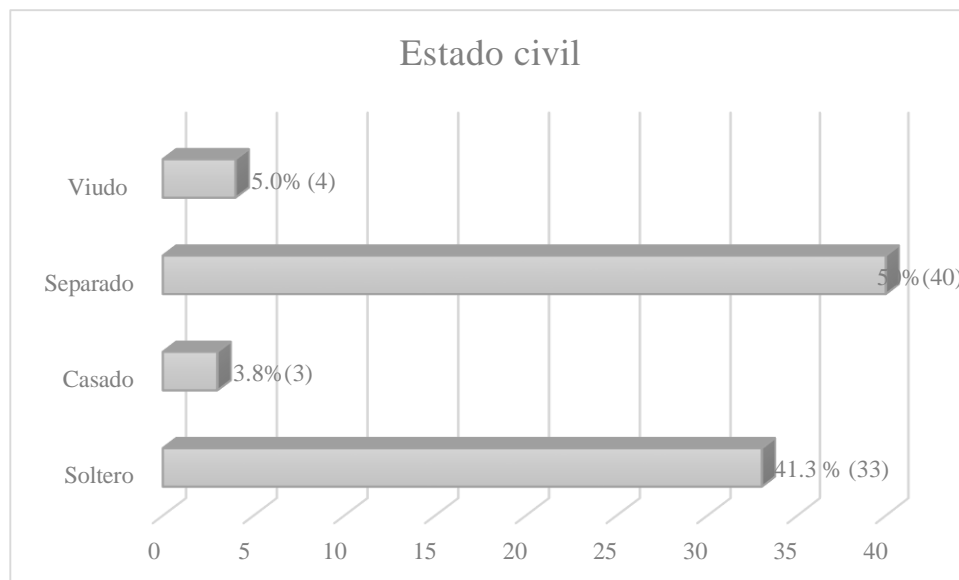
*Gráfica 1 Género*

De la población participante en la investigación el 7,5% (22) mujeres, y el 72,5% (58) hombres.



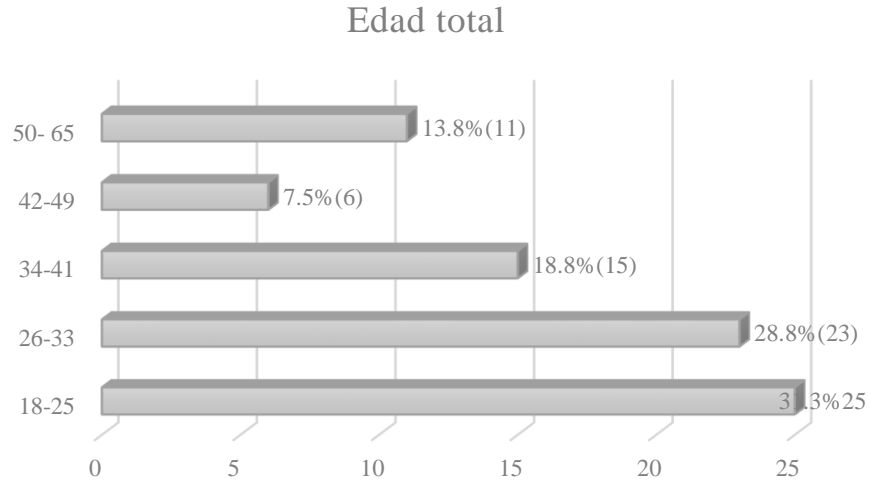
**Gráfica 2** *Escolaridad*

Dentro de la variable de escolaridad de la muestra de 80 personas el 2.5 % (2) son profesionales, el 36,3% (29) realizó hasta el bachillerato, 40,0% (32) solo curso la primaria y el 21,3% (17) no tiene escolaridad.



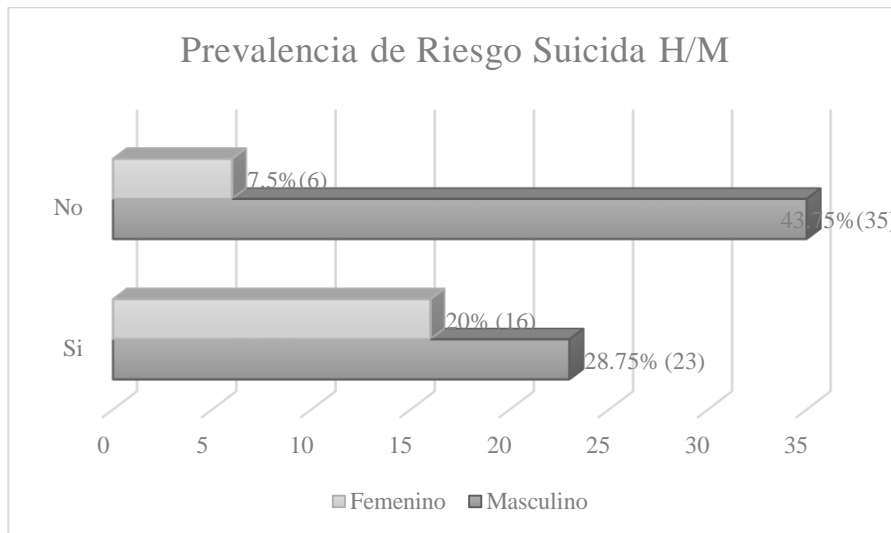
**Gráfica 3** *Estado Civil*

Dentro de la variable de estado civil de los participantes el 41,3% (33) son solteros, el 3,8% (3) casados, el 50% (40) separados y el 5,0% (4) viudos



**Gráfica 4** Edad total

El rango de edades que se manejó para esta investigación fue de los 18 años a los 56 años donde el 31,3% (25) son personas de los 18 a los 25 años edad, el 28,8% (23) de los 26 a los 33 años, el 18,8% (15) de los 34 a los 41 años, el 7,5% (6) de los 42 a los 49 años y el 13,8% (11) de los 50 a los 56 años de edad.

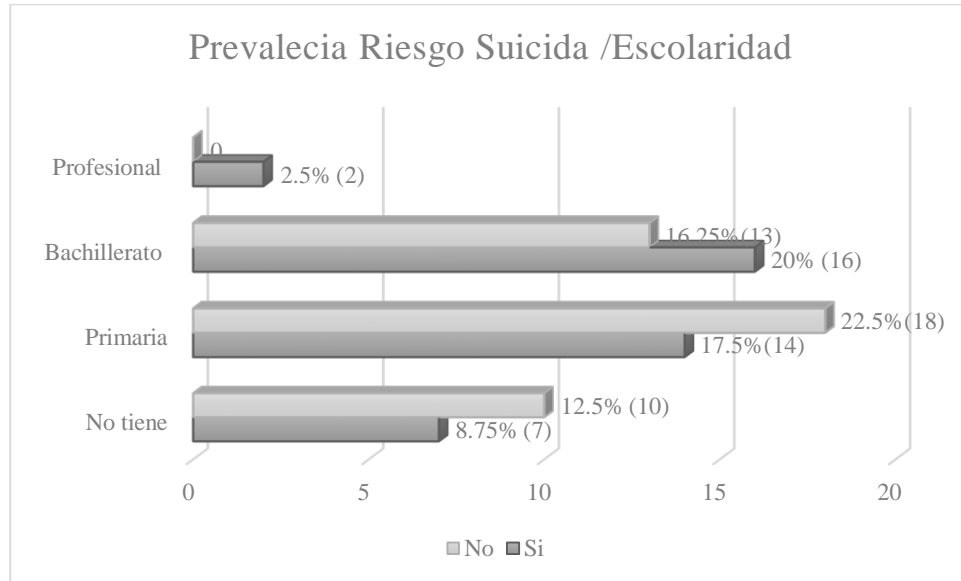


**Gráfica 5** Prevalencia de riesgo suicida H/M

Dentro de la gráfica se puede identificar que el riesgo suicida del genero masculino que puntuó positivo es de 28.75% (23) y del genero femenino el 20% (16), y para la puntuación

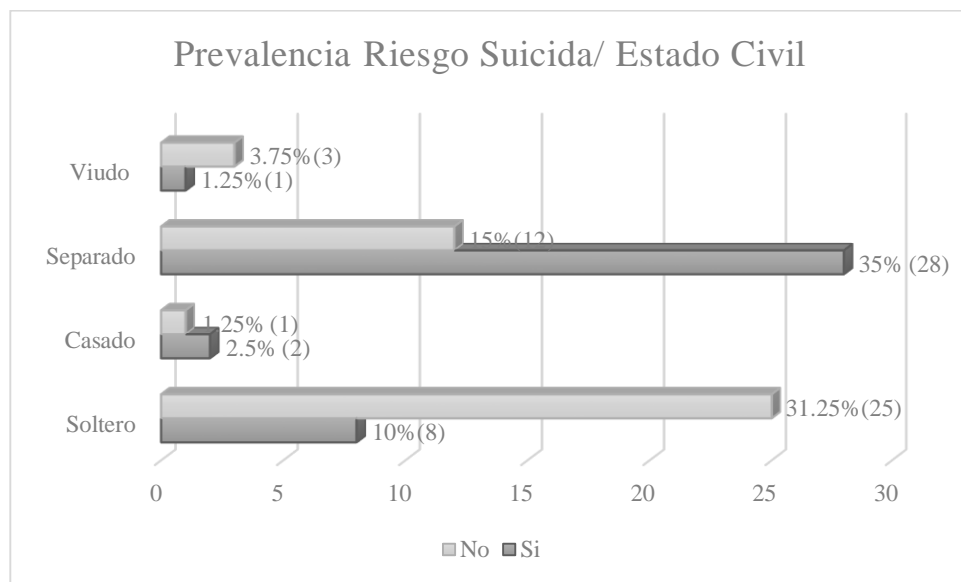


negativa el genero masculino es de 43.75% (35) y del genero femenino el 7.5% (6).



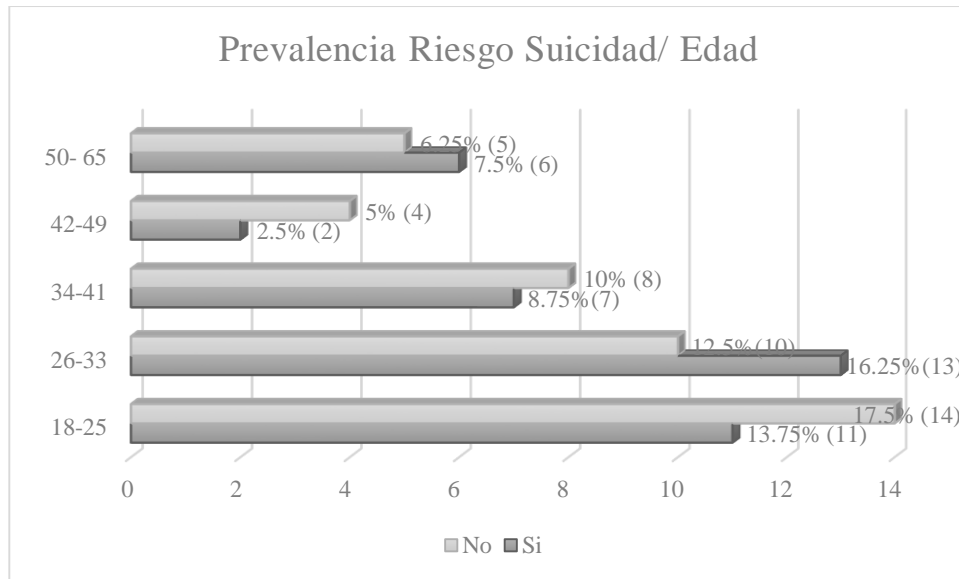
**Gráfica 6** Prevalencia de riesgo suicida/escolaridad

La gráfica muestra el riesgo suicidad según el grado de escolaridad, las personas que puntaron SI, profesionales el 2.5% (2), bachillerato 20% (16), Primaria 17.5% (14), no tiene 8.75% (7), las personas que puntaron NO, bachillerato 16.25% (13), primaria 22.5% (18) y no tiene 12.5% (10).



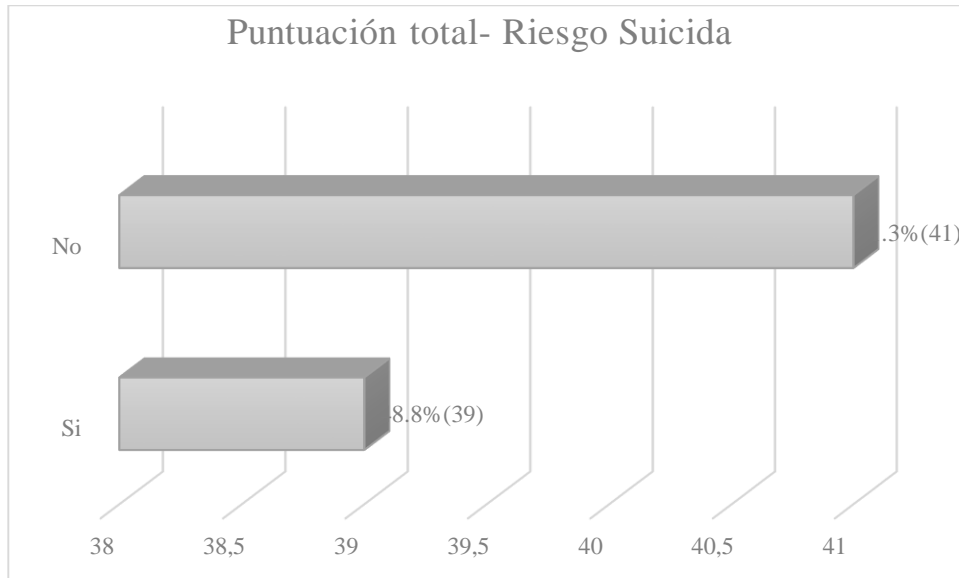
**Gráfica 7** Prevalencia de riesgo suicida/ estado civil

Según la gráfica se evidencia que las personas que puntuaron SI según su estado civil son: viudo 1.25% (1), separado 35% (28), casado 2.5% (2), soltero 10% (8), y quienes puntuaron NO según el estado civil son: viudo 3.75% (3), separado 15% (12), casado 1.25% (1) y soltero 31.25% (28).



**Gráfica 8 Prevalencia riesgo suicida/edad**

En la gráfica se puede evidenciar que entre las edades que puntuaron SI para riesgo suicida tenemos que de los 18-25 años existe un 13.75% (11) de prevalencia, de los 26-33 un 16.25%(13), de los 34-41 un 8.75% (7), de los 42-49 un 2.5% (2), y de los 50-56 un 7.5% (6) quienes puntuaron NO para riesgo suicida según la edad se encontró que de los 18-25 un 17.5% (14), de los 26-33 un 12.5% (10), de los 34-41 un 10% (8), de los 42-49 un 5% (4) y finalmente de los 50-65 años un 6.25% (5).



***Gráfica 9 puntuación total de riesgo suicida***

Dentro de la gráfica de puntuación total de riesgo suicida, encontramos que el 48% (39) conformado por hombres y mujeres respectivamente puntuaron positivo para riesgo suicida, y el 51.3% (41), puntuaron negativo para riesgo suicida.

## **11. Discusión**

Después de haber realizado la respectiva tabulación del cuestionario de Plutchik de riesgo suicida aplicado a 80 habitantes de calle de la ciudad de Bucaramanga, se tuvo en cuenta cuatro variables sociodemográficas como lo son la edad, el género, escolaridad y estado civil, los resultados arrojados evidencian que:

De la población participante en la investigación el 72,5% (58) fueron hombres y el 27,5% (22) mujeres, la variable de escolaridad indica que el 21,3% (17) no tiene escolaridad, 40,0% (32) solo curso la primaria, 36,3% (29) realizó hasta el bachillerato y el 2.5 % (2) son profesionales, así mismo el estado civil mostro que el 41,3% (33) son solteros, el 3,8% (3) casados, el 50% (40) separados y el 5,0% (4) viudos, dentro del rango de edades que se manejó para esta investigación fue de los 18 años a los 56 años donde el 31,3% (25) son personas de los

18 a los 25 años edad, el 28,8% (23) de los 26 a los 33 años, el 18,8% (15) de los 34 a los 41 años, el 7,5% (6) de los 42 a los 49 años y el 13,8% (11) de los 50 a los 56 años de edad, por otro lado, se evidencia que el riesgo suicida del genero masculino que puntuó positivo es de 28.75% (23) y del genero femenino el 20% (16), y para la puntuación negativa el genero masculino es de 43.75% (35) y del genero femenino el 7.5% (6), a pesar que la cantidad de mujeres en esta investigación es minoritaria se refleja que 16 de ellas tienen un riesgo suicidad inminente.

Por lo anterior se evidencia un nivel de riesgo suicida del 48.8% en total de la población evaluada.

Se han encontrado algunas similitudes con investigaciones realizadas en otros países como por ejemplo, la investigación de Calvo, Girart, Calvet y Carbonells (2018) que evaluó el riesgo suicida y los factores principales que desencadenaban dichos episodios en habitantes de calle de el país de España, utilizando el mismo instrumento de evaluación que se maneja en esta investigación como lo fue la escala de riesgo suicida de Plutick, si bien se encontró una similitud en cuanto a el porcentaje positivo en riesgo suicida teniendo en cuenta que se maneja aproximadamente la misma muestra, sin embargo en el momento de comparar la caracterización sociodemografía podemos apreciar una diferencia que influye básicamente en la cultura. Es importante mencionar que el componente psicológico cultural interviene en los diferentes motivos que tienen estas personas para hacer de su hábitat la calle; la cultura desde luego juega un papel constitutivo en el funcionamiento psicológico.

Analizando las diferencias más relevantes en la revisión de antecedentes, y teniendo en cuenta ese componente cultural que hace disímil al ser humano, se detecta que el 75% de una población de habitantes de calle evaluada en Chile por Grandon, Vielman, Castro, Bustos, Saldivia (2018), muestra que no tienen problemas de alfabetización lo que por lo contrario

sucede aquí en Colombia en el estudio que se realizó, ya que la mayoría de las personas a las que se les realizó el aplicativo no sabían leer, ni escribir.

Por otro lado, es importante mencionar que Bucaramanga no cuenta con estudios que evalúen el riesgo suicida en los habitantes de calle, por tanto esta investigación ha sido pionera en la ciudad. Por lo que se recomienda entonces para futuras investigaciones ampliar la muestra para tener una cifra un poco más relevante a la que se tuvo con la fundación.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente y analizando algunos estudios relacionados con el riesgo suicida se puede inferir que se encuentran algunas discrepancias en esos estudios y con el de esta investigación, siendo así podemos encontrar una diferencia significativa en cuanto al estudio realizado en Chile por Medina, Cardona, Arula (2011), esta investigación evaluó el riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel, la escala con que ellos evaluaron el riesgo suicida les favorecía puesto que le permitía ir un poco más allá de solo evaluar el riesgo suicida que podrían presentar. El evaluar la sintomatología depresiva podría favorecer a esa población evaluada en cuanto a que les permitiría generar estrategias que ayuden a esa población que se encuentra desesperanzada. Por lo que se recomienda en próximas investigaciones o a quien desee replicar esta misma, mejorar el instrumento de prueba, quizá alguno que mida desesperanza y depresión que son factores que influyen directamente en el acto suicida.

Por otra parte, la investigación realizada en Manizales por Castaño, Cañón, Betancur, Castellano, Guerrero, Galier, Llanos (2014) en estudiantes de la Universidad Nacional, analiza el componente de la importancia que tiene la buena dinámica familiar para evitar el acto suicida. Se puede encontrar en esta investigación que los habitantes de calle son personas, solas, desesperanzadas que solo viven el hoy y no tienen mucha proyección hacia el futuro. El apoyo

familiar es fundamental para evitar que la persona proceda a quitarse la vida, entonces se infiere que “existe un aumento de riesgo suicida a medida que disminuye la funcionalidad familiar”.

En ultimo lugar, se compara un estudio realizado por Aristizabal, Cañon, Castaño, Castaño, Garcia, Marin, Osorio, Sanchez (2013) que evaluo los factores de riesgo suicida y los factores asociados a este acto en pacientes de rehabilitación por SPA, si bien se conoce que las personas que consumen sustancias psicoactivas alteran sigficativamente los procesos basicos y complejos, lo que en ocasiones hacen que los individuos terminen perdidos de la realidad y encuentren en la calle su lugar de habitat y no solo es eso, tambien se puede inferir que a la medida que aumenta el consumo de SPA se ven ampliamente alterados los estados de conciencia, de ánimo y de pensamiento haciendo que desencadenen factores que inciten a la personas a suicidarse.

## **12. Conclusiones**

Después de haber aplicado la escala de riesgo suicida de plutchik en la institución FUNTALUZ, se logra evidenciar un nivel de riesgo suicida positivo del 48%, debido a diversos factores como lo son la desesperanza, el consumo de sustancias psicoactivas, la depresión, la prostitución, la situación económica adversa, entre otros aspectos que infieren en las ideas suicidas de los habitantes de calle.

En el resultado de la escala se obtuvieron algunas respuestas que llaman la atención en la investigación puesto que, en ocasiones la sociedad tiene un imaginario errado de lo que se vive realmente en la vida de cada una de las personas sin hogar, quizá para muchas personas los habitantes de calle son unos simples sujetos que viven el día a día esperando que llegue la noche para dormir y olvidarse de la vida desesperanzada que llevan continuamente, si bien, es verdad

que algunos piensan así, sin embargo llama mucho la atención que para el 71.3% de la población no ven el futuro con más pesimismo que optimismo, así mismo 78% de ellos no ve el futuro con desesperanza, lo que resulta siendo interesante puesto que se encuentran en una situación ampliamente vulnerable.

Por otro lado, alrededor del 63,8% refieren no tener problemas para dormir, aunque el 75% de la población toma medicamento para conciliar el sueño, lo que podemos inferir que se encuentra muy relacionado a la respuesta negativa de no tener inconvenientes para dormir, puesto que en numerosos estudios han abordado la relación entre la depresión y el insomnio, analizando si la ansiedad y la depresión son causa o consecuencia de este trastorno. “El insomnio puede ser tanto causa como consecuencia de la depresión”, mantienen los autores de la UCM (Agencia sinc EL ESPECTADOR, 2016). Lo que logra el medicamento en esta población es controlar el insomnio, siendo así se puede deducir que casi la totalidad de la población padece de insomnio provocado por la depresión y la ansiedad en que se encuentra este tipo de población.

Se identificó una gran dificultad durante el aplicativo, debido a que la mayoría de los sujetos no sabían leer, esta situación complico los tiempos y el manejo de la prueba, ya que cada una de las investigadoras tuvieron que sentarse con cada uno de ellos, seguido a esto leer el documento en voz alta y explicar cómo se debía marcar.

Se evidencio cierta apatía en el momento de la participación, esto debido a que estas personas piensan que las van a cuestionar continuamente o en la mayoría de los casos juzgar por su situación actual.

La edad promedio de inicio como habitante de calle esta entre los 16 y 18 años de edad y el nivel de escolaridad en un rango de 6 años cursados (primaria). Un dato importante es que dos de las personas evaluadas son profesionales, lo que llamo la atención y se entró en materia de

investigación para conocer por qué las personas han hecho de la calle su lugar de hábitat; contestando uno de ellos que fue por un problema emocional y la otra persona por consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría de los sujetos, oscilan entre los 18 y 56 años de edad.

Por otro lado, el 51,3% de los sujetos mencionan que pueden perder el control de sí mismo, así mismo el 55% de la población alguna vez se ha sentido enfadado para matar a alguien; teniendo en cuenta los datos mencionando anteriormente se deduce un grado alto de impulsividad lo que puede acarrear consecuencias negativas para el resto de la sociedad e incluso para ellos mismos.

Por último, es de importancia mencionar que, en Bucaramanga, Santander a 11 de junio de 2019, según el censo liderado por la secretaría de desarrollo social y el Dane, informa que han sido censadas y caracterizadas 1.080 personas en situación de calle, lo que quiere decir que en esta investigación se abarco el 7.40% (80) de la población total.

### **13. Recomendaciones**

Las personas sin hogar requieren pues, de intervenciones preventivas específicas comunitarias para facilitar y adaptar, tanto la detección del riesgo de suicidio, como el acceso a los servicios de salud mental a través de un marco de coordinación entre los servicios sociales y los servicios sanitarios que puedan generar acciones de vinculación para la atención de este grupo de población (plan de prevención del suicidio y la conducta suicida).

Por lo anterior se recomienda hacer campañas de prevención que faciliten al habitante de calle encontrar alternativas en el momento que tengan ideación suicida; algunas de esas alternativas se pueden desarrollar desde la parte social para ampliar acciones formativas para profesionales de atención primaria, emergencias y urgencias hospitalarias dirigidas a mejorar la



detección del suicidio en habitantes de calle.

Además, se recomienda implantar protocolos de atención para los habitantes de calle con conducta suicida en las Unidades de Salud Mental, que cuente con la existencia de programas específicos de atención en cada departamento.

Por último, se pueden desarrollar acciones formativas para profesionales de Salud mental dirigidas a la detección y la atención de las personas sin hogar con conductas suicidas.

#### 14. Referencias

- Acuerdo 366. Consejo de Bogotá. Colombia. Registro Distrital 4182 de abril 2 de 2009.  
Recuperado de  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=35789&dt=S>
- Agencia Sinc. (1 de mayo de 2016). Las personas con insomnio crónico sufren alteraciones cognitivas. El espectador. Recuperado de  
<https://www.elespectador.com/noticias/salud/personas-insomnio-cronico-sufren-alteraciones-cognitiva-articulo-630044>
- Aguilar I y Barreto M. (2006). Conducta suicida. *Medimay*, 12 (2). 77-91 Recuperado de  
<http://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/236>
- Arias A, & Pamplona J. (2015). *Razones de hombres jóvenes habitantes de calle, entre los 20 y 50 años, para continuar viviendo en la calle*. (Trabajo de pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Aristizábal C, Cañón S, Castaño J, Castaño L, García K, Marín J, Osorno J y Sánchez G (2013). Riesgo suicida y factores asociados en instituciones de rehabilitación para adictos a las drogas en la ciudad de Manizales (Colombia 2012). *Archivos de medicina*. 13 (1). 11-23. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273828094002.pdf>
- Bedoya E & Montaña L. (2016). Suicidio y trastorno mental. *Revista CES psicología*. 9 (2). Pág. 179-201. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n2/2011-3080-cesp-9-02-00179.pdf>

- Cancillería de sanitat universidad. (S.F). Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. *Generalitat Valenciana*. Recuperado de:  
[http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio\\_WEB\\_CAS.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf)
- Castaño J, Cañón S, Betancur M, Castellanos P, Guerreiro J, Gallego A y Llanos C. (2015). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Revista Diversitas- Perspectivas en psicología*. 11 (2). 193-205.
- Calvo F, Giralt C, Calvet A y Carbonells X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clínica y salud*. 89-96. España. Recuperado de  
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v27n2/original7.pdf>
- Cañón S, Castaño J, Muriel D, Pérez C y Ramírez S. (2016). Factor de riesgo suicida y factores asociados en reclusas de un centro penitenciario de Caldas (Colombia) 2015. *Archivos de medicina*. 16 (1). 61-73. Recuperado de  
<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273846452007.pdf>
- Concepto 490. Secretaria Distrital de Integración social. 26 de diciembre de 2013. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=56262&dt=S>
- Correa, M. E. (2007). La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle. *Trabajo social* , 37-56.
- Daza L. (2016). Determinantes sociales del fenómeno de habitabilidad de calle en Bogotá D.C. Una aproximación desde la salud urbana. *Medicina UPB*. 36 (1). 51-58.
- Decreto 136. Alcaldía mayor de Bogotá. Alcalde Mayor Colombia. Registro Distrital 3320 de mayo 6 de 2005. Recuperado de  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16474&dt=S>
- Decreto 145. Alcaldía Mayor de Bogotá. Registro Distrital 5095 del 05 de abril de 2013. Recuperado de:  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=52506&dt=S>
- Decreto 170. Alcaldía mayor de Bogotá. Alcalde Mayor. Colombia Registro Distrital 3751 de abril 30 de 2007. Recuperado de  
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=24020&dt=S>

- Decreto 471. Alcaldía Mayor de Bogotá. Alcalde Mayor. Registro Distrital 5718 de noviembre 20 de 2015. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=63791&dt=S>
- Decreto 560. Alcaldía Mayor de Bogotá. Alcalde Mayor. Registro Distrital 5740 de diciembre 23 de 2015. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=64210&dt=S>
- Decreto 1136. Alcaldía mayor de Bogotá. Nivel Nacional. Colombia 19 de julio de 1970. Art. 1-17 Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6941>
- Decreto 2083. Nivel Nacional. Presidencia de la República. Diario Oficial No. 50092 del 19 de diciembre de 2016 Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=67727&dt=S>
- Echávarri A. (2010). Concepto y clasificación de la conducta suicida. 1-14. Recuperado de [file:///D:/Users/Usuario/Downloads/TEMA%201%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/Usuario/Downloads/TEMA%201%20(1).pdf)
- Grandón P, Vielma A, Castro E, Bustos C y Saldivia S. (2018). Caracterización de las personas en situación de calle con problemas de salud mental, que se encuentran en la región de BíoBío. *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*. 56 (2). 89-99. Chile. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v56n2/0717-9227-rchnp-56-02-0089.pdf>
- Hernández P y Villarreal R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan*. 19 (8). 1051-1058.
- Ley 1641. Nivel Nacional. Congreso de Colombia. Diario Oficial No. 48849 del 12 de julio de 2013. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53735&dt=S>
- Ley 1801. Nivel Nacional. Congreso de la República. Diario Oficial No. 49.949 del 29 de julio de 2016. Art. 41 Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=66661&dt=S>
- Martínez E, Romero M, Rey N, Cañón W. (2011). Riesgo de suicidio en jóvenes universitarios de Bucaramanga en el año 2011. *Revista cuidarte*. 182-187. Recuperado de <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/55/60>
- Medina O, Cardona D, Arcila S. (2011). Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia) *Investigaciones Andina*. 23 (13). 268-280.

- Niño Rojas , V. (2011). *Metodología de la investigación Diseño y ejecución*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Nizama M. (2001). Suicidio. *Revista peruana de epidemiología*. 15 (2). 81-85. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516002.pdf>
- Osorio J. (2019). Alcaldía de Bucaramanga. Van 1.080 habitantes de calle censados y caracterizados este año en Bucaramanga. Recuperado de <https://www.bucaramanga.gov.co/noticias/van-1-080-habitantes-de-calle-censados-y-caracterizados-este-ano-en-bucaramanga-2/>
- Plutchik R, Van Praag HM. (1994) Riesgo de suicidio: amplificadores y atenuadores. En: Hillbrand M, Pollone NJ, editores. *La psicobiología de la agresión*. Binghamton, Nueva York: Haworth Press.
- Sentencia C-312. Corte Constitucional. Gaceta de la Corte Constitucional 11 de mayo de 2017. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=82669&dt=S>
- Sentencia C-365. Corte Constitucional. Gaceta de la Corte Constitucional. 25 de junio de 2014. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=63671&dt=S>
- Sentencia C-503. Corte Constitucional. Gaceta de la Corte Constitucional. 16 de julio de 2014. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=63704&dt=S>
- Sentencia T-398. Corte Constitucional. Gaceta de la Corte Constitucional. 29 de agosto de 2019. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=86506&dt=S>
- Tirado A, Correa M. (2009). Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. *Investigaciones Andina*. 18 (11). 23-35. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n18/v11n18a03.pdf>