

CAUSAS SOCIO FAMILIARES PROMUEVEN EN LOS JÓVENES LA INICIATIVA
DE REALIZAR ACTOS DE SUICIDIO, Y LAS CONSECUENCIAS QUE SE
REFLEJAN EN LOS FAMILIARES, POR LA REALIZACIÓN DE TALES ACTOS
EN EL BARRIO LOS COMUNEROS DE POPAYÁN CAUCA AÑO 2018

Autores:

DANIELA CALVACHE

PAOLA ALEJANDRA MARTINEZ

FUNDACION UNIVERSITARIA DE POPAYAN

CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

TRABAJO SOCIAL

POPAYAN – 2019

CAUSAS SOCIO FAMILIARES PROMUEVEN EN LOS JÓVENES LA INICIATIVA
DE REALIZAR ACTOS DE SUICIDIO, Y LAS CONSECUENCIAS QUE SE
REFLEJAN EN LOS FAMILIARES, POR LA REALIZACIÓN DE TALES ACTOS
EN EL BARRIO LOS COMUNEROS DE POPAYÁN CAUCA AÑO 2018

Autores:

DANIELA CALVACHE

PAOLA ALEJANDRA MARTINEZ

Proyecto de grado para optar al título de Trabajadora Social.

FUNDACION UNIVERSITARIA DE POPAYAN

CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

TRABAJO SOCIAL

POPAYAN – 2019

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Popayán, abril de 2019.



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN
35 ANIVERSARIO

NOTA DE ACEPTACIÓN

El presidente del Jurado y los jurados del trabajo denominado “**Qué consecuencias socio familiares promueven en los jóvenes la iniciativa de realizar actos de suicidio y las consecuencias que se reflejan en los familiares, por la realización de tales actos en el barrio los Comuneros de Popayán – Cauca año 2018**”, presentado por la estudiante Laura Daniela Calvache Calvache, una vez revisado el informe final y aprobada la sustentación del mismo, autorizan para que se realicen los trámites concernientes para optar al título de Trabajadora Social.

Firma Presidente de Jurado
René Sirid Fajardo Botina

Firma del Jurado
Francisco Javier Becerra Pérez



Sedes administrativas: Claustro San José Calle 5 No. 8-58 - Los Robles Km 8 vía al sur
Sede Norte del Cauca: Calle 4 No. 10-50 Santander de Quilichao

Popayán, Cauca, Colombia

PBX (57-2) 8320225 | www.fup.edu.co | Fundación Universitaria de Popayán







FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN
35 ANIVERSARIO

NOTA DE ACEPTACIÓN

El presidente del Jurado y los jurados del trabajo denominado “Qué consecuencias socio familiares promueven en los jóvenes la iniciativa de realizar actos de suicidio y las consecuencias que se reflejan en los familiares, por la realización de tales actos en el barrio los Comuneros de Popayán – Cauca año 2018”, presentado por la estudiante Paola Alejandra Martínez Mera, una vez revisado el informe final y aprobada la sustentación del mismo, autorizan para que se realicen los trámites concernientes para optar al título de Trabajadora Social.



Firma Presidente de Jurado
René Sirid Fajardo Botina



Firma del Jurado
Francisco Javier Becerra Pérez



Sedes administrativas: Claustro San José Calle 5 No. 8-58 - Los Robles Km 8 vía al sur
Sede Norte del Cauca: Calle 4 No. 10-50 Santander de Quilichao

Popayán, Cauca, Colombia

PBX (57-2) 8320225 | www.fup.edu.co | Fundación Universitaria de Popayán



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION | 10 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 11 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 12 |
| PREGUNTA PROBLEMA | 13 |
| OBJETIVO | 14 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 14 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICO | 14 |
| MARCO TEÓRICO | 15 |
| TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES | 21 |
| FACTORES DE RIESGO | 21 |
| Factores De Riesgo Distales, | 23 |
| Factores De Riesgo Proximales: | 28 |
| TRANSMISIÓN FAMILIAR DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA. | 30 |
| Transmisión Generacional De Ambientes Familiares Adversos..... | 31 |
| Imitación..... | 32 |
| Duelo Parental..... | 32 |
| Otros Factores Ambientales Y Familiares Que Pueden Interactuar Con El Riesgo Genético En El Comportamiento Suicida | 33 |
| | 33 |
| TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA | 35 |

| | |
|---|-----|
| TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA Y COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES | 41 |
| MARCO LEGAL | 58 |
| PROCESO METODOLOGICO | 62 |
| TECNICAS E INSTRUMENTOS..... | 65 |
| RESULTADOS ESTADISTICOS | 65 |
| TABULACIÓN SOBRE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES..... | 65 |
| ANALISIS DE RESULTADOS..... | 96 |
| CONCLUSIONES | 98 |
| RECOMENDACIONES..... | 100 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 102 |
| ANEXOS | 113 |
| ANEXO 1: PLANTILLA DE ENTREVISTA PILOTO..... | 113 |
| ANEXO 2: ENCUESTA SOBRE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES | 119 |
| ANEXO 3: PLANTILLA DE VISITA INICIAL | 129 |
| ANEXO 4: GENOGRAMA: | 132 |
| ANEXO 5: ANOTACIONES DEL ENCUESTADOR..... | 135 |

TABLA DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1: ¿Cuál es su rango de edad?..... | 66 |
| Ilustración 2 : ¿Genero?..... | 67 |
| Ilustración 3: ¿Nivel de escolaridad? | 68 |
| Ilustración 4: ¿Algún familiar se ha suicidado? | 69 |
| Ilustración 5: ¿Qué familiar se suicidó? | 70 |
| Ilustración 6: ¿Cuáles cree usted que son los factores asociados al suicidio? | 71 |
| Ilustración 7: ¿Ha intentado suicidarse? | 72 |
| Ilustración 8: ¿Cuál fue el motivo por el cual intento suicidarse?..... | 73 |
| Ilustración 9: ¿Busco la ayuda profesional?..... | 74 |
| Ilustración 10: ¿Cree usted que se pudo evitar el suicidio del familiar?..... | 75 |
| Ilustración 11: ¿En el momento que se enteró del suicidio que fue lo primero que sintió? | 76 |
| Ilustración 12: ¿Considera usted que ya vivió el duelo? | 77 |
| Ilustración 13: ¿Cree usted que desde el colegio podían haber realizado algo para evitar el suicidio del adolescente? | 78 |
| Ilustración 14: ¿El menor o adolescente estaba estudiando?..... | 79 |
| Ilustración 15: ¿Qué de edad tenía la persona que se suicidó? | 80 |
| Ilustración 16: ¿En la familia hay antecedentes de suicidio? | 81 |
| Ilustración 17: ¿Alguien en la familia tiene abuso de alcohol?..... | 82 |
| Ilustración 18 : ¿Algún miembro de la familia tiene problemática de sustancias psicoactivas? | 83 |
| Ilustración 19: ¿Sabe usted si sus padres o alguna descendencia tenía psicopatologías?..... | 84 |
| Ilustración 20 : ¿En su familia se presenta violencia intrafamiliar? | 85 |
| Ilustración 21: ¿Con que frecuencia usted demuestra afecto hacia sus hijos? | 86 |
| Ilustración 22: ¿En su familia se demuestran afecto?..... | 87 |

| | |
|---|----|
| Ilustración 23: ¿Cuándo pasan problemas en su núcleo familiar de qué manera le dan solución?..... | 88 |
| Ilustración 24: ¿Cree usted que las pautas de crianza inciden en el suicidio? | 89 |
| Ilustración 25: ¿Usted considera que la ausencia de alguna de las figuras paternas conduce al suicidio?..... | 90 |
| Ilustración 26: ¿Cree usted que en algún momento el rol de autoridad es un factor de riesgo frente al suicidio? | 91 |
| Ilustración 27: ¿Qué tiempo se dedican en familia en el día para escucharse? | 92 |
| Ilustración 28: ¿considera que es importante la prevención del suicidio desde áreas externas a la familiar? | 93 |
| Ilustración 29: ¿para usted la educación sobre el valor de la vida se fomenta en que escenarios?..... | 94 |
| Ilustración 30: ¿Según su percepción el suicidio en jóvenes se puede evitar?..... | 95 |

TABLA DE TABLAS.

| | |
|--|----|
| Tabla 1: ¿Cuál es su rango de edad?..... | 65 |
| Tabla 2: ¿Genero?..... | 66 |
| Tabla 3: ¿Nivel de escolaridad?..... | 67 |
| Tabla 4: ¿Algún familiar se ha suicidado? | 68 |
| Tabla 5: ¿Qué familiar se suicidó?..... | 69 |
| Tabla 6: ¿Cuáles cree usted que son los factores asociados al suicidio? | 70 |
| Tabla 7: ¿Ha intentado suicidarse? | 71 |
| Tabla 8: ¿Cuál fue el motivo por el cual intento suicidarse?..... | 72 |
| Tabla 9: ¿Busco la ayuda profesional?..... | 73 |
| Tabla 10: ¿Cree usted que se pudo evitar el suicidio del familiar? | 74 |
| Tabla 11: ¿En el momento que se enteró del suicidio que fue lo primero que sintió? | 75 |
| Tabla 12: ¿Considera usted que ya vivió el duelo? | 76 |
| Tabla 13 : ¿Cree usted que desde el colegio podían haber realizado algo para evitar el suicidio del adolescente? | 77 |
| Tabla 14: ¿El menor o adolescente estaba estudiando? | 78 |
| Tabla 15 : ¿Qué de edad tenía la persona que se suicidó?..... | 79 |
| Tabla 16: ¿En la familia hay antecedentes de suicidio? | 80 |
| Tabla 17: ¿Alguien en la familia tiene abuso de alcohol? | 81 |
| Tabla 18: ¿Algún miembro de la familia tiene problemática de sustancias psicoactivas? | 82 |
| Tabla 19: ¿Sabe usted si sus padres o alguna descendencia tenía psicopatologías?..... | 83 |
| Tabla 20: ¿En su familia se presenta violencia intrafamiliar? | 84 |
| Tabla 21: ¿Con que frecuencia usted demuestra afecto hacia sus hijos? | 85 |
| Tabla 22: ¿En su familia se demuestran afecto?..... | 86 |

| | |
|---|----|
| Tabla 23: ¿Cuándo pasan problemas en su núcleo familiar de qué manera le dan solución?..... | 87 |
| Tabla 24: ¿Cree usted que las pautas de crianza inciden en el suicidio?..... | 88 |
| Tabla 25: ¿Usted considera que la ausencia de alguna de las figuras paternas conduce al suicidio?..... | 89 |
| Tabla 26: ¿Cree usted que en algún momento el rol de autoridad es un factor de riesgo frente al suicidio? | 90 |
| Tabla 27: ¿Qué tiempo se dedican en familia en el día para escucharse?..... | 91 |
| Tabla 28: ¿considera que es importante la prevención del suicidio desde áreas externas a la familiar?..... | 92 |
| Tabla 29: ¿para usted la educación sobre el valor de la vida se fomenta en que escenarios?..... | 93 |
| Tabla 30: ¿Según su percepción el suicidio en jóvenes se puede evitar? | 94 |

INTRODUCCION

El suicidio, es una problemática que últimamente se desarrollan en mayor medida en la sociedad colombiana, dado que constantemente las personas se encuentran afectadas por una diversidad de factores que conllevan a las personas y en especial los jóvenes, a cometer este tipo de actos.

Dicho esto, este proyecto es una investigación social sobre los motivos que pueden estar en el origen de los suicidios. Su contenido está formado por aportaciones teóricas de diversos autores, como en datos estadísticos, y se ve enriquecido por entrevistas personales a familiares afectados o que hayan intentado cometer un acto suicida, profesionales e información variada.

Según lo anterior es la importancia de indagar este problema social que está a la orden del día y que afecta a cientos de personas, además de que es un problema estigmatizado y silenciado tanto por los individuos afectados como por la sociedad, así como, por las instituciones y medios de comunicación, ya sea por la vergüenza o las tensiones familiares.

JUSTIFICACIÓN

Es imposible no discutir, que la sociedad Colombiana, por el conjunto social que la conforma, asume la existencia de una problemática derivada de actividades suicidas, pero, a pesar del constante avance de los casos que se presentan en Colombia, se desconocen a un los motivos por los cuales una persona llega a quitarse la vida. Esta situación es bastante compleja, porque no solo depende de unos datos cuantitativos sino también cualitativos. Son muchas las causas y las situaciones existentes que originan este tipo de tragedias y a cada individuo afecta de una manera u otra en función de sus valores, experiencias, y pensamientos o según la actitud que se tenga hacia las dificultades y hacia la vida. Incluso, intercede en esta decisión, cuestiones como las creencias o la religión. Por tanto, no solo hablamos de motivos objetivos sino subjetivos, los cuales se hacen mucho más difíciles de explicar.

Por ello es que como todos los problemas sociales y conforme a la normatividad que regula el funcionamiento del Estado colombiano, se requiere de una mayor intervención estatal para la creación o desarrollo de proyecto u otra medida gubernamental que le permita a las instituciones Colombianas, garantizar la conservación del derecho, a la vida.

Por lo anterior es que se pretende que la presente investigación, contribuya de alguna manera en el desarrollo de las medidas necesarias para resolver esta problemática.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la sociedad colombiana, se está presentando una problemática, que no discrimina edad o extracto social, son actividades que implican una afectación directa a la vida y de alguna manera a la integridad de sus familiares.

Existe una diversidad de factores que de alguna manera, podríamos considerar que promueven o influyen en realización de este tipo de actos, pero, aun así, se siguen desconociendo los motivos por los cuales una persona llega a quitarse la vida.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Qué causas socio familiares que promueven en los jóvenes la iniciativa de realizar actos de suicidio, y las consecuencias que se reflejan en los familiares, por la realización de tales actos. ?

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que inciden en la realización de actos de suicidio, en los Jóvenes de Colombia.

OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Analizar factores sociales y culturales que contribuyen o incentivan a los jóvenes a cometer actos de suicidio.
- Indagar sobre las consecuencias derivadas da realización de acto de suicidio, que afectan de manera directa a los familiares.
- Brindar una ayuda para los jóvenes que se ven afectados por alguna situación que los incita a cometer actos de suicidio.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedades”¹. Algunas investigaciones realizadas en los últimos años han demostrado como la salud mental afecta directamente la salud física y que la salud física afecta de igual forma a la salud mental; es por esto que cuando se busca alcanzar el más completo bienestar humano, la salud física y la salud mental, son inseparables.

La salud mental tiene una importancia fundamental en lo relativo al bienestar personal, las relaciones familiares y el éxito con que cada ser humano pueda contribuir a la sociedad, de esta forma, la salud mental se relaciona también con el desarrollo de las sociedades y los países. La mala salud mental y la pobreza interactúan en un ciclo negativo donde la mala salud mental supone un obstáculo a la capacidad de aprender y de ocuparse productivamente de la propia existencia; por su parte, la pobreza aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales y reduce la capacidad de la gente de obtener acceso a los servicios de salud².

¹ Programa de Acción para superar las Brechas en salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Organización Mundial de la Salud, 2008. citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

² Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

Los problemas de salud mental son una realidad de numerosos niños y adolescentes en el mundo entero. La magnitud de estos problemas es poco comprendido por los clínicos e incluso por los padres, lo que hace más difícil su cuantificación. Los niños y jóvenes en la actualidad, están siendo afectados por guerras, conflictos, explotación sexual, pobreza, enfermedades crónicas, rechazo, discriminación, orfandad, uso de sustancias tóxicas, entre otros factores que los vulneran de múltiples formas y facilitan la expresión o aparición de trastornos mentales y comportamientos disruptivos. El suicidio es un fenómeno complejo que cobra la vida de aproximadamente un millón de personas cada año en el mundo, de acuerdo a información de la OMS. Es una tragedia humana que impregna de dolor a quien desea hacerlo y contagia a la familia y todos los grupos humanos donde este sujeto interactúa. El comportamiento suicida incluye una variedad de pensamientos y acciones que se estructuran en el tiempo y pueden finalizar en un intento fallido o un suicidio consumado³.

Comprender el problema del suicidio en niños y adolescentes jóvenes no resulta sencillo. Algunos califican de “trágica ironía” el hecho de que en la era de los más grandes progresos médicos que ha conocido la humanidad y que han permitido la disminución de las tasas de mortalidad en niños y jóvenes, muchos pierdan sus vidas a través del suicidio. El suicidio en la niñez no es un fenómeno aleatorio. Este ocurre en niños vulnerables, con patología severa a nivel personal y social. En unos estudios realizados por Pfeffer⁴, reportaron que los factores biológicos y

³ Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁴ Pfeffer CR. Suicidal behavior in children: an emphasis on developmental influences. In: Hawton K, van Heerigen K, editores. Suicide and attempted suicide. 2000. p. 237-48, citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA

psicosociales relacionados con el comportamiento suicida en niños y su evaluación clínica y tratamiento. Bridge⁵. Propusieron un modelo de comienzo temprano de comportamiento suicida, el cual comienza con vulnerabilidad de parenteral (trastornos del afecto, agresión impulsiva, intentos de suicidio) y continua con la transmisión de factores de riesgo de padres a hijos.

El suicidio antes de la pubertad es raro, probablemente porque la depresión y el abuso de sustancias antes de la pubertad son también raros. El suicidio en el grupo de 14 años y más jóvenes, ocurre con mayor frecuencia entre los 13 y 14 años y especialmente en niños⁶.

Según la OMS⁷ las tasas de suicidio para Colombia en el año 2007 para hombres 7,2 por 100.000 habitantes y para mujeres 2,0 por 100,000. Según el Informe Salud

INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁵ Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry. 2006; 47 (3-4): 372-94. citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁶ Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁷ World Heart organization. 2008. citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud⁸ los suicidios tienen un peso importante dentro de la mortalidad por causas externas en la región, y aparecen como una de las primeras causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. En dos subregiones Norteamérica y el Cono Sur, hay más suicidios que homicidios. En la región Andina el suicidio es más frecuente en la población más joven, ya que se encuentra dentro de las tres primeras causas de mortalidad por causas externas dentro del grupo de 5 a 19 años de edad.

En Colombia según Macana⁹ cinco personas se quitan la vida cada día. En el año 2011, se presentaron 1889 casos de suicidio lo cual representó el 7% de las muertes violentas, para una tasa de 4 suicidios por 100.000 habitantes. En este mismo año se presentó un incremento de 1,3% (25 casos) con respecto al año 2010.

El suicidio en Colombia desde el año 2006, ha presentado una tendencia al aumento según el registro del Sistema Médico Forense Colombiano¹⁰ con una

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 2. Condiciones de salud y sus tendencias. In Salud en las Américas.; 2007. citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁹ Macana N. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis.; 2011. citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

¹⁰ Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. Página Web: <http://sirdec.medicinalegal.gov.co>. citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE

proporción que ha oscilado entre 0,21 y 3,9% por año. El mayor número de suicidios ocurrió en el grupo etario de 15 a 34 años de edad, con 979 casos; es decir, el 51,8% de los casos correspondió a la población de adolescentes y adultos jóvenes. Este hallazgo es de gran importancia puesto que señala como en nuestro país en el año 2011, los más jóvenes fueron la población que más se suicidó. El 80,6% de los casos se presentó en personas del sexo masculino y 19,4% en el sexo femenino, para una razón hombre:mujer de 4:1¹¹.

El departamento que registró la mayor frecuencia de suicidios fue Antioquia con 313 casos, seguido por el Valle del Cauca (184), Cundinamarca (114) y Santander (106). A su vez, la ciudad que más registró en el 2011 el mayor número de muertes por suicidio fue Bogotá con 277 casos (14,66%), con una tasa de 3,7 por 100.000 habitantes, seguida por Medellín (6,08%), Cali (3,91%), Pasto (1,85%), e Ibagué, Cartagena y Barranquilla, cada una con 1,64%¹².

MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

¹¹ Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998. . citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

¹² Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998. citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

Si bien los estudios han mostrado una relación hombre mujer de 5:1; 3:1 (y 2:1 y esta relación hombre: mujer incrementa de forma dramática con la edad en algunos países como Colombia, es mayor el suicidio de niñas y mujeres adolescentes según datos de la OMS¹³. La tendencia del comportamiento suicida en jóvenes está en aumento en Estados Unidos y Colombia, no presenta cambios en Reino Unido y Australia y en contraste con estos países está disminuyendo en Austria. Los métodos del suicidio difieren en los países, sin embargo los estudios muestran un predominio de ahorcamiento, otros métodos empleados son intoxicación por monóxido de carbono y por medicamentos. Entre un 14% y un 46% de los niños y jóvenes adolescentes dejan una nota suicida; las cuales expresan un afecto hostil en la mitad de los casos.

Más de un tercio de los suicidios ocurridos en menores de 14 años fueron antecedidos por ideas, planes y comportamientos previos. En un estudio de casos y controles de autopsia psicológica realizado por Brent et al, los jóvenes suicidas de 15 años o menores tenían más intentos de suicidio que los controles (35% versus 0 respectivamente). Los suicidios en jóvenes tienen pocos precipitantes a diferencia de los adolescentes mayores. Los precipitantes más comunes son eventos disciplinarios y problemas familiares. Algunos detonantes son menores, pero ocurren en el contexto de disfunción familiar o escolar reciente o presente al momento del suicidio. A diferencia de los suicidios en adolescentes mayores, en los más jóvenes no es frecuente la asociación con problemas sentimentales.

¹³ Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet. 2009. . citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

TERMINOLOGÍA Y DEFINICIONES

No resulta sencillo comprender la forma como se estructura el comportamiento suicida en un sujeto. Sin embargo, es frecuente que quienes sobreviven a un intento suicida o aquellos que acuden por consulta médica psiquiátrica y hablan de estas experiencias, identifiquen 19 suicida y los pensamientos suicidas no fatales son clasificados más específicamente dentro de tres categorías: ideación suicida, la cual se refiere a pensamientos relacionados con realizar conductas para terminar con la propia vida; y plan suicida, el cual se refiere a realizar cualquier conducta destinada a acabar con la propia vida¹⁴.

FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo, es una característica variable que incrementa la posibilidad de ocurrencia de un evento adverso, el cual es identificable previamente. En la persona con comportamiento suicida, son numerosos los factores de riesgo que confluyen: neurobiológicos, ambientales y subjetivos. Estos factores interactúan de forma dinámica a través del tiempo y permiten que pensamientos suicidas ocasionales se estructuren y en algunos sujetos culminen en un intento suicida.

Los factores de riesgo asociados con el comportamiento suicida pueden clasificarse como factores de riesgo distales (factores perinatales, aspectos relacionados con la

¹⁴ Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

crianza, entre otros) y factores de riesgo proximales (evento vital, acceso a métodos suicidas), los cuales interactúan dinámicamente permitiendo la aparición de la conducta suicida¹⁵.

Los factores de riesgo pueden ser organizados dentro de una red que diferencia entre exposición distal y proximal. Los factores de riesgo distales son la base sobre la cual se construye el comportamiento suicida; la presencia de estos factores de riesgo distales, determinan la mayor o menor vulnerabilidad que un sujeto puede tener para presentar el comportamiento suicida; y los factores de riesgo proximales actúan como precipitantes, “disparadores” o catalizadores, de las ideas, planes e intentos suicidas. Estos factores de riesgo proximales difieren ampliamente a través de la edad, género, etnicidad, y otras variables sociodemográficas y ellas en sí mismas, no son ni suficientes, ni necesarias para que se configure el comportamiento suicida¹⁶.

La distinción entre proximal y distal tiene implicaciones importantes cuando se quiere planear programas de prevención del suicidio. Ambos factores, proximales y distales pueden coexistir en un individuo, una familia un ambiente particular y su

¹⁵ Lewinsohn PM, Rohde P, et al: Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and critical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1996; 3:25-6. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

¹⁶ Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

coexistencia se asocia con mayor riesgo suicida¹⁷, sin embargo la sola presencia de estos factores no garantiza comportamientos suicidas futuros¹⁸.

De acuerdo a los hallazgos del Estudio Nacional la mayoría de los comportamientos suicidas ocurren como ya se dijo dentro de un continuo de severidad que procede de pensamientos suicidas más prevalentes y menos graves hasta comportamientos más graves y menos prevalentes como los intentos suicidas. En adolescentes, el comportamiento suicida, puede ser favorecido por la inmadurez cognitiva y la impulsividad propia de la edad.

Factores De Riesgo Distales,

- Psicopatología Está bien establecido que los trastornos mentales y por abuso de sustancias, son factores de riesgo de gran importancia para el

¹⁷ Lesage AD, Boyer R Suicide and mental disorders: A case control study of young men. Am J. Psychiatry. 1994; 151: 1063-68. 50. Y Shaffer D, Gould MS. Psiquiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

¹⁸ Shaffi M, Carrigan S. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. Am J Psychiatry. 1985; 142:1061-64 Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

comportamiento suicida. Los hallazgos de las autopsias psicológicas han mostrado de forma consistente que el 90% de los suicidas adultos se presentaba algún trastorno psiquiátrico al momento del suicidio. A diferencia de los adolescentes donde la mitad de ellos tienen un trastorno psiquiátrico detectable¹⁹.

Los trastornos afectivos, y el pobre ajuste social parecen ser los más fuertes predictores de comportamiento suicida en los adolescentes y son comúnmente diagnosticados en las autopsias psicológicas tanto en hombres como en mujeres²⁰. El trastorno afectivo bipolar tipo I afecta al 2,4% de la población general y se ha descrito que hasta el 40% de los adolescentes mayores (promedio 14.6 años) tenían un trastorno afectivo al momento del suicidio. Otros de los factores que se han descrito en este grupo de pacientes son la dependencia frecuente al alcohol y otras sustancias²¹.

¹⁹ Henriksson MM, Marttunen MJ. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

²⁰ Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, et al. Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up: *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

²¹ Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

Los trastornos de personalidad han sido frecuentemente asociados con comportamiento suicida, especialmente pacientes con personalidad límite o borderline²².

- Abuso y dependencia de tóxicos Los estudios de forma consistente han encontrado la asociación entre dependencia al alcohol y otros tóxicos con el comportamiento suicida. Al momento de la muerte, el alcohol ha sido encontrado casi la mitad de la población suicida joven²³.
- Factores neurobiológicos, Algunos estudios con pacientes suicidas, han encontrado evidencia de anormalidades en los sistemas de neurotransmisión serotoninérgica. Niveles bajos de serotonina o sus metabolitos han sido encontrados en estudios post-mortem de suicidas. Estos bajos niveles parecen ser independientes del diagnóstico psiquiátrico por lo que se propone que estos cambios estén vinculados más con la impulsividad lo cual explicaría los bajos niveles de serotonina o sus metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de suicidas con actos de mayor letalidad. Pfeffer²⁴

²² Goodwin FK, Jamison KR: Manic-Depressive Illness. New York, Oxford University Press, 1990. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

²³ Rich CL, Young d. San Diego Suicide Study: I. Young vs old subjects. Arch gen Psychiatry. 1986. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

²⁴ Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, et al. Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

El comienzo de la pubertad es mejor predictor que la edad cronológica para diversas condiciones psiquiátricas, incluyendo la depresión. Las hormonas gonadales tienen un efecto modular sobre el sistema nervioso central y la activación que ejercen sobre los sistemas de neurotransmisión se ha pensado que puede estar asociada con el desarrollo de síntomas internalizantes. Además las hormonas gonadales tienen un efecto organizaciones sobre el sistema nervioso central y alterar la estructura y funcionamiento del cerebro²⁵.

- Factores familiares: Las personas con comportamiento suicida frecuentemente provienen de familias con historia de comportamiento suicida, abuso y dependencia a sustancias y trastornos afectivos. Un ambiente familiar disruptivo, señalado por separación, divorcio, viudez o conflictos familiares, estrés, problemas legales de los padres, ha sido asociado con suicidio. La ausencia del padre en la casa ha sido señalada como un factor importante en el incremento del riesgo de intento suicida en el adolescente²⁶.

- Factores sociales Las relaciones sociales se refieren a fuerzas que se originan de la interrelación de los individuos con otras personas:

²⁵ Sisk CL, Zehr JL. Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. *Front Neuroendocrinol.* 2005. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

²⁶ Lesage AD, Boyer R. Suicide and mental disorders: A case control study of young men. *Am J. Psychiatry,* 1994. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

- Aislamiento social y suicidio Se ha dicho que el suicidio se presenta más frecuentemente en grupos humanos donde se observa pérdida del soporte social, aumento en los niveles de hostilidad y agresión lo que generaría dificultad para lograr un manejo apropiado de la hostilidad que finalmente se manifestaría a través de agresión contra sí mismo²⁷.

Se ha descrito que las personas con comportamiento suicida tienen menor número de amigos íntimos, y en algunos casos, no tener ninguna persona íntima en quien confiar las dificultades o cuestiones importantes de la vida²⁸.

- Contagio e imitación Se ha pensado que existen personas vulnerables “preparadas para responder” y copiar el acto suicida de otro.

Se ha descrito este comportamiento en adolescentes y se ha observado que cuando ocurre el suicidio de algún personaje socialmente reconocido y cercano por edad o por sus ideas o manifestaciones artísticas, se incrementan los actos suicidas en un 6% a 7% en los adolescentes, comparado con un 2% a 3% en los adultos²⁹.

²⁷ Maris RW: Pathways to suicide. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1981. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

²⁸ Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

²⁹ Kessler RC, Downey G. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicides: a recommendation. Am J Psychiatry. 1988, Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE

Factores De Riesgo Proximales:

- Armas de fuego Uno de los factores de riesgo proximal más fuertemente asociado con suicidio es la disponibilidad de un arma de fuego. Este riesgo es independiente de la edad y el sexo, incluso de la depresión y el abuso de alcohol³⁰.
- Evento vital negativo Los eventos vitales negativos como una pérdida afectiva, la pérdida del empleo, una enfermedad grave o la muerte de un ser querido se han asociado con comportamiento suicida en personas vulnerables. Dentro de los factores frecuentemente descritos en adolescentes con comportamiento suicida, se encuentra la pérdida de una relación interpersonal o conflictos legales o económicos. Algunos investigadores proponen que se trata más del número de eventos vitales negativos o estresores que se presentan simultáneamente en la vida de una persona, que la naturaleza específica del evento el número más que la naturaleza específica es lo que incrementa el suicidio³¹.

MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

³⁰ Brent DA, Baugher M, Bridge J, et al. Age-and sex-related risk factos for adolescent suicide. J am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999, Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

³¹ Marzuk PM, et al. suicide and terminal illness. Death studies. 1994. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado:
http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

- Enfermedad física En personas de más de 60 años es frecuente que el suicidio se asocie con enfermedad física. Es posible que el riesgo suicida provenga de la enfermedad mental que con frecuencia se presenta en este grupo de pacientes y que por tanto, se trate más de un riesgo derivado de la psicopatología de base, que de la enfermedad física³².
- Medicamentos Los medicamentos y las drogas son un método frecuentemente usado para buscar la muerte a través del suicidio. Esto ocurre principalmente en mujeres³³.
- La Orientación Sexual, La hipótesis de que los homosexuales hombres y mujeres tienen una mayor proporción de muerte por suicidio, no ha sido probada en estudios que han buscado esto específicamente. Si se ha encontrado una alta frecuencia de trastornos mentales y abuso de sustancias pero se requieren más estudios que específicamente consideren esta variable como factor de riesgo en comportamiento suicida³⁴.

³² Henriksson MM, Marttunen MJ. Mental disorders in elderly suicide. *Int Psychogeriatr*.1996. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

³³ Dervic k. Brent DA, Oquendo MA. Completed suicide in childhood. *Psychiatr Clin N Am*. 2008. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

³⁴ Hawton K, Cole D, O'Grady J, et al. Motivational aspects of deliberate selfpoisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 1982. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

TRANSMISIÓN FAMILIAR DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA.

El suicidio y el comportamiento suicida son altamente familiares y parece tener una transmisión familiar independiente de la transmisión familiar de los trastornos psiquiátricos como tal. Tres estudios de adopción han sido realizados a partir del registro danés. Uno de ellos encontró un riesgo seis veces mayor de suicidio para los familiares biológicos de los suicidas, soportando una etiología genética. Sin embargo estos estudios presentan limitaciones que derivan de la forma como se obtuvieron los registros médicos y la ausencia de evaluación sistemática de los pacientes con intento suicida. Sin embargo se soporta la idea de un fuerte papel genético en los suicidios consumados. Estudios familiares, de adopción y con gemelos han apoyado la idea de que el comportamiento suicida es en parte genético y puede ser mediado por la transmisión de fenotipos intermedios, tales como agresión impulsiva. Además pueden coexistir causas ambientales de la transmisión familiar que incluya la imitación, la transmisión intergeneracional de la adversidad familiar. Para Gottesman y Gould³⁵, un fenotipo intermedio debe estar relacionado con el fenotipo clínico, debe ser heredable, deber predecir el comienzo de la condición y mostrar evidencia de la mediación cuando se controlan para las relaciones familiares. El fenotipo intermedio con la mayor evidencia es el impulsivo agresivo, por ejemplo la tendencia a reaccionar con agresión u hostilidad a la frustración o la provocación. Este constructo ha sido mostrado que se relaciona con riesgo a cometer un intento suicida. Otros posibles fenotipos intermedios incluyen neuroticismo, el cual es heredable y se relaciona con el comienzo de los intentos, y con la carga familiar al comportamiento suicida. Una disfunción en la memoria de

³⁵ Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry* 2003. . Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

trabajo y las funciones ejecutivas podrían ser el sustrato neurocognitivo para la agresión impulsiva y de los problemas y las pobres relaciones interpersonales, esto ha sido demostrado en adultos con intentos suicidas y puede ser heredable³⁶.

La transmisión genética, la transmisión familiar del comportamiento suicida puede ser explicada de otras formas, como la transmisión familiar de ambientes familiares adversos, imitación o duelo. Los cuales se explican a continuación.

Transmisión Generacional De Ambientes Familiares Adversos: La transmisión familiar del comportamiento suicida se ve modificado posiblemente por la transmisión familiar del abuso. La interrelación entre la transmisión de abuso y comportamiento suicida es complejo, en parte porque los padres que abusan sus hijos, con gran frecuencia tienen trastornos psiquiátricos que predisponen al comportamiento suicida, incluyendo la depresión y el abuso de sustancias. La agresión impulsiva en un padre puede predisponerlo a ser abusivo pero también puede transmitirse este rasgo genético a los hijos y en ellos manifestarse a través del comportamiento suicida³⁷.

³⁶ . Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

³⁷ Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, et al. Familial transmission of mood disorders: factors mediating the relationship between abuse and offspring suicide attempts. J Clin Psychiatry. 2008. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

Imitación La transmisión familiar del comportamiento suicida podría en teoría ser explicado por imitación. Esto es plausible dado que la evidencia sugiere que los suicidios de los jóvenes ocurre en asociaciones temporo-espaciales y que la exposición a medios electrónicos o publicidad acerca de comportamiento suicida ha sido consistentemente asociado con un incremento en el comportamiento suicida. Sin embargo cuando se ha estudiado la relación entre la exposición del suicidio de un amigo o un familiar no se ha encontrado una asociación consistente. Conocer a una persona que haya muerto por suicidio, familiar o amigo no se asocia con un incremento en el riesgo de comportamiento suicida³⁸.

Duelo Parental Algunos estudios han encontrado que el duelo incrementa el riesgo para depresión y suicidio. La pérdida de los padres antes de los doce años tiene un efecto profundo en el desarrollo del niño. El suicidio de los padres y la muerte de la madre por cualquier causa, son dos factores con fuerte asociación a comportamiento suicida en la descendencia³⁹.

³⁸ Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology and Scientific Practice*. 1996. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

³⁹ Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in Young people: nested case-controlled study. *BMJ*. 2002. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

Otros Factores Ambientales Y Familiares Que Pueden Interactuar Con El Riesgo Genético En El Comportamiento Suicida

- Divorcio y separación parental: Los estudios han encontrado un mayor riesgo para comportamiento suicida en niños cuyas familias se han desintegrado. Sin embargo el divorcio por sí mismo no es el único factor que explicaría este comportamiento. Los hallazgos indican que el factor clave en esta relación compleja podría ser los conflictos parentales y la frecuente asociación de psicopatología en los padres en estas circunstancias. Si la madre es adolescente se asocia con divorcio y esto predice comienzo de comportamiento suicida en los adolescentes (Lewinsohn)⁴⁰. La relación entre divorcio parental y trastornos mentales en los jóvenes está mediado por la calidad de las relaciones de estos con sus padres y la salud mental de estos últimos
- Calidad de las relaciones familiares: Familias conflictivas, incluyendo aquellas con alto nivel de emociones expresadas, han sido asociadas con el comportamiento suicida en el adolescente. Otras características de las relaciones entre padres y adolescentes que han sido asociadas con el suicidio de estos últimos es la percepción de falta de soporte, la pobre comunicación particularmente entre niños y padres⁴¹.

⁴⁰ Hayes LM: Natural standard of jail suicide prevention. Suicide Update. 1989. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁴¹ Tousignant M, Bastien MF, Hamel S. Suicidal attempts and ideations among adolescents and Young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1993. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012.

- Experiencias de abuso en la infancia: El abuso físico, emocional y particularmente el abuso de tipo sexual que involucre penetración genital o anal, se encuentra fuertemente asociado con intentos de suicidio y suicidio consumado. De acuerdo con algunos estudios epidemiológicos, el riesgo atribuible a la población para el abuso sexual es cercano a 20%, lo que significa que si se eliminara este factor, el suicidio en los adolescentes podría disminuir en un 20%. Los mecanismos por los cuales el abuso incrementa el riesgo del comportamiento suicida es complejo, sin embargo, cuando se controla el riesgo por trastornos psiquiátricos, se observa que el riesgo elevado persiste e incluso puede disminuir la edad de comienzo del comportamiento suicida. Los padres que abusan sexualmente de sus hijos tienen un riesgo mayor que aquellos que no lo hacen, de haber tenido intentos de suicidio, trastornos afectivos y por uso de sustancias, lo que supone que el comportamiento suicida en el joven puede provenir tanto de una base genética como ambiental y de la interacción compleja de ambas⁴².
- Interacciones entre genes y ambiente: Los ambientes familiares adversos no ocurren al azar. Es posible que exista una contribución genética a estos ambientes adversos. La enfermedad psiquiátrica en los padres es un factor de riesgo para muerte parental prematura, la cual a su vez coloca a estos niños y jóvenes en riesgo mayor de trastornos psiquiátricos. Los padres que abusan de sus hijos han tenido con mayor frecuencia una historia de comportamiento suicida que habla de una base genética como también de

2014. Recuperado:

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁴² Fergusson DM, Woodward IJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.* 2000. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

haber estado expuestos a abuso en la infancia. En un estudio realizado por Caspi⁴³, observaron que el riesgo de depresión y comportamiento suicida fue mayor cuando existía una historia de eventos vitales 28 estresantes, que incluía el abuso y una forma alélica menos funcional del gen promotor del transportador de serotonina. Este hallazgo ha sido replicado por otros investigadores. Finalmente, lo que parece ocurrir es que estos estresores familia-ambiente, rara vez ocurren de forma aislada. Lo más común es que un niño o adolescente con un antecedente de maltrato, se haya visto expuesto a múltiples figuras parenterales, criminalidad y trastornos psiquiátricos parenterales, ser testigo de violencia doméstica e inestabilidad económica.

TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es el diagnóstico dado a niños y adolescentes quienes se presentan con un nivel de inatención, hiperactividad e impulsividad inapropiado para el nivel de desarrollo. Estos síntomas deben causar alteración significativa en el funcionamiento familiar y escolar. Los síntomas deben estar presentes durante seis meses como mínimo, se deben presentar antes de los siete años y no pueden ser explicados por otro trastorno psiquiátrico como esquizofrenia, trastornos del neurodesarrollo u

⁴³ Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW.. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science. 2002. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

otros trastornos psicóticos. Se reconocen tres subtipos: de predominio inatento, de predominio hiperactivo/impulsivo y el tipo combinado⁴⁴.

- Epidemiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentemente diagnosticados en la niñez. La prevalencia varía ampliamente lo que refleja diferencias socio-culturales, criterios diagnósticos, métodos de evaluación entre otros. Se acepta de forma general que la prevalencia puede situarse entre 3% a 7% de niños en edad escolar. Los estudios de seguimiento indican que hasta el 80% de los niños diagnosticados con TDAH en la niñez, continuarán presentando síntomas en la adolescencia. Los estudios epidemiológicos han identificado el subtipo inatento como el más común con prevalencias estimadas en rangos de 4,5 a 9% en niños de población general. El subtipo combinado con prevalencias entre 1,9 y 4,8%, en tanto que sólo 1,7 a 3,9% alcanzan criterios para el subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo. El TDAH es más común en niños que niñas con una relación 3:1⁴⁵.
- Comorbilidades y dificultades asociadas Tanto los estudios clínicos como epidemiológicos han mostrado que el TDAH se asocia con comorbilidad significativa. Independiente de las variaciones metodológicas, los estudios

⁴⁴ Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁴⁵ Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 1997. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

disponibles indican la coexistencia común de otros problemas en los pacientes diagnosticados con TDAH y como el hecho de tener el diagnóstico de TDAH incrementa el riesgo de tener uno o más diagnósticos psiquiátricos. La comorbilidad para ansiedad está en el rango de 25% a 35%, trastornos afectivos 9% a 32%, trastorno oposicionista y desafiante y trastorno de conducta 45% a 84% y problemas del aprendizaje 25% que se traducen en importantes problemas académico⁴⁶.

La incidencia de suicidio consumado y conductas para-suicidas asociadas al trastorno por déficit de atención e hiperactividad ha sido documentado en estudios retrospectivos y prospectivos. Una meta-análisis realizada en el año 2004, estudió la asociación entre TDAH y suicidio consumado, encontrando un riesgo relativo de 2,91. Un meta-análisis más reciente (2011), encontró una asociación positiva entre TDAH y suicidio consumado, ideación suicida e intentos suicidas; esta población con comportamiento suicida presentó unos odds ratios mayores para TDAH que los controles 1,5 – 2 veces para intentos suicidas y suicidios consumados; adicional a estos hallazgos, se encontró también mayor riesgo suicida en los adolescentes con trastornos afectivos y trastornos de conducta⁴⁷.

- Trastorno negativista y desafiante El trastorno negativista y desafiante (TOD) fue introducido por primera vez como un trastorno de comienzo en la

⁴⁶ Barkley RA. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain Development*, 2003. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁴⁷ Impery M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 2012. Impery M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 2012

niñez en la tercera edición del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM III) en 1980. Este trastorno hace referencia a un patrón recurrente de comportamiento desafiante, desobediencia y hostilidad del niño o adolescente hacia los padres, compañeros, profesores y otras figuras de autoridad. Son descritos como niños y adolescentes discutidores y provocadores que se enojan y pierden el control con facilidad, pero sin llevar a violar las leyes ni los derechos básicos de los demás. Debe comenzar en la niñez y los síntomas deben durar por un período mínimo de seis meses y debe interferir con las relaciones interpersonales, la vida familiar y el rendimiento escolar. Junto con el TDAH y el trastorno de conducta, son las principales razones por las cuales un niño o adolescente es referido a una consulta de psiquiatría infantil⁴⁸.

El TOD es considerado la forma leve de estos tres trastornos porque se encuentra más cercano al comportamiento “normal” y a menudo es conceptualizado sólo como unos pródromos del trastorno de la conducta. La prevalencia del TOD se ha estimado en un rango de 2% a 15%. Este amplio rango refleja los diferentes criterios empleados para hacer el diagnóstico y las muestras pocos representativas de los estudios⁴⁹.

El TOD es más común en niños que en niñas y en familias cuya condición socioeconómica es baja. También se ha encontrado que el TOD es más frecuente en familias donde por lo menos uno de los padres cuenta con una

⁴⁸ . Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁴⁹ Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

historia de trastorno del ánimo, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de conducta. O problemas conyugales graves. El TOD suele observarse antes de los ocho años de edad, inicialmente en el ambiente familiar pero con el paso del tiempo puede introducirse en otros ambientes. El pronóstico del TOD depende de la gravedad de los síntomas y de la presencia de otros trastornos como TDAH, trastorno de conducta, trastornos del aprendizaje, trastornos del ánimo y trastornos de abuso de sustancias y de la dinámica familiar⁵⁰.

No se conoce la causa exacta de este trastorno, si bien, existen dos aproximaciones para explicar su desarrollo. La teoría del desarrollo, sugiere que los problemas comienzan cuando el niño tiene uno o dos años y medio de edad y estos niños pueden experimentar dificultades para aprender a volverse autónomos y separarse de la principal persona a la cual se encuentran ligados afectivamente. Las "rabiets" características de este trastorno se consideran una exageración de las cuestiones normales del desarrollo que no se resolvieron de forma adecuada durante los primeros años de vida. La teoría del aprendizaje sugiere que las características negativas del trastorno de conducta oposicionista y desafiante son actitudes aprendidas que reflejan los efectos de las técnicas de refuerzo negativo empleadas por los padres y figuras de autoridad. Se considera que el empleo de refuerzos negativos por parte de los padres incrementa la frecuencia y la intensidad de este tipo de conducta en el adolescente, quien

⁵⁰ Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

de este modo logra la atención, el tiempo, la preocupación y la interacción que desea obtener de los padres o las figuras de autoridad.

- Trastorno de conducta: El trastorno de conducta es el comportamiento más grave que se puede observar en pre adolescentes y adolescentes. Se caracteriza por un patrón de comportamiento antisocial, donde se vulnera los derechos de las demás personas, no se cumplen las reglas ni las normas de convivencia, lo que genera conflictos frecuentes en todos los contextos donde interactúa el paciente: familia, escuela y comunidad. Su prevalencia se ha identificado entre el 1% al 3% en población preadolescente y adolescente. Una de las características principales de este trastorno es la presencia de conducta desadaptadas a las normas sociales para la edad y que de forma repetida viola los derechos de los demás. Puede además acompañarse de agresiones a personas y animales; destrucción de objetos, propiedad familiar y pública y transgresiones graves de las normas sociales como robar, mentir, abusar física, psicológica y sexualmente a otros⁵¹.

Es frecuente que quienes presentan este trastorno además exhiban otros problemas como el consumo de drogas y el fracaso escolar, entre otros.

⁵¹ Balazs J, Miklósi M, Keresztény A, Dallos G, Gádaros J. Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in naive simple of children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2014. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA Y COMPORTAMIENTO SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES

Dentro de los trastornos mentales, los que han sido asociados de forma más consistente con el comportamiento suicida de los adolescentes, se encuentran los trastornos afectivos, por abuso de sustancias. Recientemente se ha dado un interés creciente por estudiar la posible asociación entre el trastorno de conducta y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con el comportamiento suicida.

El trastorno de conducta ha sido asociado con el comportamiento suicida de los adolescentes en algunas investigaciones. Linker (2012)⁵², encontraron que existen factores de riesgo genéticos y ambientales comunes entre la depresión y los trastornos de conducta y proponen que esto permite en parte comprender la frecuente asociación de depresión y trastorno de conducta en adolescentes suicidas.

El estudio de la asociación entre trastorno por déficit de atención e hiperactividad y comportamiento suicida en los adolescentes es más reciente que con trastorno de conducta. Uno de los primeros estudios publicados al respecto fue el de Lam

⁵²Linker J, Gillespie N, Maes H, Eaves L, Silber JL. Suicidal ideation, depression, and conduct disorder in a sample of adolescent and Young adult twins. *Suicide Life Threat Behav.* 2012. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

(2005)⁵³, encontró que los adolescentes hospitalizados con intento de suicidio tenían tres veces más el riesgo de tener el diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En un estudio realizado por Manor et al (2010)⁵⁴, encontraron que el 65 % de los adolescentes quienes habían intentado suicidarse cumplían criterios de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, pero sólo el 22 % habían sido diagnosticados previo al intento de suicidio.

No encontramos estudios que hayan buscado asociación entre el comportamiento suicida en la adolescencia y el antecedente de trastorno negativista y desafiante en la niñez.

Durkheim (1960, p. 5)⁵⁵ lo definió como “Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima y que, según ella sabía, debía producir este resultado”. Hizo una distinción entre varios tipos de suicidio:

⁵³ Lam LT. Attention deficit disorder and hospitalization owing to intra- and interpersonal violence among children and young adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2005. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁵⁴ Manor I, Gutnik I, Ben-Dor DH, Apter A, Sever J, Tyano S, Weizman A, Zalsman G. Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents—a pilot study. *European Psychiatry*. 2010. Citado por: Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

⁵⁵ Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>. citado por: Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>

Además, para esta investigación se encontró otro concepto de “suicidio”, que según la OMS (2014)⁵⁶ “es comprendido como un

- Suicidio altruista: Este tipo de suicidio sucede por una excesiva "integración" del sujeto con la sociedad a la que pertenece, a tal punto que la personalidad individual no cuenta. El individuo se somete con abnegación a las leyes y costumbres de su sociedad, de tal modo que se suicida porque piensa que ese acto es un deber. Este tipo de suicidios, se da según el autor, cuando la importancia del “yo” es muy baja. Es la versión opuesta al suicidio egoísta y existen 3 tipos:
 - ✓ Suicidio Altruista obligatorio: El que está condicionado por la sociedad, una sociedad que exige el suicidio. Por ejemplo, en sociedades asiáticas (normalmente relacionado con temas sobre el honor); o antiguamente, cuando en los pueblos celtas, y parece que también recientemente en nuestro entorno, los ancianos se quitaban la vida para no representar una carga para la sociedad en la que vivían. En este tipo de casos, la sociedad podría, en ocasiones, despreciar a la persona, si no lleva a cabo el suicidio.
 - ✓ Suicidio Altruista facultativo: La situación sería parecida a la anterior, con la diferencia de que la sociedad no demanda el suicidio del individuo. Por

⁵⁶ Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. (2014). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>. Citado por: Rodríguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ejemplo, una viuda que se quita la vida, pero no por problemas psicológicos, sino porque siente que ya ha cumplido con su cometido en la vida.

- ✓ Suicidio Altruista agudo: Cuando la persona se quita la vida por placer. Es común que se dé este caso en relación con temas religiosos. Por ejemplo, alguien que se suicida para alcanzar una supuesta gloria divina.

- Suicidio egoísta: Aquel que es 'proporcional al grado de integración de los grupos de los que el individuo es parte'. La intensidad de los vínculos religiosos, familiares y políticos frena la tendencia a la autodestrucción suicida de quienes puedan sentirse tentados por ella. En definitiva, la integración actúa como freno a las fuerzas sociales suicidogénicas.

En resumen, el suicidio egoísta es aquel cometido por quienes no están integrados o lo están de manera muy reducida. Se da cuando el sujeto está poco integrado en la sociedad. Por ejemplo, el alumno que va a una escuela y dispara indiscriminadamente arrebatándoles la vida a otros, para después, quitarse la vida generándose un suicidio egoísta por falta de integración.

- El suicidio anómico: Es aquel en el que influyen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez o de vinculación.

CAUSAS

Para hablar de las causas primero se presentarán datos estadísticos tanto de la OMS (2012)⁵⁷ como del INE donde en este último prácticamente no hay información y encasillan el suicidio como un accidente, por lo que los datos no son del todo fiables ni concretos. Hay que advertir, además, que los datos más actuales son del 2012.

El suicidio, como ya sabemos, es un problema social actual. A pesar de ser “tabú” hay que destacar que es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años, siendo la primera causa de muerte las enfermedades cardiovasculares⁵⁸.

⁵⁷ OMS | Las 10 causas principales de defunción en el mundo. (2012). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁵⁸ Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Según la OMS (2016)⁵⁹ más de 800.000 personas se suicidan cada año y el 75% de ellas en países de ingresos medios y bajos. Muchas más intentan hacerlo provocando una gran tragedia que afecta en primer lugar a los familiares generando en ellos efectos duraderos, así como a sus comunidades y países. Ésta advierte de que una persona se suicida cada 40 segundos. Estos datos pertenecen a Agosto de 2015.

El INE (2013)⁶⁰ nos ofrece datos anuales, siendo el más actual en el 2012, donde especifica que de las 804.000 personas suicidadas en todo el mundo en este año, 3.296 fueron en España. Los suicidios entre jóvenes de 15 y 29 años se incrementaron en un 25%. En el año 2013, el número de fallecidos por suicidio fueron 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres), la cifra más alta de los últimos 25 años.

⁵⁹ Suicidio. (2016). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶⁰ Defunciones según la causa de muerte (2013) Instituto Nacional De Estadística. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Haciendo una comparación entre sexos y guiándome por los datos estadísticos prestados por la OMS, en general, se suicidan más hombres que las mujeres. En los países más ricos los suicidios de hombres triplican en número al de las mujeres ya que los hombres de cincuenta años o más se consideran especialmente vulnerables.

Por otro lado, en los países de ingresos medios y bajos, los adultos jóvenes y las mujeres ancianas registran tasas de suicidio más altas que en los países de ingresos altos. Las mujeres mayores de 70 años tienen más del doble de probabilidades de suicidarse que las mujeres de 15 a 29 años⁶¹.

Para profundizar y explicar las causas de las personas que se suicidan cada año me basaré en diversas investigaciones o teorías separándolas en tres tipos o tres factores de riesgo asociados a diversas causas como son:

1. Factores asociados al sujeto; Dentro de estos factores nos encontramos a su vez con los factores biológicos, psicológicos y genéticos.

2. Factores asociados a la familia

⁶¹ Rodríguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

3. Factores sociales

Además tales factores de riesgo podemos encasillarlos a su vez en tres tipos o modelos de suicidio; subjetivo, objetivo o mixto.

El suicidio de origen La resiliencia hace referencia a la capacidad de los individuos o sistemas de afrontar con éxito las situaciones estresantes y salir fortalecidos. Por lo que no todos aquellos que presentan situaciones estresantes, depresiones, drogadicción o cualquiera que fuere el motivo del posible suicidio, lo conciben ni consiguen llegar al acto suicida en sí.

Para ello contamos con una serie de factores protectores relacionados con la prevención de la conducta suicida que se explicarán posteriormente en el apartado de “prevención”

En cuanto a los factores asociados al sujeto suicidogénicos cabe destacar a su vez los factores psicológicos del individuo, los factores biológicos y los genéticos.

Refiriéndome a los factores psicológicos, el “International Journal of Psychological Research” (2008)⁶² se basa en el análisis psicológico y psicoanalítico de los individuos para explicar las causas del suicidio.

⁶² Tovilla, C. & Genis, A. (2012). Los Genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. International Journal Of Psychological Research, (1), 52-58. Recuperado de : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974503>. Citado por: Rodríguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado:

Bedout (2008. p. 53-63)⁶³ señala como causas del problema algunos rasgos de personalidad predominantes en los suicidas como la agresividad, la irritabilidad, la baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, falta de habilidades, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad control externo.

También las experiencias pueden ser vistas como catastróficas y desencadenar el proceso suicida, especialmente cuando existe dependencia de alcohol y de otras drogas, antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, el aislamiento social, enfermedades dolorosas o discapacitantes y, particularmente los trastornos, como la depresión y la esquizofrenia.

Bedout (2008. p. 53-63)⁶⁴ plantea por otro lado una estrecha relación entre los trastornos afectivos y la propensión a causarse daño a sí mismo deliberadamente

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶³ Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio. International Journal of Psychological Research. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>. Citado por: Rodríguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶⁴ Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio. International Journal of Psychological Research. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>. Citado por: Rodríguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

con el objetivo de encontrar algún alivio al aniquilarse o escapar. Otra entidad que con frecuencia se asocia al suicidio es el trastorno bipolar o la esquizofrenia.

Por otro lado, más que una teoría, Raison (2012)⁶⁵ habla desde su propia experiencia como experto en salud mental. Según este autor, las personas que realizan intentos de suicidios puede ser por todo tipo de razones y que son “un grito” para pedir ayuda o una manera de castigar a las personas con las que están molestas o una forma en la que buscan controlar una situación.

Otro estudio desarrollado, ahora en nuestro país, por científicos de la Universidad Miguel Hernández de Elche y del Instituto de Medicina Legal de Alicante han identificado varios genes relacionados con la conducta suicida. Dichos genes presentaban alteraciones en ciertos marcadores en casi el 100% de 70 personas que se habían suicidado, y que no tomaban fármacos que pudieran alterar dichos marcadores⁶⁶.

⁶⁵ Raison, C. (2012). Las tres razones que llevan a una persona a pensar en el suicidio. Expansión. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/salud/2012/08/22/las-tres-razones-que-llevan-a-una-persona-apensar-en-el-suicidio>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶⁶ Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tovilla Zarate y Genis Mendoza (2012)⁶⁷ realizaron un estudio donde se demuestra que los genes involucrados en la llamada vía serotoninérgica están participando, ya que evidencia neuroquímica demuestran alteraciones a diferentes niveles. En este trabajo, se presenta una revisión de los principales genes que participan en la vía serotoninérgica y presenta evidencia de la participación de esos en la conducta suicida.

Por último, en cuanto al factor biológico unos estudios han proporcionado información alentadora con respecto a la neurobiología de suicidio. Ellos muestran una anomalía del mecanismo serotoninérgico, tales como el aumento de subtipos de receptores de serotonina y la disminución de metabolitos de serotonina. Estos estudios también sugieren alteraciones de los mecanismos de señalización ligados al receptor tales como fosfoinosítido y la adenilil ciclasa. Otros sistemas biológicos que parecen estar alteradas en el suicidio involucran el eje hipotalámico-pituitario-adrenal y neurotrofinas y receptores de neurotrofinas⁶⁸.

En este caso ocurre que a lo largo de la vida se presenta una descompensación neuroquímica que puede ser causado por múltiples factores traumáticos depresores.

⁶⁷ Tovilla, C. & Genis, A. (2012). Los Genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida. *International Journal Of Psychological Research*, (1), 52-58. Recuperado de : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974503>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶⁸ Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

En los factores asociados a la familia, Caballero (2013)⁶⁹ destaca como causa principal de suicidio los problemas familiares donde el maltrato físico de los padres tiene una especial importancia, debido a una cultura machista donde los hombres no expresan sus sentimientos y dicha represión se manifiesta en violencia hacia uno mismo y hacia los demás. Además añade el factor emocional como una segunda causa de esta problemática. Le da importancia también al maltrato psicológico en el colegio donde destaca el bullying.

Caballero (2013)⁷⁰ comenta que actualmente los hogares se han convertido solo en casas, donde no se conversa ni se comparte con la familia, por lo que se hace más difícil la identificación de situaciones de riesgo, como la depresión, el estrés, o el maltrato psicológico. Herrera y Avilés (2000)⁷¹ también estudiaron los factores familiares de riesgo en el intento suicida. Realizaron una entrevista dirigida a veintitrés personas para identificar la presencia de factores de riesgo del medio

⁶⁹ Rpp noticias,. (2013). Problemas familiares son la principal causa del suicidio. Recuperado de: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/problemas-familiares-son-principalcausa-de-suicidio-noticia-631647>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷⁰ Rpp noticias,. (2013). Problemas familiares son la principal causa del suicidio. Recuperado de: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/problemas-familiares-son-principalcausa-de-suicidio-noticia-631647>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷¹ Herrera, P. & Avilés Betancourt, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 16(2), 134-137. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000200005&script=sci_arttext. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

familiar así como su funcionamiento y las crisis que más se presentaban en la convivencia.

Como resultado obtuvieron que el funcionamiento familiar sí es un factor de riesgo importante ya que los pacientes que realizaron intentos suicidas tenían núcleos familiares regulares y malos, en los que la presencia de crisis familiares no eran transitorias y además las relaciones entre ellos estaban dañadas⁷².

Según Nizama (2011)⁷³ el suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su funcionamiento y la presencia de otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida.

Este enfoque nos conduce a valorar adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar saludable en cada uno de sus miembros. En ese sentido es importante destacar que la disfunción familiar es un factor de riesgo relevante. Diversos estudios demuestran que en la mayoría de los núcleos familiares de los

⁷² Rodríguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷³ Nizama, M. (2011). suicidio. Revista Peruana de Epidemiología, 15, 5. Citado por: Rodríguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

pacientes que realizaron intento suicida, se evidenció la presencia de crisis familiares, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares⁷⁴.

En cuanto a los factores sociales, trasladándonos a finales del siglo XIX fue Durkheim el primero en otorgarle al suicidio una estricta causa social, porque según él, las sociedades albergan diversos síntomas patológicos que contribuyen a la decisión de una persona de terminar con su vida⁷⁵.

Una frase extraída del texto de Emile Durkheim⁷⁶ decía; “Un ser vivo no puede ser feliz y hasta no puede vivir más que si sus necesidades están suficientemente en relación con sus medios. De otro modo, si exigen más de lo que se les puede conceder, estarán contrariadas sin cesar y no podrán funcionar sin dolor.”

Lo que explica un poco que el ser humano es inconformista por naturaleza y siempre está en una constante sensación de frustración y disconformidad, por lo

⁷⁴Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷⁵ Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷⁶ Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

tanto, solo los que saben gestionar bien dichas emociones negativas podrán seguir viviendo y disfrutando del resto del tiempo.

El tipo de suicidio que interesa particularmente a Durkheim es el suicidio anómico por la influencia que tienen tanto las crisis económicas como las crisis de la viudez sobre la tendencia al suicidio. Es el más característico de la sociedad moderna. Este suicidio es el que se refleja en la correlación entre la frecuencia de los suicidios y las fases del ciclo económico.

Durkheim⁷⁷ creó esta clasificación del suicidio en concreto, después de observar que en sociedades donde la tasa de divorcios es alta, la tasa de suicidios era mayor. También observó estas variaciones en sociedades que padecían crisis políticas y desordenes sociales. Por ejemplo, para no irnos muy lejos, todas las personas que se han visto afectadas tras la reforma laboral, muchos de los que se quedaron sin trabajo y con cargas familiares sufrieron los embargos de sus propiedades y expuestos a una mayor vulnerabilidad al suicidio.

Aparentemente, las estadísticas nos revelan una tendencia al aumento de los suicidios en los períodos de crisis económica. En cambio, hallamos otro fenómeno curioso: una tendencia a la disminución de la frecuencia de los suicidios en los períodos de grandes acontecimientos políticos. Así, durante los años de guerra, disminuye el número de suicidios.

⁷⁷ Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>. Citado por: Rodríguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Por otro lado, Durkheim⁷⁸ procura demostrar que los tipos sociales que ha elaborado corresponden aproximadamente a tipos psicológicos: El suicidio egoísta se manifestará por un estado de apatía y de ausencia de apego a la vida. El suicidio altruista por la energía y la pasión. Y el suicidio anómico se caracterizará por un estado de irritación y de disgusto, irritación vinculada con las múltiples ocasiones de decepción que la existencia moderna ofrece.

Es por tanto que las causas reales del suicidio según Durkheim⁷⁹ son fuerzas sociales que varían según las sociedades, los grupos y las religiones: “Las causas emanan del grupo y no de los individuos por separado.”

Durkheim no solo investiga los suicidios a nivel social sino que también analiza si los factores ajenos a la sociedad pueden afectar al porcentaje de suicidios como pueden ser la raza, la herencia y la imitación.

Haciendo referencia a investigaciones ya más actuales, Pérez Barrero (1997)⁸⁰ identifica dos tipos de problemas sociales para explicar las causas del suicidio.

⁷⁸ Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁷⁹ Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>. Citado por: Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Por un lado, los problemas socioeconómicos, donde una escasa educación y el desempleo son factores de riesgo para el suicida ya que limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades y coartan la libertad.

Y por otro lado, los factores asociados a la cultura adquieren una importancia en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso cultural por pérdida de identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes.

⁸⁰ Pérez, A. (1997). Factores de riesgo suicida en la adolescencia. *Psicologia-online.com*. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml> Citado por: Rodríguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MARCO LEGAL

| INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN | MARCO NORMATIVO, REGLAMENTARIO O PROGRAMÁTICO |
|----------------------------------|--|
| instituto Nacional de Salud | Decreto 780 de 2016 ⁸¹ : Operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, en el cual se incluyen el Protocolo de vigilancia en salud pública del intento de suicidio y el Protocolo de vigilancia en salud pública de intoxicaciones por sustancia químicas |
| Colegio Colombiano de Psicólogos | Ley 1090 de 2006 ⁸² : por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones Ley 1616 de 2013 ⁸³ : ley de Salud Mental. |
| Defensoría del pueblo | Declaración de 1948 ⁸⁴ : Declaración Universal de los Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas-ONU) Ley 12 de 1991 ⁸⁵ : Convención Internacional |

⁸¹ Ministerio de Salud y protección. Decreto 780 de 2016. 2016. Recuperado: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

⁸² Función pública. Ley 1090 de 2006. 2006. Recuperado: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

⁸³ Ministerio de Salud y protección .Ley 1616 de 2013. 2013. Recuperado: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

⁸⁴ Naciones Unidas. Declaración de 1948. 1948. Recuperado: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/NormativaNacional/Declaraci%C3%B3n%20Universal%20de%20Derechos%20Humanos%20de%201948.pdf>

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>sobre los Derechos Del Niño.</p> <p>Ley 24 de 1992⁸⁶: organización y funcionamiento de la Defensoría del Pueblo</p> <p>Ley 1755 de 2015⁸⁷: Derecho Fundamental de Petición</p> |
| Superintendencia Nacional de Salud | <p>Decreto 2462 de 2013⁸⁸: el cual define la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, las acciones de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las acciones de inspección, vigilancia y control en la garantía del derecho fundamental a la salud y las acciones de inspección, vigilancia y control sobre planes de salud pública (en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021.)</p> <p>Circular 004 de 2015⁸⁹: Instrucciones para la prestación de los servicios de salud de los Adultos Mayores.</p> <p>Circular 008 de 2017⁹⁰: Instrucciones respecto a</p> |

⁸⁵ Unidad de Víctimas. Ley 12 de 1991. 1991. Recuperado: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-12-de-1991.pdf>

⁸⁶ Secretaría del Senado. Ley 24 de 1992. 1992. Recuperado: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0024_1992.html

⁸⁷ Secretaría del Senado. Ley 1755 de 2015. 2015. Recuperado: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1755_2015.html

⁸⁸ República de Colombia Decreto 2462 de 2013. 2013. Recuperado: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/NOVIEMBRE/07/DECRETO%202462%20DEL%2007%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202013.pdf>

⁸⁹ Función Pública. Circular 004 de 2015. 2015. Recuperado: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66563>

| | |
|--|---|
| | <p>la ruta de atención integral a víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas. Desarrollo de metodologías para el análisis de riesgos en salud. Seguimiento a Fallos.</p> <p>Circular 004 de 2017⁹¹: Instrucciones respecto a la ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para las víctimas de minas antipersonal (MAP) y de municiones sin explotar (MUSE). Carta del buen trato</p> |
| <p>Ministerio del interior Dirección de asuntos indígenas, ROM y minorías. Grupo promoción de derechos</p> | <p>Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo.</p> <p>Ley 691 de 2001⁹²: participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia</p> <p>Auto 004 de 2009⁹³: Protección de derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados por el conflicto armado</p> <p>Auto 092 de 2008⁹⁴: Adopción de medidas para la protección a mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado</p> |

⁹⁰ Superintendencia Financiera. Circular 008 de 2017. 2017. Recuperado: <https://www.superfinanciera.gov.co/inicio/10090728>

⁹¹ Súper Solidaria. Circular 004 de 2017. 2017. Recuperado: http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/normativa/circular_sarlaft_2017.pdf

⁹² Función pública. Ley 691 de 2001. 2001. Recuperado: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4454>

⁹³ Corte constitucional. Auto 004 de 2009.2009. Recuperado: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm>

⁹⁴ Corte Constitucional. Auto 092 de 2008. 2008. Recuperado: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2008/a092-08.htm>

| | |
|--|---|
| | <p>Decreto 1953 de 2014⁹⁵: régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas</p> <p>Decreto 1973 de 2013⁹⁶: Por el cual se crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas</p> <p>Ley 21 de 1991⁹⁷: convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes</p> <p>Decreto 2340 de 2015⁹⁸: a estructura orgánica y funciones del Ministerio del Interior y se integra el Sistema Administrativo del Ministerio del Interior.</p> |
|--|---|

⁹⁵ Ministerio de Justicia. Decreto 1953 de 2014. 2014. Recuperado: <https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/DECRETO%201953%20DEL%2007%20DE%20OCTUBRE%20DE%202014.pdf>

⁹⁶ Ministerio de Salud y protección .Decreto 1973 de 2013. 2013. Recuperado: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1973-de-2013.pdf>

⁹⁷ SUIN. Ley 21 de 1991. 1991. Recuperado: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1577376>

⁹⁸ Ministerio de Interior. Decreto 2340 de 2015. 2015. Recuperado: <https://www.mininterior.gov.co/la-institucion/normatividad/decreto-2340-de-2015>

PROCESO METODOLOGICO

TIPO: metodología científica

ENFOQUE: cuantitativo y cualitativo

La investigación es “un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplica al estudio de un fenómeno”. (Hernández Sampieri, 2006)⁹⁹

El tema en referencia, las causas socio familiares que promueven en los jóvenes la iniciativa de realizar actos de suicidio, y las consecuencias que se reflejan en los familiares, por la realización de tales actos en el barrio los comuneros de Popayán cauca año 2018, se desarrollara teniendo en cuenta el modelo de investigación científico desarrollado por el doctor Sampieri Hernández, el cual establece que lo fundamental para una veraz investigación es necesario una adecuada planeación de la pregunta problema.

⁹⁹ Sampieri, R. Metodología de la Investigación. 2006. Recuperado: <https://www.emprendices.co/resumen-del-libro-metodologia-la-investigacion-roberto-hernandez-sampieri/>

En este sentido referenciamos la pregunta problema, ¿Qué causas socio familiares que promueven en los jóvenes la iniciativa de realizar actos de suicidio, y las consecuencias que se reflejan en los familiares, por la realización de tales actos?, tomando como punto base un grupo determinado de población los jóvenes, esto nos permite obtener un enfoque cuantitativo en el proceso sistemático, y al observar sus diferentes actividades cotidianas sus rasgos psicológicos, es decir adentrándonos en un determinado grupo de la comunidad con diferentes características que son influyentes al momento de tomar decisiones, estamos frente al enfoque cualitativo de la investigación.

Haciendo énfasis al grupo social a tratar, es importante resaltar que los actos de suicidio han enmarcado a la comunidad en una cantidad de veces cada vez mayor, y este tipo de acto no discrimina la edad sin embargo, frente al reiterativo acto de los jóvenes al verse enfrentados a las actividades en su diario vivir se ven en un momento desesperado a pensar si finaliza con su vida, dado que son atormentados por sus pensamientos y la crisis social que termina permeando el libre desarrollo del menor de edad.

La sociedad les debe unas óptimas condiciones de crecimiento a los menores de edad, jóvenes de la comunidad en general, dado que si el estado garantizara una educación óptima y un ambiente sano en general al desarrollo de sus actividades, estarían pensando en su crecimiento personal y profesional y no en finalizar con su vida por el mundo caótico en el que se desenvuelven.

Para la ejecución del desarrollo de la investigación se partió por la investigación del grupo de personas pertenecientes al barrio los comuneros, un barrio en el cual es estrato medio, donde se observa la criminalidad, venta de estupefacientes,

personas con estudios hasta escolaridad y bachiller, ventas callejeras y peleas callejeras, acciones que al ser violentas y de carácter de tensión genera en el individuo un estrés generalizado y unas ciertas conductas ilegales, que deterioran el actuar normal del individuo e involucran en sus pensamientos el desarrollo de actos dañinos para sí mismos, hasta ocasionar lo fatídico, como lo es la muerte.

Acto seguido se realizó una entrevista a diferentes personas con un disímil grado de edad, sobre la situación que cobija al pueblo en general, se observa que el acto de suicidio es una acción conocida por el grupo en general y se han visto afectados en su gran mayoría, creando secuelas en cada uno de los integrantes de la familia que han tenido que vivenciar esa actuación, ya que en su mayoría ha superado la pérdida de su ser querido, aquellos que no aun guardan un daño psicológico que les genera dolor y aquéllos que superaron su perdida también llevan una idea de aquel acontecimiento que podrían intentar repetir aquel acto fatídico.

Es importante también prever que el diario vivir de los individuos debe encontrarse en estado de normalidad para que así pueda tener un crecimiento adecuado y ejercer su don social en el entorno de su comunidad, es decir ejerza su fin social el cual debe cumplir como individuo social

TECNICAS E INSTRUMENTOS

RESULTADOS ESTADISTICOS

TABULACIÓN SOBRE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

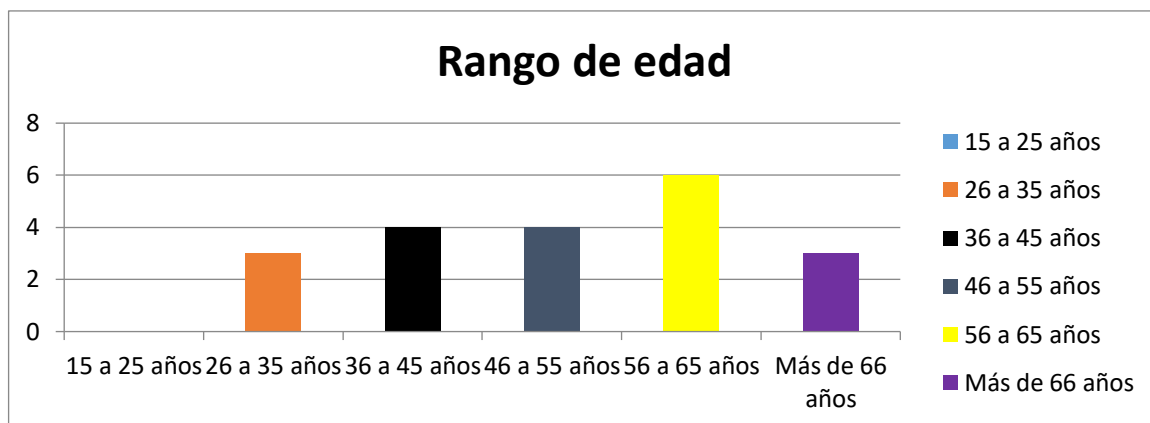
1. ¿Cuál es su rango de edad?

Tabla 1: ¿Cuál es su rango de edad?

| Rango de edad | Cantidad |
|----------------|----------|
| 15 a 25 años | 0 |
| 26 a 35 años | 3 |
| 36 a 45 años | 4 |
| 46 a 55 años | 4 |
| 56 a 65 años | 6 |
| Más de 66 años | 3 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 1: ¿Cuál es su rango de edad?



Fuente: Elaboración propia.

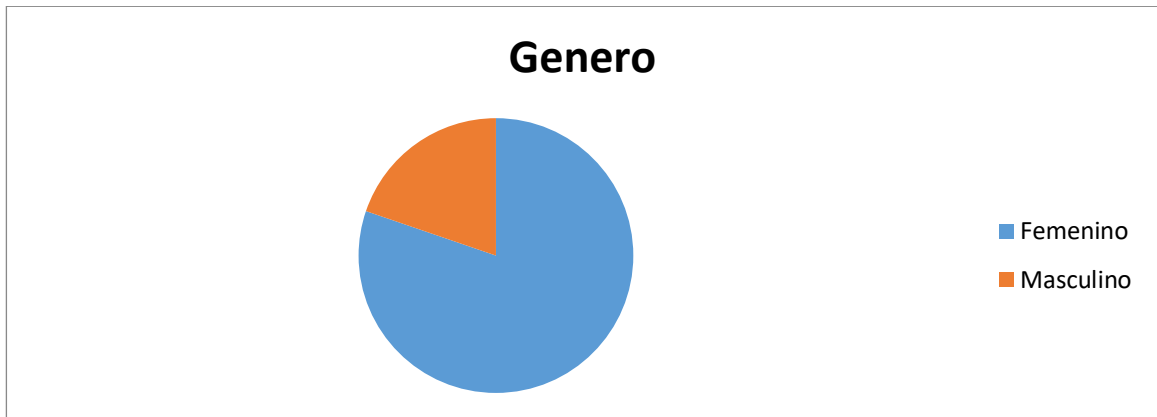
2. ¿Genero?

Tabla 2: ¿Genero?

| Genero | Cantidad |
|-----------|----------|
| Femenino | 13 |
| Masculino | 7 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 2 : ¿Genero?



Fuente: Elaboración propia.

3. ¿Nivel de escolaridad?

Tabla 3: ¿Nivel de escolaridad?

| Nivel de escolaridad | Cantidad |
|----------------------|----------|
| Primaria | 9 |
| Secundaria | 7 |
| Bachiller | 3 |
| Profesional | 1 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 3: ¿Nivel de escolaridad?



Fuente: Elaboración propia.

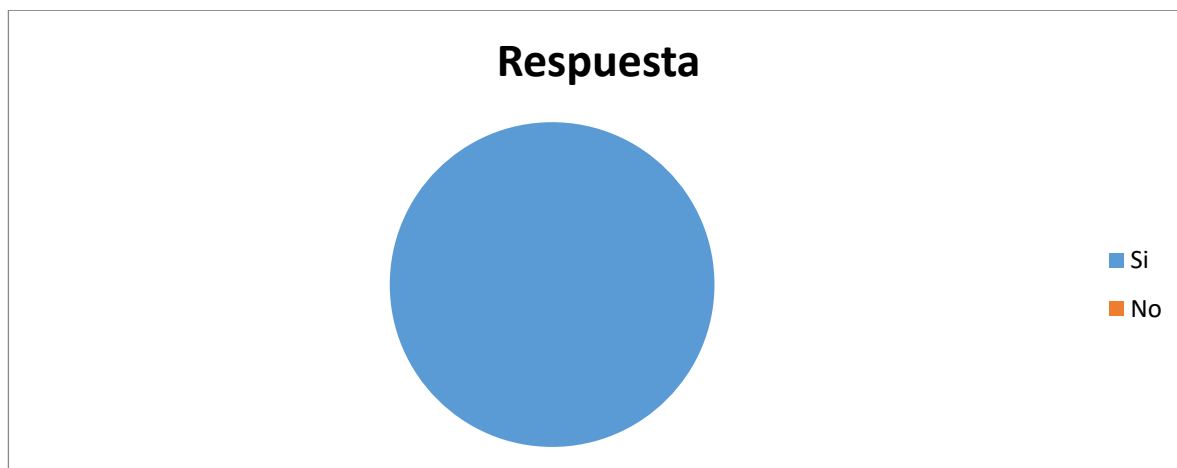
4. ¿Algún familiar se ha suicidado?

Tabla 4: ¿Algún familiar se ha suicidado?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 20 |
| No | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 4: ¿Algún familiar se ha suicidado?



Fuente: Elaboración propia.

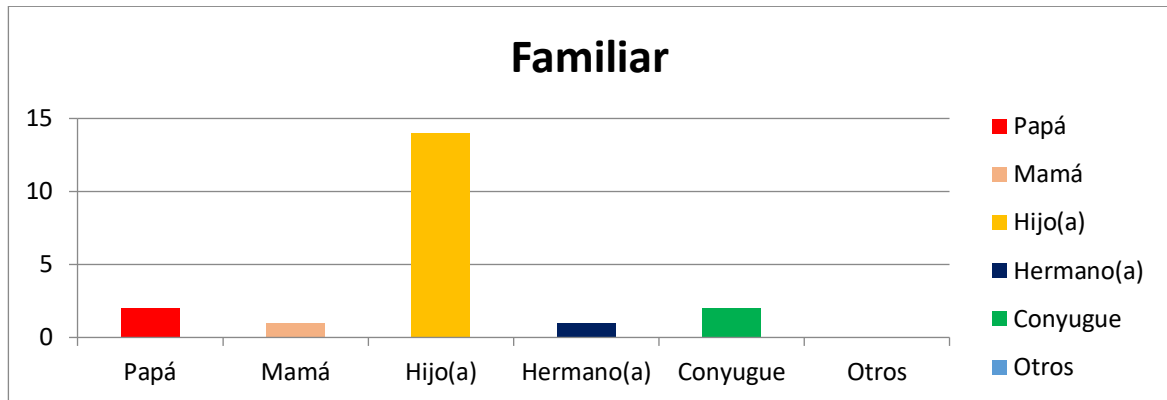
5. ¿Qué familiar se suicidó?

Tabla 5: ¿Qué familiar se suicidó?

| Familiar | Cantidad |
|------------|----------|
| Papá | 2 |
| Mamá | 1 |
| Hijo(a) | 14 |
| Hermano(a) | 1 |
| Conyugue | 2 |
| Otros | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 5: ¿Qué familiar se suicidó?



Fuente: Elaboración propia.

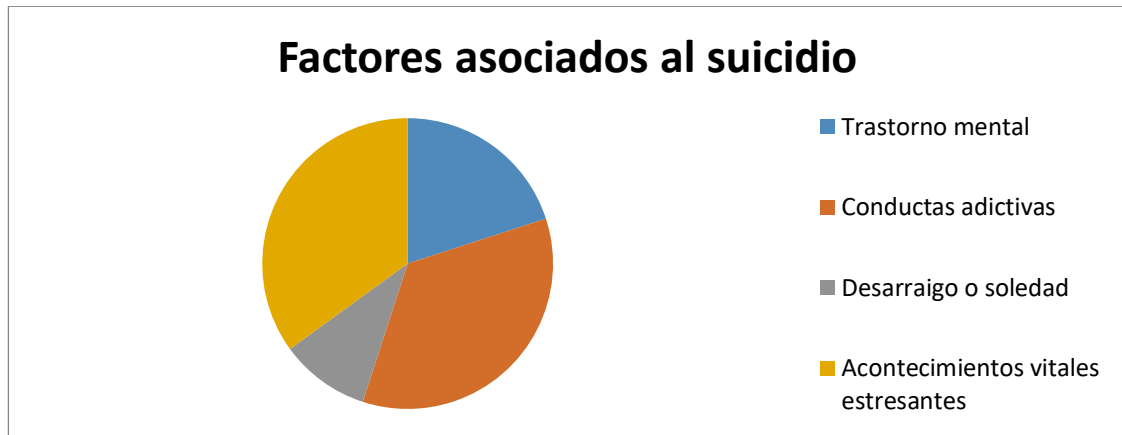
6. ¿Cuáles cree usted que son los factores asociados al suicidio?

Tabla 6: ¿Cuáles cree usted que son los factores asociados al suicidio?

| Respuesta | Cantidad |
|-------------------------------------|----------|
| Trastorno mental | 4 |
| Conductas adictivas | 7 |
| Desarraigo o soledad | 2 |
| Acontecimientos vitales estresantes | 7 |
| Enfermedad crónica | 0 |
| Otra | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 6: ¿Cuáles cree usted que son los factores asociados al suicidio?



Fuente: Elaboración propia.

7. ¿Ha intentado suicidarse?

Tabla 7: ¿Ha intentado suicidarse?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 20 |
| No | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 7: ¿Ha intentado suicidarse?



Fuente: Elaboración propia.

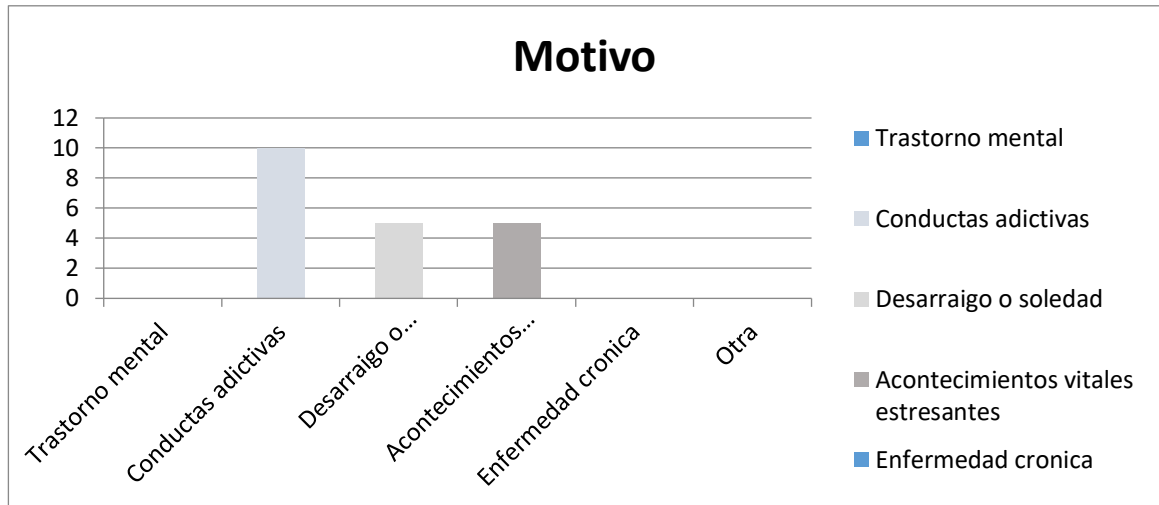
8. ¿Cuál fue el motivo por el cual intento suicidarse?

Tabla 8: ¿Cuál fue el motivo por el cual intento suicidarse?

| Respuesta | Cantidad |
|-------------------------------------|----------|
| Trastorno mental | 0 |
| Conductas adictivas | 10 |
| Desarraigo o soledad | 5 |
| Acontecimientos vitales estresantes | 5 |
| Enfermedad crónica | 0 |
| Otra | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 8: ¿Cuál fue el motivo por el cual intento suicidarse?



Fuente: Elaboración propia.

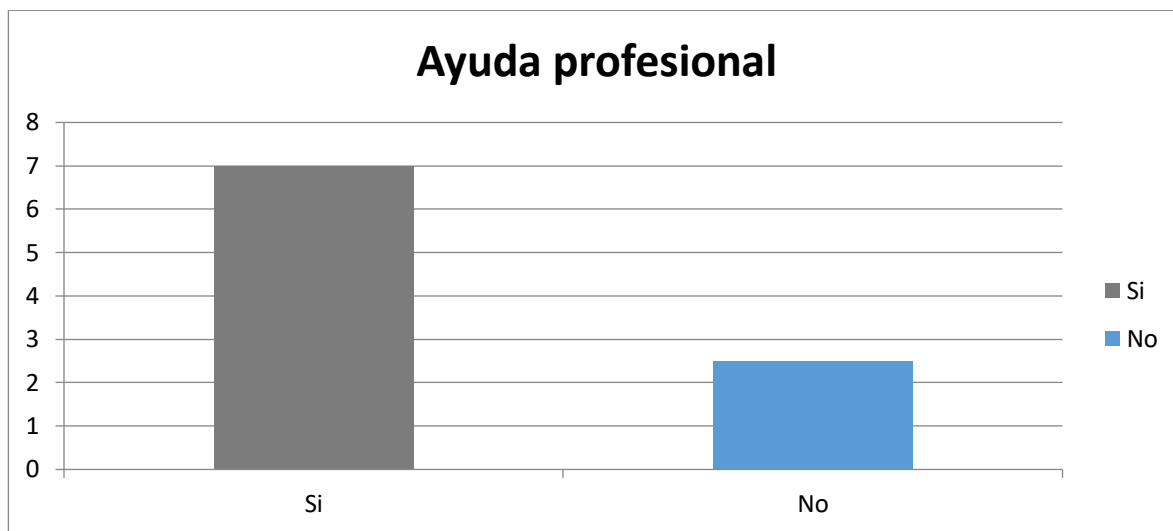
9. ¿Busco la ayuda profesional?

Tabla 9: ¿Busco la ayuda profesional?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 7 |
| No | 13 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 9: ¿Busco la ayuda profesional?



Fuente: Elaboración propia.

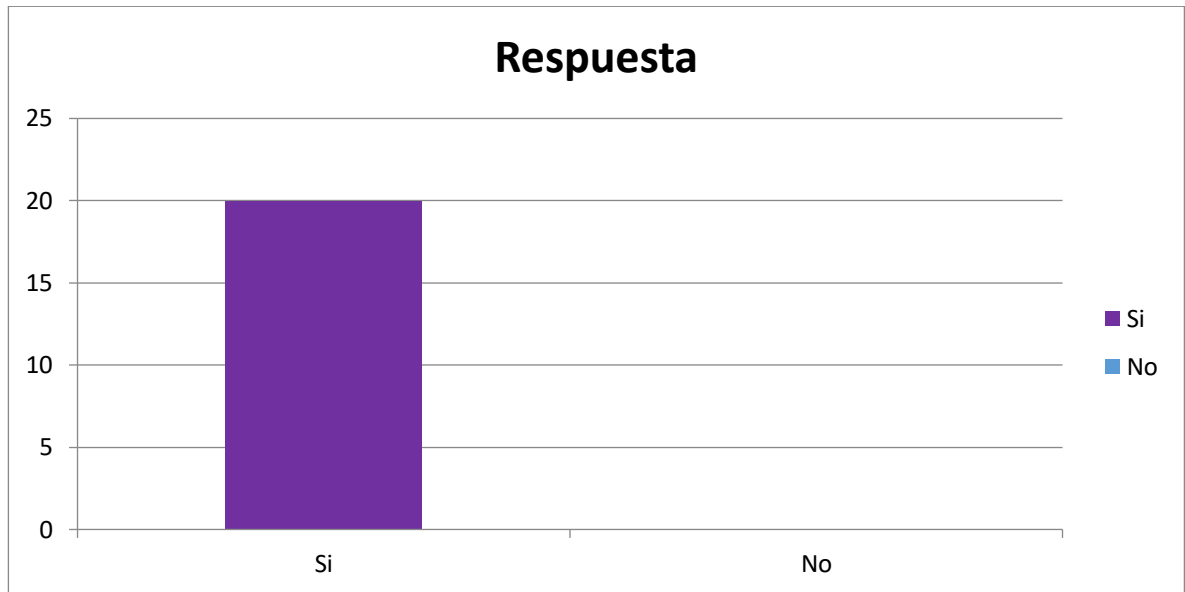
10. ¿Cree usted que se pudo evitar el suicidio del familiar?

Tabla 10: ¿Cree usted que se pudo evitar el suicidio del familiar?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 20 |
| No | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 10: ¿Cree usted que se pudo evitar el suicidio del familiar?



Fuente: Elaboración propia.

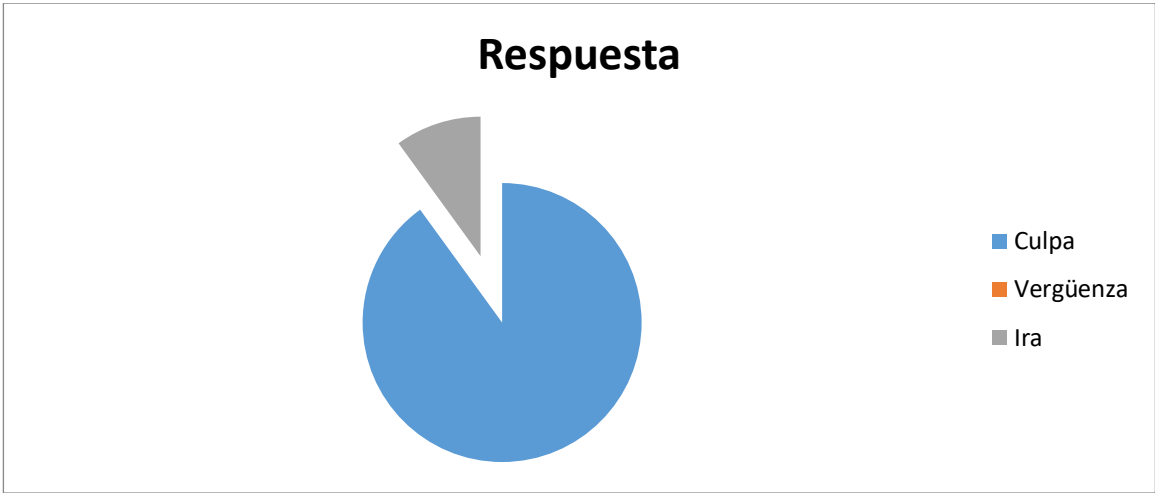
11. ¿En el momento que se enteró del suicidio que fue lo primero que sintió?

Tabla 11: ¿En el momento que se enteró del suicidio que fue lo primero que sintió?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Culpa | 18 |
| Vergüenza | 0 |
| Ira | 2 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 11: ¿En el momento que se enteró del suicidio que fue lo primero que sintió?



Fuente: Elaboración propia.

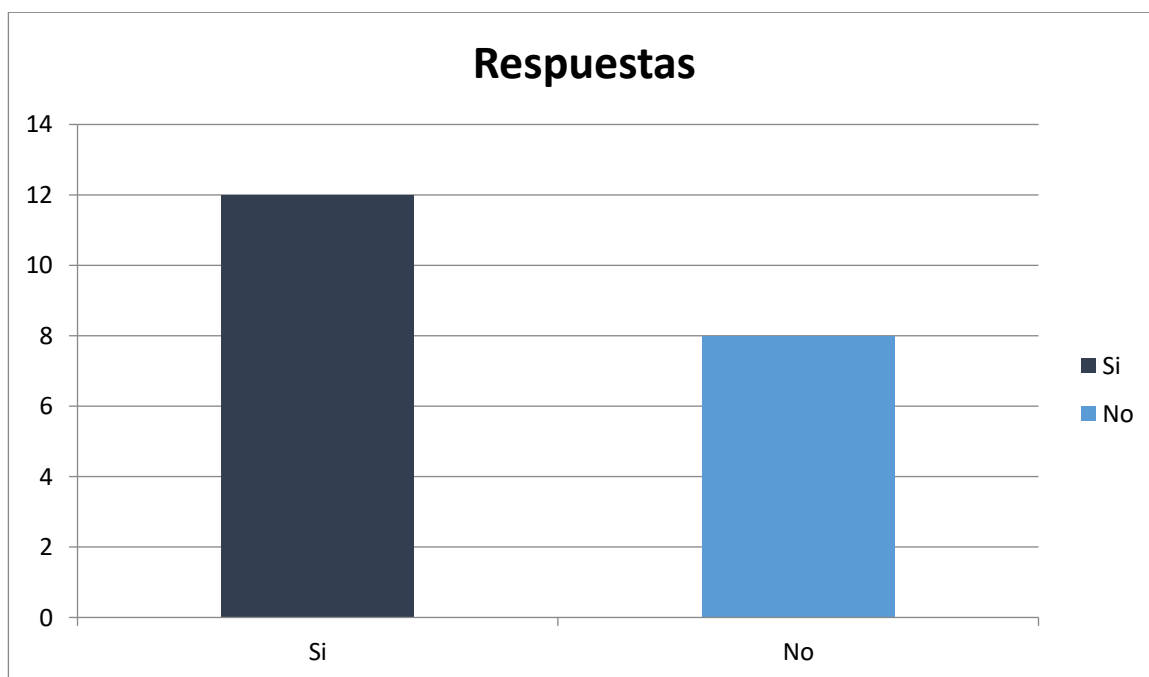
12. ¿Considera usted que ya vivió el duelo?

Tabla 12: ¿Considera usted que ya vivió el duelo?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 12 |
| No | 8 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 12: ¿Considera usted que ya vivió el duelo?



Fuente: Elaboración propia.

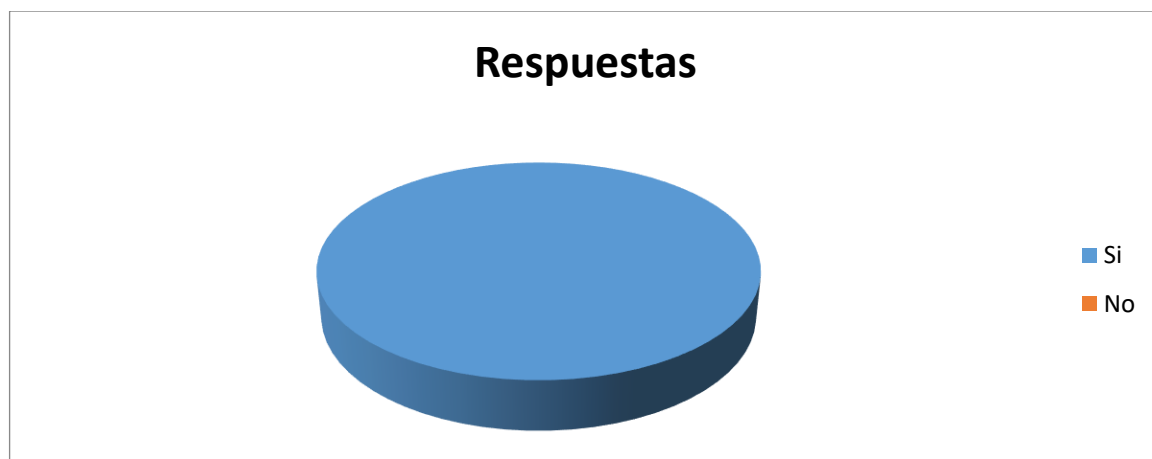
13. ¿Cree usted que desde el colegio podían haber realizado algo para evitar el suicidio del adolescente?

Tabla 13 : ¿Cree usted que desde el colegio podían haber realizado algo para evitar el suicidio del adolescente?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 20 |
| No | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 13: ¿Cree usted que desde el colegio podían haber realizado algo para evitar el suicidio del adolescente?



Fuente: Elaboración propia.

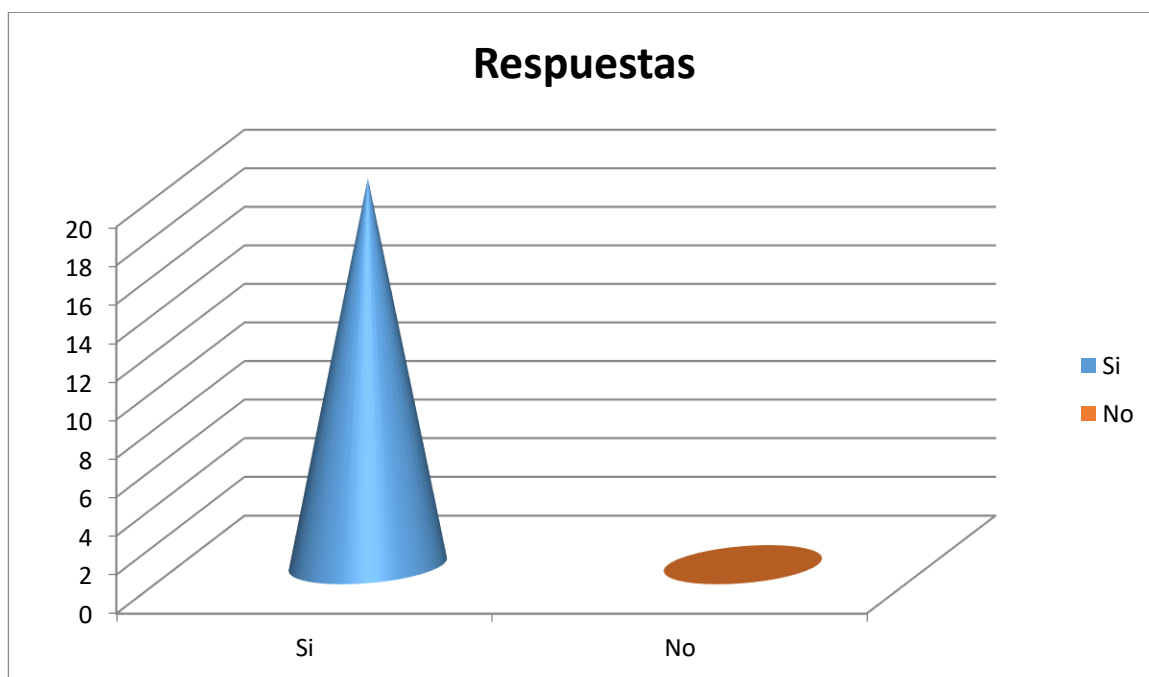
14. ¿El menor o adolescente estaba estudiando?

Tabla 14: ¿El menor o adolescente estaba estudiando?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 20 |
| No | 0 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 14: ¿El menor o adolescente estaba estudiando?



Fuente: Elaboración propia.

15. ¿Qué de edad tenía la persona que se suicidó?

Tabla 15 : ¿Qué de edad tenía la persona que se suicidó?

| Respuesta | Cantidad |
|--------------|----------|
| 13 a 15 años | 15 |
| 16 a 18 años | 4 |
| 19 a 21 años | 1 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 15: ¿Qué de edad tenía la persona que se suicidó?



Fuente: Elaboración propia.

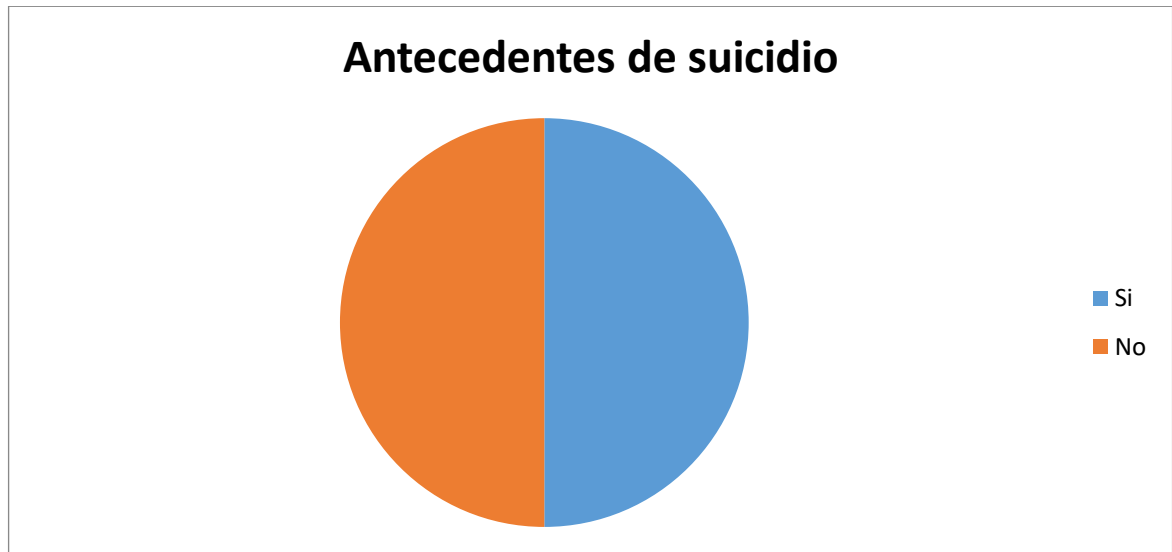
16. ¿En la familia hay antecedentes de suicidio?

Tabla 16: ¿En la familia hay antecedentes de suicidio?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 10 |
| No | 10 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 16: ¿En la familia hay antecedentes de suicidio?



Fuente: Elaboración propia.

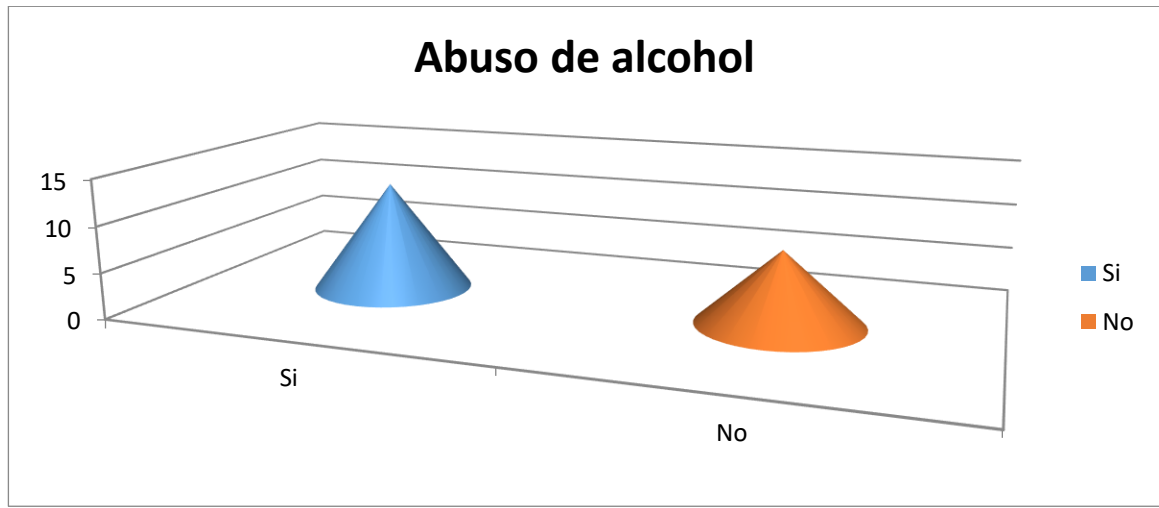
17. ¿Alguien en la familia tiene abuso de alcohol?

Tabla 17: ¿Alguien en la familia tiene abuso de alcohol?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 12 |
| No | 8 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 17: ¿Alguien en la familia tiene abuso de alcohol?



Fuente: Elaboración propia.

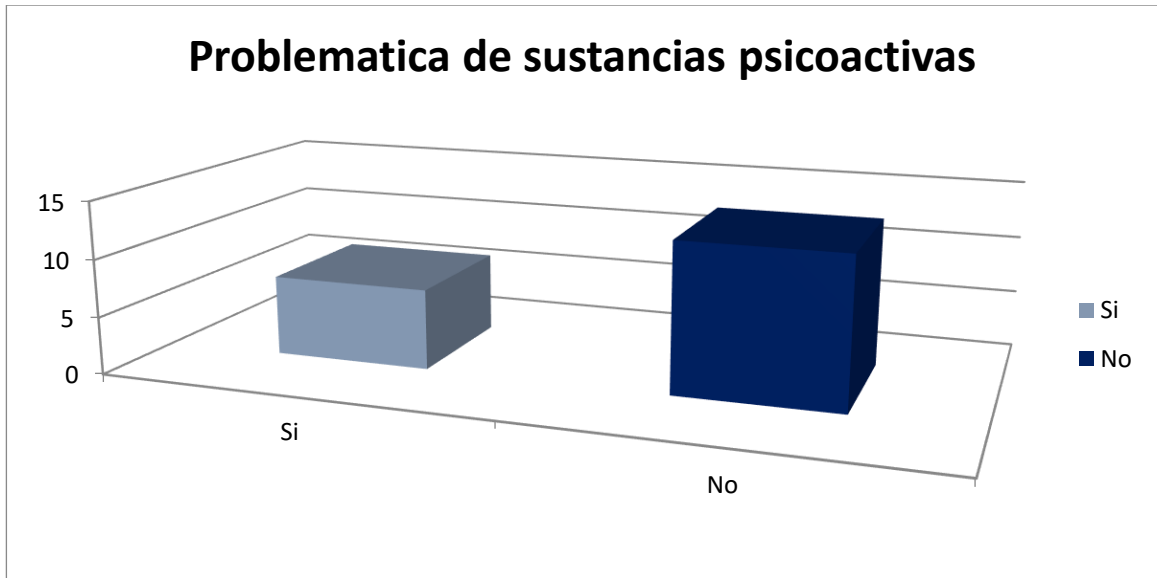
18. ¿Algún miembro de la familia tiene problemática de sustancias psicoactivas?

Tabla 18: ¿Algún miembro de la familia tiene problemática de sustancias psicoactivas?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 7 |
| No | 13 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 18 : ¿Algún miembro de la familia tiene problemática de sustancias psicoactivas?



Fuente: Elaboración propia.

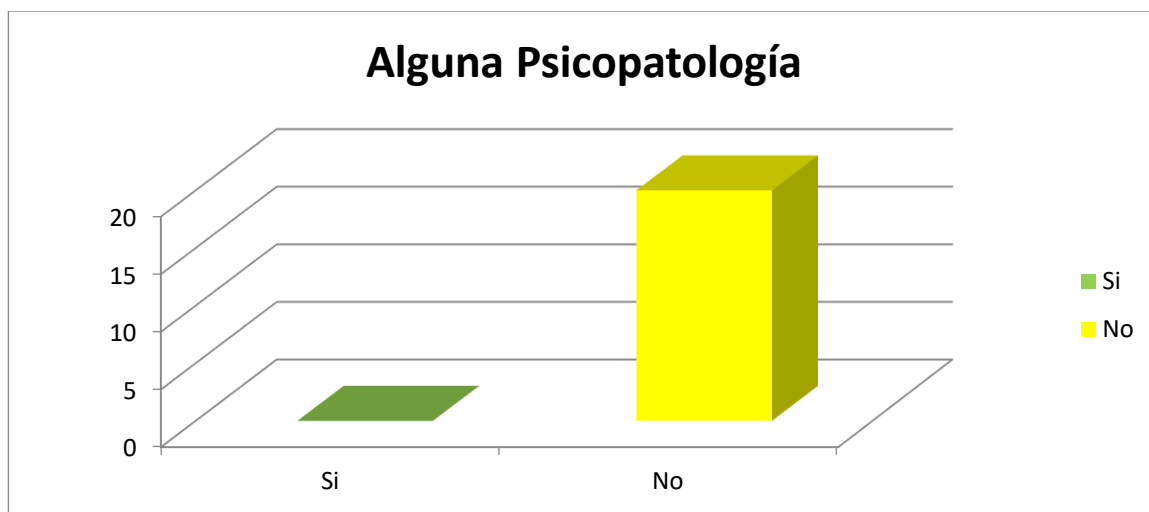
19. ¿Sabe usted si sus padres o alguna descendencia tenía psicopatologías?

Tabla 19: ¿Sabe usted si sus padres o alguna descendencia tenía psicopatologías?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 0 |
| No | 20 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 19: ¿Sabe usted si sus padres o alguna descendencia tenía psicopatologías?



Fuente: Elaboración propia.

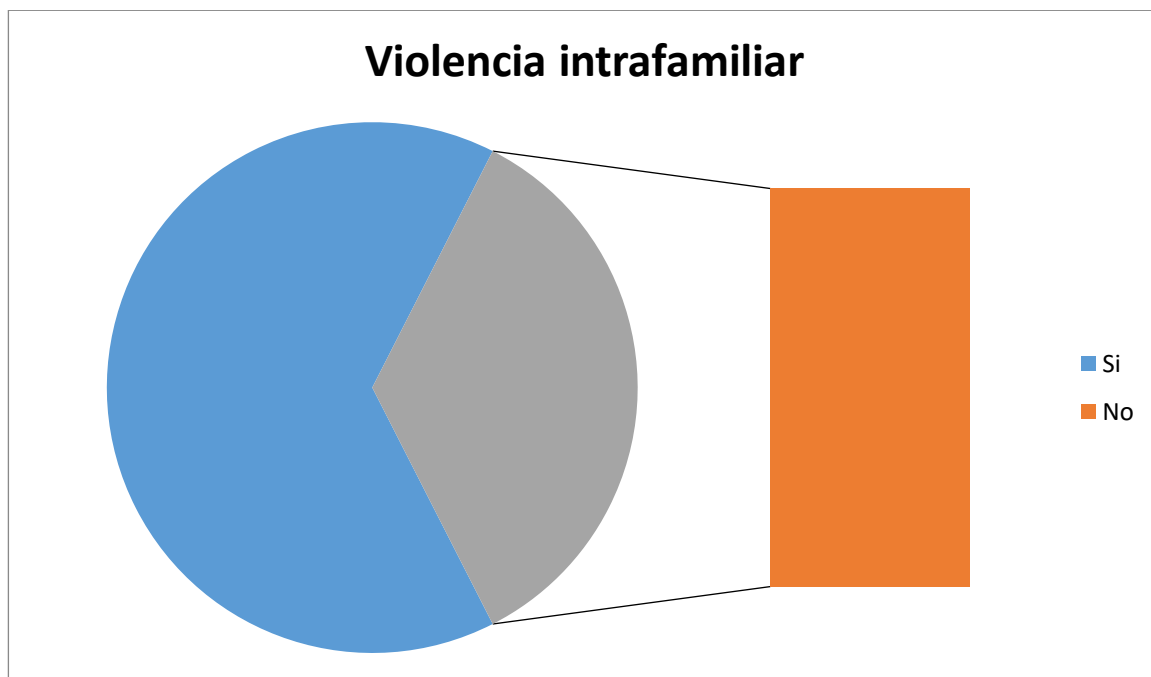
20. ¿En su familia se presenta violencia intrafamiliar?

Tabla 20: ¿En su familia se presenta violencia intrafamiliar?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 13 |
| No | 7 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 20 : ¿En su familia se presenta violencia intrafamiliar?



Fuente: Elaboración propia.

21. ¿Con que frecuencia usted demuestra afecto hacia sus hijos?

Tabla 21: ¿Con que frecuencia usted demuestra afecto hacia sus hijos?

| Respuestas | Cantidad |
|----------------------|----------|
| Un día a la semana | 0 |
| Dos días a la semana | 3 |
| Tres días o más | 17 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 21: ¿Con que frecuencia usted demuestra afecto hacia sus hijos?



Fuente: Elaboración propia.

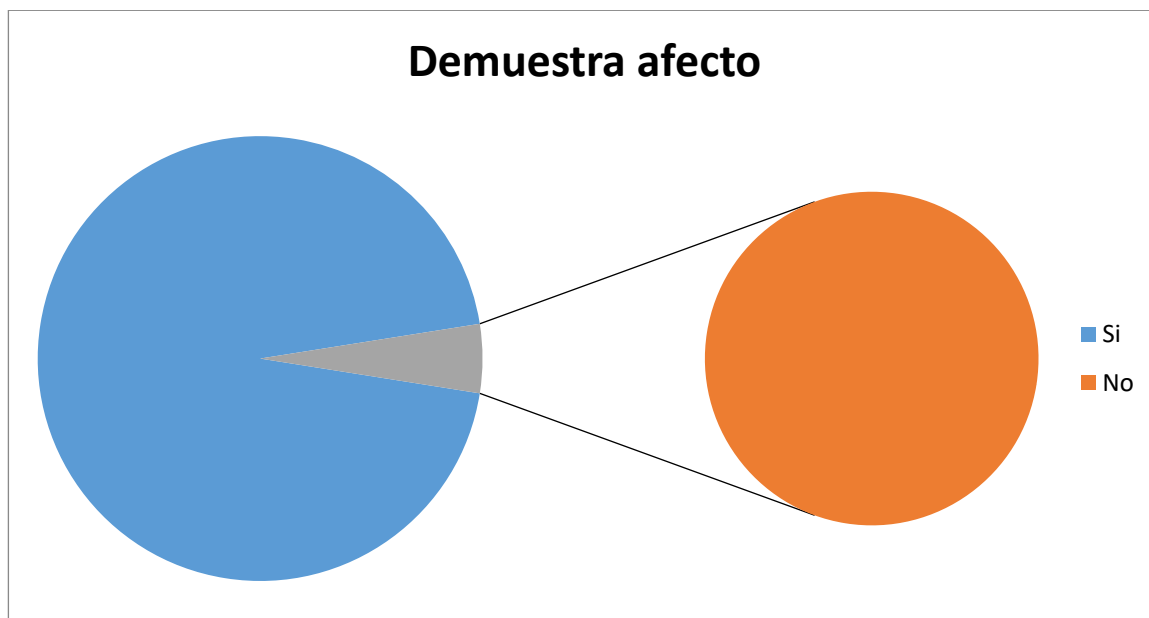
22. ¿En su familia se demuestran afecto?

Tabla 22: ¿En su familia se demuestran afecto?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 19 |
| No | 1 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 22: ¿En su familia se demuestran afecto?



Fuente: Elaboración propia.

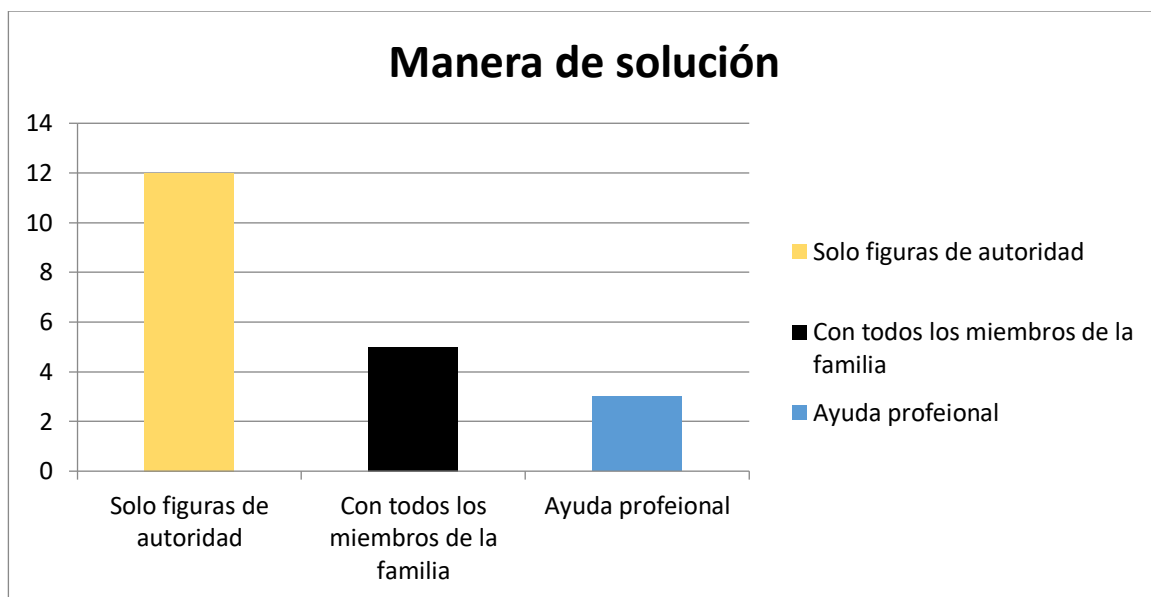
23. ¿Cuándo pasan problemas en su núcleo familiar de qué manera le dan solución?

Tabla 23: ¿Cuándo pasan problemas en su núcleo familiar de qué manera le dan solución?

| Respuesta | Cantidad |
|--------------------------------------|----------|
| Solo las figuras de autoridad | 12 |
| Con todos los miembros de la familia | 5 |
| Ayuda profesional | 3 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 23: ¿Cuándo pasan problemas en su núcleo familiar de qué manera le dan solución?



Fuente: Elaboración propia.

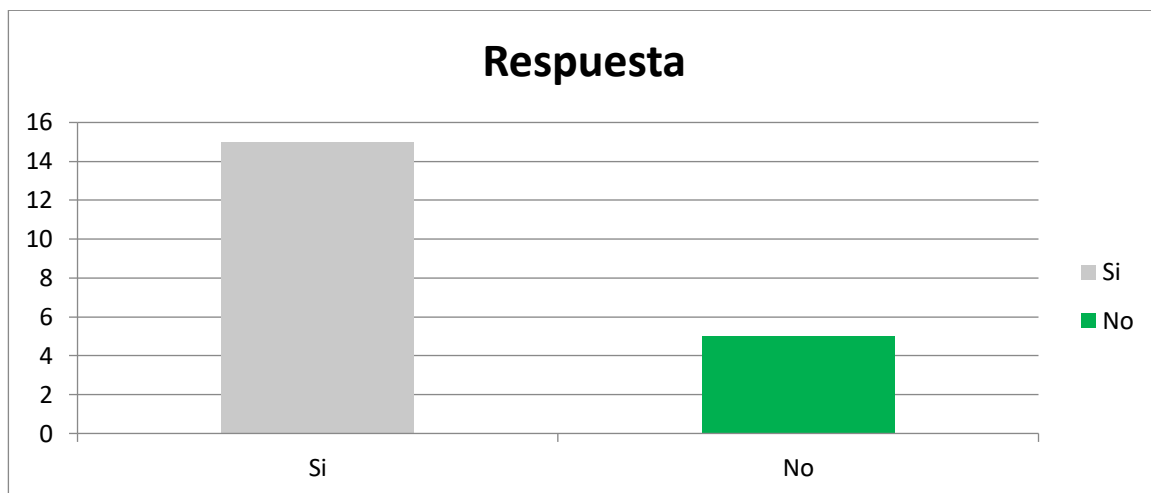
24. ¿Cree usted que las pautas de crianza inciden en el suicidio?

Tabla 24: ¿Cree usted que las pautas de crianza inciden en el suicidio?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 15 |
| No | 5 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 24: ¿Cree usted que las pautas de crianza inciden en el suicidio?



Fuente: Elaboración propia.

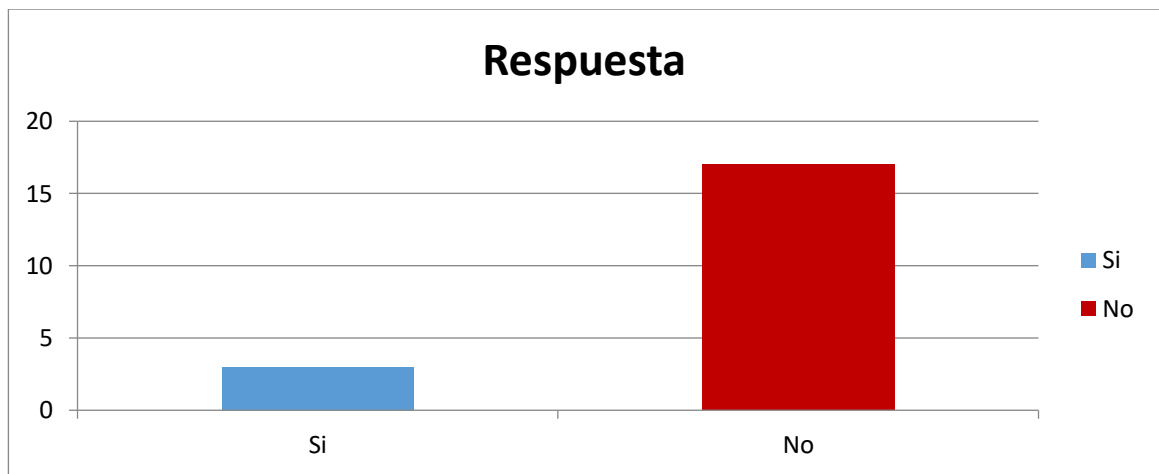
25. ¿Usted considera que la ausencia de alguna de las figuras paternas conduce al suicidio?

Tabla 25: ¿Usted considera que la ausencia de alguna de las figuras paternas conduce al suicidio?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 3 |
| No | 17 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 25: ¿Usted considera que la ausencia de alguna de las figuras paternas conduce al suicidio?



Fuente: Elaboración propia.

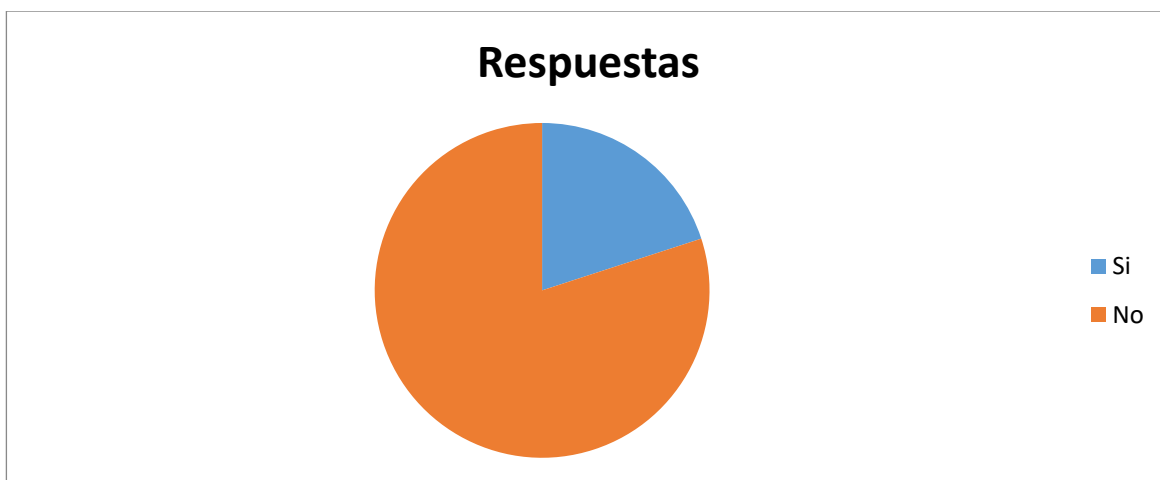
26. ¿Cree usted que en algún momento el rol de autoridad es un factor de riesgo frente al suicidio?

Tabla 26: ¿Cree usted que en algún momento el rol de autoridad es un factor de riesgo frente al suicidio?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 4 |
| No | 16 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 26: ¿Cree usted que en algún momento el rol de autoridad es un factor de riesgo frente al suicidio?



Fuente: Elaboración propia.

27. ¿Qué tiempo se dedican en familia en el día para escucharse?

Tabla 27: ¿Qué tiempo se dedican en familia en el día para escucharse?

| Respuestas | Cantidad |
|---------------|----------|
| ½ hora | 8 |
| 1 hora | 8 |
| 2 horas | 2 |
| 3 horas o más | 2 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 27: ¿Qué tiempo se dedican en familia en el día para escucharse?



Fuente: Elaboración propia.

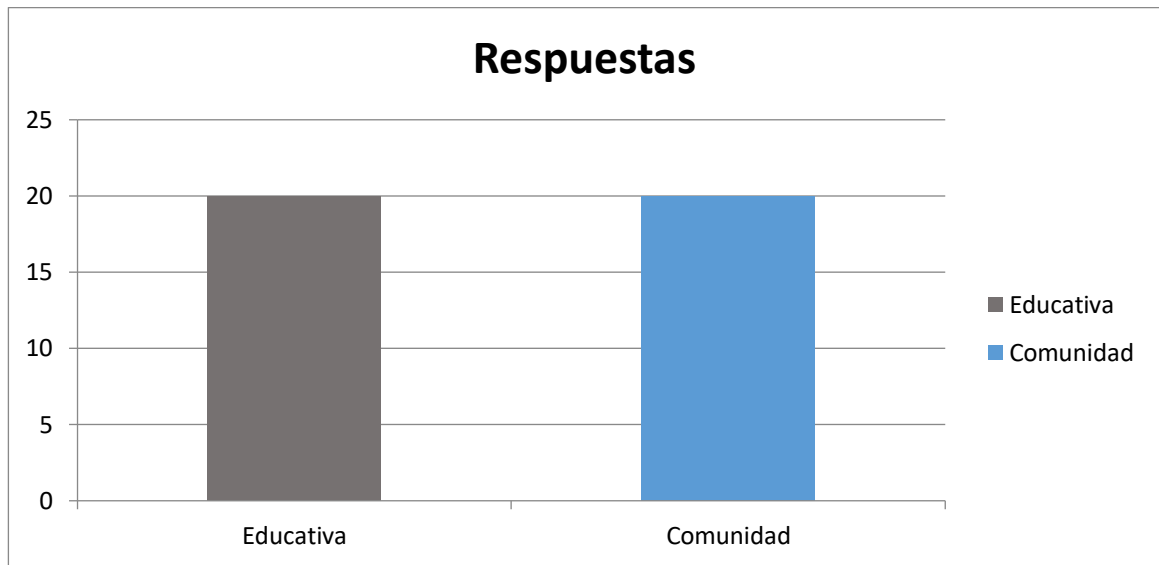
28. ¿considera que es importante la prevención del suicidio desde áreas externas a la familiar?

Tabla 28: ¿considera que es importante la prevención del suicidio desde áreas externas a la familiar?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Educativa | 20 |
| Comunidad | 20 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 28: ¿considera que es importante la prevención del suicidio desde áreas externas a la familiar?



Fuente: Elaboración propia.

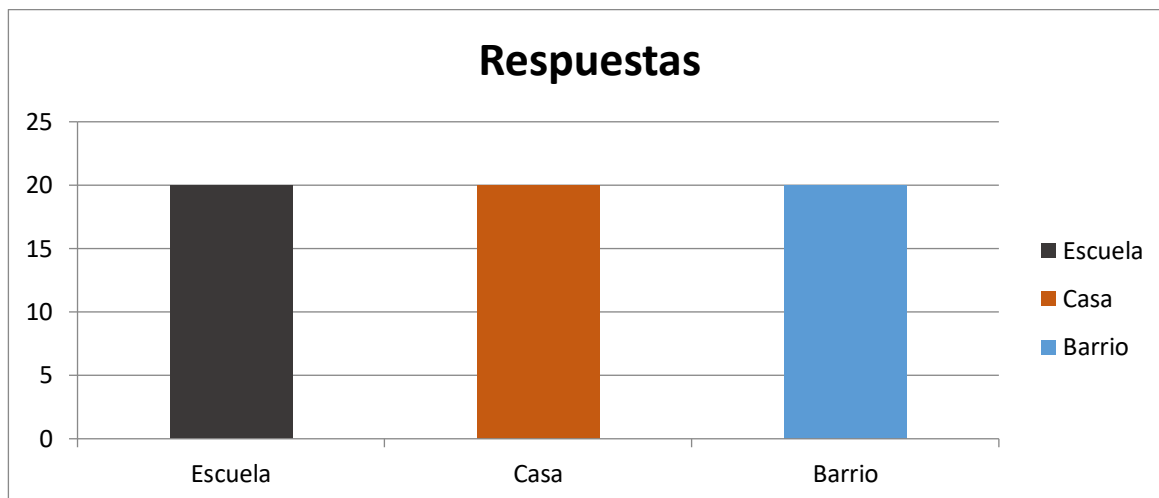
29. ¿para usted la educación sobre el valor de la vida se fomenta en que escenarios?

Tabla 29: ¿para usted la educación sobre el valor de la vida se fomenta en que escenarios?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Escuela | 20 |
| Casa | 20 |
| Barrio | 20 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 29: ¿para usted la educación sobre el valor de la vida se fomenta en que escenarios?



Fuente: Elaboración propia.

30. ¿Según su percepción el suicidio en jóvenes se puede evitar?

Tabla 30: ¿Según su percepción el suicidio en jóvenes se puede evitar?

| Respuesta | Cantidad |
|-----------|----------|
| Si | 18 |
| No | 2 |

Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 30: ¿Según su percepción el suicidio en jóvenes se puede evitar?



Fuente: Elaboración propia.

ANALISIS DE RESULTADOS

Las encuestas desarrolladas mostraron que el acto de suicidio ha estado presente en su grupo de familia, afectando sus lazos afectivos, y creando secuelas psicológicas en su diario vivir, dado que al ser de su cercanía, el dolor que genera es constante y es a un plazo extendido que al ser constante, se va afectado en su diario vivir y posiblemente se configure sentimientos de ira, de dolor, de arrepentimiento, y de culpabilidad, que le genera daños psicológicos que deben ser tratados con prontitud para que no refleje acciones no adecuadas.

El suicidio es una acción que el ser humano toma la decisión de realizar por diferentes circunstancias, en la encuestas se observa que los factores determinantes son el estrés o sustancias psicoactivas, son conductas que se pueden mejorar, en pro de la mejoría social y el crecimiento social, disminuyendo paulatinamente aquello que genera en el individuo esa voluntad de querer finalizar con su vida.

Tomando como referencia la entrevista, es importante denotar que en el barrio los comuneros los hogares presencian este tipo de acto, como lo es el suicidio, acción que al tomar la decisión no se prevé las consecuencias familiares y sociales que genera dado que al suicidarse finaliza su vida pero continua el problema social que a diario incrementa el número de personas que deciden finalizar con su vida.

Las actividades sociales son importantes para el desarrollo constructivo de una sociedad en pro del desarrollo común, ya que una vida puede ser un cambio significativo, como profesional o como ser social en construcción de un bien general, además que lo importante es disminuir la cifra que menoscaba la constitución de los hogares y su desarrollo.

La acción de suicidio es un acto que no es determinado por un rango de edad específico, sino por un tipo de estrés actuar en particular que le impide a la persona discernir adecuadamente sobre la mejor decisión a tomar, es decir que su sistema cognitivo se ve permeado por fatídicos resultados.

CONCLUSIONES

El acto de suicidio es una acción voluntaria tomada por la persona que involucra un momento de tensión, ira, rabia o dolor, es decir un sentimiento se encuentra psicológicamente activo frente a la decisión final, por tanto es importante resaltar que el individuo que toma la decisión de finalizar con su vida es porque ha analizado todas las posibilidades y no encuentra una solución al problema que lo cobija, ni una persona que sea un colaborador para su pronta resolución

En cuanto aquellos que deciden finalizar con su vida que se encuentran bajo el efecto de sustancias psicoactivas, no se encuentran psicológicamente estable, dado que este tipo de sustancias genera en el cerebro un serie de delirios que le permite tener al individuo un control total de su accionar.

Es posible que la persona que decide finalizar con su vida genere en terceras personas como familiares cercanos o amigos, sentimientos de ira y culpa por no haber podido contribuir con una pronta solución a su problema y tener a esa persona con vida, este tipo de sentimiento puede durar en la persona un tiempo prolongado que afectara su condición psicológica y por tanto su diario vivir.

La vida en sociedad es comprendida por cada uno de los individuos que la habita es por esto que si alguno de los individuos quebranta alguna de las actividades

normales durante el diario vivir, esto genera una conmoción general que en el transcurso del diario vivir se presentaran incógnitas que deben ser resueltas con la mayor rapidez posible para evitar su repetición, dado que si este evento queda con un vacío, se inicia su propagación y un desorden social que impide su optimo progreso.

RECOMENDACIONES

Debes propugnar por una sana convivencia de tal manera que conozcamos al otro y seamos una base sólida en quien confiar sus más tristes acontecimientos, de tal manera que pueda desahogar esos resentimientos que cobijan su corazón y poder guiarlo en su actuación y evitar un fatídico final

Es importante que se creen grupos de apoyo en diferentes localidades, de tal manera que los individuos encuentren un lugar donde poder hablar aquello que no le permite desarrollarse en estado de normalidad en su diario vivir.

Es importante conocer el grupo familiar que confirma cada una de las familias, dedicar tiempo a sus hijos para que así se conozcan los unos con los otros y si en caso tal de presentarse un problema de difícil solución encuentre un apoyo en su hogar.

En caso de tal de encontrar un actuar diferente en algún familiar comunicarlo a su ser querido más cercano dado que eso podría salvar una vida, es importante estar pendiente de cada uno de los integrantes, cualquier detalle es clave para salvar aquel que se encuentra en estado de depresión o consumiendo sustancias psicoactivas.

Si se observa que un familiar o amigo se encuentra consumiendo sustancias psicoactivas es fundamental que sea dirigido a un centro de rehabilitación para iniciar un proceso de enfoque social que le permite reencontrarse con su proyecto de vida.

El estado debe prever a las familias un psicólogo ya que han pasado por este evento de algún familiar suicida, que genera secuelas a largo plazo, las cuales deben ser tratadas por un especialista, que dirija su proyecto de vida en pro del bienestar general.

BIBLIOGRAFÍA

Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in Young people: nested case-controlled study. *BMJ*. 2002

Balazs J, Miklósi M, Keresztény A, Dallos G, Gádaros J. Attention-deficit hyperactivity disorder and suicidality in naive sample of children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2014

Barkley RA. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain Development*, 2003

Bedout, A. (2008). Panorama actual del suicidio. *International Journal of Psychological Research*. Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf>

Brent DA, Baugher M, Bridge J, et al. Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999

Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47 (3-4): 372-94

Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, et al. Familial transmission of mood disorders: factors mediating the relationship between abuse and offspring suicide attempts. J Clin Psychiatry. 2008

Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002

Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW.. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science. 2002

Corte constitucional. Auto 004 de 2009.2009. Recuperado: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2009/a004-09.htm>

Corte Constitucional. Auto 092 de 2008. 2008. Recuperado: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2008/a092-08.htm>

Defunciones según la causa de muerte (2013) Instituto Nacional De Estadística. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>

Dervic k. Brent DA, Oquendo MA. Completed suicide in childhood. Psychiatr Clin N Am. 2008

Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio. Recuperado de:
<http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>

Fergusson DM, Woodward IJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychol Med. 2000

Función Pública. Circular 004 de 2015. 2015. Recuperado:
<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66563>

Función pública. Ley 1090 de 2006. 2006. Recuperado:
<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Función pública. Ley 691 de 2001. 2001. Recuperado:
<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4454>

Gaub M, Carlson CL. Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 1997

Goodwin FK, Jamison KR: Manic-Depressive Illness. New York, Oxford University Press, 1990

Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. Am J Psychiatry 2003

Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998

Hawton K, Cole D, O'Grady J, et al. Motivational aspects of deliberate selfpoisoning in adolescents. *Br J Psychiatry* 1982

Hayes LM: Natural standard of jail suicide prevention. *Suicide Update*. 1989

Henriksson MM, Marttunen MJ. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993

Herrera, P. & Avilés Betancourt, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 16(2), 134-137. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000200005&script=sci_arttext

Impery M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention déficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 2012

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia. Página Web: <http://sirdec.medicinalegal.gov.co>

Kessler RC, Downey G. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicides: a recommendation. *Am J Psychiatry*. 1988

Lam LT. Attention deficit disorder and hospitalization owing to intra- and interpersonal violence among children and young adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2005

Lesage AD, Boyer R. Suicide and mental disorders: A case control study of young men. *Am J Psychiatry*. 1994; 151: 1063-68. 50.

Lesage AD, Boyer R. Suicide and mental disorders: A case control study of young men. *Am J Psychiatry*, 1994

Lewinsohn PM, Rohde P, et al: Adolescent suicidal ideation and attempts: Prevalence, risk factors, and critical implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1996; 3:25-6.

Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology and Scientific Practice*. 1996

Linker J, Gillespie N, Maes H, Eaves L, Silber JL. Suicidal ideation, depression, and conduct disorder in a sample of adolescent and Young adult twins. *Suicide Life Threat Behav*. 2012

Macana N. Comportamiento del suicidio en Colombia, 2011. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis.; 2011.

Manor I, Gutnik I, Ben-Dor DH, Apter A, Sever J, Tyano S, Weizman A, Zalsman G. Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents—a pilot study. *European Psychiatry* . 2010

Maris RW: Pathways to suicide. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1981

Marzuk PM, et al. suicide and terminal illness. *Death studies*. 1994

Ministerio de Interior. Decreto 2340 de 2015. 2015. Recuperado: <https://www.mininterior.gov.co/la-institucion/normatividad/decreto-2340-de-2015>

Ministerio de Justicia. Decreto 1953 de 2014. 2014. Recuperado: <https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/DECRETO%201953%20DEL%2007%20D E%20OCTUBRE%20DE%202014.pdf>

Ministerio de Salud y protección .Decreto 1973 de 2013. 2013. Recuperado: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1973-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y protección .Ley 1616 de 2013. 2013. Recuperado:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Ministerio de Salud y protección. Decreto 780 de 2016. 2016. Recuperado:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf

Naciones Unidas. Declaración de 1948. 1948. Recuperado:
<http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/NormativaNacional/Declaraci%C3%B3n%20Universal%20de%20Derechos%20Humanos%20de%201948.pdf>

Nizama, M. (2011). suicidio. Revista Peruana de Epidemiología, 15, 5.

OMS | Las 10 causas principales de defunción en el mundo. (2012). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>

OMS. 2016. SUICIDIO. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 2.Condiciones de salud y sus tendencias. In Salud en las Américas.; 2007

Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet. 2009

Pérez, A. (2008). Factores de riesgo suicida en la adolescencia. Psicología-online.com. Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/adoles.shtml>

Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, et al. Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993

Pfeffer CR. Assessing suicidal behavior in children and adolescents: King RA, Apter A, editores. Suicide in children and adolescents. Cambridge, 2003, Cambridge University Press. p. 201 -23

Pfeffer CR. Suicidal behavior in children: an emphasis on developmental influences. In: Hawton K, van Heerigen K, editores. Suicide and attempted suicide. 2000. p. 237-48

Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. (2014). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/es/>

Programa de Acción para superar las Brechas en salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Organización Mundial de la Salud, 2008.

Raison, C. (2012). Las tres razones que llevan a una persona a pensar en el suicidio. Expansión. Recuperado de: <http://mexico.cnn.com/salud/2012/08/22/las-tres-razones-que-llevan-a-una-persona-a-pensar-en-el-suicidio>

República de Colombia Decreto 2462 de 2013. 2013. Recuperado: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2013/Documents/NOVIEMBRE/07/DECRETO%202462%20DEL%2007%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202013.pdf>

Restrepo, D., Bonfante, E. COMPORTAMIENTO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON LOS TRASTORNOS MENTALES DE INICIO EN LA INFANCIA EN LOS ADOLESCENTES DE MEDELLÍN, 2011-2012. 2014. Recuperado: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3674/1/COMPORTAMIENTO_SUICIDA.pdf

Rich CL, Young d. San Diego Suicide Study: I. Young us old subjects. Arch gen Psychiatry. 1986;

Rodriguez, A. Proyecto de investigación sobre el suicidio. 2016. Recuperado: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3765/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20SOBRE%20EL%20SUICIDIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rpp noticias,. (2013). Problemas familiares son la principal causa del suicidio. Recuperado de: <http://rpp.pe/vida-y-estilo/salud/problemas-familiares-son-principalcausa-de-suicidio-noticia-631647>

Sampieri, R. Metodología de la Investigación. 2006. Recuperado: <https://www.emprendices.co/resumen-del-libro-metodologia-la-investigacion-roberto-hernandez-sampieri/>

Secretaría del Senado. Ley 1755 de 2015. 2015. Recuperado: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1755_2015.html

Secretaria del Senado. Ley 24 de 1992. 1992. Recuperado: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0024_1992.html

Shaffer D, Gould MS. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996.

Shaffi M, Carrigan S. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. am J Psychiatry. 1985; 142:1061-64.

Sisk CL, Zehr JL. Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. Front Neuroendocrinol. 2005

SUIN. Ley 21 de 1991. 1991. Recuperado: <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1577376>

Súper Solidaria. Circular 004 de 2017. 2017. Recuperado: http://www.supersolidaria.gov.co/sites/default/files/public/normativa/circular_sarlaft_2017.pdf

Superintendencia Financiera. Circular 008 de 2017. 2017. Recuperado: <https://www.superfinanciera.gov.co/inicio/10090728>

Tousignant M, Bastien MF, Hamel S. Suicidal attempts and ideations among adolescents and Young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1993

Tovilla, C. & Genis, A. (2012). Los Genes, el sistema serotoninergico y la conducta suicida. *International Journal Of Psychological Research*, (1), 52-58. Recuperado de : <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974503>

Unidad de Víctimas. Ley 12 de 1991. 1991. Recuperado: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-12-de-1991.pdf>

World Heart organization. 2008. Recuperado: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/

ANEXOS

ANEXO 1: PLANTILLA DE ENTREVISTA PILOTO

Encuesta sobre el suicidio en adolescentes

1° ¿Cuál es su rango de edad?

15 a 25 años 26 a 35 años 36 a 45 años 46 a 55 años 56
a 65 años

Más de 66 años

2° ¿Sexo?

Femenino Masculino

3° ¿Nivel de escolaridad?

Primaria Secundaria Bachiller Profesional

4° ¿Algún familiar se ha suicidado?

Si No

5° ¿Qué familiar?

Papá Mamá Hijo (a) Hermano(a) Cónyuge Otros

6° ¿Cuáles cree usted que son los factores asociados al suicidio?

Trastorno mental conductas adictivas Desarraigo social o soledad

Acontecimientos vitales estresantes enfermedad crónica otra

7° ¿Ha intentado suicidarse?

Si No

8° ¿Cuál fue el motivo por el cual intento suicidarse?

Trastorno mental conductas adictivas Desarraigo social o soledad

Acontecimientos vitales estresantes enfermedad crónica otra

9° ¿Busco la ayuda profesional?

___ Si ___No

10° ¿Cree usted que se pudo evitar el suicidio del familiar?

___ Si ___No

11° ¿En el momento que se enteró del suicidio que fue lo primero que sintió?

Culpa___ vergüenza___ ira___

12° ¿Considera usted que ya vivió el duelo?

___ Si ___ No

13° ¿Cree usted que desde el colegio podían haber realizado algo para evitar el suicidio?

___ Si ___No

14° ¿Qué de edad tenía la persona que se suicidó?

13 a 15 años 16 a 18 años 19 a 21 años

15° ¿El menor o adolescente estaba estudiando?

Si No

16° ¿En la familia hay antecedentes de suicidio?

Si No

17° ¿Alguien en la familia tiene abuso de alcohol?

Si No

18° ¿Algún miembro de la familia tiene problemática de sustancias psicoactivas?

Si No

19° ¿Sabe usted si sus padres o alguna descendencia tenía psicopatologías?

Si No

20° ¿En su familia se presenta violencia intrafamiliar?

Si No

21° ¿Con que frecuencia usted demuestra afecto hacia sus hijos?

un día a la semana dos días a la semana tres días o más

22° ¿En su familia se demuestran afecto?

Si No

23° ¿Cuándo pasan problemas en su núcleo familiar de qué manera le dan solución?

solo las figuras de autoridad Con todos los miembros de la familia
 Ayuda a profesional

24° ¿Cree usted que las pautas de crianza inciden en el suicidio?

Si No

25° ¿Usted considera que la ausencia de alguna de las figuras paternas conduce al suicidio?

Si No

26° ¿Cree usted que en algún momento el rol de autoridad es un factor de riesgo frente al suicidio?

Si No

27° ¿Qué tiempo se dedican en familia en el día para escucharse?

½ hora 1 horas 2 horas 3 horas o más

28° ¿considera que es importante la prevención del suicidio desde áreas externas a la familiar?

Educativa Comunidad

29° ¿para usted la educación sobre el valor de la vida se fomenta en que escenarios?

Escuela Casa Barrio

30° ¿Según su percepción el suicidio en jóvenes se puede evitar?

Si No

ANEXO 2: ENCUESTA SOBRE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES

1° ¿Cuál es su rango de edad?

___ 15 a 25 años ___ 26 a 35 años ___ 36 a 45 años ___ 46 a 55 años ___ 56 a 65 años

___ Más de 66 años

0 15 a 25 años

3 26 a 35 años

4 36 a 45 años

4 46 a 55 años

6 6 a 65 años

3 Más de 66 años

2° ¿Genero?

___ Femenino ___ Masculino

13 Femenino

7 Masculino

3° ¿Nivel de escolaridad?

___ Primaria ___ Secundaria ___ Bachiller ___ Profesional

9 Primaria

7 Secundaria

3 Bachiller

1 Profesional

4° ¿Algún familiar se ha suicidado?

___ Si ___ No

20 Si

0 No

5° ¿Qué familiar se suicidó?

___ Papá ___ Mamá ___ Hijo (a) ___ Hermano(a) ___ Cónyuge ___ Otros

2 Papá

1 Mamá

14 Hijo (a)

1 Hermano(a)

2 Cónyuge

0 Otros

6° ¿Cuáles cree usted que son los factores asociados al suicidio?

Trastorno mental___ conductas adictivas___ Desarraigo social o soledad___

Acontecimientos vitales estresantes___ enfermedad crónica___ otra___

4 Trastorno mental

7 Conductas adictivas

2 Desarraigo social o soledad

7 Acontecimientos vitales estresantes

0 Enfermedad crónica

0 Otra

7° ¿Ha intentado suicidarse?

___ Si ___ No

20 Si

0 No

8° ¿Cuál fue el motivo por el cual intento suicidarse?

Trastorno mental___ conductas adictivas___ Desarraigo social o soledad___

Acontecimientos vitales estresantes___ enfermedad crónica___ otra___

0 Trastorno mental

10 Conductas adictivas

5 Desarraigo social o soledad

5 Acontecimientos vitales estresantes

0 Enfermedad crónica

0 Otra

9° ¿Busco la ayuda profesional?

___ Si ___ No

7 Si

13 No

10° ¿Cree usted que se pudo evitar el suicidio del familiar?

___ Si ___ No

20 Si

0 No

11° ¿En el momento que se entero del suicidio que fue lo primero que sintió?

Culpa___ vergüenza___ ira___

18 Culpa

0 Vergüenza

2 Ira

12° ¿Considera usted que ya vivió el duelo?

___ Si ___ No

12 Si

8 No

13° ¿Cree usted que desde el colegio podían haber realizado algo para evitar el suicidio del adolescente?

___ Si ___ No

20 Si

0 No

14° ¿El menor o adolescente estaba estudiando?

___ Si ___ No

20 Si

0 No

15° ¿Qué de edad tenía la persona que se suicidó?

___ 13 a 15 años ___ 16 a 18 años ___ 19 a 21 años

15 13 a 15 años

4 16 a 18 años

1 19 a 21 años

16° ¿En la familia hay antecedentes de suicidio?

___ Si ___ No

10 Si

10 No

17° ¿Alguien en la familia tiene abuso de alcohol?

___ Si ___ No

12 Si

8 No

18° ¿Algún miembro de la familia tiene problemática de sustancias psicoactivas?

___ Si ___ No

7 Si

13 No

19° ¿Sabe usted si sus padres o alguna descendencia tenía psicopatologías?

___ Si ___ No

0 Si

20 No

20° ¿En su familia se presenta violencia intrafamiliar?

___ Si ___ No

13 Si

7 No

21° ¿Con que frecuencia usted demuestra afecto hacia sus hijos?

___ Un día a la semana ___ dos días a la semana ___ tres días o más

0 Un día a la semana

3 Dos días a la semana

17 Tres días o más

22° ¿En su familia se demuestran afecto?

___ Si ___No

19 Si

1 No

23° ¿Cuándo pasan problemas en su núcleo familiar de que manera le dan solución?

___ Solo las figuras de autoridad ___ Con todos los miembros de la familia

___ Ayuda a profesional

12 Solo las figuras de autoridad

5 Con todos los miembros de la familia

3 Ayuda a profesional

24° ¿Cree usted que las pautas de crianza inciden en el suicidio?

___ Si ___No

15 Si

5 No

25° ¿Usted considera que la ausencia de alguna de las figuras paternas conduce al suicidio?

___ Si ___No

3 Si

17 No

26° ¿Cree usted que en algún momento el rol de autoridad es un factor de riesgo frente al suicidio?

___ Si ___No

4 Si

16 No

27° ¿Qué tiempo se dedican en familia en el día para escucharse?

___ ½ hora ___ 1 horas ___ 2 horas ___ 3 horas o más

8 ½ hora

8 1 hora

2 2 horas

2 3 horas o más

28° ¿considera que es importante la prevención del suicidio desde áreas externas a la familiar?

___ Educativa ___ Comunidad

20 Educativa

20 Comunidad

29° ¿para usted la educación sobre el valor de la vida se fomenta en que escenarios?

___ Escuela ___ Casa ___ Barrio

20 Escuela

20 Casa

20 Barrio

30° ¿Según su percepción el suicidio en jóvenes se puede evitar?

___ Si ___ No

18 Si

2 No

ANEXO 3: PLANTILLA DE VISITA INICIAL

Fecha visita domiciliaria: Día ___ Mes ___ Año ___

Visita N° _____ *

*(aquí poner el número de visita que corresponda a ese domicilio: primera, quinta o de seguimiento)

Visita: Atendida ___ Solicitante ausente ___ No abrieron ___

No habitan la vivienda ___ La dirección no corresponde ___ Visita rechazada ___

En caso de que el solicitante no atienda la visita anotar:

Quien _____ atiende _____ la
visita: _____ Parentesco _____

Motivo de la visita: _____

Nombres _____ y _____ Apellidos _____ del
Solicitante: _____

Dirección de la vivienda donde
habita _____

Barrio/Localidad _____ Teléfono/Móvil _____

Estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel educativo: _____ Situación laboral:

Familiar 1: ¿Convive en el mismo domicilio que el solicitante? _____

Nombre y Apellidos: _____ Relación con el
Solicitante: _____

Estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel educativo: _____ Situación laboral:

Familiar 2: ¿Convive en el mismo domicilio que el solicitante? _____

Nombre y Apellidos: _____ Relación con el
Solicitante: _____

Estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel educativo: _____ Situación laboral:

Familiar 3: ¿Convive en el mismo domicilio que el solicitante? _____

Nombre y Apellidos: _____ Relación con el
Solicitante: _____

Estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel educativo: _____ Situación laboral:

Familiar 4: ¿Convive en el mismo domicilio que el solicitante? _____

Nombre y Apellidos: _____ Relación con el
Solicitante: _____

Estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel educativo: _____ Situación laboral:

Familiar 5: ¿Convive en el mismo domicilio que el solicitante? _____

Nombre y Apellidos: _____ Relación con el
Solicitante: _____

Estado civil: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel educativo: _____ Situación laboral:

ANEXO 4: GENOGRAMA:

ASPECTOS DE FAMILIA Y VIVIENDA ACTUAL

Clasificación del grupo familiar postulante:

A. Nuclear (Esposos solos o con hijos) _____

B. Monoparental (un solo padre con hijos) _____

C. Extensa (familia nuclear o monoparental que viven con abuelos, tíos, sobrinos, nietos u otros) ____

D. Ampliada (grupos de hermanos, primos u otras uniones diferentes) _____

Especifique en caso de ser necesario

Tipo de vivienda donde habita el solicitante y su grupo familiar:

A. Casa ___ B. Apartamento _____ C. Piso ___ D. Garaje ___ E.
Terraza _____ F. Otro _____ Cuál _____

El lugar donde viven es:

A. Alquilado _____ B. Conviven con otra familia y comparten alquiler _____ C.
Prestada _____
D. Conviven con otra familia y no pagan alquiler _____
E. Propia _____ F. Hipotecada _____
G. Otro _____ Cuál _____

La vivienda actual está ubicada en:

A. Unidad cerrada ___ B. Unidad abierta ___ C. Barrio _____

¿La familia solicitante está en estado de hacinamiento? Explique lo siguiente:

A. ¿Cuántos núcleos familiares conviven en la vivienda? _____

B. ¿Cuántas personas viven en total en la vivienda? _____

C: ¿El tamaño de la vivienda es insuficiente respecto al número de personas que la habitan? _____

Las condiciones físicas de la vivienda donde habitan son:

A. Excelentes __ B. Buenas __ C. Regulares __ D. Malas ____

Explique _____ si _____ es necesario _____

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

¿El solicitante o algún miembro del grupo familiar ha tenido vivienda o patrimonio en el pasado? SI__ NO__

En caso positivo mencione:

Quien _____

Parentesco _____

Tipo de inmueble _____

Hace cuánto tiempo lo tuvo _____

Donde _____ Motivo venta/pérdida _____

¿El grupo familiar deja de satisfacer algunas necesidades básicas como alimentación, vestido, salud, entre otros, para poder cubrir el pago de la vivienda donde habita?

Si __ NO __

¿Algún miembro del grupo familiar tiene una actividad laboral o una fuente de ingresos diferente a la relacionada en el formulario? SI__ NO__ Explique:

Persona que la realiza_____

Tipo de Actividad: _____

Valor de los ingresos mensuales en euros_____

¿Teniendo en cuenta lo anterior, la situación económica del hogar es?

Muy buena _____ Buena _____ Regular _____ Deficiente _____

ANEXO 5: ANOTACIONES DEL ENCUESTADOR

1. ¿Ha quedado pendiente algún documento por entregar?: SI ____ NO ____

Cuál

Compromiso de entrega_____

2. ¿Es necesario corregir o ampliar alguna información recogida previa a esta visita? SI ___ NO ___

Cuál _____

3. ¿En la visita se logró constatar la veracidad de la información registrada?
SI___ NO___ Medianamente___

Anote los datos sobre los que quedaron dudas:

DICTAMEN

SOCIAL:

Firma del Trabajador Socia