

Identificación de las Principales Causas por las cuales los Adolescentes Consideran el Suicidio
en la Comuna 16 de la Ciudad de Medellín.

Corporación Universitaria Adventista



Yuliana Marcela Estrada Holguín

Jean Carlos Uribe Pedraza

José Luis Valencia Urueta

Facultad de Salud

Medellín

2014



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

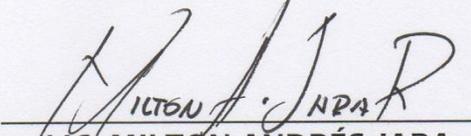
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

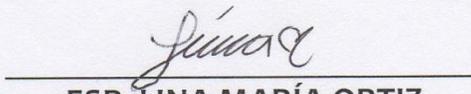
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: **“Identificación de las principales causas por las cuales los adolescentes consideran el suicidio en la comuna 16 de la ciudad de Medellín”**, elaborado por los estudiantes: YULIANA MARCELA ESTRADA HOLGUIN, JOSÉ LUIS VALENCIA URUETA Y JEAN CARLOS URIBE PEDRAZA, del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Destacado

Medellín, Mayo 28 de 2014



LIC. MILTÓN ANDRÉS JARA
Coordinador Investigación FCS



ESP. LINA MARÍA ORTIZ
Asesora Metodológica y Temática



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Yuliana Estrada Holguín
YULIANA MARCELA ESTRADA HÖLGUÍN
Estudiante

Jose Luis Valencia Urueta.
JOSÉ LUIS VALENCIA URUETA
Estudiante

Jean C. Uribe Pedraza
JEAN CARLOS URIBE PEDRAZA
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

Contenido

Lista de tablas.....	v
Lista de gráficas.....	vi
Resumen del proyecto.....	viii
Capítulo uno: Panorama del proyecto.....	1
Título.....	1
Pregunta.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Justificación.....	2
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
Viabilidad del proyecto.....	4
Impacto del proyecto.....	5
Capítulo dos: Marco teórico.....	7
Marco Referencial.....	7
Suicidio ronda los colegios.....	7
Hay que atender las señales.....	9
Salud de la adolescencia en Colombia.....	20
Marco legal.....	24

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES
CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Algunas leyes de otros países.	27
Marco conceptual	29
Generalidades sobre el suicidio en adolescentes	45
El comportamiento suicida.	47
Factores de riesgo suicida en la adolescencia.	50
Manejo de la crisis suicida del adolescente.	68
Factores protectores del comportamiento suicida.....	79
Capítulo tres: Diagnóstico o análisis.....	83
Matriz DOFA.....	83
Debilidades.	83
Oportunidades.....	83
Fortalezas	83
Amenazas.....	84
Análisis de resultados.....	87
Análisis cuantitativo.....	87
Análisis cualitativo	101
Capítulo cuatro: Diseño metodológico.....	103
Alcance del proyecto	103
Metodología del proyecto.....	104
Tabla 2: Plan de trabajo.	104

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES
CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Presupuesto	106
Capitulo cinco: Conclusiones y recomendaciones	107
Conclusiones.....	107
Recomendaciones	109
Bibliografía.....	111
Anexos.....	114

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES
CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Lista de tablas

Tabla 1: Impacto del proyecto.....6

Tabla 2: Plan de trabajo..... 104

Tabla 3: Presupuesto 106

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES
CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Lita de gráficas

Gráfica 1: Total muertes violentas en los años 2010 y 2011, se aprecia un gran número de suicidios donde predominan los hombres muy por encima de las mujeres. Fuente Medicina Legal.....	32
Gráfica 2: porcentaje de muertes violentas en Colombia según manera en el año 2011. Un 7% corresponde a suicidios.....	32
Gráfica 3: lesiones fatales según grupo de edad y manera de muerte año 2011. De un total de 3158 muertes de jóvenes entre 10 y 19 años 239 corresponden a suicidios.....	33
Gráfica 4: lesiones fatales según manera de muerte en Colombia por capitales en el año 2011. Fuente medicina Legal.....	34
Gráfica 5: muertes violentas según manera en Colombia, comparativo años 2011-2012.....	35
Gráfica 6: porcentaje de muertes violentas según manera en Colombia para el año 2012. El 7% corresponde a suicidios.....	36
Gráfica 7: Lesiones fatales según grupo de edad y manera de muerte año 2012. De un total de 3080 muertes de jóvenes entre 10 y 19 años 283 corresponden a suicidios, 44 casos más que el año anterior .Fuente Medicina Legal.....	37
Gráfica 8: lesiones fatales según manera de muerte en Colombia por capitales en el año 2012. Fuente Medicina Legal.....	38
Gráfica 9: distribución porcentual de las defunciones por suicidio según sexo para el año 2010 en Medellín. Se observa mayo cantidad de suicidios en hombres que en mujeres.....	39
Gráfica 10: tasa de muertes por suicidio por comunas y corregimientos en la ciudad de Medellín para el año 2010.....	39
Gráfica 11: .Tasa de muertes por suicidio por comunas y corregimientos en la ciudad de Medellín para el año 2010.....	40
Gráfica 12: distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según grupos de edad en la cuidad de Medellín para el año 2012	40

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES
CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Gráfica 13: distribución porcentual de las defunciones por suicidio según grupos de edad en la ciudad de Medellín para el año 2012	41
Gráfica 14: Casos de suicidios por ciudades y departamentos de Colombia en el año 2010.	41
Gráfica 15: distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según sexo en la ciudad de Medellín para el año 2010. Predomina el intento de suicidio en las mujeres.	42
Gráfica 16: Árbol de problemas causa-efecto	85
Gráfica 17: Árbol de objetivos medios-fines.....	86
Gráfica 18: Porcentaje según género de los encuestados.	87
Gráfica 19: Porcentaje según la edad de los encuestados.....	88
Gráfica 20: ¿Cree que los jóvenes actualmente se sienten solos y desprotegidos y por eso desean suicidarse?	89
Gráfica 21: ¿Has tenido problemas académicos que te han llevado a pensar en el suicidio?	90
Gráfica 22: ¿Cree usted que los medios de comunicación como el internet, la televisión, etc., pueden influir en el deseo o la idea de quitarse la vida?.....	92
Gráfica 23: ¿cree usted que la educación que se le da a los jóvenes les exige a tal punto de llevarlos al suicidio?	93
Gráfica 24: ¿Has tenido problemas sentimentales que te han llevado a pensar en el suicidio?	94
Gráfica 25: ¿Cree usted que la salida más correcta a una depresión es el suicidio?	95
Gráfica 26: ¿Alguna vez ha considerado en suicidarse?	96
Gráfica 27: ¿Alguien de importancia en su vida se suicidó?.....	97
Gráfica 28: ¿Alguna vez has tenido tantos problemas y te has sentido tan abrumado que has deseado: “que la tierra se abra y te trague, o quisiera desaparecer hasta que todo cambie y mejore”?	98
Gráfica 29: ¿Alguna vez te ha pasado por la mente alguna de las siguientes expresiones: “la vida no merece vivirla”, “lo que quisiera es morirme” o “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”? ...	99
Gráfica 30: ¿Has tenido problemas familiares que te han llevado a pensar en el suicidio?	99
Gráfica 31: ¿Has tenido problemas económicos que te han llevado a pensar en el suicidio?	100

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Resumen del proyecto

Corporación Universitaria Adventista

Facultad: Salud

Programa: Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias Emergencias y Desastres

Título: IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Nombre de los integrantes del grupo

Yuliana Marcela Estrada Holguín

Jean Carlos Uribe Pedraza

José Luis Valencia Urueta

Sigla del título académico y nombre de los asesores: Psc. Lina María Ortiz

Fecha de terminación del proyecto: Mayo 16 de 2014

Problema

El suicidio en adolescentes ha sido un problema que se ha evidenciado a lo largo de la historia, sin embargo en los últimos años, se ha visto un notable incremento en las estadísticas de este suceso lo cual es preocupante; por ejemplo, según reportes de Medicina Legal, durante el 2012 se presentaron 173 casos de suicidio en jóvenes entre los 10 y 17 años de edad, mientras que en el 2011 esta cifra fue de 142 y en el 2009 fue de 193 casos. En total, entre el 2005 y el 2009, 929 menores de edad se quitaron la vida. Según la Organización Mundial de la Salud

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

(OMS), el 20 por ciento de niños y adolescentes tiene algún trastorno mental y el suicidio es la tercera causa de muerte entre esta población.

De esta problemática surge entonces la pregunta en torno a la cual gira este proyecto de investigación: ¿Cuáles son las principales causas para considerar el suicidio en adolescentes entre los 13 y 18 años, en la comuna 16 de la ciudad de Medellín?

Método

Para el desarrollo de este proyecto de investigación, se tomó como población los adolescentes en edades entre los 13 y 18 años de edad (tanto hombres como mujeres) escolarizados del núcleo 935 de la Comuna 16, de estratos 2, 3 y 4 ya que son los que más prevalecen en la comunidad, para un total de 3551 estudiantes de los cuales 661 fueron encuestados. A esta muestra se le realizó una encuesta de carácter anónimo, la cual constaba de 12 preguntas cerradas (si-no) y 9 preguntas abiertas e información sobre edad y género. Previo a la aplicación de la encuesta, se envió una carta a los rectores de los planteles educativos solicitando el respectivo permiso para realizar dichas encuestas, se obtuvo permiso en 2 instituciones en las cuales se realizaron un total de 552 encuestas, las 109 restantes se realizaron a estudiantes de otros colegios por fuera de la institución, sin embargo de las 661 encuestas obtenidas 163 fueron invalidadas por tener respuestas incompletas o por no tener datos de edad o género.

Resultados

La encuesta aplicada a los jóvenes arrojó datos cuantitativos y cualitativos los cuales fueron tabulados manualmente por el equipo de trabajo, como resultados se obtuvo datos bastante interesantes que lograron dar respuesta a la pregunta antes planteada. De esta manera se encontró que la sensación de soledad, la falta de autoestima y las dificultades familiares son las causas que

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

generan un pensamiento suicida en los adolescentes de la comuna 16, así mismo la falta de información clara al respecto constituye un factor de riesgo frente al suicidio.

Conclusiones

Realizando una revisión tanto de las respuestas cuantitativas como las cualitativas se observa que hay una latente necesidad de apoyo, acompañamiento, y control hacia los jóvenes por parte de sus tutores o acudientes, en un gran porcentaje los encuestados relatan que se sienten solos, incomprendidos, faltos de afecto y cuidado, esto a su vez va generando en los jóvenes problemas de baja autoestima que los lleva a pensar en el suicidio como una opción. Estos problemas de autoestima e inseguridad se agudizan también con el llamado bullying haciéndolos más vulnerables a este fenómeno que en los últimos años se ha puesto de moda en el país, como factor agravante tenemos el hecho de que ahora el acoso por parte de sus compañeros ahora no es solo físico sino que también se da a través de las redes sociales a las que la mayoría tienen acceso incontrolado con poca información de las consecuencias que esto puede tener.

Para algunos de los encuestados, la falta de comunicación y la poca atención que reciben de sus padres es un factor determinante para pensar en suicidarse, esto además se evidencia en la literatura encontrada respecto al tema en la cual varios autores coinciden en que los padres dedican mucho tiempo al trabajo y a sus asuntos personales descuidando el tiempo que deben dedicar a la formación en valores y principios de sus hijos, esto ha concebido una generación de jóvenes inseguros de sí mismos, con baja autoestima, depresivos, inmaduros, sin una percepción clara de lo que significa ser responsables de las decisiones que toman en su vida y unos padres desinteresados y muchas veces ignorantes en cuanto a este tema.

Capítulo uno: Panorama del proyecto

Título

Identificación de las principales causas por las cuales los adolescentes consideran el suicidio en la Comuna 16 de la ciudad de Medellín.

Pregunta

¿Cuáles son las principales causas para considerar el suicidio en adolescentes entre los 13 y 18 años, en la comuna 16 de la ciudad de Medellín?

Planteamiento del problema

El suicidio en adolescentes ha sido un problema que se ha evidenciado a lo largo de la historia, sin embargo en los últimos años, se ha visto un notable incremento en las estadísticas de este suceso lo cual es preocupante; por ejemplo, según reportes de Medicina Legal, durante el 2012 se presentaron 173 casos de suicidio en jóvenes entre los 10 y 17 años de edad, mientras que en el 2011 esta cifra fue de 142 y en el 2009 fue de 193 casos. En total, entre el 2005 y el 2009, 929 menores de edad se quitaron la vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 20 por ciento de niños y adolescentes tiene algún trastorno mental y el suicidio es la tercera causa de muerte entre esta población. Las tasas de suicidio entre los jóvenes latinoamericanos (6,8 por cada 100.000) sólo son mayores a las que se registran en África (1,3) y Europa (6,7), y menores a las que existen en Asia (9,6), América del Norte (10,1) y Oceanía (12,2). Esto, según un estudio presentado en el 2008 por la Red de Información Tecnológica Latinoamericana.

Colombia ocupa el séptimo lugar con una tasa de 9,7 por cada 100 mil habitantes; particularmente, durante los últimos 5 años, la ciudad de Medellín ha estado entre las 5 primeras ciudades en donde más suicidios de adolescentes se han presentado, estas cifras evidencian la gravedad del problema y hace pensar en la importancia de reconocer cuales son los factores por los que los adolescentes están eligiendo el suicidio como una opción.

Justificación

El suicidio en adolescentes ha sido tema de múltiples investigaciones debido a que la incidencia de este ha aumentado en los últimos años casi hasta convertirse en un problema de salud pública, además de esto el gobierno está enfocado en velar y garantizar el respeto y cumplimiento de los derechos de los menores entre los cuales se encuentra el derecho fundamental a la vida, por lo cual se hace indispensable encontrar una manera de prevenir las muertes de los menores tanto por causas externas como aquellas que son autoinflingidas.

En Colombia, se ha encontrado que algunos jóvenes dejan cartas o notas en las que explican cuáles fueron sus motivos para suicidarse, algunos incluso ya habían expresado a sus familiares y/o amigos su deseo de morir y no se les dio la atención necesaria a tiempo, otros, simplemente lo hicieron en silencio, sin dar aviso y aunque en la mayoría de los casos peleas familiares, rupturas amorosas y dificultades escolares son las causas más comunes, la Liga Colombiana contra el suicidio infantil considera que estas son únicamente detonantes, pero las verdaderas causas son otras. ¿Cuáles son entonces las verdaderas causas por las que los jóvenes deciden pensar en el suicidio como una opción?

Medellín ha permanecido entre las primeras 3 ciudades con los índices más altos de suicidio de adolescentes durante los últimos 5 años, esto ha disparado las alarmas, sin embargo no se ha

logrado tener una respuesta que pueda decir claramente por que los jóvenes están pensando en suicidarse. Temas como el acceso a internet, las redes sociales, el abandono, los cambios en la estructura familiar han sido de los más influyentes, además, el poco tiempo que los padres y maestros dedican a hablar con los jóvenes de temas relevantes para su vida, como por ejemplo enseñarles a afrontar las adversidades y problemas en una etapa en la cual sus lóbulos pre frontales encargados de la toma de dediciones certeras apenas se está desarrollando, en donde las hormonas provocan cambios emocionales que los llevan a tomar decisiones sin pensar muy bien en sus consecuencias, la adolescencia, una etapa en la cual se aprende (o debería) la manera de manejar las situaciones que de adulto definirán el curso de la vida y hoy por hoy se está dejando a estos jóvenes a su deriva, sin rumbo, sin guía, y para algunos de ellos el suicidio se ha convertido en su mejor opción. No se puede permitir que esto siga sucediendo, si bien no es tarea fácil tampoco será imposible, de esta manera se espera con este proyecto de investigación obtener una respuesta clara que proporcionen un enfoque hacia el cual debe estar dirigida la intervención psicosocial en los jóvenes y evitar que encentren sus respuestas en el suicidio.

Objetivo general

Identificar cuáles son las principales causas para considerar el suicidio en adolescentes entre 13 y 18 años de edad, en la comuna 16 de la ciudad de Medellín durante el primer semestre del año 2014.

Objetivos específicos.

- Identificar las principales causas que puedan generar el suicidio en adolescentes en la comuna 16.

- Identificar cuáles son las edades y género más vulnerables frente al suicidio en esta población.
- Describir el tipo de relación que se maneja entre los adolescentes y cuidadores.
- Estudiar que actividades para la prevención del suicidio están realizando las instituciones educativas frente al suicidio en adolescentes.
- Reflexionar acerca de la influencia del contexto socioeconómico ante el suicidio.

Viabilidad del proyecto

La viabilidad del proyecto se determinó con base en la disponibilidad de recursos financieros, humanos y materiales necesarios para llevar a cabo la investigación. Para esto, se contó con información literaria científica sobre el tema del suicidio y, la facilidad de la toma de datos de entes gubernamentales como lo son la Seccional de Salud que cuenta con bases de datos actualizadas, donde se encontró información como: el incrementos de suicidios que se han producido durante los últimos años en Medellín, las edades más frecuentes donde hay mayor probabilidad de suicidio, tipos de suicidio, las fechas en que se ejecutaron etc. Por otra parte, contamos con recurso humano capacitado para instruir y llevar a cabo la investigación, también se realizó un análisis de los estados financieros con el fin de mejorar la toma de decisiones y valorar las alternativas para conocer la viabilidad del horizonte del proyecto.

Es necesario llevar a cabo este proyecto debido al incremento de suicidios en adolescentes pertenecientes a las diferentes instituciones educativas en el área de Medellín, y a las pocas acciones que se han tomado con respecto a este tema en los centros educativos y hogares, responsabilidad tanto de educadores y padres como también del estado. Además de lo anterior, el tiempo también es un factor importante, puesto entre más rápido se realice y publique este

trabajo, mayores acciones tomarán las entidades para la prevención de dicho problema. Nuestro proyecto de investigación dura aproximadamente 4 meses lo cual resulta viable en cuanto a tiempo, dinero, material, población y personal idóneo.

Impacto del proyecto

Con este proyecto de investigación se busca prevenir y crear conciencia a la población acerca de las posibles causas de suicidio que llevan a los adolescentes a ejecutar este acto haciendo conciencia de tal problemática, como investigadores queremos que tanto docentes como cuidadores generen planes de acción que posibiliten mitigar el suicidio en los adolescentes. Otro de los beneficios que se puede obtener es promover las relaciones intrafamiliares para que haya mayor dialogo en la familia y puedan detectar posibles causas a tiempo.

El impacto se presenta en la medida en que el conocimiento generado a través de la investigación puede modificar la práctica y producir cambios de comportamiento tanto del investigador como del investigando mediante la incorporación de esos nuevos conocimientos a su práctica habitual.

Por último, la investigación aporta otros importantes créditos, tanto para los profesionales como para la población en general, que es la aptitud crítica ante el problema y evitar inercias asistenciales facilitando la adopción de nuevas técnicas que generen la disminuir el suicidio en los adolescentes.

Tabla 1: Impacto del proyecto

Impacto esperado 0	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos*
Que los próximos semestres de APH demuestren interés hacia esta problemática y creen estrategias para dar una buena intervención hacia estos pacientes.	Corto plazo		Los estudiantes no demuestren interés hacia esta problemática y/o que avancen en este tema con proyectos y medidas de intervención.
La sociedad se interese en buscar programas de información y ayuda psicológica para aprender a detectar posibles pacientes suicidas.	Mediano plazo		La sociedad busque la ayuda del personal idóneo y capacitado en estos temas. Saber guiar al paciente suicida a buscar la ayuda pertinente para el caso.
Los colegios involucrados en este proyecto tomen medidas de precaución y monten programas de ayuda y prevención para estos pacientes.	Mediano plazo		Que cada colegio tome conciencia realice las medidas necesarias para el bienestar de sus adolescentes, además, puedan ayudar a otras instituciones con la misma problemática.
Cada colegio haga charlas e intervenciones psicosociales en la familias con el fin de prevenir y tratar el suicidio	Mediano plazo		Cada familia haga caso omiso a estas charlas e intervenciones y no asistan ni se dejen ayudar por parte del personal contratado de la institución. Cada colegio se niegue a la propuesta de las intervenciones.

Capítulo dos: Marco teórico

Marco Referencial

Suicidio ronda los colegios.

Por: Alexander Marín Correa

En la última semana, un estudiante de bachillerato se quitó la vida y dos más lo intentaron.

Los tres tenían problemas en sus colegios. Expertos recomiendan atender las alertas.

Un niño de nueve años amenazó con lanzarse desde el tercer piso de su colegio, una quinceañera intentó quitarse la vida porque no soportaba el acoso de sus profesores y un joven de 18 se suicidó porque perdió el año por faltar al colegio. Este último fue Miguel Olea Ortigón, destacado estudiante de un colegio San Cayetano, del sur de Bogotá que representó a su institución en concursos de robótica e, incluso, a Colombia en un evento organizado por la NASA en EE.UU. Según su madre, el muchacho perdió el año por haber asistido a esos eventos. Eso supuestamente fue lo que motivó el suicidio de Miguel.

Los tres hechos ocurrieron en menos de una semana y tuvieron una característica común: supuestos problemas en sus centros de educación. Estos casos reviven las preocupaciones alrededor del suicidio de adolescentes, un problema que no es asunto menor, ya que al menos la mitad de los suicidios e intentos de suicidio son protagonizados por menores de edad. De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud Distrital, durante 2013 se registraron en Bogotá 218 suicidios y 2.256 intentos de suicidio; de los intentos, 1.120 casos los protagonizaron menores de entre 5 y 17 años. Al analizar las estadísticas en detalle se encuentra que 23 fueron niños entre los 5 y los 9 años, casi 400 estaban entre los 10 y los 14 años, y 704 fueron jóvenes entre los 15 y los 17 años.

En cuanto a características puntuales detrás de cada caso, se reveló que el 80% de los intentos de suicidio ocurrieron en el hogar y tan sólo el 6% en las instituciones educativas; el 60% de los

suicidas intentaron quitarse la vida con veneno y el 26 con arma blanca; el 60% tomaron la decisión por problemas familiares y el 3% por rendimiento escolar; el 50% de los suicidas eran estudiantes y el 16% amas de casa, y que la mayoría de los casos se concentraron en los estratos dos (50%) y tres (30%).

De acuerdo con Ariel Ávila, asesor de la Secretaría de Educación Distrital, existe preocupación por el suicidio entre estudiantes. La razón es que, a pesar de que el acoso escolar y la agresividad en los colegios públicos han disminuido en los últimos años, la conducta suicida y el consumo de drogas son problemas que vienen en aumento. De acuerdo con el asesor, en 2013 se reportaron 99 conductas suicidas en los colegios públicos, tres de las cuales terminaron en muerte.

“Al analizar los últimos casos, encontramos que la conducta suicida tiene cuatro características puntuales: la primera está relacionada con una condición psiquiátrica del menor; la segunda, con la violencia en el hogar; la tercera, con posibles agresiones por fuera del colegio, y la cuarta, por situaciones de agresiones en la escuela”. (Texto, 2009)

Al consultar qué se ha hecho para contrarrestar el incremento de las conductas suicidas, Ávila señaló que las secretarías de Salud y Educación del Distrito vienen trabajando para intensificar la atención psicosocial de los menores. “Se aumentó la planta de orientadores en los colegios, al pasar de 900 a casi 1.500 en el último año. Además se han creado unidades móviles de trabajadores sociales y psiquiatras para mejorar la atención. Sin embargo, por muchos profesionales que se tengan, el reto ahora es involucrar a las familias, ya que si esto no se hace, ningún plan tendrá éxito”.

De acuerdo con Ariel Ávila, los últimos casos que se registraron en Bogotá son coincidencias, aunque alertó que abril es un mes en el que se incrementan los intentos de suicidio por una razón particular: es el mes de entrega de boletines escolares. “Esto genera que se disparen los casos de intentos de suicidio relacionados con los resultados escolares. Son aquellos casos de niños que sienten que en sus casas los van a castigar por su bajo rendimiento. Eso es algo que se debe atender”.

Hay que atender las señales.

Según Rafael Vásquez, psiquiatra de niños y adolescentes, estas cifras corresponden a la tendencia mundial, en las que el perfil más común es el de jóvenes o adolescentes. “En general, el intento de suicidio es un indicador de que el joven ha estado sometido a un sufrimiento severo, creciente y sostenido. Además de que no ha encontrado una solución menos complicada que la de quitarse la vida. Ese es el significado de este problema. La recomendación es que la gente tome en serio las señales que lanzan los jóvenes”.

Según el experto, existe la creencia de que “perro que ladra no muerde”, haciendo referencia a que quienes amenazan con quitarse la vida no lo van a hacer. Sin embargo resalta que muchos de esos casos son los que terminan en tragedia. “La recomendación es tomar en serio todas las señales, prestarles atención y enviarlos a que los atienda un equipo de salud. El problema es que con el actual sistema de salud, en la parte de atención psicosocial hay mucha demanda y poca oferta. Por eso se demoran tanto las citas. Eso hay que corregirlo”, agregó el psiquiatra.

En cuanto a la responsabilidad de los colegios, el experto asegura que la falla no es por completo de las instituciones. “Ese es el teatro donde ocurren estos episodios, pero el problema es

particularmente del muchacho y su familia, porque no han encontrado una ruta para aliviar el sufrimiento del joven. Los sentimientos suicidas, por lo general, se despiertan en la mañana, porque el joven despierta con esa angustia. No es fácil precisar por qué toma la decisión”, agregó.

Finalmente, frente a los últimos casos que se registraron en Bogotá, el experto señaló que es importante hacer un acompañamiento a los compañeros de curso de los jóvenes que intentaron quitarse la vida, para que entiendan qué pasó.

“Es algo que la gente no cree hasta que sucede. La gente no cree que los niños y los muchachos sufran, hasta que acuden al suicidio. Aunque en Bogotá hay recursos y se debe mejorar”. (Correa, 2014)

Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes.

Universidad Pontificia Bolivariana(Piedad Estrada Arango; Yolanda Torres De Galvis; Liliana Patricia Montoya Vélez; María Verónica Álvarez Solís; Félix Arturo Posada correa y Astrid Ximena García Álzate, 2010)

El tema de suicidio en adolescentes y niños no ha sido investigado lo suficientemente en nuestro país ya que se cuenta con suficiente bibliografía internacional en lo que se refiere a los temas de depresión, intento de suicidio y el suicidio consumado en la población adulta pese a esto en la franja poblacional juvenil tiene menos investigación.

También se puede observar las cifras actuales de suicidio en Colombia son muy importantes ya que para el año 2007 se registraron un total de 1771 casos probables de suicidio, configurando así una tasa de 4 casos por 100 mil habitantes. Según diferentes estudios esta tasa se ha mantenido ya que siempre aparecen entre 4-6 casos por 100 mil habitantes. No obstante por edades tiende a aumentarse a mayor edad más casos de suicidio se presentan y se puede ver reflejado así: de 5-9 años, 6 casos, tasa de 0.1 x 100.000. De 10-14, 58 casos, tasa de 1.3 x

100.000. De 15-17 años, 103 casos, tasa de 3.9 x 100.000 y de 18-19 años, 122 casos, tasa del 7.3 x 100.000 habitantes.

Según estadísticas del instituto de medicina legal para el año 2006 en Colombia murieron por suicidio 72 niños y adolescentes menores de 16 años además de esto lo intentaron 263. En 2008 hubo en Colombia 1.841 suicidios y en las edades de 5-17 años, fueron 180 casos, es decir las cifras van en aumento.

De las conclusiones más frecuentes lo que ha mostrado los estudios sobre depresión, suicidio o intento de suicidio en adolescentes y niños, son los problemas o desarreglos familiares o las diferentes modalidades con las que se puede señalar a las “familias disfuncionales”. No siempre están bien definidas y en general no son bien delimitadas ni las tipologías ni las dinámicas de los asuntos familiares adversos; ni tampoco los aspectos más específicos de la dinámica familiar que entran en juego y pueden favorecer la depresión o las conductas auto lesivas, que pueden llegar hasta la muerte.

En la parte de convivencia con los padres se puede decir que es un poco más elevada en los que no viven con sus padres ya sea por causas diferentes a la separación, en otros como lo es la separación o el divorcio también experimentan estados como: crisis inesperadas, “querer morir” y “hacerse daño”. La depresión por estas circunstancias es mayor en el primer año, el quererse morir es mayor mientras avance el tiempo y el “hacerse daño” es mayor entre uno y seis años y mayor de seis años.

El tema de quien ejerce la autoridad en la familia es importante el hallazgo acerca de que la depresión e ideación suicida es menor en familias en las cuales la dirección y orientación de los hijos está centrada en ambos padres, reflejando esto estabilidad y coherencia parental, en cambio estos estados son más frecuentes en familias fraternas-simultaneas, monoparental masculina,

extendida-simultanea, las cuales se caracterizan por la presencia otros adultos parientes o no, con criterios disimiles y relacionados recientes o nuevas, diferentes a mamá y papá y apoyándose entre sí.

La comunicación con los padres presenta diferencias en cuanto a la falta de dialogo afecta de manera significativa a niños y adolescentes para los tres indicadores estudiados (depresión, quererse morir y querer hacerse daño) comparativamente con la falta de dialogo con el padre, observándose una situación muy parecida en cuanto al estudio sobre caracterización del suicidio en Medellín (Montoya y Vieco 1998) en el cual la interacción madre-hijo alcanza el 54.9% mostrando la gran diferencia en cuanto al padre donde solo se presenta en el 13.7%.

Según este estudio hay una mayor frecuencia de niños y adolescentes que se “quieren morir” y “que tienen ganas de hacerse daño” cuando se presentan trastornos afectivos severos. Cuando se analizó la red de apoyo se encontró que el 25% de los niños y adolescentes sin apoyo tienen depresión, el 19.6% de los adolescentes sin apoyo se “quiere morir” y el 15.2% de los niños y adolescentes sin apoyo “tiene ganas de hacerse daño”. Como parte de su desarrollo, los niños y adolescentes requieren de diversas figuras en su entorno con quienes compartir y a quienes poder acudir en caso de necesidad. (Arango, Galvis, Vélez, Solís, & Álzate, 2010). (Suicidio. Un reto para las comunidades educativas. Pontificia Universidad Javeriana. (Lucia carolina Barbosa Ramírez; Gloria del Pilar Cardona Gómez Luz Janeth Forero Martínez; Carlos Justino Novoa Matallana, S.J.; Esteban Ocampo Flores; María del Pilar Salazar Balen; Hernán Santa Cruz Oleas. 2010).

Al estudiar el suicidio en todas las etapas es definido como un acto voluntario aunque queda en duda si se trata de “un acto de valentía” o de “un acto de cobardía”, tal como se lo plantean quienes respondieron a la encuesta realizada en Bogotá mostrando la ambivalencia permanente

frente al hecho y a la persona puesto que no terminan de encontrar una explicación que justifique su ocurrencia. Esto se evidencia en la tendencia de todos de buscar causas y explicaciones en las que se consideran que la persona que se suicida está desesperada, tiene problemas que no logra resolver, piensa solo en sí misma, y es “valiente ante la muerte” pero cobarde ante la vida.

En la adolescencia y en la adultos temprana aparece como subcategoría el sentido que se tiene de la vida, refiriéndose a que la persona que se suicida no tiene un proyecto de vida, no es claro para ella sus objetivos, sueños, deseos y por eso pierde la esperanza en un futuro, su vida no tiene significado y considera que es mejor partir. En esto radica la importancia que tiene trabajar acerca del sentido de vida en estas dos etapas como una acción dentro de un programa para la prevención del suicidio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta un millón de suicidios al año en todo el mundo, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. El suicidio consumado exceptuando en la china rural), es predominante en el sexo masculino, con los intentos más frecuentes en la mujer. Diversas investigaciones han indicado que los habitantes de las zonas urbanas y los jóvenes de 15 a 24 años son los grupos poblacionales de mayor riesgo suicida en el continente americano.

Son muchas la entidades que también les ha interesado el tema sobre el suicidio en adolescentes, a continuación se presentarán algunas investigaciones que se han realizado respecto al tema.

❖ Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006

Objetivo: Explorar la posible asociación entre el riesgo de suicidio, depresión, consumo de psicoactivos y disfunción familiar en adolecentes escolarizados.

Resultados: La prevalencia del riesgo de suicidio se situó entre 23,0% y 26,5%. . La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio, con una razón de disparidad de 4,3 y 2,0 respectivamente.

Conclusiones: Los resultados muestran la magnitud de un problema que deben tener en cuenta las autoridades educativas, la administración municipal y los padres de familia. Es prioritario fortalecer los programas de detección de la depresión adolescente, como también exigir al Estado mejores tratamientos para depresión (no solo limitados a medicamento). Es necesario promover la estrategia de escuela de padres en instituciones educativas, hacer énfasis en temas referentes a la salud mental y resaltar la importancia en la comunicación, la cooperación, el afecto y el respeto entre los miembros de la familia. (Ramírez, Martínez, Carlos Justino Novoa Matallana, Florez, & Balen, 2010). (El suicidio en la pubertad y la adolescencia. Fundación Universitaria Luis Amigo. Jaime Alberto Carmona parra; Felipe Tobón Hoyos; Juan Carlos Jaramillo Estrada; Yuliana Andrea Areiza Sánchez. 2010).

Bajo esta perspectiva particular de la psicología social se dice que ningún comportamiento humano se puede explicar como simple conducta animal, a partir de un esquema determinista lineal –unicausal o multicausal-, de estímulos y respuestas pero tampoco se va al otro extremo de concebir el comportamiento humano como resultado en exclusiva del libre albedrío, de una razón libre y autónoma. Entre los extremos del determinismo y el indeterminismo radicales, postula la salida cualitativamente distinta de una autodeterminación relativa.

Esta perspectiva psicosocial permite examinar el intento de suicidio y el suicidio consumado de niños y adolescentes como una construcción social, en la que el menor, como actor social asume una posición activa, a la vez como víctima y victimario de su acción, pero en la que también participan otras personas (madre, padre, hermanos, compañeros de clase, parejas, entre

otros) que asumen diferentes roles, en un “contexto vincular suicidógeno”, que favorece y empuja a la conducta suicida.

Sin des-responsabilizar ni híper-responsabilizar al suicida, este abordaje permite interpelar a los grupos (y a los actores sociales que los integran) en los que uno de sus integrantes se quita la vida, evitando caer en las miradas indeterministas que muestran el suicidio como un gesto de autodeterminación plena o en las deterministas que lo explican como el producto exclusivo de alteraciones químicas, fuerzas psíquicas o mecanismos sociales -o todas ellas en conjunto-, sin mediación de la subjetividad del actor social y sus interacciones, con lo que se niega la posibilidad de incluir a la persona y sus vínculos en el análisis de la acción suicida, así como el estudio de la dimensión suicidógena de los vínculos cotidianos cara a cara, en función de los cuales los niños y adolescentes construyen cotidianamente el sentido de sus vidas, pero también pueden construir el sentido de una muerte voluntaria.

Como conclusiones fundamentales del segundo capítulo, podría proponerse que la investigación del intento de suicidio y del suicidio consumado en niños y adolescentes desde el interaccionismo simbólico implica, en primer lugar, contar con el presupuesto ontológico de esta perspectiva teórico- metodológica y con las consecuencias teóricas que se derivan del mismo.

Este presupuesto nos advierte que el ser humano es ante todo un agente social activo que transforma y recrea la realidad simbólica, que constituye a la vez su hábitat y el campo en el que interacciona con los otros, con su organismo con la naturaleza y la realidad física, y que su comportamiento no se puede explicar solamente como efecto de los diversos factores bio-psico-sociales que operan sobre él, sino que ante todo un emergente de los procesos de interacción simbólica con otros seres humanos, en los que estos factores son resignificados y puestos en juego en función de sus propias construcciones de sentido y sus planes de acción.

De acuerdo con el aspecto particular del fenómeno que permite iluminar el interaccionismo simbólico, también la especificidad de los vínculos y las dinámicas de los grupos pueden aportar importantes elementos que no son iluminados por los abordajes neuropsicológicos, psicopatológicos y sociológicos de inspiración determinista. El valor de estos elementos psicosociales radica en que ciertos contextos son los únicos disponibles para la construcción de herramientas efectivas de prevención e intervención.

Las principales consecuencias teóricas de la concepción interaccionista de la niñez y la adolescencia para la explicación e intervención del fenómeno se pueden sintetizar en cuatro elementos fundamentales, a saber:

1. La tendencia a la disociación de la personalidad, que el interaccionismo simbólico postula como estructural en el ser humano, es más acentuada en la niñez y la adolescencia, lo cual constituye un elemento que incrementa la dificultad de la predicción del fenómeno y hace que sea necesario un esfuerzo mayor de observación y acompañamiento de los menores en riesgo.
2. Los linderos menos definidos entre la realidad y la fantasía en este periodo de la vida también son un elemento a tener en cuenta, ya que no solamente es un factor de riesgo específico, sino un elemento que también vuelve menos certera la lectura de los instrumentos de predicción.
3. La inclinación al juego y la mezcla de lo lúdico con las demás dimensiones de la experiencia, inciden en que la investigación y la intervención del fenómeno deban contar con este elemento, tanto dentro de los contextos en los que se producen los intentos como las estrategias para el abordaje del problema del suicidio por parte de los profesionales de salud y la educación, así como por los investigadores sociales.
4. Finalmente la condición sugestionable propia de psicología del niño y el adolescente se convierte también en un elemento específico para el estudio de los factores de riesgo y para la

construcción de herramientas de prevención e intervención, ya que en este periodo de la vida los estados emocionales e ideativos de los otros significativos pueden llegar a influir de una manera profunda, e incluso convertirse, en ocasiones, en el elemento desencadenante de un comportamiento suicida.

“Los principales objetivos que tienen o que persiguen estas personas con tendencia suicida según esta investigación son:

1. Escapar de la violencia física y psicológica que se vive en sus núcleos familiares, en estos casos el suicidio resulta una salida desesperada.

2. Cumplir la voluntad destructiva de otro significativo puesto que así lo interpretan los menores y lo lleva a cabo.

3. Denunciar la segregación que se vive dentro de las familias, donde el intento de suicidio forma parte estratégica que busca influir en la política familiar.

4. Chantajear para poder forzar las reglas y los límites, en este caso lo hacen estratégicamente para medir fuerzas, apelando a las debilidades de los padres o adultos responsables.

Ocasionar sufrimiento o remordimiento a otros, acá se trata de obtener una ganancia para ellos afectando o dejando como culpables a otros.” (parra, Hoyos, Estrada, & Sánchez., 2010). (El suicidio como pérdida de sentido en adolescentes de edades entre 15 a 17 años. Fundación Universitaria Luis Amigó. Liliana María Mazo Galeano. 2010).

El suicidio se ha convertido en un asunto tan complejo que no es extraño encontrar datos insólitos en artículos, revistas, o libros; es un evento que refleja una sicopatología muy grave ubicándose entre las primeras tres causas de muerte entre la población de 15 a 44 años de edad en ambos sexos.

El suicidio a pesar de sus causas o consecuencias se puede llegar a prevenir si las personas se concientizan de su situación y asumen otra posición diferente a sus problemas, como buscar relaciones sociales, apoyo familiar y su misma fuerza de voluntad (autoestima) para dejar de imaginarse su muerte.

Según las investigaciones que se han llevado a cabo sobre el suicidio, los seres humanos presentan diversas causas que lo llevan a imaginárselo desde el quedarse sin empleo, hasta entrar en un estado depresivo, sin embargo todo esto gira en torno al significado que cada persona le da a un acontecimiento en particular el cual presenta un sentido prioritario en sus vidas.

Es necesario no solamente pensar el suicidio desde una serie de trastornos psicológicos o pensamientos automáticos como la psicología cognitiva, sino permitir indagar y escuchar al ser humano desde su dolor, cual es el significado que tiene la vida?, cuáles son sus prioridades?, cuál es su sentido?, es decir, desde la parte humana ya que la persona es única y posee una serie de valores que lo hacen darle un sentido a su existencia, en vez de categorizar a la persona como si fuera un problema pensar en acabar con la vida misma.

En la sociedad actual donde todo está inundado por la perfección, la persona busca ese estado de autorrealización en el suicidio, es la única manera donde alcanza a satisfacer sus dudas, miedos, problemas, experiencias y fracasos; en vez de buscar alternativas más apropiadas para cada necesidad sea primaria o secundaria.

Preguntarse por la existencia misma es la base fundamental en la que se mueve el ser humano en su diario vivir. ¿No lo crees? (Galeano, 2010) (Estudio Epidemiológico De Las Conductas Suicidas en Estudiantes de Secundaria de la Ciudad de Ipiales. Universidad de Nariño. Erika Patricia Chamorro Rodríguez Diana Carolina Cristancho Bernal. 2010).

El estudio de las conductas suicidas dio paso a su caracterización epidemiológica en estudiantes de secundaria de la ciudad de Ipiales, lo que se refleja en los resultados obtenidos que dan cuenta de la presencia de ideas, planes e intentos suicidas. Se puede decir respecto a ello, que en la ciudad de Ipiales los estudiantes de secundaria presentan altos índices que confirman la referencia que se tiene de la ciudad frente al suicidio, pues supera en gran medida los promedios históricos nacional y departamental, afirmación respaldada desde hoy con cifras reales y resultados de un estudio formal (Peña, et al., 2009). Encontrando que la adolescencia media es el grupo etario más vulnerable, mientras que los preadolescentes se constituyen como el grupo que menor riesgo tiene, sin embargo sus cifras no dejan de ser preocupantes y requieren de una atención prioritaria.

Por otra parte el estudio permitió establecer y confirmar que el género femenino presenta una mayor prevalencia con respecto a todas las conductas suicidas, siendo el intento la conducta que más prevaleció por encima del género masculino, quienes utilizan métodos más letales como; corte con objeto filudo, ahorcarse, asfixiarse o ahogarse, mientras que el género femenino acude a la ingesta de pastillas, un dato interesante indica que ninguno de los evaluados utiliza métodos como; arma de fuego o tirarse a un carro para lograr su objetivo, dato que pone en manifiesto que la efectividad del intento depende de la accesibilidad que el sujeto tiene frente a los métodos, por lo que es recomendable que los padres de familia tengan especial cuidado con la disponibilidad de métodos como; armas de fuego, pastillas, fumigantes, sogas elementos que podrían representar un riesgo para los niños y adolescentes.

El presente estudio estableció la relación entre conductas suicidas y diferentes variables, que si bien es cierto, no todas resultaron tan significativas, aportaron en gran medida a dimensionar la esfera real de esta problemática.

La identificación de la relación existente entre las conductas suicidas y las variables contempladas para la ejecución de la investigación es una novedad, al igual que el estudio en general, convirtiéndose en una herramienta de apoyo para las diferentes instituciones que pueden intervenir en la prevención de este fenómeno y en la adecuada focalización de campañas educativas, trabajo que evidenciará sus resultados si se tiene en cuenta las recomendaciones que refieren al seguimiento cuidadoso de las personas que han presentado un primer intento y que tienen un mayor riesgo de repetir dicha conducta.

Se sugiere también crear estrategias que fortalezcan un registro real, dado que el estudio indicó que más de la mitad de la muestra evitaba atención asistencial originando el su registro. También se considera necesario continuar realizando estudios epidemiológicos que actualicen los datos y revaliden la información, no solo de la población infantojuvenil, sino también de otros grupos que contribuyan a brindar información valiosa y a ampliar los hallazgos en la ciudad. (Erika Patricia Chamorro Rodríguez, 2010). (Bases para una medicina de prevención. Pontificia Universidad Javeriana. Luz Helena Alba. 2010).

Salud de la adolescencia en Colombia

El desarrollo de indicadores de discapacidad colocó los trastornos mentales como una prioridad en salud pública. Según datos de la OMS, 20% de los niños y adolescentes sufren de alguna enfermedad mental y, en los Estados Unidos, 21% de las personas entre 9 y 17 años padecen trastornos mentales o de adicción. La existencia de problemas relacionados con la salud mental y la conducta exploratoria propia del adolescente, se asocia con mayor exposición a conductas de riesgo y, en consecuencia, con desenlaces negativos evidentes al analizar las causas de muerte ya mencionadas.

En Colombia, según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2003, la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental en la población general fue de 40,1%. Aunque el mayor prevalencia de estos trastornos ocurre en el adulto joven y maduro, durante la adolescencia hay un aumento dramático en la frecuencia de presentación y los más comunes son los de ansiedad. La edad promedio de inicio para la fobia social es 14 años, 16 años para la agorafobia y 18 años para el trastorno de pánico.

Los trastornos generales de conducta, el trastorno de oposición desafiante y los trastornos de conducta alimentaria, se manifiestan típicamente en la adolescencia. A su vez, la ideación y el intento suicida son comunes en esta edad y el suicidio constituye la tercera causa de muerte para este grupo, como se anotó. Según datos del Instituto Nacional de Medicina Legal, de los suicidios reportados entre los 14 y 17 años, las niñas representan el 19% y los niños el 11%. Los trastornos mentales y eventos como conflictos con los padres, cambio del contexto social y sensación de invulnerabilidad, podrían considerarse factores de riesgo para que esta condición se incremente en el futuro.

Consideraciones finales:

Cerca de 20% de la población Colombiana está constituida por adolescentes, cifra similar a la reportada a nivel mundial. Esta distribución de la población impone exigencias a los profesionales de atención primaria, respecto a sus destrezas en el manejo de los motivos de consulta más frecuentes y a las habilidades que se requieren para ofrecer un adecuado cuidado de la salud, teniendo en cuenta tanto los cambios en distintas esferas como los riesgos que enfrentan los jóvenes.

La violencia afecta a los adolescentes colombianos claramente, lo que coincide con la estigmatización mundial del país. Sin embargo, esta también es reportada como la principal causa

de mortalidad en adolescentes de la mayoría de países de América Latina y el Caribe, y la tercera en los países desarrollados, en donde los accidentes de tránsito son más importantes; esto indica que existen factores estructurales en esta etapa de la vida que no dependen necesariamente de la situación social o del entorno de los jóvenes, pues, pese a algunas variaciones locales, los desenlaces descritos y el suicidio son las principales causas de muerte en todo el mundo para este grupo de edad.

Los factores de riesgo abordados en este trabajo (consumo de sustancias, salud mental, sexualidad) pueden, en ocasiones, ser anticipatorios de desenlaces de mayor trascendencia; sin embargo, su presencia representa ya una situación problemática con gran impacto en la dinámica familiar y en los proyectos de vida de los jóvenes.

Infortunadamente, hoy no existen escalas validadas para la detección de riesgos en la adolescencia. En este sentido, el actuar médico con perspectiva de riesgo resulta fundamental en la anticipación de problemas que tanto el joven como la familia podrían estar enfrentando y que se manifiestan en motivos de consulta cotidianos, como bajo rendimiento escolar, hipersomnia, hiperoxia, problemas en las interrelaciones personales (incluidos fenómenos como el hostigamiento o matoneo (bullying), la participación en pandillas, el aislamiento del grupo familiar, etc.), lesiones menores por trauma y síntomas del aparato genitourinario, entre otros, los cuales pueden ubicarse en un momento previo a los riesgos mayores antes mencionados.

Además de la falta de herramientas para la detección de riesgos, no existen pruebas contundentes de la efectividad de la mayoría de las intervenciones sobre factores como el consumo de sustancias o conductas riesgosas frente a la salud sexual o la violencia, en donde se ha observado alguna eficacia, como en aquellas para reducir el hostigamiento escolar, se requiere la acción en escenarios escolares con participación multidisciplinaria de alta complejidad. Se ha

visto, además, que las intervenciones conjuntas sobre varios factores de riesgo son menos eficaces que las orientadas a modificar un único factor; consecuentemente, las opciones en este terreno se limitan en gran medida al tratamiento de los trastornos de salud mental, en el cual la atención primaria juega papel importante para su detección temprana.

A diferencia de lo descrito para la intervención de factores de riesgo específicos, existe información adecuada sobre el papel preventivo de acciones como el fortalecimiento del núcleo familiar, las practicas espirituales y las prácticas deportivas, sobre conductas de riesgo asociadas a problemas de violencia, salud sexual y salud mental. En este sentido, la educación permanente, estar abierto a la resolución de inquietudes, vigilar el proceso de crecimiento y desarrollo y brindar consejería para la potenciación de factores protectores, facilitarían la preparación que tanto el joven como su familia requieren para afrontar los cambios y adaptarse a ellos de una manera menos traumática. Infortunadamente, tales acciones no son parte de la práctica médica rutinaria en Colombia, y requieren del desarrollo de habilidades y destrezas para el trabajo con grupos familiares y comunidades, las que tampoco forman parte regular de los procesos de formación médica. (Alba, 2010)

Marco legal

En la legislación Colombiana no hay una ley, decreto, resolución o norma que hable directamente de las sanciones frente a la problemática del suicidio pero, sí se puede encontrar dentro de estos, algunos artículos que puedan ayudar a manejar, cuando se enfrentan con algún caso de este tipo:

- Ley No 1616 del 21 de Enero del 2013, “Por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 5. Problema Psicosocial. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

Artículo 6 Derechos de las personas en el ámbito de la salud mental

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los I tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances ~ científicos en salud mental.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.
5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.

15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.

16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

- Ley 599 del 24 de Junio del 2000, “Por la cual se expide el Código Penal.”

Artículo 107 Inducción o ayuda al suicidio. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años.

- Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y el decreto 3039 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, donde se especifican las acciones y los eventos prioritarios en Salud Mental, se incluye suicidio.

- Ley 1361 de 2009 Se fortalece y garantiza el desarrollo integral de la familia, como núcleo fundamental de la sociedad, así mismo, establecer las disposiciones necesarias para la elaboración de una Política Pública para la familia, convirtiéndose en el primer medio de socialización de niños, niñas y adolescentes y el primer factor de riesgo y protector para el evento.

- Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones” tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un

ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

- Para el Distrito Capital la conducta suicida es un evento prioritario y hace parte de una meta estructural desde el Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá Positiva", acuerdo 308 de 2008
- Decreto 649 de 1996 Crea el Comité de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (Se incluye intento de suicidio), cuyo objetivo esencial es utilizar y unificar la información para analizar tendencias y como resultado proponer medidas de manejo, control y prevención que busquen disminuir la violencia y la accidentalidad en el Distrito Capital. Es así como tanto el plan de desarrollo y el decreto están sustentando La Política Distrital de Salud Mental, juventud y familias.

Algunas leyes de otros países.

España

La legislación penal española no castiga el suicidio, pero sí su facilitación por parte de terceros. Código Penal de España.

- Artículo 143
 1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una

enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

“En determinadas condiciones, quien en presencia de un suicida con intención evidente de aniquilarse a sí mismo no obra para impedir tal acto puede cometer delito de omisión del deber de socorro.”

Según el Código Penal de España, título IX

- Artículo 195. Primera parte

El que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será castigado con la pena de multa de tres a doce meses.

Marco conceptual

El suicidio no es un fenómeno nuevo, ha existido desde que existe el hombre, en algún tiempo, en ciertas civilizaciones se ha considerado como una vertiente cultural y social, por ejemplo en India, el suicidio se realizaba como parte importante de algunos actos religiosos y tenía una fuerte conexión con la religión; en la Grecia clásica el suicidio fue categorizado como un evento común difundido por filósofos como Anaxágoras, Sócrates y Diodoro, pero a su vez rechazado por Aristóteles entre otros; en Roma era común que los esclavos se suicidaran y aunque no estaba prohibido se castigaba fuertemente a aquellos que fallaban en su intento; igualmente en la literatura el suicidio ha sido un tema escogido muchas veces por los autores en grandes obras como lo es Romeo y Julieta y Calixto y Melibea, se conoce además la historia de algunos famosos suicidas como Sigmund Freud, Ernest Hemingway, Cesare Pavese y Vincent Van Gogh.

Se aprecia entonces que en todas las épocas se ha tenido conocimiento sobre este tema, la diferencia radica en la manera como se ha analizado y la importancia que se le ha dado a través de los años, lo que antes se consideraba un rito religioso, es ahora catalogado como un problema de salud pública al cual se le está prestando bastante atención, paradójicamente, en nuestra época el suicidio se ha vuelto tan común, que ya no se “castiga” tanto socialmente a quienes caen en este acto, se ha generado una mayor tolerancia, hasta el punto tal de que las personas han comenzado a encontrar en él una solución y/o salida para sus problemas. Este efecto puede considerarse como de causa multifactorial, dado la cantidad de sucesos que lo influyen, entre las cuales encontramos las diversas corrientes filosóficas que promueven el suicidio como un derecho y promueven el acto de decidir terminar con la vida propia, la falta de valores instaurados desde la familia, la escuela, la iglesia y el entorno social como tal, la tergiversación

de la información por parte de los medios de comunicación a la hora de divulgar los actos suicidas entre otros factores. En este sentido el profesor Ringel manifiesta que “el suicidio no puede ser elegido realmente, ya que una compulsión interna irresistible e intensa vuelve nula y sin valor cualquier libre elección”, mientras que Boldt expresa que a su manera de ver, el suicidio es casi siempre un acto forzoso para resolver problemas abrumadores.

La OMS define "el acto suicida" como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos. Esta misma entidad ha publicado que el suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial y cada año se suicida casi un millón de personas. “Debido a que es un problema grave de Salud Pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. La investigación más reciente señala que la prevención del suicidio si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los jóvenes y los niños, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo”.

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones.

Por tal motivo, con la ayuda de expertos de todo el mundo, la OMS ha elaborado una serie de directrices para distintos públicos llamados a tener un papel esencial en la prevención del suicidio, incluidos profesionales sanitarios, personal docente, funcionarios de prisiones,

profesionales de los medios de comunicación y personas que han intentado suicidarse. «También hay datos que indican que las noticias de suicidios aparecidas en los medios de comunicación pueden llevar a algunos a emular esos actos. Por ello, instamos a los medios de comunicación a demostrar sensibilidad a la hora de informar sobre esas muertes trágicas y a menudo evitables», ha declarado el Dr. Saraceno. «Los medios de comunicación también pueden contribuir de forma destacada a reducir el estigma y la discriminación asociados a los comportamientos suicidas y los trastornos mentales.»

Lo más preocupante de este panorama, es el hecho de que cada vez la cifra de menores que se suicidan crece más y más rápido, ahora, desde los 8 años de edad, los niños comienzan a pensar en el suicidio como una opción, aun sin alcanzar a comprender muy bien la magnitud de este suceso, tal vez porque escucharon hablar de ello, o porque alguien cercano lo hizo o lo intento, esta situación es la que impulsa a realizar este proyecto de investigación con el fin de conocer por que los adolescentes consideran el suicidio como una opción. Vemos a continuación algunas graficas que nos ilustran la situación actual en Colombia y más específicamente en la ciudad de Medellín.

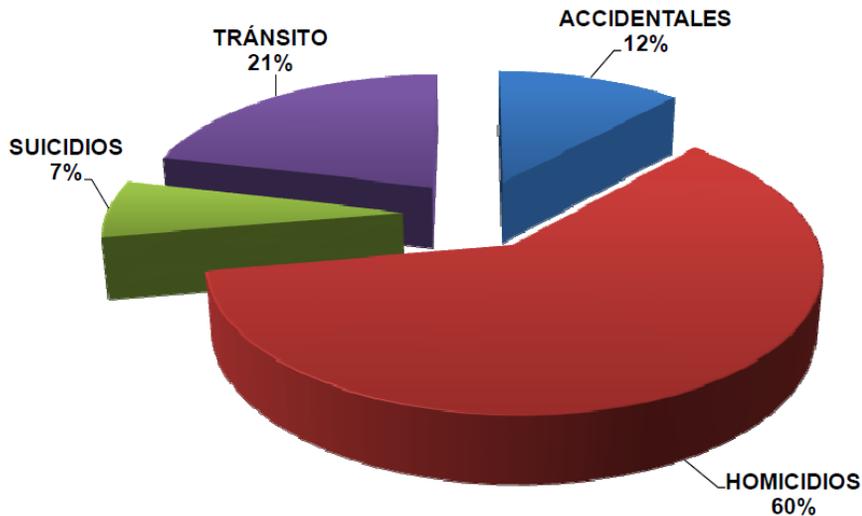
Muertes Violentas según manera. Colombia, Comparativo 2010 –2011p (Enero a Diciembre)

CONTEXTO	2010			2011p		
	HOMBRE	MUJER	Total 2010	HOMBRE	MUJER	Total 2011p
ACCIDENTALES	2.386	574	2.960	2.252	585	2.837
HOMICIDIOS	14.553	1.303	15.856	13.358	1.215	14.573
SUICIDIOS	1.341	301	1.642	1.314	311	1.625
TRÁNSITO	4.128	1.040	5.168	4.076	1.021	5.097
TOTAL	22.408	3.218	25.626	21.000	3.132	24.132

P: Información preliminar sujeta a cambios por actualización (consulta base: 16 de Enero de 2012—fecha de corte: 31 de Diciembre de 2011)
 Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses—INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia—GCRNV
 Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres—SIRDEC

Gráfica 1: Total muertes violentas en los años 2010 y 2011, se aprecia un gran número de suicidios donde predominan los hombres muy por encima de las mujeres. Fuente Medicina Legal

Porcentaje Muertes violentas según manera. Colombia, 2011p (Enero a Diciembre)



P: Información preliminar sujeta a cambios por actualización (consulta base: 16 de Enero de 2012—fecha de corte: 31 de Diciembre de 2011)
 Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses—INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia—GCRNV
 Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres—SIRDEC

Gráfica 2: porcentaje de muertes violentas en Colombia según manera en el año 2011. Un 7% corresponde a suicidios.

Lesiones fatales según grupo de edad y manera de muerte. Colombia, 2011p (Enero a Diciembre)					
GRUPO DE EDAD	ACCIDENTALES	HOMICIDIOS	SUICIDIOS	TRÁNSITO	Total 2011p
(0-4)	255	42	-	74	371
(05-9)	106	34	3	85	228
(10-14)	96	145	43	106	390
(15-17)	99	956	109	193	1.357
(18-19)	103	1.036	87	185	1.411
(20-24)	213	2.842	284	656	3.995
(25-29)	203	2.659	221	613	3.696
(30-34)	187	2.073	141	530	2.931
(35-39)	164	1.500	130	370	2.164
(40-44)	180	1.102	120	351	1.753
(45-49)	167	806	121	323	1.417
(50-54)	157	550	98	304	1.109
(55-59)	152	347	86	265	850
(60-64)	133	200	57	191	581
(65-69)	127	119	36	213	495
(70-74)	125	77	38	219	459
(75-79)	113	45	16	175	349
(80 y más)	257	38	35	244	574
Sin información	-	2	-	-	2
Total	2.837	14.573	1.625	5.097	24.132

P: Información preliminar sujeta a cambios por actualización (consulta base: 16 de Enero de 2012—fecha de corte: 31 de Diciembre de 2011)
 Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses—INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia—GCRNV
 Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres—SIRDEC

Gráfica 3: lesiones fatales según grupo de edad y manera de muerte año 2011. De un total de 3158 muertes de jóvenes entre 10 y 19 años 239 corresponden a suicidios.

Lesiones fatales según manera de muerte. Colombia, ciudades capitales, Enero a Diciembre de 2011p					
MUNICIPIO DEL HECHO	ACCIDENTALES	HOMICIDIOS	SUICIDIOS	TRÁNSITO	Total 2011p
ARAUCA	7	17	6	11	41
ARMENIA	18	136	22	31	207
BARRANQUILLA	45	326	31	66	468
BOGOTÁ	304	1.638	274	564	2.780
BUCARAMANGA	42	97	27	72	238
CALI	123	1.882	74	282	2.361
CARTAGENA	55	226	30	70	381
CÚCUTA	38	316	28	70	452
FLORENCIA	18	63	3	23	107
IBAGUÉ	39	119	31	88	277
INÍRIDA	3	1	-	-	4
LETICIA	6	5	3	3	17
MANIZALES	98	140	27	47	312
MEDELLÍN	181	1.649	114	306	2.250
MITÚ	1	-	-	-	1
MONTERÍA	21	128	20	51	220
NEIVA	11	114	13	74	212
PASTO	58	110	34	39	241
PEREIRA	32	205	27	68	332
POPAYÁN	12	98	18	48	176
PUERTO ASÍS	10	66	6	16	98
PTO CARREÑO	6	6	-	2	14
QUIBDÓ	24	70	5	17	116
RIOHACHA	9	84	6	16	115
SAN ANDRÉS	3	23	-	14	40
S. J. GUAVIARE	8	26	2	-	36
SANTA MARTA	29	158	14	63	264
SINCELEJO	9	56	14	36	115
TUNJA	13	9	13	24	59
VALLEDUPAR	14	124	20	62	220
VILLAVICENCIO	28	190	17	85	320
YOPAL	9	13	4	47	73
Total	1.274	8.095	883	2.295	12.547

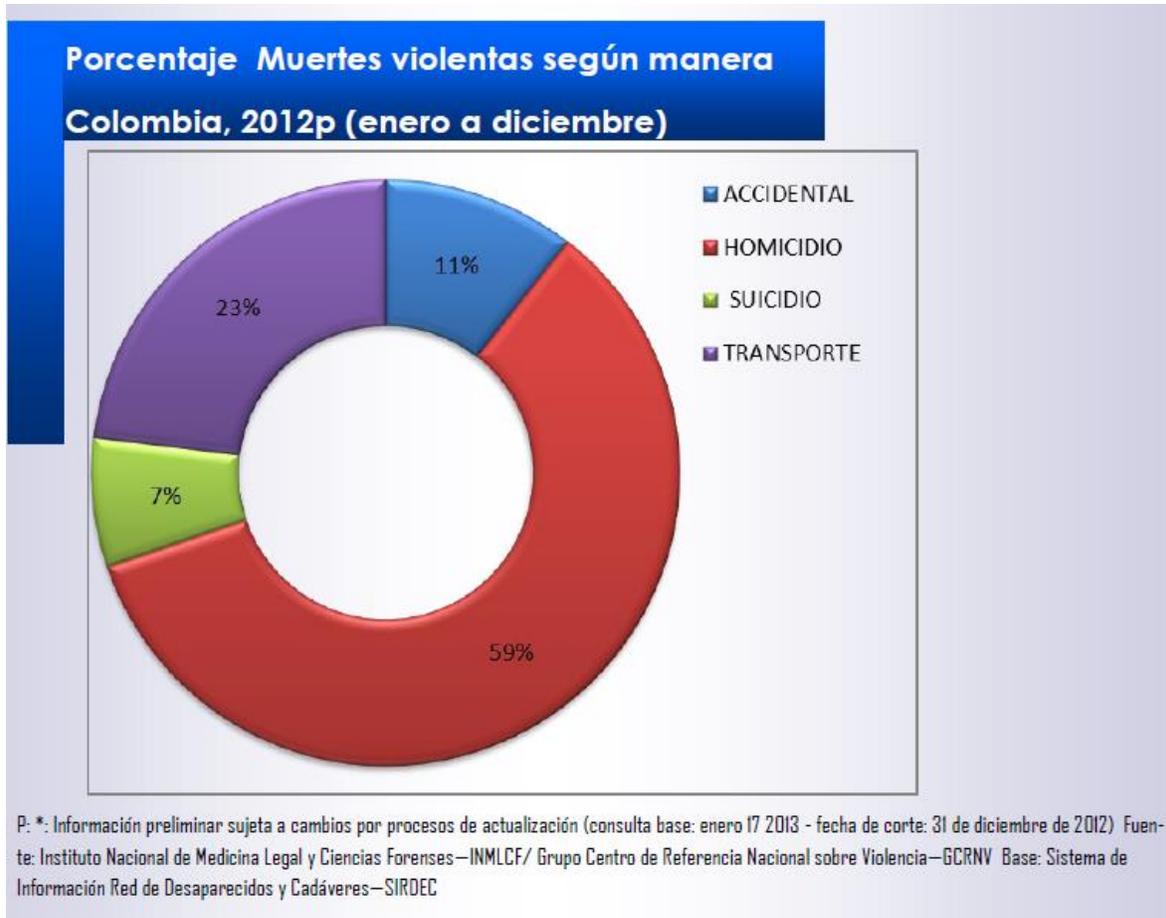
P: Información preliminar sujeta a cambios por actualización (consulta base: 16 de Enero de 2012—fecha de corte: 31 de Diciembre de 2011)
 Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses—INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia—GCRNV
 Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres—SIRDEC

Gráfica 4: lesiones fatales según manera de muerte en Colombia por capitales en el año 2011.
 Fuente medicina Legal.

Muertes Violentas según manera. Colombia, Comparativo 2011 – 2012p (enero a diciembre)						
MANERA DE MUERTE	2011			2012p		
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
ACCIDENTALES	2.252	585	2.837	1974	469	2.443
HOMICIDIOS	13.358	1.215	14.573	12.444	1.146	13.590
SUICIDIOS	1.314	311	1.625	1.337	305	1.642
TRANSPORTE	4.076	1.021	5.097	4.261	1.043	5.304
TOTAL	21.000	3.132	24.132	20.016	2.963	22.979

P: *: Información preliminar sujeta a cambios por procesos de actualización (consulta base: enero 17 2013 - fecha de corte: 31 de diciembre de 2012) Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses –INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia –GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres –SIRDEC

Gráfica 5: muertes violentas según manera en Colombia, comparativo años 2011-2012.



Gráfica 6: porcentaje de muertes violentas según manera en Colombia para el año 2012. El 7% corresponde a suicidios.

Lesiones fatales según grupo de edad y manera de muerte. Colombia, 2012p (enero a diciembre)					
GRUPO DE EDAD	ACCIDENTALES	HOMICIDIOS	SUICIDIOS	TRANSPORTE	TOTAL
(00 a 04)	205	63	-	70	338
(05 a 09)	77	39	1	68	185
(10 a 14)	94	143	61	104	402
(15 a 17)	83	883	112	202	1.280
(18 a 19)	69	967	110	252	1.398
(20 a 24)	184	2.714	260	711	3.869
(25 a 29)	171	2.396	207	624	3.398
(30 a 34)	170	1.909	164	459	2.702
(35 a 39)	131	1.353	111	380	1.975
(40 a 44)	161	1.002	115	358	1.636
(45 a 49)	160	795	101	341	1.397
(50 a 54)	141	497	86	328	1.052
(55 a 59)	144	354	87	307	892
(60 a 64)	126	186	67	230	609
(65 a 69)	116	121	42	190	469
(70 a 74)	97	90	50	230	467
(75 a 79)	122	35	36	190	383
(80 y más)	192	43	32	260	527
Total general	2.443	13.590	1.642	5.304	22.979

P: *. Información preliminar sujeta a cambios por procesos de actualización (consulta base: enero 17 2013 - fecha de corte: 31 de diciembre de 2012) Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses –INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia –GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres –SIRDEC

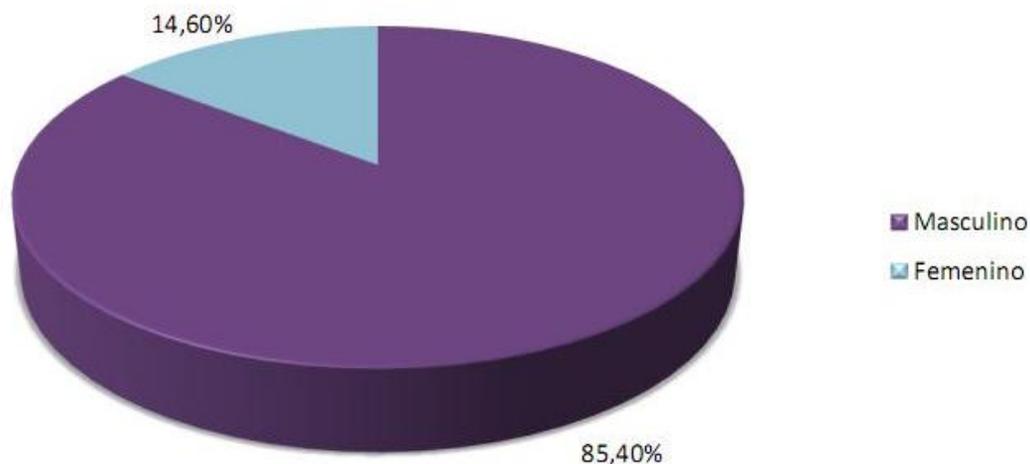
Gráfica 7: Lesiones fatales según grupo de edad y manera de muerte año 2012. De un total de 3080 muertes de jóvenes entre 10 y 19 años 283 corresponden a suicidios, 44 casos más que el año anterior .Fuente Medicina Legal

Lesiones fatales según manera de muerte. Colombia, ciudades capitales, enero a diciembre de 2012p					
Municipio del hecho	ACCIDENTAL	HOMICIDIO	SUICIDIO	TRANSPORTE	Total
ARAUCA	17	16	7	15	55
ARMENIA	30	101	17	46	194
BARRANQUILLA	30	353	48	76	507
BOGOTÁ D.C.	301	1.281	246	538	2.366
BUCARAMANGA	40	98	24	80	242
CALI	87	1.832	73	305	2.297
CARTAGENA	44	266	33	77	420
CÚCUTA	17	358	24	84	483
FLORENCIA	15	65	5	24	109
IBAGUÉ	43	117	31	84	275
LETICIA	-	11	2	1	14
MANIZALES	23	118	20	47	208
MEDELLÍN	137	1.252	139	278	1.806
MITÚ	1	2	-	-	3
MOCOA	3	13	-	25	41
MONTERÍA	23	98	19	44	184
NEIVA	18	108	7	64	197
PASTO	41	92	33	56	222
PEREIRA	45	170	37	76	328
POPAYÁN	18	109	15	44	186
PUERTO ASÍS	13	73	8	11	105
PUERTO CARREÑO	3	6	3	7	19
QUIBDÓ	25	126	3	11	165
RIOHACHA	12	85	7	27	131
SAN ANDRÉS	12	20	1	18	51
S. J. DEL GUAVIARE	2	42	2	1	47
SANTA MARTA	43	225	21	56	345
SINCELEJO	5	83	10	42	140
TUNJA	14	16	9	30	69
VALLEDUPAR	20	101	19	77	217
VILLAVICENCIO	36	177	25	111	349
YOPAL	19	24	17	60	120
Total general	1.137	7.438	905	2.415	11.895

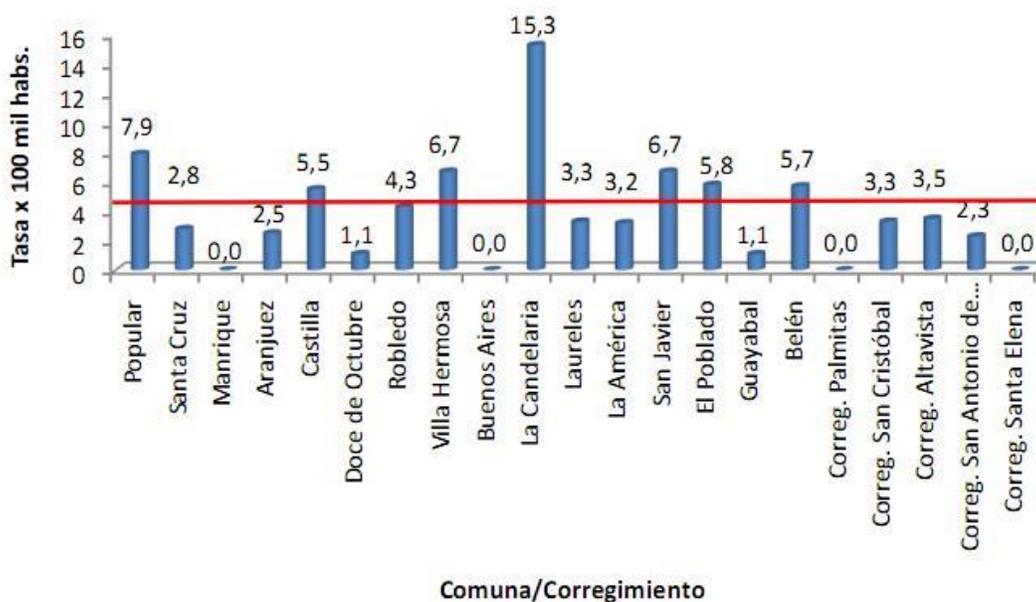
P: Información preliminar sujeta a cambios por procesos de actualización (consulta base: enero 17 2013 - fecha de corte: 31 de diciembre de 2012) Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses—INMLCF/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia—GCRNV Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres—SIRDEC

Gráfica 8: lesiones fatales según manera de muerte en Colombia por capitales en el año 2012. Fuente Medicina Legal.

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

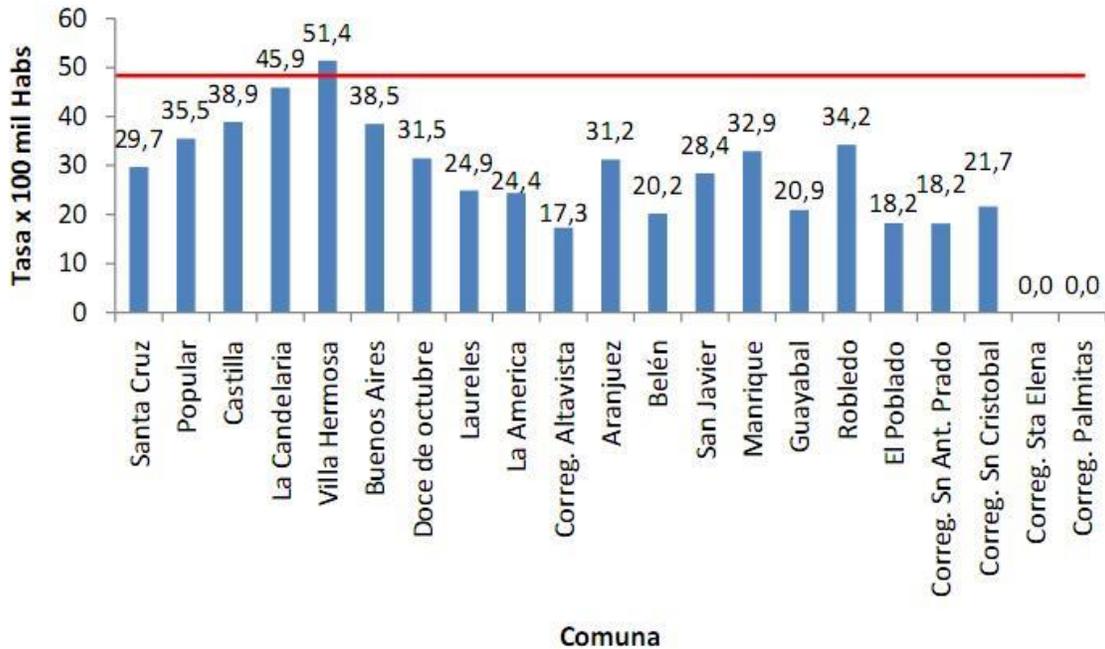


Gráfica 9: distribución porcentual de las defunciones por suicidio según sexo para el año 2010 en Medellín. Se observa mayor cantidad de suicidios en hombres que en mujeres.

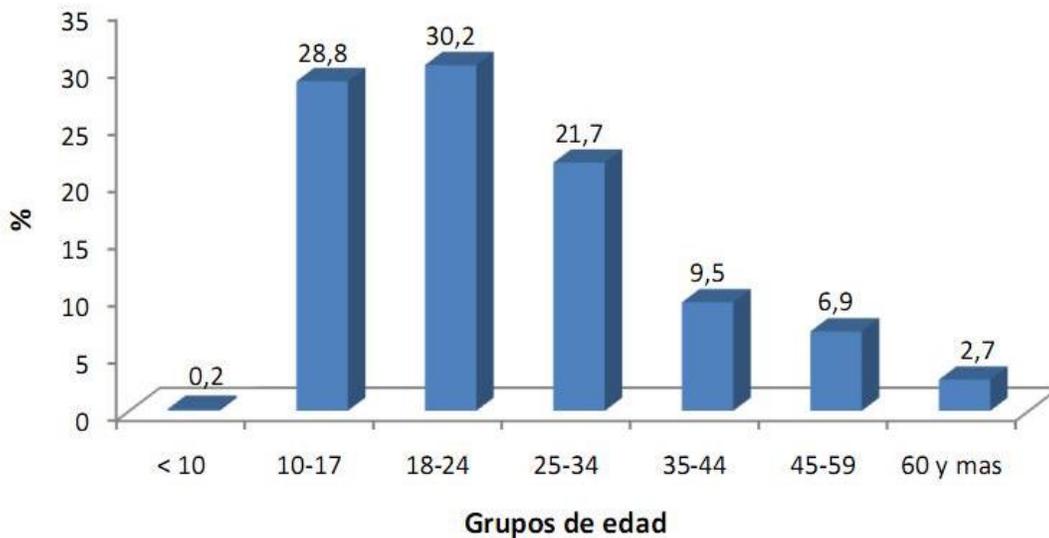


Gráfica 10: tasa de muertes por suicidio por comunas y corregimientos en la ciudad de Medellín para el año 2010.

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

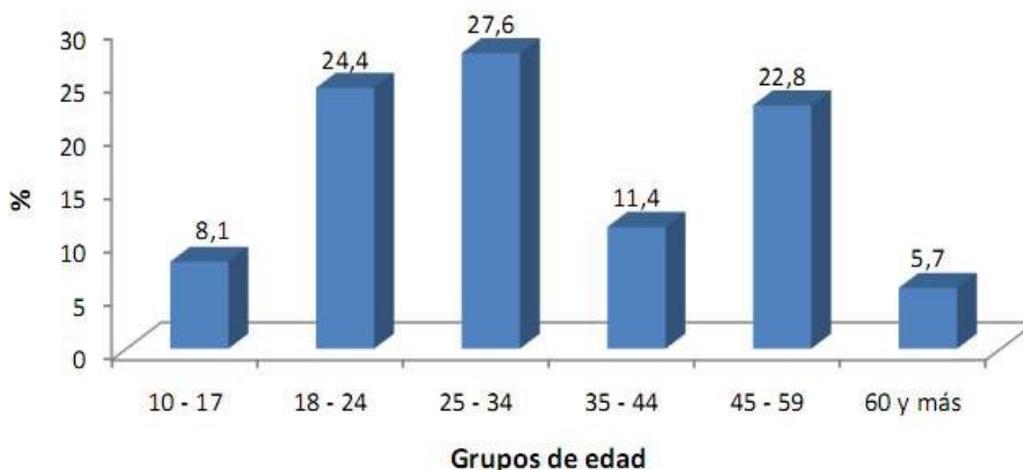


Gráfica 11: .Tasa de muertes por suicidio por comunas y corregimientos en la ciudad de Medellín para el año 2010.

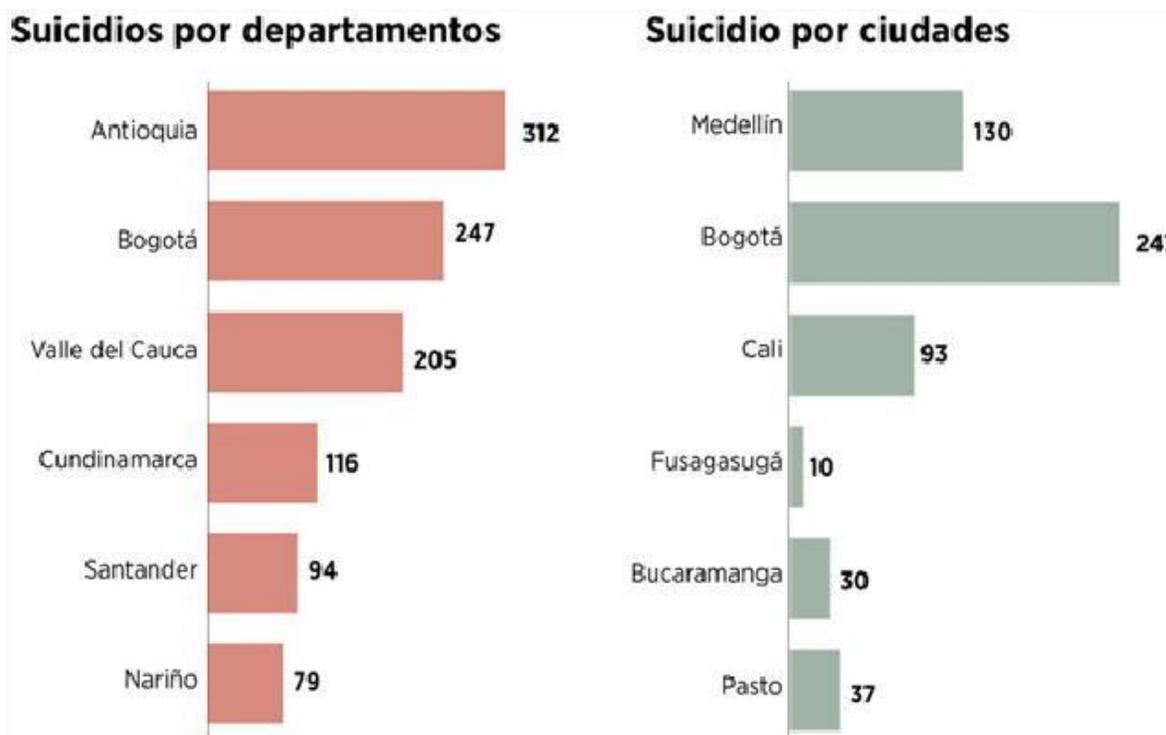


Gráfica 12: distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según grupos de edad en la ciudad de Medellín para el año 2012

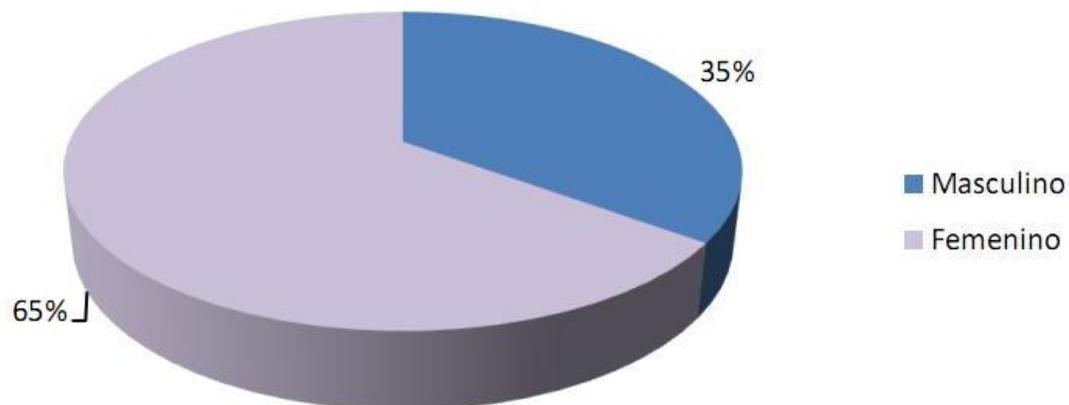
IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.



Gráfica 13: distribución porcentual de las defunciones por suicidio según grupos de edad en la ciudad de Medellín para el año 2012



Gráfica 14: Casos de suicidios por ciudades y departamentos de Colombia en el año 2010.



Gráfica 15: distribución porcentual de los casos de intento de suicidio según sexo en la ciudad de Medellín para el año 2010. Predomina el intento de suicidio en las mujeres.

Las tasas oficiales de muerte por suicidio varían de forma importante de unos países a otros. Tradicionalmente, las tasas mayores de suicidio han venido correspondiendo a las personas de más edad y a las de sexo masculino. Sin embargo, en los últimos veinte años se percibe una tendencia general al aumento de muertes auto provocadas entre los jóvenes, incluso entre los adolescentes (Hawton, 1989), y entre las mujeres (Diekstra y Hawton, 1987). Esta evolución parece estar relacionada con el aumento que, a su vez, han experimentado los intentos de suicidio, los cuales, en algunos países se han doblado o incluso triplicado, en las dos últimas décadas.

El suicidio existe desde que existe el hombre, teniendo en cada época y en cada sociedad un significado bien distinto. Por citar un ejemplo, hasta que San Agustín no dictó normas en contra del suicidio, el cristianismo aceptó el martirio como una forma bastante común de protesta política y de salvación espiritual (Curran, 1987). En la actualidad se plantean dos posturas bien diferenciadas en torno al suicidio. Por un lado, la concepción racional, que presenta el suicidio

como una alternativa sensata y racional a una vida en circunstancias intolerables (Maris, 1983). Y por otro lado, la concepción de la intensificación de la vida que afirma que las personas sucumben ante lo que consideran una coerción poderosa de su entorno para dejar de vivir. Se trataría, en consecuencia, de modificar el entorno para evitar los suicidios (Boldt, 1988).

La sociedad está cambiando progresivamente hacia una aceptación del suicidio como salida posible y justificable a diversas situaciones (Farberow, 1989); se está «normalizando» el suicidio, lo cual puede favorecer el hecho de que se hayan tomado pocas medidas eficaces y se hayan realizado pocos estudios dirigidos a la prevención. Por otro lado, la persona «potencialmente suicida», al verse menos castigada por la sociedad, podría decidir con menos dificultad el camino de la muerte auto provocada. No obstante, como se ha comentado, en la actualidad, las actitudes hacia el suicidio son dispares y contradictorias y, para un gran número de personas, el suicidio es, como mucho, un tema abstracto del que se filosofa, piensa y comenta, pero nunca una posibilidad de actuar en una situación concreta con una persona específica, sea ésta cercana o no. Cuando el suicidio, o la amenaza de suicidio, se personalizan pasa de ser una abstracción a ser tabú. Esto es, se niega la posibilidad de que pueda ocurrir y se oculta la verdad si ha ocurrido.

Esta situación de oscurantismo respecto a los suicidios dificulta el conocimiento de los hechos, las circunstancias, móviles, etc., que rodean las muertes auto provocadas y, por lo tanto, hace difícil la detección precoz, la prevención y el tratamiento. Siendo así que el suicidio es un comportamiento que termina en muerte igual que un asesinato, es un importante tema social sobre el que se debe investigar para, en la medida de lo posible, evitar su consecución.

La tasa de suicidios entre enfermos terminales o crónicos y enfermos psiquiátricos es mayor que el número de suicidios entre la población en general. Por tanto, el suicidio es un tema que debe estar situado entre los prioritarios dentro de la investigación clínica, ya que no muchas

enfermedades son tan «mortales» como el suicidio. Siendo así que la tasa de suicidio está aumentando entre la población joven y considerando que la conducta suicida es un continuo que va desde la mera ocurrencia a la consecución pasando por la ideación, planificación, la amenaza y el intento (Pfeffer, et al., 1989; Choquet y Menke, 1989), el papel de la educación en la detección y prevención del suicidio es innegable.

Como se ha adelantado, los sujetos del estudio son los adolescentes escolarizados. Una vez constatado que el número de suicidios está aumentando entre los jóvenes y partiendo de la continuidad progresiva de la conducta suicida, es esperable que sea en la adolescencia cuando empiezan a tomar fuerza los pensamientos de suicidio. Por tanto, interesa detectar cuál es el grado de ideación suicida de nuestros adolescentes como primer paso para la prevención, labor que puede llevarse a cabo, como se ha dicho, desde el mundo escolar. En resumen, interesa estudiarla población general adolescente.

Sin embargo, la convicción de que el pensamiento de suicidio está relacionado con una serie de variables psicosociales hace que el objetivo principal de la investigación, la detección del grado de ideación suicida y el estudio de su determinación, se amplíe a la búsqueda del conocimiento de la problemática psicosocial de los adolescentes. Por otro lado, de todos es sabida la importancia que toman determinadas vivencias y sentimientos en esta difícil etapa evolutiva.

Los datos que sobre conducta suicida existen en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) en general y sobre Bizkaia en particular, son muy escasos, recogidos, en su mayoría, en dependencias psiquiátricas, u obtenidos a través de las informaciones forenses, o, finalmente a través del Instituto Vasco de Estadística. Por ninguna de las tres vías se pueden obtener datos sobre pensamiento de suicidio sino sobre hechos concretos, bien sean como «intentos» o como «suicidios consumados» a través de familiares o conocidos de las víctimas. No se tienen noticias

de ningún estudio realizado en la C.A.V. que haga un chequeo de la adolescencia en lo que se refiere a su ideación suicida. Este estudio pretende cubrir una laguna sobre la génesis y evolución del fenómeno de la conducta autodestructiva desde los primeros momentos de aparición.

A nivel general, el propósito de este estudio es conocer qué variables personales, psicológicas y sociales determinan, influyen o favorecen los pensamientos suicidas de los adolescentes. Se trata de un estudio predictivo con el objetivo último y primordial de la prevención. Se considera que los individuos que presentan un grado mayor de ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o de cometer suicidio que los sujetos con menor grado de pensamiento de suicidio. El conocimiento de la presencia de ideas suicidas y de los posibles factores determinantes permitiría la actuación sobre dichos factores y, como consecuencia, la prevención del suicidio. No se trata, por tanto, de investigar los datos procedentes de registros en torno a intentos de suicidio y/o suicidios consumados sino de conocer la situación en un momento cronológicamente anterior a la consecución del acto autodestructivo.

Generalidades sobre el suicidio en adolescentes

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. La adolescencia, con independencia de las

influencias sociales, culturales y étnicas, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- El crecimiento corporal evidenciable en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.

- El aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón, acompañado de un incremento de la capacidad de transportación de oxígeno, de los mecanismos amortiguadores de la sangre capaces de neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular.

- Incremento y maduración de los pulmones y el corazón, con un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.

- Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en las formas y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.

- Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva

- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera:

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Tendencia grupal.

- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- Eligen una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para llevarla a la práctica.
- Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

No se pretende enumerar todas las características que definen esta etapa de la vida. Con las hasta aquí abordadas, el lector tendrá aquellas que constituyen las esenciales de la adolescencia. Pasemos a continuación a abordar los aspectos más generales relacionados con el comportamiento suicida, para en los siguientes capítulos, introducirnos en las especificidades del adolescente suicida.

El comportamiento suicida.

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

1. *El deseo de morir.* Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.

2. *La representación suicida.* Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

3. *Las ideas suicidas.* Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.

Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”

Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.

El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

4. *La amenaza suicida.* Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

5. *El gesto suicida.* Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

6. *El intento suicida,* también denominado para suicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.

7. *El suicidio frustrado.* Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

8. *El suicidio accidental.* El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se auto agrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).

9. *Suicidio intencional.* Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta y se considera que por cada adolescente que comete suicidio, lo intentan cerca de trescientos.

Factores de riesgo suicida en la adolescencia.

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

Intentaré desarrollar cada uno de estos aspectos por separado para que el lector pueda conocerlos en detalle.

I- Factores culturales y sociodemográficos.

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término “shock cultural” para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por:

- Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura.
- Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás.
- Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.
- Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.
- Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse.
- Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

II- Situación familiar y eventos vitales adversos.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.

- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

Los elementos abordados con anterioridad son muy frecuentes en las familias de los adolescentes con riesgo suicida, pero no son los únicos. Es muy posible que usted pueda incrementar esta lista con experiencias conocidas.

III- Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- Depresión.

- Trastornos de Ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Abuso de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno Esquizofrénico.

Pasemos a describir dichos trastornos, lo cual facilitará el reconocimiento de los mismos por parte de los padres, las madres, los abuelos y abuelas, maestros y maestras, amigos y cualquier otra persona que esté en contacto directo con los adolescentes, lo que les permitirá detectar precozmente los sutiles cambios en la conducta, las relaciones humanas, la afectividad y los hábitos que sugieren la presencia de uno de estos trastornos.

Depresión. Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes:

- Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio.
- Pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban.
- Trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia.
- Intranquilidad.
- Falta de concentración.
- Irritabilidad, disforia, malhumor.
- Pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.
- Sentimientos de cansancio y agotamiento.

- Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.

- Manifestar deseos de morir.
- Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
- Incremento del uso del alcohol y las drogas.
- Falta de apetito o apetito exagerado.
- Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
- Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
- Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
- Llanto sin motivo aparente.
- Aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares.
- Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día durante todos los días.
- Marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias.
- Disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%).
- Insomnio o hipersomnia diarios.
- Agitación psíquica y motora o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía diariamente.
- Sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa.

- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día.
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.
- Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias.
- Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares.
- Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los adolescentes son los siguientes:
 - Se manifiestan con más frecuencia irritables que tristes.
 - Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas.
- Los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnias que insomnio.
- Tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos.
- Muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto.
- Pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez.

Trastornos de Ansiedad.

Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones, no así entre los adultos. Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para

la integridad física o psicológica del sujeto, quien puede temer a volverse loco, perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

Las manifestaciones del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

- Manifestaciones físicas que incluyen pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad de manos y pies, etc.
- Manifestaciones psicológicas entre las que sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse.
- Manifestaciones conductuales consistentes en timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado

Las manifestaciones señaladas con anterioridad son universales, es decir, caracterizan a la ansiedad como trastorno o cortejo sintomático, pero es conveniente señalar que existen formas particulares de este trastorno, con síntomas específicos que relacionaremos a continuación:

- a) Ataques de Pánico. Manifestación extrema de la ansiedad con aceleración del pulso, hiperventilación o respiración rápida y superficial, miedo a perder el control y sensación de muerte inminente.
- b) Fobia simple. Miedo exagerado a objetos o situaciones que no representan peligro alguno para la mayoría de los individuos. Un ejemplo es el temor a los espacios cerrados o claustrofobia.

c) Fobia social. Esta fobia es incapacitante para quien la presenta, pues el sujeto evita cualquier situación que signifique interactuar con otras personas por el temor a quedar mal paradas, a hacer el ridículo, a hablar en público o mostrarse incapaz de responder preguntas en un auditorio.

d) Ansiedad de separación. Para su diagnóstico se requieren al menos tres o más de los siguientes síntomas:

- Preocupación y malestar excesivos al separarse del hogar o de las figuras vinculares principales.
- Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo.
- Miedo a ser secuestrado o a extraviarse.
- No poder ir a la escuela o a cualquier otro sitio.
- No poder quedarse sólo en casa.
- No poder dormir alejado de los padres o fuera de la casa.
- Tener pesadillas recurrentes de secuestros. Accidentes, etc.
- Manifestar diversas quejas físicas como dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal antes de salir del hogar hacia la escuela u otro lugar alejado

Estos síntomas deben estar presentes por un período de por lo menos cuatro semanas e iniciarse antes de los 18 años.

e) Fobia escolar. Consiste en un temor a la escuela que ocasiona un ausentismo total o parcial, lo que se expresa en diversos síntomas físicos, imposibilidad de levantarse de la cama, náuseas, cólicos, etc. Afecta a los niños y las niñas en la adolescencia temprana, entre los 11 a 13 años.

f) Trastorno Obsesivo Compulsivo. Condición mórbida caracterizada por necesidad de realizar actos repetitivos o rituales de complejidad variada para mitigar la angustia surgida por la intrusión de pensamientos desagradables, persistentes a pesar de los esfuerzos del sujeto por desembarazarse de ellos y cuyo contenido es muy desagradable o absurdo, como por ejemplo estar contaminado, padecer una enfermedad, la muerte de un ser querido, profanación de imágenes religiosas, pensamientos de contenido sexual intolerables, etc.

g) Trastorno de Estrés Postraumático. Es un trastorno que ha cobrado interés en los últimos años y es ocasionado por un acontecimiento o situación traumática no habitual y de gran intensidad y que se caracteriza por la re-experimentación del trauma, por la aparición de conductas de evitación de situaciones en relación con dicho acontecimiento y por un aumento de síntomas neurovegetativos.

En la adolescencia son frecuentes los sentimientos de culpabilidad, tendencia a mantener en secreto lo ocurrido, cuando esto es posible, conducta oscilante entre agresividad, violencia y deseos de venganza, actitudes de inhibición, pasividad y excesiva complacencia ante el medio ambiente y en ocasiones, episodios de aparente repetición del trauma con ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos con lagunas de memoria.

Además de los trastornos depresivos y de ansiedad, el abuso de alcohol constituye un importante factor de riesgo de suicidio en la adolescencia, pues se estima que uno de cada cuatro adolescentes que cometen suicidio lo realizan bajo los efectos del alcohol u otra droga o la combinación de ambos.

En la adolescencia la vía más socorrida para abusar del alcohol es la denominada sociocultural, la cual es el producto de las costumbres, tradiciones, y convenciones de las diferentes culturas, y se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos

grandes o pequeños. Se ejemplifica con el adolescente que se inicia en el consumo de cualquier sustancia adictiva para demostrar hombría, audacia ante sus iguales que lo subvalora sino sigue las reglas del grupo.

Por lo antes referido, será de suma importancia que el adolescente sepa que en la medida en que se ponga en contacto con cualquier sustancia adictiva, con una mayor frecuencia y por un período de tiempo más prolongado, tendrá mayores posibilidades de desarrollar una toxicomanía o dependencia de sustancias.

Abuso de Alcohol.

La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden manifestarse repetidamente durante un período continuado de doce meses.

Los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias son los siguientes:

- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes síntomas durante un período de un año:
- Consumo recurrente de la sustancia que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (ausencias repetidas o pobre rendimiento académico, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de las obligaciones en la casa, etc.).

- _Consumo recurrente de la sustancia en situaciones donde hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar máquinas bajo el efecto de la sustancia).
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por escándalo público debido a la sustancia).
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o tener problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones con la esposa, violencia física, etc.).

- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancia.

Existen determinadas señales de peligro que deben hacer pensar a los padres, madres, tutores, maestros y médicos de la familia, que un adolescente está consumiendo drogas y son los siguientes:

- Cambios bruscos de amistades.
- Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos.
- Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo.
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados, huraños y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- Realiza hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga. En ocasiones roban importantes sumas de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes.
- Cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios nocturnos, lo cual altera su ritmo de sueño y alimentación.

- Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Como se ha hecho evidente, el abuso de sustancias conlleva una serie de comportamientos comunes encaminados a la búsqueda de la sustancia, su consumo y restablecimiento de sus efectos nocivos, variando, como es lógico suponer, las manifestaciones clínicas de cada una de ellas.

Trastorno Disocial de la Personalidad.

Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autos infligidos. Sobresalen en este trastorno las siguientes características:

- Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

- Agresión a personas y animales: con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate de béisbol, ladrillo, botella, navaja, pistola, cuchillo, etc.), ha manifestado crueldad física con personas y animales, ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, robo a mano armada), ha forzado a alguien a una actividad sexual.

- Destrucción de la propiedad social: ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.

- **Fraudulencia o robo:** ha violentado la casa o el automóvil de otras personas, a menudo para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, falsificaciones de documentos)
- **Violaciones graves de normas:** a menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años, se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto, suele tener ausencias a la escuela, iniciando esta práctica.

El trastorno disocial de la personalidad provoca deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral. Con suma frecuencia desarrolla abuso de sustancias y dependencia de ellas, pero no por la vía sociocultural expuesta anteriormente, sino por la llamada hedónica, en la que la motivación más importante es la búsqueda de “placer artificial”.

Trastorno de la Alimentación.

En la cultura contemporánea los medios de difusión masivos han globalizado un modelo de belleza femenina que en muchas ocasiones se convierte en un objetivo imitativo inalcanzable, este trastorno puede enmascarse detrás de esta propuesta de belleza y se caracteriza por un severo trastorno de la conducta alimentaria que puede adquirir las siguientes formas clínicas:

- 1- **Anorexia nerviosa** en la que se presentan los siguientes síntomas:
 - Rechazo manifiesto a mantener el peso corporal mínimo.
 - Un miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso cuando se está por debajo del peso ideal para la talla.
 - Alteración de la propia percepción del peso o de la silueta corporal, creándose una imagen negativa de sí mismo.
- 2- **Bulimia nerviosa** que se caracteriza por:

- Atracones recurrentes, en los que el sujeto ingiere en un corto tiempo una cantidad superior de alimentos a los que ingeriría la mayor cantidad de personas en un tiempo similar y en similares circunstancias.

- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.
- Conductas compensatorias inapropiadas, repetitivas, con la finalidad de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, enemas, ayunos y ejercicios descontrolados.

- Los atracones y las conductas compensatorias ocurren al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.

La autoevaluación esta principalmente influida por el peso corporal del adolescente.

Trastorno esquizofrénico.

Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio Yo, cuando aún se conserva algún lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente “aparentemente normal”.

Esta enfermedad no tiene un cuadro clínico homogéneo, pero algunos síntomas deben hacer que se piense en ella. Entre estos, los siguientes son los más comunes:

- Pensamiento sonoro, eco, robo, inserción o difusión de los pensamientos del sujeto.
- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que realiza el individuo.
- Ideas delirantes de ser controlado, de ser influido en las acciones, emociones o pensamientos desde el exterior.

- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que la persona realiza.
- Ideas de tener poderes sobrenaturales y sobrehumanos.
- Invención de palabras nuevas que no tienen significado alguno para quienes le escuchan.
- Asumir posturas corporales extrañas mantenidas o no realizar movimiento alguno.
- Apatía marcada, pérdida de la voluntad, empobrecimiento del lenguaje o respuesta

emocional inadecuada a los estímulos.

- Pérdida de intereses, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.
- Lenguaje incapaz de servir de comunicación con los demás.
- –La vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están gravemente

comprometidos.

Se han mencionado y descrito las enfermedades mentales que frecuentemente conllevan suicidio entre los adolescentes, pero sería de inapreciable utilidad detallar los rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que pueden facilitar la eclosión de salidas suicidas emergentes frente a situaciones de riesgo, las que serán abordadas más adelante.

Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son:

- Inestabilidad 0. del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realistamente.

- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada auto exigencia que rebasa los límites razonables.
- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras

significativas.

- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

Estos son algunos de los rasgos que predominan entre los adolescentes que al estar sometidos a las llamadas situaciones de riesgo pueden presentar una conducta suicida. Como es conocido, ellos se ven involucrados en mayor número de eventos vitales desfavorables que sus pares no suicidas. Enunciaremos seguidamente aquellas situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

- Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidógenos en adolescentes vulnerables, quienes los perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad.

- Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida.

- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
 - Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
 - Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
 - Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
- de pertenencia.
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.
 - Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.
- Situación de tortura o victimización.
 - Fracaso en el desempeño escolar.
 - Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes.
 - Embarazo no deseado y embarazo oculto.
 - Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual.
 - Padecer una enfermedad física grave.
 - Ser víctima de desastres naturales.
 - Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
 - Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas.
 - Estar involucrado en una situación de trajín-trajinador en una situación de régimen interno (escuelas, servicio militar).
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

No se pretende agotar todas las situaciones que son de riesgo para que un adolescente intente contra su vida, pero sin lugar a dudas se han mencionado las más comunes.

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación psico-traumática inicia una crisis suicida, es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva, ya que la característica principal de este tipo de crisis es que existe la posibilidad que el individuo intente afrontar la situación problemática mediante la autoagresión. Al existir esta posibilidad tangible el enfrentamiento a la crisis suicida tendrá como objetivo primordial mantener a la persona con vida mientras dure dicha crisis.

Manejo de la crisis suicida del adolescente.

Ante una crisis suicida en el adolescente es de suma utilidad observar los siguientes principios:

- 1- Tratarlo con respeto.
- 2- Tomarlo en serio.
- 3- Creer lo que nos manifiesta.
- 4- Escucharle con genuino interés.
- 5- Permitirle expresar sus sentimientos (llanto, ira, disgusto).
- 6- Preguntar sobre la idea suicida, para lo cual se sugiere las siguientes posibilidades:

- **Primera** variante: ¿Cómo piensa usted resolver su actual situación?

- **Segunda** variante: Usted me ha dicho que apenas duerme y desearía saber ¿en qué piensa cuando está insomne?

- **Tercera** variante: ¿Usted ha tenido pensamientos malos? ¿Cuáles?

- Cuarta variante: ¿En su familia alguien se ha suicidado o ha intentado el suicidio?

(Esperar respuesta). Y usted ¿lo ha intentado o lo ha pensado últimamente? ¿Cuándo fue la última vez que lo pensó?

- Quinta variante: ¿Usted ha pensado suicidarse?
- Sexta variante: ¿Usted ha pensado en matarse?

Si el adolescente manifiesta que ha pensado suicidarse es necesario realizar una secuencia de preguntas para determinar la planificación suicida, lo que incrementa notablemente el peligro de suicidio. Esta secuencia es la siguiente:

- ¿Cómo ha pensado suicidarse?
- ¿Cuándo ha pensado suicidarse?
- ¿Dónde ha pensado suicidarse?
- ¿Por qué ha pensado suicidarse?
- ¿Para qué ha pensado suicidarse?

Para poder obtener una respuesta que permita conocer cómo piensa el adolescente se deben evitar las preguntas que puedan ser respondidas con monosílabos, lo cual lo impediría.

7- Responsabilizar al adolescente con su propia vida, siempre que ello sea posible.

8- Trabajar juntos en encontrar soluciones no suicidas, por lo que deben explorarse soluciones alternativas al problema que ha desencadenado la crisis suicida.

9- Establecer un pacto no suicida siempre que el estado del adolescente lo permita. Para ello se le compromete a no autolesionarse durante la crisis.

10- Pedir permiso para involucrar a otros miembros de la familia, amigos y cuantas personas sea necesario para apoyar al adolescente.

11- Garantizar varias opciones para contactar con la persona que presta la ayuda psicológica, sean los padres y las madres, los maestros, tutores, médicos, suicidólogos, etc.

12- No juzgarlo, comprometiéndonos a guardar secreto de todas las confesiones que haga el adolescente.

13- Ser directivo, con el suficiente tacto como para no parecerlo.

Una vez considerados estos principios se debe tener una idea del riesgo de suicidio del adolescente. Si ello no se ha conseguido, le sugiero realizar la siguiente secuencia de preguntas sobre la idea suicida, que ya enunciamos con antelación pero que en esta oportunidad ampliamos:

- Pregunta: ¿Cómo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta intenta descubrir el método suicida. Cualquier método puede ser mortal. Se incrementa el peligro suicida si está disponible y existe experiencia familiar previa de suicidios con dicho método. Se incrementa el peligro si se trata de repetidores que incrementan la letalidad de los métodos utilizados para cometer suicidio. Es de vital importancia en la prevención del suicidio evitar la disponibilidad y el acceso a los métodos mediante los cuales se pueda lesionar el sujeto.

- Pregunta: ¿Cuándo ha pensado suicidarse?

Esta pregunta no trata de averiguar una fecha específica para cometer suicidio sino más bien determinar si el adolescente está poniendo las cosas en orden, haciendo testamento, dejando notas de despedida, regalando posesiones valiosas, si espera la ocurrencia de un hecho significativo como la ruptura de una relación valiosa, la muerte de un ser querido, etc. Permanecer a solas es el mejor momento para cometer suicidio, por tanto, debe estar acompañado hasta que el riesgo desaparezca.

- Pregunta: ¿Dónde ha pensado suicidarse?

Mediante esta pregunta se intenta descubrir el lugar en que se piensa realizar el acto suicida.

Por lo general los suicidios ocurren en los lugares frecuentados por el suicida, principalmente el hogar y la escuela o casa de familiares y amigos. Los lugares apartados y de difícil acceso, con pocas probabilidades de ser descubierto, y los elegidos por otros suicidas, conllevan un riesgo elevado.

- Pregunta: ¿Por qué ha pensado suicidarse?

Con esta interrogante se pretende descubrir el motivo por el cual se pretende realizar el acto suicida. Los amores contrariados, la pérdida de una relación valiosa, las dificultades académicas o las llamadas de atención de carácter humillante se sitúan entre los más frecuentes. Los motivos nunca deben ser evaluados a través de la experiencia del entrevistador y siempre considerarlos significativos para el suicida.

- Pregunta: ¿Para qué ha pensado suicidarse?

Se intenta descubrir el significado del acto suicida. El deseo de morir es el más peligroso pero no es el único, pues pueden referirse otras como reclamar atención, expresar rabia, manifestar a otros cuán grande son los problemas, como una petición de ayuda, para expresar frustración, para agredir a otros, etc.

Mientras más planificada está la idea suicida, el riesgo de cometer suicidio se incrementa considerablemente. Hay que observar y neutralizar determinadas distorsiones cognitivas muy comunes entre los adolescentes suicidas como son las siguientes:

- Inferencia arbitraria mediante la cual el sujeto llega a conclusiones determinadas sin poseer pruebas evidentes para ellas, como por ejemplo pensar que en el futuro las cosas le saldrán mal, pues en el pasado eso fue lo que ocurrió. En este caso el adolescente infiere el futuro en

función del pasado, lo cual condiciona una actitud pesimista, de perdedor y con predisposición al fracaso.

- Abstracción selectiva en la que el adolescente intenta arribar a conclusiones teniendo en consideración solamente un aspecto de la realidad como puede ocurrir en los adolescentes deprimidos que recuerdan principalmente sus fracasos cuando son sometidos a pruebas de ensayo y error.
- –Sobregeneralización cuando el sujeto, a partir de un dato particular llega a conclusiones generales, como por ejemplo, considerar que es un “incompetente que está perdiendo facultades” por haber salido mal en una evaluación parcial de sus estudios.
- Magnificación mediante la cual el adolescente evalúa de forma distorsionada un suceso, incrementa sus efectos y consecuencias. Es el caso de un sujeto que considera cualquier evento desagradable como “una tragedia”, “una catástrofe”, “lo peor que podía haberle ocurrido”.
- Minimización, mecanismo inverso al anterior en el que el adolescente evalúa de forma distorsionada sus potencialidades y habilidades, restándose sus méritos y cualidades positivas. Es el caso del adolescente que ante un éxito frente a un examen difícil, que sólo él ha pasado, considera que cualquiera pudo haberlo hecho, incluso mejor que él.
- Pensamiento polarizado mediante el cual el adolescente evalúa la realidad en “blanco y negro”, “todo o nada”, “siempre o nunca”, “bueno o malo”, “perfecto o imperfecto”, etc. Por tanto son frecuentes las frases siguientes: “Nada me sale bien”, “todo me sale mal”, “siempre fracaso”, “nunca acierto” y otras similares, sin cerciorarse que en la realidad ninguna situación es completamente mala o buena, sino que se nos muestra con diversos matices y una persona puede ser torpe en una tarea y muy eficiente en otras, por solo citar un ejemplo.

- Personalización que es el mecanismo mediante el cual el adolescente considera cualquier situación o hecho, como referido a sí mismo, aunque no exista conexión alguna. Así, si no es saludado en la mañana por alguien conocido, puede pensar que eso ha ocurrido porque la persona está molesta con él o ella, o que no le han querido tener en cuenta, etc.

El manejo de las distorsiones cognitivas señaladas con anterioridad constituye un recurso válido para evitar que el adolescente se evalúe de forma anómala y ello le reste posibilidades de lograr una adaptación armónica al entorno.

Otras veces es de mucha utilidad fomentar una terapia de relación con el adolescente, lo cual disminuye la vulnerabilidad a las presiones externas. Este tipo de terapia contiene fuertes elementos de las terapias de apoyo y para algunos autores es una forma prolongada de estas. Así se trata de establecer con el adolescente en riesgo de suicidio una relación amistosa, no autoritaria, que aunque no juzga, se muestra firme e impone ciertas limitaciones, asume una actitud flexible y ofrece al adolescente nuevas opciones de ajuste para identificarse con una figura paterna sustitutiva diferente a la del progenitor biológico.

Si el riesgo suicida del adolescente no es elevado, la terapia de apoyo puede ser un valioso recurso. Una relación armónica, basada en una dirección cordial y enérgica, que gratifique las sanas necesidades de dependencia, que fomente una legítima independencia y sirva para canalizar adecuadamente la agresividad y la hostilidad hacia formas no destructivas del comportamiento, pueden ser una ayuda eficaz para cualquier adolescente, y más aún para aquellos que presentan factores de riesgo suicida. La orientación al descanso para recuperar las energías perdidas, la diversión, la práctica de deportes y de ejercicios físicos, una alimentación adecuada, evitar el consumo perjudicial de alcohol, no utilizar drogas, tabaco, café y sustancias adictivas pueden ser orientaciones beneficiosas para brindar apoyo. Utilizar técnicas de relajación y otras similares

que contribuyan a suprimir o atenuar los síntomas más molestos, así como el uso de psicofármacos con similar propósito durante breves períodos de tiempo harán que el adolescente se sienta más seguro, aceptado, protegido, alentado y menos sólo. El cambio de medio cuando los factores ambientales son considerados muy estresantes para un adolescente vulnerable puede ser un magnífico recurso para evitar una conducta autodestructiva.

Si en la crisis suicida del adolescente están jugando un papel predominante los rasgos pasivos, dependientes y la timidez, una técnica que puede ser empleada en estos casos es el entrenamiento asertivo, que busca como objetivo cardinal, el hacerse valer, evitando ser manipulado por los demás. Para ello se sugieren seis modos de conducta los cuales se mencionan a continuación:

a) Se debe intentar exteriorizar los sentimientos mediante la verbalización de las emociones que son sentidas espontáneamente, lo cual se hace muy difícil en los adolescentes suicidas, los que presentan dificultades con la expresividad de estas últimas.

b) Debe aprender a discrepar, sin fingir que se está de acuerdo sin estarlo. Este aspecto tiene mucho valor si se tiene en consideración que el suicidio es una situación diádica en la que se involucran el adolescente y alguna otra persona significativa y muy vinculada emocionalmente con él, como la novia o el novio, la madre o el padre, el maestro o el amigo, etc., con la cual se han tenido recientes o acumulativas dificultades interpersonales.

c) Se le debe enseñar a utilizar el pronombre personal YO, de modo que el adolescente se involucre en su conducta y aprenda a responder por las consecuencias de la misma.

d) Debe aprender a mostrar las emociones con el rostro y los movimientos, lo cual le permitirá aprender a exteriorizar la afectividad y modularla según el contexto de la situación.

e) Debe ser capaz de estar de acuerdo cuando se le elogia y practicar el autoelogio de forma razonable, pues ambos aspectos refuerzan el YO de manera positiva.

f) Debe aprender a improvisar, a dar respuestas espontáneas a estímulos inmediatos, lo cual le facilitará otras opciones que no sean el miedo a hacer el ridículo o simplemente no saber qué hacer.

Otras posibilidades a utilizar con el adolescente potencialmente suicida es revisar sus metas y objetivos para hacerlos más realistas de acuerdo a las potencialidades del sujeto y por tanto, disminuir las posibilidades de fracasos y frustraciones, enseñarles a desarrollar el autodominio, el autocontrol, incrementando el repertorio general de actividades para que existan mayores opciones de éxito y adecuarlas a sus atribuciones reales (inteligencia, aptitudes para la actividad).

Otra forma de ayudar al adolescente que ya ha realizado una tentativa de suicidio es invitarle a que descubra las diversas dificultades que un acto de este tipo pudiera ocasionarle en su vida y en sus relaciones sociales. Sin asumir una postura moralista, se le invita a reflexionar sobre la opinión que él tendría de alguien conocido que intenta poner fin a su vida, si él considerase que es un sujeto que goza de una excelente salud mental o por el contrario si piensa que algo no está funcionando bien en el cerebro de esa persona (por lo general responden teniendo en cuenta esta última posibilidad. Una vez obtenida la referida respuesta se le asegura que probablemente eso también sea lo que los demás piensan de él y hay que trabajar juntos para modificar esta realidad.

Se le pregunta también sobre los sentimientos que le provocaría un sujeto cualquiera que intente contra su vida (la compasión, la lástima, la rabia, la desconfianza o el miedo) y se le invita a reflexionar si son estas las emociones que él pretende despertar en sus relaciones con los demás, pues no son las que más aprecian los seres humanos.

Otra forma de abordar al adolescente en situación de crisis suicida es mediante la llamada Primera Ayuda Psicológica, que consta de cinco etapas, las que se describen a continuación:

Primera etapa. Establecimiento del contacto

Lo que se debe hacer es escuchar detenidamente, reflejar sentimientos, aceptar las razones que esgrime el sujeto y creerle, sin juzgarle. Lo que no se debe hacer es restarle importancia a lo que nos expresa el sujeto, ignorar los sentimientos, impedir que el individuo exprese sus sufrimientos y contar nuestra historia en situaciones conflictivas.

Segunda etapa. Conocer la dimensión del problema.

Lo que se debe hacer es formular preguntas abiertas que permitan conocer cómo piensa el adolescente y facilitar la expresión de sentimientos. Explorar siempre la presencia de pensamientos suicidas. Lo que no se debe hacer es atenerse a realizar preguntas que sean respondidas con monosílabos (sí o no) o evaluar el discurso del adolescente a través de la experiencia propia, que no es válida para otros.

Tercera etapa. Posibles soluciones.

Lo que se debe hacer es establecer prioridades de soluciones, abordando directamente los posibles obstáculos para su consecución y desaprobar la solución suicida como forma de afrontar situaciones problemáticas. Reforzar el concepto de que el suicidio es una solución definitiva a problemas que usualmente son temporales. Lo que no se debe hacer es permitir que el adolescente continúe sin ensanchar su visión en túnel que es la que únicamente le deja ver la opción suicida. Tampoco deben dejar de explorarse los obstáculos de manera realista para evitar nuevos fracasos y que se agrave la crisis suicida.

Cuarta etapa. Acción concreta.

Lo que se debe hacer es tomar una medida a tiempo (involucrar a otros familiares, acercar a las fuentes de salud mental, imponer tratamiento, realizar hospitalización, etc.) Se debe ser directivo y confrontar cuando la situación lo requiera. Nunca debe dejarse sólo a un sujeto en

crisis suicida. Lo que no se debe hacer es ser tímido, indeciso, no tomar una decisión a tiempo, dejar solo al adolescente en riesgo de cometer suicidio o retraerse de asumir responsabilidades.

Quinta etapa. Seguimiento.

Lo que se debe hacer es realizar el re contacto para evaluar los progresos o retrocesos del adolescente en su sintomatología suicida. Lo que no se debe hacer es dejar la evaluación a otra persona que desconozca del caso y le sea imposible establecer una comparación con su estado inicial.

Este sencillo recurso puede ser utilizado por cualquier persona, siempre y cuando evite hacer lo que no se debe hacer e investigue la presencia de las ideas suicidas y si estas están presentes, nunca dejarlo sólo y acercarlo a las fuentes de salud mental como el médico de la familia, el psicólogo, el psiquiatra y los servicios de urgencias médicas y psiquiátricas.

Hay quienes consideran que abordar a un adolescente en riesgo de suicidio sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, puede ser peligroso. Esto no es cierto, si el sentido común nos hace asumir los siguientes principios:

- Escuchar con atención.
- Facilitar el desahogo.
- Durante el diálogo con el adolescente se deben utilizar frases cortas que les sirvan para continuar exponiendo sus dificultades, como por ejemplo: “me imagino”, “entiendo”, “es lógico”, “no es para menos”, “claro está”, “te comprendo”. Estas frases además de facilitar la expresividad le hará sentir que le comprendemos y tomamos en serio.
- Reformular lo que nos ha dicho, haciendo breves resúmenes que le ratifiquen nuestra capacidad de escucha atenta y genuina de sus dificultades.
- Preguntar siempre sobre la presencia de ideas suicidas.

- Ayudar al adolescente a que él descubra otras alternativas que no sea la autodestrucción, sin confiar en aquellas que no pueda realizar inmediatamente. Por ejemplo: “voy a irme de la casa” (sin tener otro lugar adonde ir), “me voy a olvidar de él” (como si la memoria fuera una pizarra que se puede borrar en un momento y no dejar huellas de lo escrito).
- No dejar nunca a solas a la persona en crisis suicida y hacer todos los esfuerzos por atraerla a los profesionales de la salud.

Si estas premisas son utilizadas por el llamado sentido común, un gran número de los adolescentes que hoy intentan el suicidio o se suicidan, no lo harían.

Otra probabilidad de abordaje del adolescente que ha realizado un intento de suicidio es preguntar: “¿Para qué usted intentó contra su vida?”, con lo cual se puede determinar el significado del acto suicida del adolescente y hacer una interpretación racional de dicho significado. En ocasiones, el intento de suicidio ha sido realizado para agredir a otros y en esos casos le invitamos a reflexionar sobre las ventajas que la agresividad tiene en determinadas situaciones, como por ejemplo, los deportistas de disciplinas de combate, como el judo, el pugilismo, la lucha en sus diversas modalidades, kárate, etc., pero no en otras, como lo son las relaciones familiares. Si se trata de una tentativa de suicidio por miedo, hay que analizar que esta emoción es muy normal ante situaciones específicas, que lo experimentan la mayor parte de los individuos, pero también puede ser una emoción muy personal, porque solamente lo manifiestan determinados sujetos ante situaciones que habitualmente no provocan temor en la mayoría de la población.

Si el intento suicida se realiza para morir, no es aconsejable reflexionar acerca de las supuestas bondades y ventajas que nos depara la vida, porque eso es, precisamente, lo que el adolescente no percibe. Este significado – el de morir– es el que entraña mayor peligro para la vida del

adolescente, por lo cual se debe tratar de que sea evaluado, en el más breve tiempo posible, por un especialista en Psiquiatría Infanto-juvenil.

Cualquiera de las técnicas para abordar el adolescente con riesgo de suicidio que se han ofrecido al lector, pueden tener similares resultados, siempre que usted escoja aquellas que más se adapten a sus características personales, que le sea de más fácil aplicación y en la que usted se sienta más cómodo y auténtico.

Hasta aquí se han expuesto los factores de riesgo suicida del adolescente, las situaciones que incrementan dicho riesgo, las enfermedades que lo pueden conllevar y diversas técnicas para abordar la crisis suicida en esta etapa de la vida. Pasemos a brindar los factores protectores de la conducta suicida, los que deben ser desarrollados desde la infancia y en la adolescencia por el padre, la madre, y otras figuras significativas en el hogar y por los maestros y profesores, así como todos los que tengan la responsabilidad de educarlos y conformarles una personalidad con características antisuicidales.

Factores protectores del comportamiento suicida

Entre los factores protectores del suicidio se encuentran los siguientes:

1. Poseer habilidades sociales que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la escuela y la comunidad de forma positiva
2. Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado destacando sus éxitos, sacando experiencias positivas de los fracasos, no humillarlos ni crearles sentimientos de inseguridad.

3. Tener habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo a sus posibilidades, lo cual les evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasará, reservando las energías para abordar aquellas empresas en las que salga triunfador.
4. Tener capacidad de autocontrol sobre su propio “des-tino”, como dijera el poeta chileno Pablo Neruda, cuando expresó: “Tú eres el resultado de ti mismo”.
5. Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
6. Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
7. Tener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
8. Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
9. Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el padre, los abuelos, otros familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.
10. Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
11. Ser receptivo a las experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento.
12. Ser receptivo ante las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
13. Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
14. Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, maestros y otras figuras significativas.
15. Tener apoyo de los familiares y sentir que se le ama, se le acepta y apoya.
16. Lograr una auténtica identidad cultural.

17. Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
18. Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.)
19. Aprender a posponer las gratificaciones inmediatas por aquellas a largo plazo que arrojen resultados duraderos.
20. Desarrollar una variedad de intereses extra hogareños que le permitan equilibrar las dificultades en el hogar si las tuviera.
21. Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas u otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

A estos factores habría que añadir la capacidad para hacer utilización de las fuentes que brindan salud mental, como las consultas de consejería, de psicología o psiquiatría, las unidades de intervención en crisis, los servicios médicos de urgencia, los médicos de la familia, agencias de voluntarios en la prevención del suicidio, etc. Se debe educar a los adolescentes en el aprovechamiento de la fuentes de salud mental existentes en la comunidad, cuándo hacer uso de ellas, qué beneficios se pueden obtener, qué servicios o posibilidades terapéuticas se les puede brindar y favorecer con ello que se haga un uso racional de las mismas.

En esta propia vertiente se debe comenzar un sistemático esfuerzo para educar a los adolescentes en la tolerancia hacia los enfermos mentales y la aceptación de la enfermedad mental como un tipo de trastorno similar a otras afecciones crónicas no transmisibles, evitando la estigmatización y las actitudes de rechazo hacia quienes las padecen, lo cual incrementará las probabilidades futuras de aceptarlas en caso de padecerlas y buscar ayuda para recibir tratamiento especializado, disminuyendo las posibilidades de cometer suicidio si se tiene en consideración que padecer una enfermedad mental es un factor de riesgo suicida comprobado, y si no se la trata, peor aún.

Se puede contribuir a modificar las actitudes peyorativas hacia los enfermos mentales evitando utilizar calificativos tales como “anormales”, “tarados”, “locos”, y modificando las interpretaciones del sufrimiento emocional al considerarlo como una “cobardía”, “una incapacidad”, “una blandenguería” y otras calificaciones que inhiben las posibilidades de buscar apoyo en quienes las padezcan. (Gallego, 2009)

Capítulo tres: Diagnóstico o análisis

Matriz DOFA

Debilidades.

- Falta de experiencia y de conocimiento en el tema por parte de los realizadores del proyecto.
- Falta de tiempo por las practicas estudiantiles de los desarrolladores del proyecto.
- Dificultad para acceder a la población requerida ya que son jóvenes que en muchos casos sienten desconfianza o timidez para hablar de este tema.

Oportunidades.

- La posibilidad de adquirir nuevos conocimientos y experiencia para el desarrollo de próximos proyectos.
- Mejorar las Destrezas ante cualquier posible caso de suicidio pudiendo así tener un mejor reconocimiento del posible suicida y al mismo tiempo una mejor intervención.
- La posibilidad de abrir un espacio en algunas instituciones educativas de la comuna 16 de Medellín para tocar este tema con los jóvenes de la comunidad ya que es tan importante.

Fortalezas

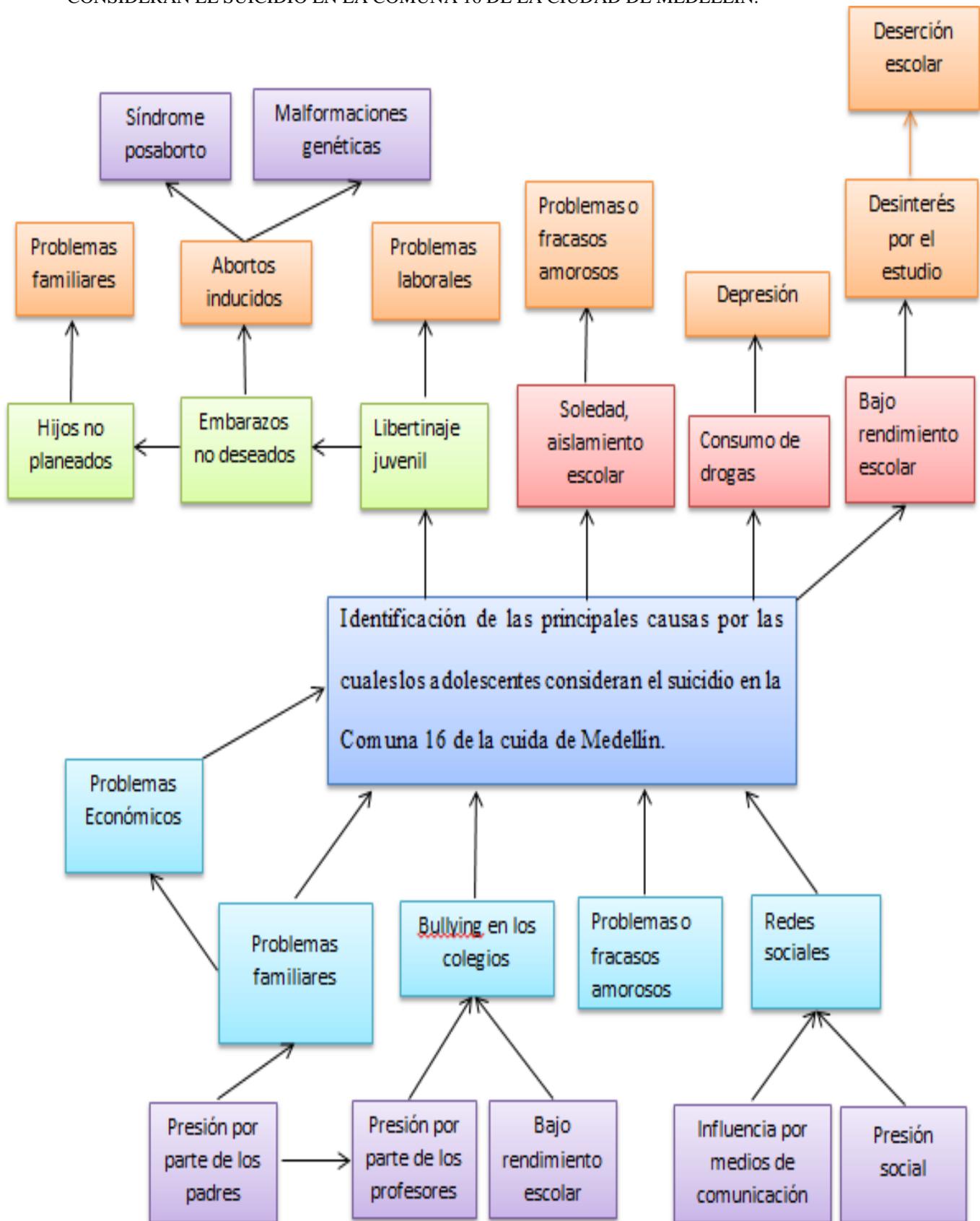
- Se cuenta con un asesor quien es profesional en el área de la salud mental, lo cual facilita el desarrollo de la investigación y el análisis de los resultados.
- El trabajo en grupo fue un elemento fundamental para el correcto desarrollo del proyecto, ya que facilitó el buen uso del tiempo y agilizó las tareas asignadas para lograr los objetivos.

- Las instituciones educativas a las que se tuvo acceso contaban con una cantidad grande de estudiantes lo cual permite obtener una muestra significativa de la población.

Amenazas.

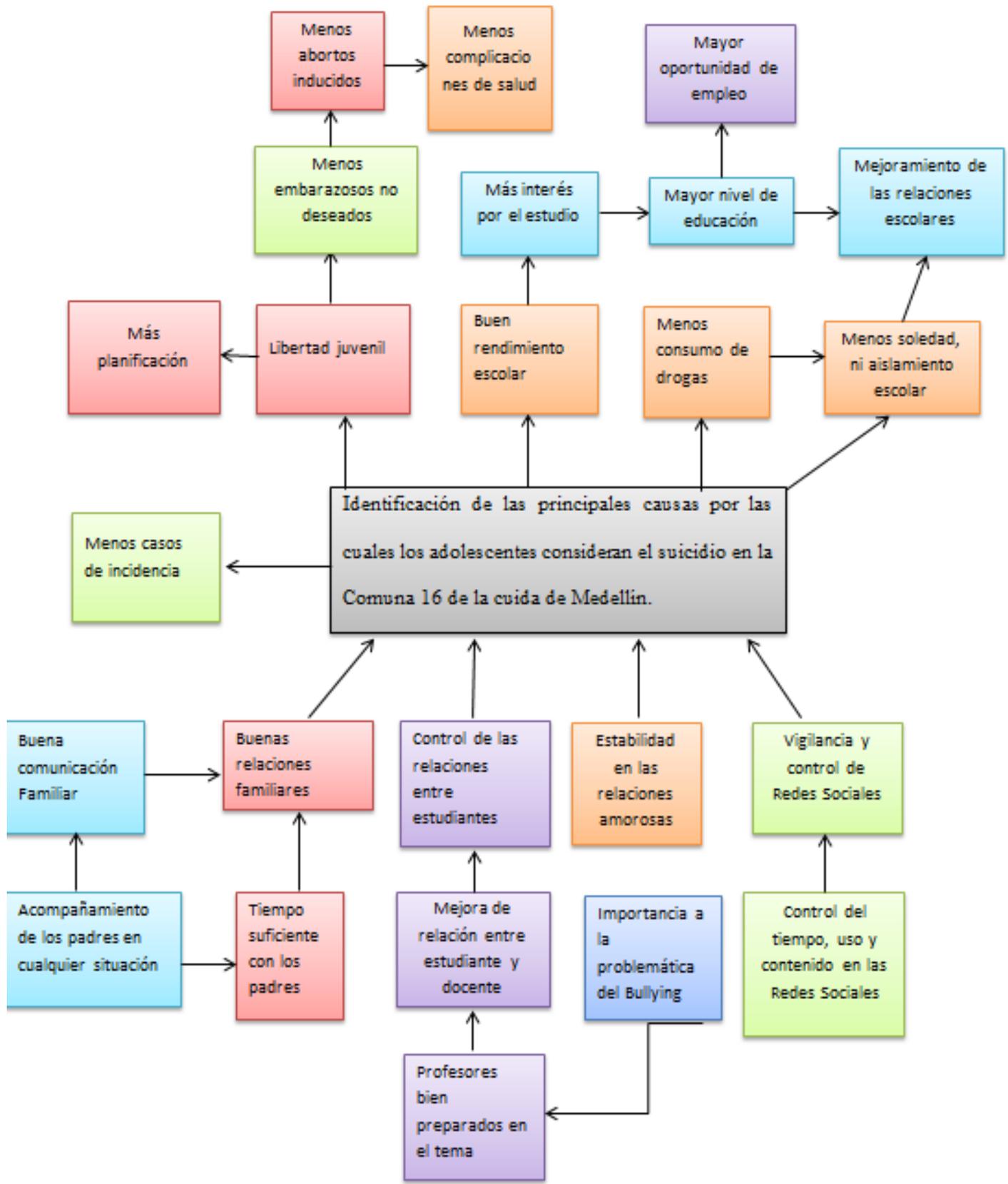
- Se contó con poco tiempo para desarrollar la investigación dada la población y lo complejo del tema como tal.
- Poca colaboración de las instituciones educativas ya que al momento de solicitar permiso para realizar las encuestas la gran mayoría respondieron negativamente, en otros casos no se logró tener contacto con la persona encargada.
- Datos erróneos por parte de los estudiantes al momento de responder las encuestas, algunos no le dieron la importancia suficiente y otros tal vez temían o sentían vergüenza de responder sinceramente.
- El margen de error en la tabulación dada la cantidad de información obtenida y el hecho de hacerlo manualmente.
- Pérdida de la información en los aparatos electrónicos como computadoras, tabletas y USB.

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.



Gráfica 16: Árbol de problemas causa-efecto

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.



Gráfica 17: Árbol de objetivos medios-fines

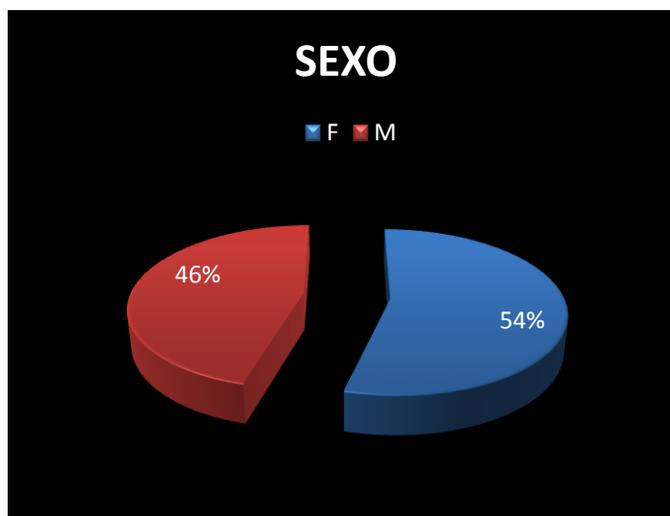
Análisis de resultados

Análisis cuantitativo.

Tabla 2. Factores de riesgo para el suicidio en adolescentes.

FACTORES DE RIESGO PARA EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES	
FACTOR DE RIESGO	RESULTADO
Soledad	73%
Influencia de los medios de comunicación.	61%
Ideación suicida	42%
Problemas familiares	34%
Problemas sentimentales	27%
Exigencia en la educación	16%
Dificultades académicas	14%
Contacto cercano con suicidas	11%
Depresión	7%
Problema económicos	6%

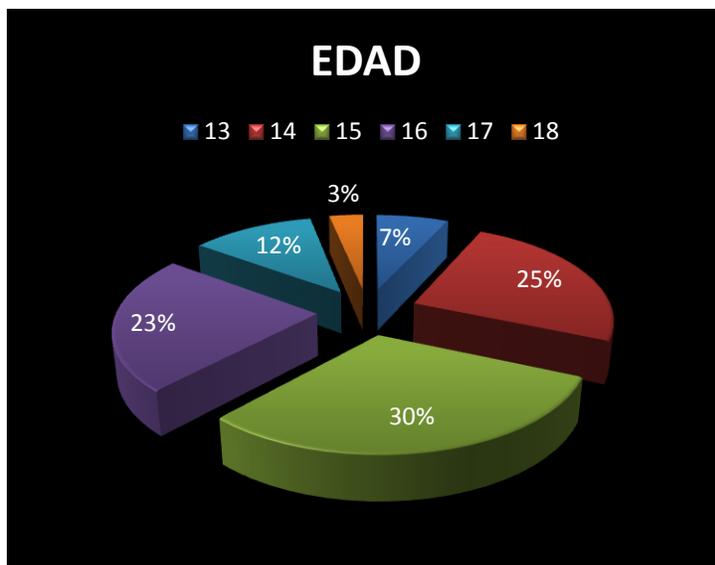
Género de los adolescentes encuestados.



Gráfica 18: Porcentaje según género de los encuestados.

Como se puede evidenciar en la gráfica observada; la población encuestada se divide en porcentajes muy similares, Presentando un aumento poco significativo en la población femenina, En donde se puede observar un 60% Femenino, y un 40% Masculino. La razón principal para que se de esta diferencias, es que demográficamente existe mayor porcentaje de mujeres en los planteles educativos.

Gráfica 19. Edad de los adolescentes encuestados



Gráfica 19: Porcentaje según la edad de los encuestados.

Como se puede observar en la gráfica, el porcentaje más alto según la edad de los encuestados, es la de 15 años, esto se puede explicar por los grados en los cuales fue aplicada la encuesta; seguidos de la población de 16 y 14 años.

En esta gráfica se observa que un alto porcentaje (73%) de los jóvenes siente que la soledad y falta de atención por parte de sus tutores es un factor determinante para tomar la decisión de suicidarse, las ocupaciones del diario vivir hacen que los padres descuiden a sus hijos y no les dediquen el tiempo necesario en esa etapa tan vital de sus vidas, dejándole esta tarea a otros entes, como las instituciones educativas o medios externos, en donde ciertos medios de información, como la internet se encarga de tergiversar los datos que se le muestran al público y a su vez los padres no controlan el acceso a este.

Como se puede observar en la gráfica, el porcentaje más alto según la edad de los encuestados, es la de 15 años, esto se puede explicar por los grados en los cuales fue aplicada la encuesta; seguidos de la población de 16 y 14 años.

Pregunta 1. Analiza si la soledad es un factor de riesgo para el suicidio en adolescentes



Gráfica 20: ¿Cree que los jóvenes actualmente se sienten solos y desprotegidos y por eso desean suicidarse?

En esta gráfica se observa que un alto porcentaje (73%) de los jóvenes siente que la soledad y falta de atención por parte de sus tutores es un factor determinante para tomar la decisión de suicidarse, las ocupaciones del diario vivir hacen que los padres descuiden a sus hijos y nos les dediquen el tiempo necesario en esa etapa tan vital de sus vidas, dejándole esta tarea a otros entes, como las instituciones educativas o medios externos, en donde ciertos medios de información, como la internet se encarga de tergiversar los datos que se le muestran al público y a su vez los padres no controlan el acceso a este.

Pregunta 2. Analiza si las dificultades académicas pueden ser un factor de riesgo para el suicidio en adolescentes.



Gráfica 21: ¿Has tenido problemas académicos que te han llevado a pensar en el suicidio?

Como se puede observar, la carga académica que tienen los jóvenes encuestados no es un riesgo o factor predisponente para llevarlos a pensar en el suicidio como una opción, se puede

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES
CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

91

deducir que este tema es bien tolerado por los adolescentes y no genera una gran preocupación en su cotidianidad, tan solo un 14% considera que los problemas académicos son tan difíciles de afrontar que podrían llevarlos a pensar en suicidarse.

Pregunta 3. Analiza la influencia de los medios de comunicación sobre el suicidio en adolescentes.



Gráfica 22: ¿Cree usted que los medios de comunicación como el internet, la televisión, etc., pueden influir en el deseo o la idea de quitarse la vida?

Un poco más de la mitad de los encuestados piensan que los medios de comunicación son un factor de riesgo para el suicidio, sin embargo un gran porcentaje (39%) no lo considera así, tal vez por el gusto que sienten hacia estos, ya que allí han encontrado información que ni en sus hogares ni en sus colegios han recibido, además de esto no han conocido otras fuentes confiables; entre las principales consecuencias, que puede tener el uso y abuso indiscriminado de herramientas como la internet, en donde las redes sociales han generado muchos de los conflictos que se presentan hoy en los jóvenes, se reitera la falta de control por parte de los padres de familia en cuanto al uso de estas herramientas.

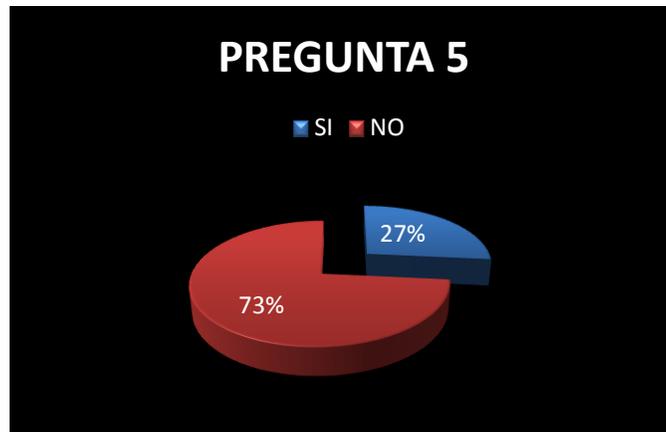
Pregunta 4. Analiza si la educación que reciben los jóvenes puede ser un factor de riesgo para el suicidio.



Gráfica 23: ¿Cree usted que la educación que se le da a los jóvenes les exige a tal punto de llevarlos al suicidio?

Lo que se puede evidenciar en la gráfica, es que de los jóvenes encuestados un 84%, no consideran que la educación sea un factor determinante en la decisión de llevarlos al suicidio, un porcentaje del 16% considera que la educación si influye en alguna medida en la decisión de acceder al suicidio. Por lo cual se puede concluir que la educación, para los encuestados la educación actual no es determinante, ni incluye factores de presión, o modales, que sean el principal factor en el momento de tomar esta decisión.

Pregunta 5. Analiza si los problemas sentimentales pueden ser un factor de riesgo para el suicidio en adolescentes.



Gráfica 24: ¿Has tenido problemas sentimentales que te han llevado a pensar en el suicidio?

Como se observa en la gráfica, un porcentaje muy significativo respondió que no, con un 73%, lo cual demuestra, que esta población, por el rango de edad en el que se aplicó, no considera este tipo de problemáticas como decisivos para este tipo de respuesta; o por otra parte, no han llegado a tener relaciones sentimentales a un nivel que los afecte de tal forma; además es importante tener en cuenta, que en varias ocasiones las personas, prefieren no aceptar o contar, si en alguna ocasión consideraron o pensaron en el suicidio como una opción, por temor a la evaluación y la crítica externa. Por otra parte, se puede observar como un porcentaje menor, pero aun significativo, 27%, respondió que si había considerado el suicidio como una opción, lo cual aunque es mas poco, aun se presenta como un porcentaje alarmante en esta población, y más debido a lo jóvenes que son.

Lo cual respalda la idea, que origino este proyecto, sobre el creciente porcentaje en jóvenes que han considerado el suicidio como una salida a sus problemas.

Pregunta 6. Analiza si los jóvenes consideran el suicidio como una solución a sus dificultades.



Gráfica 25: ¿Cree usted que la salida más correcta a una depresión es el suicidio?

Como se puede observar en la anterior gráfica, el porcentaje que considera que el suicidio si es la salida más correcta es mínimo con un 7%, lo cual brinda un alivio relativo frente a esta problemática; porque la mayoría de las personas encuestados con un 93%, opino que no es la salida. Lo cual se puede interpretar, como, que esta población, tiene otros recursos como manejar los episodios de depresión o por el contrario, no han experimentado depresión, ni periodos de la misma.

Estos resultados confirman lo que se puede observar en la bibliografía, donde se evidencia que no toda persona depresiva, es un suicida en potencia. Ya que existen otras causas con mayores porcentajes para que las personas consideren o accedan al mismo.

Pregunta 7. Analiza si los adolescentes encuestados han tenido el suicidio como una opción en algún momento de sus vidas.



Gráfica 26: ¿Alguna vez ha considerado en suicidarse?

Como se puede observar en la gráfica, el porcentaje de personas que respondió si alguna vez había considerado el suicidio es de 42%, lo cual es una cifra alarmante, ya que es casi la mitad de la población encuestada; lo cual respalda y evidencia la idea que origino este proyecto; de que los jóvenes y adolescentes están accediendo más al suicidio como respuesta a diversos problemas de lo que lo hacían en el pasado y según las estadísticas epidemiológicas, se puede observar una constante en aumento. Por otra parte, la población que respondió que no, con un 58%, aunque un poco más alta que la anterior, también es una población en riesgo, y que presenta un alto grado de vulnerabilidad. Además como en otras preguntas, se pudo observar el temor en el momento de responder, ya sea por la crítica externa o por ser juzgados al considerarlo; por lo cual existe un margen de error sobre este porcentaje de encuestados.

Pregunta 8. Analiza si los jóvenes encuestados han tenido contacto cercano con un suicida.



Gráfica 27: ¿Alguien de importancia en su vida se suicidó?

Como se puede observar en la gráfica, un porcentaje poco significativo, conoce o ha conocido, a alguien que se ha suicidado, con un porcentaje de 89%, y un 11% respondió si haber conocido a alguien que lo había hecho; lo que más preocupa frente a esta respuesta, fue los rangos de edad de las personas que lo habían hecho, que iba desde los 13 hasta los 40 años; con mayor predominancia de los 16 a los 30 años, Lo cual demuestra lo que se ha venido diciendo, sobre la población del adulto joven y el adolescente, como más vulnerable frente a esta problemática.

Por otra parte es importante, tener en cuenta que las personas que han conocido a alguien, tienen un modelo, o un ejemplo más fuerte para repetir o tomar esa misma decisión; lo cual es algo que pone en mayor riesgo a este porcentaje de personas encuestadas.

Pregunta 9. Analiza si los jóvenes encuestados han tenido alguna ideación suicida.



Gráfica 28: ¿Alguna vez has tenido tantos problemas y te has sentido tan abrumado que has deseado: “que la tierra se abra y te trague, o quisiera desaparecer hasta que todo cambie y mejore”?

Como se puede observar en la gráfica, la mayoría de la población encuestada se ha sentido abrumado a tal nivel, de querer desaparecer, lo cual demuestra una clara ideación suicida por parte de los jóvenes y lo que se pudo observar en el momento de hacer la tabulación, es que la mayoría de las personas que pensaban mucho en esta idea, era la población femenina, lo cual evidencia, que las mujeres lo piensan más, pero los hombres lo ejecutan más.

Lamentablemente el considerar la idea de “desaparecer”, como una opción, ya no es solamente una idea, un gran porcentaje de personas lo está realizando, al sentirse tan desesperada y sin ayuda, que no ven otra opción para sus problemas.

Pregunta 10. Analiza si los jóvenes encuestados han tenido alguna ideación suicida.



Gráfica 29: ¿Alguna vez te ha pasado por la mente alguna de las siguientes expresiones: “la vida no merece vivirla”, “lo que quisiera es morirme” o “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto”?

Analizando el resultado de esta pregunta, se observa que aunque no hay una gran diferencia entre los porcentajes, la mayoría de los jóvenes ha tenido en algún momento de su vida una ideación suicida fundamentada en el pensamiento de querer morir tal vez por sentirse agobiados por alguna de las variables antes analizadas, en este punto es importante hacer énfasis dado que desde allí puede comenzarse a formar no solo la idea sino también el acto suicida como tal.

Pregunta 11. Analiza si los problemas familiares son un factor de riesgo para el suicidio en adolescentes.



Gráfica 30: ¿Has tenido problemas familiares que te han llevado a pensar en el suicidio?

La problemática familiar es un componente muy importante e influyente en la ideación suicida en los jóvenes, se observa que un 66% de los encuestados ha sentido que los problemas familiares lo abruman a tal punto de que encuentran en el suicidio una salida, generalmente estos chicos se sienten poco amados, piensan en su existencia como una carga para la familia y reciben poca atención de parte de ellos, ello genera una baja autoestima e inseguridad lo que los hace más vulnerables.

Pregunta 12. Evalúa si las dificultades económicas generan un factor de riesgo para el suicidio en adolescentes.



Gráfica 31: ¿Has tenido problemas económicos que te han llevado a pensar en el suicidio?

En este sentido se aprecia que los jóvenes no sienten gran preocupación por la situación económica por la cual atraviesa su familia, lo cual es lo más adecuado ya que a su edad no tendrían por qué cargar con dicha responsabilidad que le compete a los adultos responsables del núcleo familiar, sin embargo un 6% de los jóvenes si siente esta preocupación y aunque no es una cifra muy significativa demuestra que esta situación puede llegar a afectarlos de manera negativa.

Análisis cualitativo

Pregunta 13. ¿Cuáles consideras que son las principales razones que llevan a los jóvenes al suicidio? Estos jóvenes también resaltaron que los motivos que llevan a considerar como salida el suicidio son principalmente sentimentales, familiares, la falta de atención por parte de los padres, depresión, baja autoestima y por bullying.

Pregunta 14. ¿Por qué crees que la mayoría de jóvenes no acuden a las personas adecuadas cuando pasa la idea de suicidio por su cabeza? Estos adolescentes consideran que para ellos no es de importancia la opinión de segundas personas en su ideación suicida, así mismo consideran recurrente la omisión de asesoramiento de los adolescentes por temor a que sean discriminados o maltratados de cualquier manera.

Pregunta 15. ¿Has considerado alguna vez suicidarte, por qué? Se pudo observar que los adolescentes de la comuna 16, en las edades de los 13 a los 17 años en su mayoría han considerado alguna vez suicidarse, manifestando diferentes motivos como: problemas de diferente índole, baja autoestima y estrés entre otros. También hubo otras manifestaciones como: nunca haber pensado en esto puesto que piensan que la vida es bella y todo tiene solución.

Pregunta 16. ¿La depresión puede llevar al suicidio? ¿Por qué? De igual forma, se pudo evidenciar que la depresión es un factor causante de ideación suicida, debido a que por estrés, aburrimiento y baja autoestima, los adolescentes encuentran como única salida a sus problemas el suicidio.

Pregunta 17. ¿Cómo se puede conocer si un amigo está pensando en el suicidio? Es de gran importancia conocer las sintomatologías tanto físicas como conductuales que presenta un adolescente con ideación suicida, estas son reconocida por los adolescentes de la comuna 16 como

los cambios de personalidad o de comportamiento de su compañero, manifestaciones verbalizadas del pensamiento suicida y el cambio negativo en su estado de ánimo.

Pregunta 18. ¿El comportamiento de los padres influye en el suicidio de los hijos? ¿Por qué?

Los encuestados manifestaron que ese comportamiento sí influye demasiado sobre la conducta suicida, ya que la sobreprotección, mala comunicación, algunas veces por el maltrato entre otras, fueron los motivos que estos manifestaron como agobiantes.

Pregunta 19. ¿Quiénes consideran que se suicidan más, los hombres o las mujeres? Estos señalaron que las mujeres tienen mayor vulnerabilidad frente al suicidio y las determinan como principal precipitantes para los intentos de suicidio, estos agregaron que estas son más susceptibles por su parte sentimental y emocional.

Pregunta 20. ¿Cuáles son las formas de suicidio que conoces? Dijeron que se conocen miles de formas para llevar a cabo el suicidio pero que entre las más comunes o las que ellos más conocían están las siguientes: "ahorcarse, intoxicación (medicamentos o venenos), lanzarse desde una altura considerable, arrojarse a un vehículo o con armas blancas.

Pregunta 21. ¿Por qué cree usted que los adolescentes se suicidan? Ellos añadieron que las causas más comunes a este acto se debe a: "problemas entre los que cabe resaltar los familiares y sentimentales, la soledad y la depresión debido a que en sus entornos no se preocupan por saber que sucede con ellos, ni mucho menos les brindan confianza para que estos puedan acercarse para que los orienten o les puedan dar apoyo.

Capítulo cuatro: Diseño metodológico

Alcance del proyecto

Con la ejecución de este proyecto de investigación se beneficiará a la población estudiantil de la comuna 16 de la ciudad de Medellín. Este proyecto de investigación y de carácter educativo, tiene como finalidad: identificar, prevenir y crear conciencia a la población de las posibles causas de suicidio que llevan a los adolescentes a tomar determinada Decisión, teniendo en cuenta que esto es un problema de salud pública que compete a todos, además de esto, se pretende entregar este estudio a la comunidad educativa de dicha comuna con el objetivo que se difunda y se evalúe los resultados para que, de este modo se evidencie la necesidad de una intervención psicosocial y además ofrecer unos lineamientos, los cuales, puedan servir en el momento de la intervención y prevención de esta problemática, de manera real y asertiva en los jóvenes de las instituciones educativas; generando de este modo un impacto en la comunidad, encaminada a solucionar o minimizarla de forma integral, para que de esta manera se le pueda dar la importancia necesaria a este asunto y no se ignore como en algunas ocasiones sucede por ignorancia acerca del tema.

Metodología del proyecto

Para el desarrollo de este proyecto de investigación, se tomó como población los adolescentes en edades entre los 13 y 18 años de edad (tanto hombres como mujeres) escolarizados del núcleo 935 de la Comuna 16, de estratos 2, 3 y 4 ya que son los que más prevalecen en la comunidad, para un total de 3551 estudiantes de los cuales 661 fueron encuestados. A esta muestra se le realizó una encuesta de carácter anónimo, la cual constaba de 12 preguntas cerradas (si-no) y 9 preguntas abiertas e información sobre edad y género. Previo a la aplicación de la encuesta, se envió una carta a los rectores de los planteles educativos solicitando el respectivo permiso para realizar dichas encuestas, se obtuvo permiso en 2 instituciones en las cuales se realizaron un total de 552 encuestas, las 109 restantes se realizaron a estudiantes de otros colegios por fuera de la institución, sin embargo de las 661 encuestas obtenidas 163 fueron invalidadas por tener respuestas incompletas o por no tener datos de edad o género.

Tabla 2: Plan de trabajo.

Objetivo específico o meta	Actividades	Fecha de inicio de la actividad	Fecha de culminación de la actividad	Persona responsable
Determinar las preguntas para la encuesta a realizar.	Formulación de preguntas	10/03/2014	12/03/2014	Yuliana Estrada Jean Uribe
Obtener información de la cantidad de estudiantes entre los grados 6 a 11	Visita a los jefes de núcleo de la comuna 16	20/03/2014	21/03/2014	Yuliana Estrada

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES
CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

105

Obtener el permiso en las instituciones educativas para realizar la encuesta	Visitas a los colegios y entrega de cartas	25/03/2014	01/04/2014	Yuliana Estrada Jean Uribe José Valencia
Realizar encuestas para obtener datos	Aplicación de encuestas en los colegios	01/04/2014	11/04/2014	Yuliana Estrada Jean Uribe José Valencia
Recolección de la información obtenida tras las encuestas	Tabulación de los resultados obtenidos	12/04/2014	25/04/2014	Yuliana Estrada Jean Uribe José Valencia
Análisis de resultados	Analizar los resultados obtenidos a partir de las encuestas aplicadas	26/04/2014	09/05/2014	Yuliana Estrada Jean Uribe José Valencia
Compilar toda la información en el trabajo escrito	Editar toda la información para obtener como producto final el trabajo escrito.	09/05/2014	14/05/2014	Yuliana Estrada Jean Uribe José Valencia
Entrega	Entregar proyecto finalizado	16/05/2014	16/05/2014	Yuliana Estrada Jean Uribe José Valencia

Presupuesto

A continuación se discrimina el presupuesto que se utilizó para este proyecto.

Tabla 3: Presupuesto

Presupuesto	
Descripción	Gastos
CDS	\$ 3.000
Transporte y viáticos	\$ 55.000
Impresión de encuestas	\$ 33.000
Edición de texto	\$ 30.000
Total	\$121.000

Capítulo cinco: Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Realizando una revisión tanto de las respuestas cuantitativas como las cualitativas se observa que hay una latente necesidad de apoyo, acompañamiento, y control hacia los jóvenes por parte de sus tutores o acudientes, en un gran porcentaje los encuestados relatan que se sienten solos, incomprendidos, faltos de afecto y cuidado, esto a su vez va generando en los jóvenes problemas de baja autoestima que los lleva a pensar en el suicidio como una opción. Estos problemas de autoestima e inseguridad se agudizan también con el llamado bullying haciéndolos más vulnerables a este fenómeno que en los últimos años se ha puesto de moda en el país, como factor agravante tenemos el hecho de que ahora el acoso por parte de sus compañeros ahora no es solo físico sino que también se da a través de las redes sociales a las que la mayoría tienen acceso incontrolado con poca información de las consecuencias que esto puede tener.

Para algunos de los encuestados, la falta de comunicación y la poca atención que reciben de sus padres es un factor determinante para pensar en suicidarse, esto además se evidencia en la literatura encontrada respecto al tema en la cual varios autores coinciden en que los padres dedican mucho tiempo al trabajo y a sus asuntos personales descuidando el tiempo que deben dedicar a la formación en valores y principios de sus hijos, esto ha concebido una generación de jóvenes inseguros de sí mismos, con baja autoestima, depresivos, inmaduros, sin una percepción clara de lo que significa ser responsables de las decisiones que toman en su vida y unos padres desinteresados y muchas veces ignorantes en cuanto a este tema, quienes tampoco se han tomado el tiempo de informarse acerca del suicidio con el fin de ofrecer a sus hijos información y formación respecto a esta problemática que día a día va en aumento y se teme que pueda descontrolarse.

Por otro lado problemáticas como la violencia y los conflictos familiares ocasionan en los jóvenes un estado de depresión llevándolos a creer en la idea de que son una carga para su familia, de que su presencia genera un gasto económico más en su hogar, de que no son aceptados ni comprendidos por sus seres queridos, es preocupante el hecho de que muchos menores están cargando a sus espaldas con responsabilidades que no competen a su edad, lo que les impide el normal desarrollo de sus etapa de crecimiento y progreso psicológico durante el cual afianzan las características propias de su personalidad, en otras palabras, muchos de los adolescentes no logran quemar sus etapas de desarrollo y pasan de ser niños a ser un tipo de mini adultos con cargas emocionales que los agobian emocionalmente

Otra de las evidencias que arroja las encuestas es la desinformación que tienen los jóvenes respecto al suicidio, cuando se les pregunta acerca de las formas de suicidio que conocen las respuestas son las más comunes, lanzarse al vacío, heridas con arma blanca o armas de fuego e intoxicaciones, se puede deducir que lo que conocen es lo que generalmente se dice en los medios de comunicación o lo que comenta la gente, de igual manera no hay claridad en cuanto a las razones por las que un joven puede decidir suicidarse, las respuestas no son claras, por tal motivo queda al descubierto la desinformación que tienen los adolescentes frente al tema lo que los lleva a tomar esta decisión ya sea por influencia puede ser de los medios de comunicación, redes sociales o “modas”. Hay también un vacío grande en cuanto a la intervención que se realiza en las instituciones educativas, pese a que este tema debería está claro desde el hogar sería importante también que estas proporcionaran a los estudiantes algún tipo de educación al respecto, una de las muestras de esto fue el poco interés de las instituciones educativas al momento de solicitar el permiso para la realizar las encuestas a sus estudiantes, la gran mayoría

de las instituciones respondieron con un no a pesar de saber que este tema cada vez toma más fuerza y se convierte en un problema de salud pública.

Recomendaciones

Es importante como Tecnólogos en Atención Prehospitalaria, investigar más a fondo acerca del tema y asesorarnos mejor en cuanto a su manejo, ya que muchas personas en el área de la salud no saben o no tienen claro cuál es el abordaje ni el manejo en caso de enfrentarse a un paciente con ideación suicida o suicida como tal.

Una de las estrategias sugeridas en este proyecto es la de entablar una buena relación con estos adolescentes, de tal modo que se logre obtener un buen nivel de confianza para que en los momentos en los cuales lleguen a pensar en el suicidio como una solución a sus dificultades tengan también la idea de acudir al personal adecuado y poder así brindarles una buena orientación.

De igual manera se le hace un llamado a los padres de familia y acudientes para que reflexionen acerca del tiempo y el acompañamiento que están brindando a los jóvenes ya que se considera que es fundamental brindarles información de calidad, una buena compañía y demostrarles que ellos no están solos y que cuentan con un respaldo en cualquier momento, sin importar la situación por la cual se está atravesando. Esto llevara a afianzar su autoestima y mejorar su autoconfianza disminuyendo la vulnerabilidad frente al suicidio.

Promover y mejorar la capacidad de identificación de personas con riesgo suicida, bien sea en los centros educativos o en los diferentes hogares, teniendo siempre presente los problemas de salud ya sean físicos o psíquicos de estas personas con ideación suicida es otra de las herramientas importantes en cuanto a la disminución de la vulnerabilidad frente al suicidio.

El diálogo es algo muy importante, comprender que un docente no está solo en el proceso de comunicación, y que el aprender a lograr una buena comunicación es fundamental. El diálogo debe ser creado y adaptado a, cada situación, este implica siempre el reconocimiento de la identidad de los niños y adolescentes y también su necesidad de ayuda.

Una rápida intervención, con argumentos y decisión, (por ej. conducir al joven suicida a un médico general, un psiquiatra infantil o un centro de emergencia), puede salvar una vida.

Bibliografía

Alba, L. H. (2010). Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Arango, P. E., Galvis, Y. T., Vélez, L. P., Solís, M. V., & Álzate, F. A. (2010). Familia y prevalencia de depresión e ideación suicida en niños y adolescentes. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana.

Corporación Ser Especial. (2009). *¿Des-medidos?* Medellín: Corporación Ser Especial.

Correa, A. M. (07 de Abril de 2014). *Elespectador.com*. Recuperado el 10 de Abril de 2014, de <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/suicidio-ronda-los-colegios-articulo-485547>

Erika Patricia Chamorro Rodríguez, D. C. (2010). *Estudio Epidemiológico De Las Conductas Suicidas en Estudiantes de Secundaria de la Ciudad de Ipiales*. Recuperado el 19 de Febrero de 2014, de 190.66.7.6:8085/atenea/biblioteca/81946.pdf

Galeano, L. M. (2010). El suicidio como pérdida de sentido en adolescentes de edades entre 15 a 17 años. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigo.

Gallego, L. V. (2009). *El pensamiento suicida en la adolescencia*. Universidad de Deusto.

José Buendía, J. B. (2004). *El suicidio en adolescentes: factores implicados en el comportamiento suicida*. EDITUM.

parra, J. A., Hoyos, F. T., Estrada, J. C., & Sánchez., Y. A. (2010). El suicidio en la pubertad y la adolescencia. Fundación Universitaria Luis Amigo.

Ramírez, L. C., Martínez, G. d., Carlos Justino Novoa Matallana, S., Florez, E. O., &

Balen, M. d. (2010). *Suicidio. Un reto para las comunidades educativas*. Colombia:

Pontificia Universidad Javeriana.

Samper, M. d. (2007). *Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes: un manual para que sus hijos vivan mejor*. Aguilar.

http://suicidioenmedellin2011.blogspot.com/2011/08/blog-post_25.html

<http://m.eltiempo.com/vidadehoy/cada-dos-dias-se-suicida-un-menor-de-edad-en-colombia/7812492/1/home>

<http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/oficina-de-prensa/642-suicidios-de-ninos-ninas-y-adolescentes-en-colombia-durante-2013>

<http://www.elnuevodia.com.co/nuevodia/especiales/generales/169326-lo-que-esconde-el-suicidio-en-ninos-y-adolescentes>

<http://www.medicinalegal.gov.co/index.php/estadisticas/estadisticas>

<http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/inml/Imagenes2013/abril/12-diciembre-2012.pdf>

<http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/CRNV/boletinesmensuales/2011/BOLETINDiciembre2011.pdf>

<http://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf>

<http://www.who.int/topics/suicide/es/>

http://www.who.int/mental_health/prevention/es/

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

<http://www.aeriagames.com/forums/es/viewtopic.php?t=50147>

(José Buendía, 2004)

IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS POR LAS CUALES LOS ADOLESCENTES
CONSIDERAN EL SUICIDIO EN LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

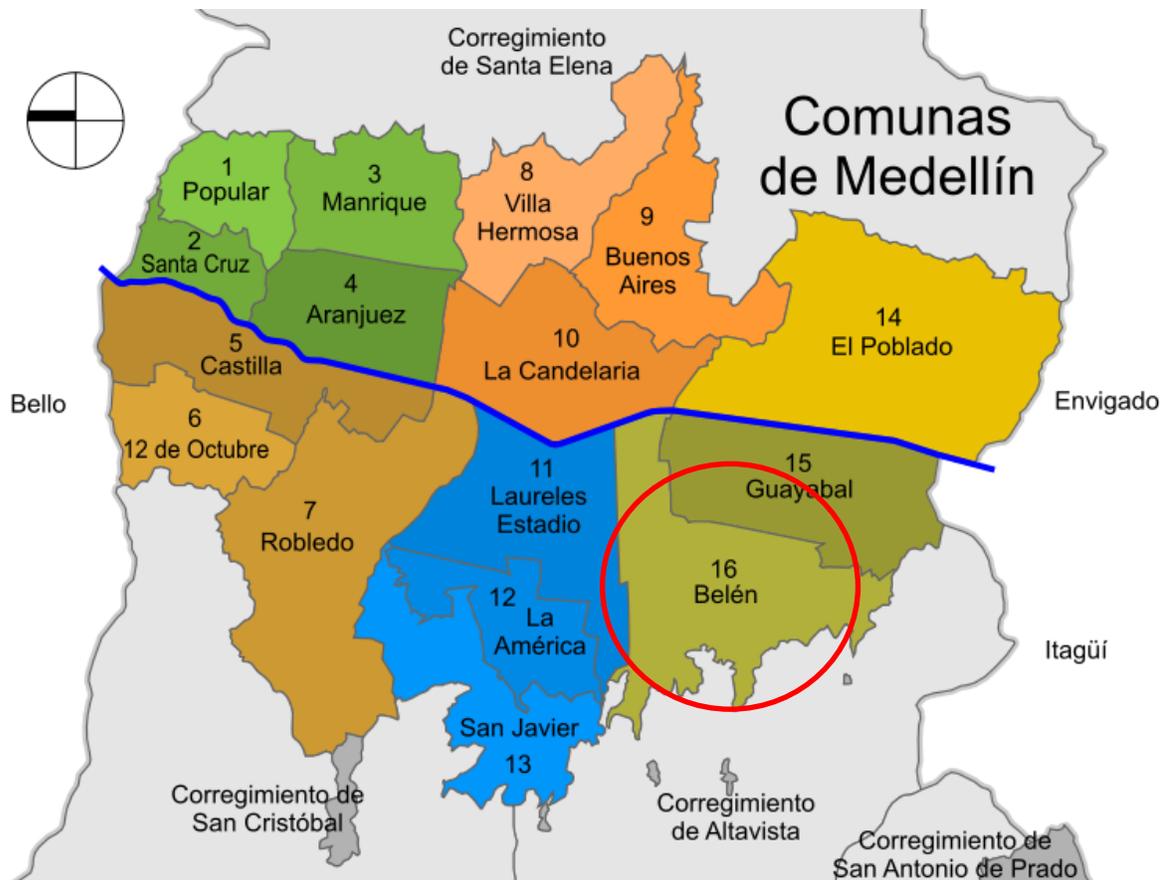
113

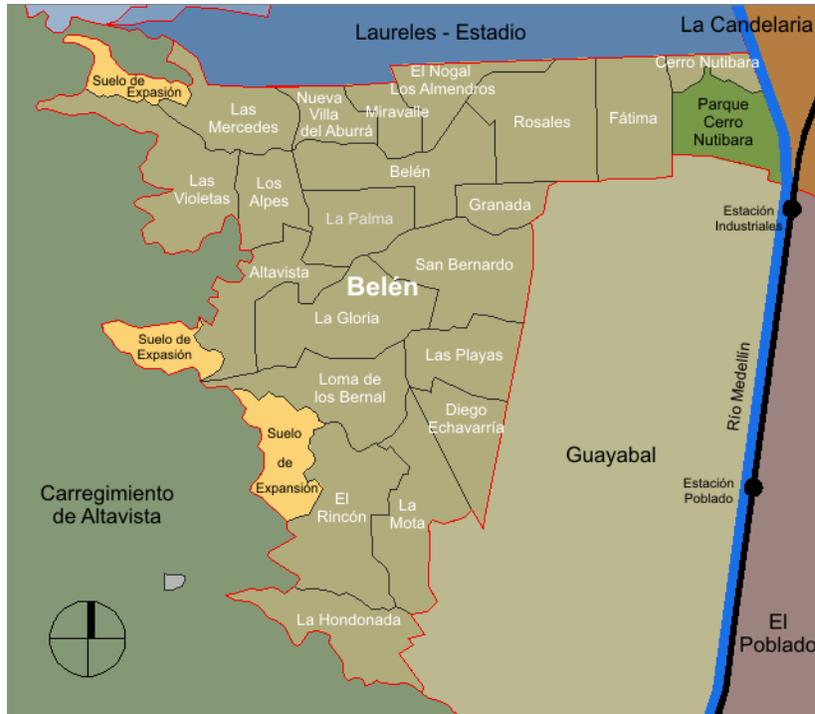
(Corporación Ser Especial, 2009)

(Samper, 2007)

Anexos

Anexo 1. Mapa de la Comuna 16 de Medellín





Anexo 2. Encuesta aplicada

Edad___ Género: M__ F__

RESPONDA SI O NO

1. ¿Cree que los jóvenes actualmente se sienten solos o desprotegidos y por eso desean suicidarse? Sí__ No__
2. ¿Has tenido problemas académicos que te han llevado a pensar en el suicidio? Sí__ No__
3. ¿Cree usted que los medios de comunicación como internet tv etc., pueden influir en el deseo o la idea de quitarse la vida? Sí__ No__
4. ¿Cree usted que la educación que se le da a los jóvenes les exige a tal punto de llevarlos al suicidio? Sí__ No__
5. ¿Has tenido problemas sentimentales que te han llevado a pensar en el suicidio? Sí__ No__
6. ¿Cree usted que la salida más correcta a una depresión es el suicidio? Sí__ No__
7. ¿Alguna vez has pensado en suicidarte? Sí__ No__
8. ¿Alguien de importancia en su vida se suicidó? Sí, que edad tenía esa persona? Sí__ No__
Edad__
9. ¿Alguna vez has tenido tantos problemas y te has sentido tan abrumado que has deseado: "que la tierra se abra y te trague, o quisiera desaparecer hasta que todo cambie y se mejore"? Sí__ No__

10. ¿Alguna vez te ha pasado por la mente alguna de las siguientes expresiones: "la vida no merece la pena vivirla, lo que quisiera es morirme o para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto"?
Sí__ No__
11. ¿Has tenido problemas familiares que te han llevado a pensar en el suicidio? Sí__ No__
12. ¿has tenido problemas económicos que te han llevado a pensar en el suicidio? Sí__ No__

PREGUNTAS DE RESPUESTA LIBRE

1. ¿cuáles consideras que son las principales razones que llevan a los jóvenes al suicidio?

2. ¿Por qué crees, que la mayoría de jóvenes no acuden a las personas adecuadas cuando pasa la idea del suicidio por su cabeza? _____

3. ¿Has considerado alguna vez suicidarte, por qué? _____
4. ¿La depresión puede llevar al suicidio? Por qué? _____

5. ¿Cómo se puede conocer si un amigo está pensando en el suicidio? _____

6. ¿El comportamiento de los padres influye en el suicidio de los hijos? ¿Por qué? _____

7. ¿Quiénes consideran que se suicidan más, los hombres o las mujeres? _____
8. ¿Cuáles son las formas de suicidio que conoces? _____

9. ¿Por qué cree usted que los adolescentes se suicidan? _____



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Medellín ____ - _____ del 2014

Señor _____

Rector (a)
Institución Educativa _____

Cordial Saludo

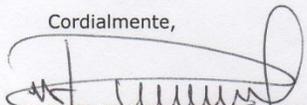
Acorde a la misión de nuestra institución la cual resalta su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y nuestro compromiso como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad, los estudiantes de la Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias , Emergencias y Desastres Yuliana Marcela Estrada Holguín, José Luis Valencia Urueta y Jean Calor Uribe Pedraza, se encuentran realizando un proyecto investigativo acerca de las principales causas por las cuales las cuales los adolescentes están considerando el suicidio como una opción para resolver sus conflictos.

Nos gustaría poder contar con un espacio en su institución para realizar una encuesta de manera anónima y bajo todos los parámetros éticos con el fin de obtener algunos datos básicos sobre este tema que serán fundamentales para el desarrollo de dicho proyecto, de la misma manera ofrecemos nuestro compromiso de compartir con usted los resultados que le darán a su institución un enfoque de la situación actual y la posibilidad de direccionar de manera más eficaz las intervenciones psico-sociales con los jóvenes con el fin de ayudarles a mejorar su proceso de desarrollo cognitivo y así proporcionar unas posibles pautas de intervención frente a esta problemática.

Me despido no sin antes felicitarlo por la gran labor que realiza en su institución en pro del desarrollo y la formación integral de sus estudiantes.

Agradecemos de antemano su atención.

Cordialmente,


JAIR FLOREZ, Coordinador
Tecnología APHUED


JAIRO WILLIAM CASTAÑEDA, Decano
Facultad de Ciencias de la Salud

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>



Núcleo de Desarrollo Educativo 935

Medellín, Marzo 26 de 2014.

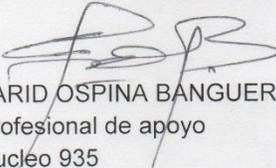
Señores:
RECTORES (AS)
INSTITUCIONES EDUCATIVAS NÚCLEO 935.

ASUNTO: Autorización.

Cordial Saludo.

Me permito presentarle a los jóvenes Jean Carlos Uribe y Yuliana Marcela Estrada Holguin estudiantes del sexto semestre en Atención Prehospitalaria de Urgencias Corporación Universitaria Adventista "con el objetivo de realizar encuestas acerca de las principales causas por la cuales los adolescentes están considerando el suicidio como una opción para resolver sus conflictos".

Por su atención y colaboración mil gracias.


FARID OSPINA BANGUERA
Profesional de apoyo
Núcleo 935



Carrera 77 N 25-67 Belén San Bernardo
Teléfono 3433423
nebelensanbdo@medellin.gov.co

La ciudad más
innovadora del mundo



Alcaldía de Medellín