

CREENCIAS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA, LA VIDA Y LA MUERTE DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES, DE TRES CIUDADES COLOMBIANAS Y LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS

**Ruiz Mahecha Diana Carolina, Rojas Segura Elizabeth y Rubiano Rojas Diana Alexandra¹,
Avendaño Bertha Lucía²
Universidad de la Sabana**

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue conocer y comparar las creencias sobre la vida, la muerte y la conducta suicida, de un grupo de estudiantes adolescentes entre 14 y 17 años de edad, de estratos 1, 2 y 3 de las ciudades de Ibagué, Baraya-Huila y San José del Guaviare. El estudio fue descriptivo comparativo, se contó con la participación de 122 adolescentes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por grado, estrato, edad, sexo y ciudad. Los estudiantes de grados inferiores creen en mayor proporción que el suicidio es un acto de cobardía. Los estudiantes de estrato uno son quienes mayor credibilidad le dan a la relación entre suicidio y consumo de SPA. El 71% de las adolescentes considera que deben ayudar a sus familias, este porcentaje en los hombres corresponde al 29%. Ante la afirmación “un adolescente llega a suicidarse por los problemas de pareja”, los resultados en las tres ciudades indican los siguientes porcentajes: Ibagué (15%), Baraya (23%) y San José del Guaviare (43%).

Palabras clave: creencias, vida, muerte, conducta suicida, variables sociodemográficas

BELIEFS ABOUT SUICIDAL BEHAVIOUR, LIFE, AND DEATH, OF A GROUP OF TEENAGERS, THREE COLOMBIAN CITIES AND THE DIFFERENCES

Abstract

The main objective of the current investigation was to know the beliefs about suicidal behaviour, life, and death, and its relationship to socio-demographic variables in a group of adolescent students between 14 and 17 years of age, from socioeconomic status 1, 2, and 3, from the cities of Ibagué, Baraya-Huila and San José del Guaviare. The research was descriptive-comparative and had 122 adolescents participating in it. To obtain the information a survey of beliefs was elaborated regarding the three topics mentioned above. Significant statistical differences were found for grade, socioeconomic status, gender, and city. The students of primary school think, in higher proportion, that the suicide is an act of cowardice. The students of the lower socioeconomic status related the suicide with the use of psychoactive substances. 71% of the adolescent believe that they must help their families. On the affirmation “An adolescent commit suicide due to relationship problems”, the results were, in the three cities, Ibagué (15%), Baraya (23%) and San José del Guaviare (43%).

Key Words: Beliefs, Life, Death, Suicidal Behaviour, socio-demographic variables.

¹ Autoras

² Directora

Las creencias desde el punto de vista social constituyen la base que hace posible la convivencia social humana. Se viene al mundo inmerso en una comunidad o colectividad ya constituida, se debe comenzar por la adaptación a las condiciones ambientales de la misma y por la construcción de la propia identidad personal. Esto implica una actitud básica de confianza o creencia en los demás, que posteriormente irá dando paso a la confianza en sí mismo generando la propia estabilidad personal. Entre otras cosas, se necesita equiparse con un conjunto de conocimientos, actitudes culturales, juicios y valores sobre cosas y personas, que se van adquiriendo a través de la educación y la enseñanza (Burgo, 1995).

La adolescencia es una etapa de la vida que puede facilitar diferentes conductas, entre las cuales se encuentra la conducta suicida debido a que hay propensión a tener sintomatología depresiva y cuadros de abatimientos agudos o larvados que a veces no son percibidos por los adultos. Estos comportamientos están relacionados con la situación de duelo que supone conseguir la separación de las figuras paternas. Los cambios corporales pueden situar al adolescente en un sentimiento de descontrol y focalización generando tendencias agresivas y destructivas y tiende a reaccionar impulsivamente ante situaciones que les frustran o decepcionan (Migonte, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004).

Además, los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran según Pérez (2002):

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

Varios estudios afirman que en las últimas décadas, se observa un importante incremento de las conductas suicidas infantojuveniles y que existe una disminución en la edad de presentación. Se reconoce que dentro de las conductas suicidas la ideación es la más frecuente en niños, niñas y adolescentes, y no necesariamente se asocia con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos; a diferencia de los intentos de suicidio, que son menos frecuentes, pero se asocian con mayor prevalencia a psicopatologías, como trastornos de conducta disocial,

depresión, trastorno bipolar y otros, Bell y Clark, 1998 y Pfeffer y Shaffer, (2001, citados por Bella, Fernández y Willington, 2010).

Con base en estadísticas reales acerca del suicidio en adolescentes como problema de salud pública, con estudios contemporáneos que a partir de seguimientos muestran el incremento de suicidios infantojuveniles, y teorías del desarrollo tanto cognitivo, social y biológico, se revela la necesidad de hacer parte del continuo crecimiento científico, realizando un aporte con las creencias sobre la conducta suicida, la vida, la muerte y su relación entre variables sociodemográficas en un grupo de adolescentes de tres ciudades colombianas, investigación que servirá de complemento en el campo de estudio del adolescente y su relación con el suicidio.

En el presente artículo se expondrán diferentes conceptos teóricos y estudios relacionados con creencias, el suicidio, la vida y la muerte que a modo de guía contextualizarán y soportarán la investigación.

Las creencias constituyen la base de la vida del ser humano, el terreno sobre el que acontece, porque ellas ponen al principio lo que para el individuo es la realidad misma. Toda la conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de creencias auténticas.

Por otra parte, cuando se relacionan y dan origen a actitudes de conducta, abarcan también los dos sectores fundamentales de la vida práctica, estos son la acción y la recepción o pasión; dado que el actuar consiste en operar sobre el medio en que se halla el individuo y transformarlo, además de recibir los impactos del medio ambiente físico, cultural, social, etc, que van haciendo cambiar paulatinamente a lo largo de la vida del ser humano.

Siguiendo la línea de investigación, se mencionará a continuación lo concerniente al suicidio en la adolescencia, los factores asociados.

La OMS definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”. (Guía salud, 2009).

El término “suicida” en sí, evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, Thomas Brown fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra *Religión medici de* 1642. Brown creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y

caedere (matar). El término nuevo refleja el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona, Minois (como se citó en OPS, 2005).

El suicidio en el adolescente es un grave problema de salud pública, forma parte del 20% del total de los suicidios y es la tercera causa de muerte entre los 15-24 años, Pfeffer, (como se citó en Migonte, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004). Existen casos descritos en niños por debajo de los 7 años, pero en edades tan tempranas habitualmente está en relación con entornos familiares negligentes y con violencia sexual. El 70% de los suicidios consumados ocurren en varones y el 80%-90% de los intentos de suicidio en mujeres y constituyen el 40% de los ingresos en psiquiatría infantil. Con frecuencia tiene lugar en el escenario de familias conflictivas inestables, tras cambios de residencia, dificultades escolares o divorcio de los padres. Las familias con conflictos crónicos, aisladas socialmente, con roles rígidos, desadaptadas, con padres ausentes y con una comunicación insuficiente pueden favorecer estas conductas, Cohen; Fine y Angle, (cómo se citó en Migonte, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004).

Entre otros aportes, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en la última edición de 2010 muestra un incremento en cifras de casos sobre suicidio en Colombia. Con respecto al año anterior se presentó un leve aumento de 19 casos para una variación relativa de 1,03% mostrando una estabilidad con respecto a la tasa por cada 100.000 habitantes en los años anteriores 2008 y 2009. Sin embargo, es importante resaltar los pequeños aumentos que se presentan desde el año 2008 al 2010. La distribución por grupos quinquenales de la conducta suicida refleja cómo la población menor de edad (niños, niñas y adolescentes NNA) hay un gran número de casos que se concentran entre los 15-17 años, superando las frecuencias presentadas en relación con los grupos de mayores de 40 años. Para el año 2010, en las edades de 10-14 años en hombres, se presentaron 35 suicidios: en mujeres 32. Para las edades de 15-17 años hombres, se presentaron 71 suicidios; en mujeres 57. En términos generales correspondientes al sexo, de los 1854 casos ocurridos, el 83% corresponde a hombres y el 18% restante a mujeres, para una razón hombre/mujer de 4:1 (como se citó en Chica, 2010).

Para Ulloa, (como se citó en Cruz y Roa, 2005), el suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia. Es decir, un adolescente no llega a ser suicida de forma abrupta, sino que a través de un proceso de tres fases: *Fase inicial*: se constituye por una historia de problemas emocionales y conductuales de moderada magnitud en la niñez temprana. *Fase escalada*: se produce al comienzo de la adolescencia, con la incorporación de nuevos problemas

propios de la edad, que llevan al sujeto a un sentimiento de soledad. *Fase precipitante*: durante los días previos de suicidio, la comunicación con los padres.

Entre otros aportes Pérez (2002), manifiesta que el comportamiento suicida abarca diversas manifestaciones y entre las más relevantes se encuentran *La representación suicida*, que está constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo. *Las ideas suicidas*, que consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia. *La amenaza suicida*, que implica la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. *El gesto suicida*, es el ademán de realizar un acto suicida, incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente. *El intento suicida*, también denominado parasuicidio, es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo. *El suicidio frustrado*, acto suicida que de no ser por situaciones fortuitas, no esperadas o casuales, hubiera terminado en la muerte. *El suicidio accidental* se realiza con un método del que se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero del cual no se pensó que el desenlace fuera la muerte. *Suicidio intencional*, es cualquier lesión autoinfligida realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

El deseo de morir representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y se puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares. De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes en la adolescencia son las ideas suicidas (Pérez, 2002).

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran según Pérez (2002): “Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva; mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales”.

Entre otros aspectos relacionados con el riesgo suicida, el motivo más frecuente por el que se suicidan los adolescentes son los problemas con la pareja, sea ruptura de una relación amorosa o los amores contrariados por dificultades con los padres de alguno o de ambos, o por las relaciones entre ellos. Entre otros se encuentran las dificultades académicas o las llamadas de atención de carácter humillante (Pérez, 2005).

Habiendo conocido los posibles riesgos y motivos por los cuales se suicidan los jóvenes, cabe resaltar que en los suicidios consumados es habitual utilizar métodos más violentos y de mayor letalidad que los utilizados en los intentos; en estos últimos, el método más empleado con diferencias es el envenenamiento, ya sea con fármacos o con otras sustancias Schmidtke, Sarro y de la Cruz, (1991, como se citó en Vallejo, 2006). Sin embargo, los métodos utilizados varían notablemente en función de los países, las culturas, las épocas y algunas características demográficas, puesto que en su elección interviene un gran número de factores, como la disponibilidad y accesibilidad a los mismos, su aceptación sociocultural, la confianza en su capacidad letal o la imitación. De acuerdo con lo planteado por Beck, Shearer, Buda (como se citó en vallejo, 2006) el sexo influye también en los medios utilizados para suicidarse. En general, los hombres suelen utilizar medios más violentos y letales, como el ahorcamiento, la precipitación o las armas de fuego y planean más cuidadosamente el acto, evitando ser descubiertos. Por el contrario, las mujeres utilizan con mayor frecuencia métodos más pasivos, que conllevan una mayor probabilidad de supervivencia y tienden a realizar intentos, de forma que permiten que aumente la posibilidad del descubrimiento y el rescate (Vallejo, 2006).

Según Ulloa, (1993) los niños y adolescentes llevan a cabo actos suicidas con diferentes métodos que incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión o apuñalamiento.

De acuerdo con el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (como se citó en Chica, 2010), el principal mecanismo causal empleado en las conductas suicidas por los hombres ha sido el ahorcamiento, seguido del arma de fuego, y en tercer lugar la intoxicación, es importante anotar como este último mecanismo es el más utilizado por las mujeres, seguido por el ahorcamiento. En cuanto a las razones para cometer suicidio, sobresalen principalmente aquellos relacionados con los conflictos de pareja y la enfermedad física-mental, los factores económicos también tienen una participación importante en este tipo de violencia.

La discusión que se da en torno a la intencionalidad, es comprensible dentro del marco de diferencias que presenta la conducta suicida en las etapas de la niñez y adolescencia, en cuanto al desarrollo del concepto de muerte. Ajuriaguerra (como se citó en Cruz y Roa, 2005) describe el desarrollo de la noción de muerte en el niño, postulando que “dicha evolución se organiza en torno a dos puntos esenciales: cómo percibir la ausencia y cómo integrar la permanencia de la ausencia. Desde esta perspectiva la muerte se concibe como el fin definitivo de la vida”. De este modo, esta evolución se daría en 4 etapas: Hasta los 2 años, de 2 a 6 años, de 6 a 9 años y desde los 9 años en adelante: que corresponde a una fase abstracta, “la de la angustia existencial que supone el acceso a la simbolización de la muerte y al conocimiento de este concepto, pero también el temor a la pérdida real y al final de su propio destino, se produce la introducción del pensamiento adulto sobre la muerte, sus corolarios filosóficos, metafísicos, religiosos, psicológicos y éticos”. Es necesario considerar que la evolución del concepto de muerte no sólo depende de la edad, sino también del desarrollo emocional y cognitivo, así como de las experiencias personales y familiares relacionadas con la muerte, Almonte (como se citó en Cruz y Roa, 2005).

Por otra parte, León y Pérez (2010), han estudiado las hipótesis que los niños y adolescentes formulan respecto a la muerte. Al iniciar la adolescencia, la muerte se concibe como algo que ocurrirá inevitablemente a todos. Muchas veces va acompañado de defensas como la negación y la renegación, pudiendo llevar a correr riesgos para comprobar su inmortalidad. También en la adolescencia este registro sobre la posibilidad de la propia muerte se puede encontrar en el interés y la crítica por los ritos, usos y costumbres sociales establecidas en torno al tema, manifestaciones de espiritualidad o incluso los paseos por los cementerios (León y Pérez, 2010).

Entre otros conceptos acerca de muerte, para Garza, (como se citó en Hernández y Valdez, 2002), morir es un acontecimiento de la vida y pertenece a ella; puede ser interpretada como el final (acabamiento, la consumación, la plenitud), la ruptura (cambio), la transformación (realización definitiva).

Por otra parte, definiendo el concepto de vida, en un estudio realizado por estos mismos autores, se encontró que hombres y mujeres consideraron importante referirse a ésta, con base en la forma de disfrutar la vida y los afectos relacionados. En el caso de los hombres, la definieron con conceptos propios de la naturaleza, en comparación con las mujeres quienes se orientaron

más hacia los aspectos de filiación. Para los hombres, es relevante el aspecto biológico, mientras que para las mujeres lo fueron los problemas, lo familiar y lo que respecta a la duración de la vida. La vida para estos jóvenes implica una forma de disfrutarla con base en los afectos. De esta manera, a pesar de la aparente objetividad que conlleva el término vida, por el simple hecho de vivir, se encontró que no sólo puede decirse que es la unión de dos células reproductoras Wohl (como se citó en Hernández y Valdez, 2002), sino que incluye diversas y variadas dimensiones semánticas, como la naturaleza, las formas de disfrutarla, las creencias, los valores, el desarrollo personal, sus problemas y la familia, acerca de lo que es vida, Deslisle (como se citó en Hernández y Valdez, 2002).

Dada la búsqueda del concepto de *vida* para los adolescentes, en un estudio realizado por Gómez y Sabeh, (2002) sobre calidad de vida, mencionan que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida.

Después de haber conceptualizado y presentado generalidades sobre el suicidio, la vida y la muerte en la adolescencia, a continuación se mencionaran algunos conceptos principales relacionados con la detección de factores predisponentes implicados en el comportamiento suicida durante la adolescencia.

Existen estudios que demuestran que la conducta suicida se relaciona con impulsividad (Téllez, 2006). El acto suicida con frecuencia se asocia con depresión y desesperanza pero requiere la presencia de factores capaces de reducir la inhibición que existe hacia la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación. La impulsividad es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas. Por lo general, la impulsividad se le considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos (tensión) o externos, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los otros y para sí mismo. La impulsividad es un constructo complejo y se refiere a una acción que se realiza sin planificación o sin reflexión sobre las consecuencias de la acción realizada. Se asocia con fallas

en el nivel de conciencia que comprometen la habilidad para reflexionar e impedir los actos o en la inteligencia o el conocimiento para guiar el comportamiento.

La impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. La relación entre comportamiento impulsivo e intento de suicidio presenta dos dimensiones: la impulsividad del acto y las características del individuo que lo comete. Se ha observado en diferentes estudios que la impulsividad se asocia con estresores intensos en la infancia, como rechazo, abandono o abuso sexual, que si bien no son la causa directa del aumento en la impulsividad sí contribuyen a desarrollar una expresión anormal de la impulsividad y de la conducta agresiva, que puede manifestarse en la edad adulta como conductas de autoagresión, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas o conformar un trastorno de personalidad de tipo antisocial o límite (como se citó en Téllez, 2006).

Factores Neurobiológicos Relacionados con el Suicidio. Los estudios clínicos revelan que la impulsividad y el pesimismo están íntimamente ligados al comportamiento suicida, que los dos factores están presentes en individuos con trastornos de la personalidad o en abusadores de sustancias psicoactivas y pueden ser identificados en familiares de primer grado, lo cual sugiere la presencia de una vulnerabilidad neurobiológica. El comportamiento suicida origina, según Blumenthal, por la interacción y solapamiento de cinco clases de factores, a saber: biológico, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales e historia familiar y genética, interacción que podría explicar por qué los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y de suicidios consumados, Blumenthal (como se citó en Téllez y Forero, 2006).

Dentro de los factores neurobiológicos, se ha encontrado que durante la adolescencia suelen presentarse conductas de asunción de riesgo, que conllevan una excitación fisiológica placentera inmediata pero que se asocian a probables resultados indeseables, como la conducción temeraria, el consumo de sustancias, el comportamiento antisocial o los intentos suicidas, Boyer (como se citó en Olivia, 2010). Esta situación se debe a que a nivel de desarrollo neurológico, algunas zonas del cerebro continúan desarrollándose durante la adolescencia. La corteza prefrontal en pleno desarrollo madurativo al comienzo de la adolescencia, es una de las estructuras cerebrales más frecuentemente vinculadas con las conductas de asunción de riesgo. Las funciones de la corteza prefrontal son bien conocidas: control de impulsos, toma de decisiones, planificación y anticipación del futuro, control atencional, capacidad para realizar

varias tareas a la vez, organización temporal de la conducta, sentido de la responsabilidad hacia sí mismo y los demás o la capacidad empática, Steinberg (como se citó en Olivia, 2010).

Con el fin de enmarcar las edades de los adolescentes que hicieron parte de este proceso de investigación, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende que los adolescentes son personas entre los 12 y 18 años de edad de acuerdo con la Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia en Colombia. En este orden de ideas, se expone a continuación la conceptualización de adolescencia desde diferentes directrices y campos teóricos para una mejor comprensión y canalización del concepto.

Para Hall, (como se citó en Saavedra, 2004) la adolescencia como todas las edades, representa posibilidades de evolución y de transformación que son difíciles de describir porque está ligada a una diversidad de influencias que impiden sustentar indicadores que la perfilen. Sin embargo, algunos rasgos son evidentes como la creciente autonomía en el plano de las estructuras cognitivas, que permite pensar de manera distinta la realidad en que se está inserto. Es una etapa de pureza y de tentación en que el adolescente desea la soledad pero al mismo tiempo necesita integrar grupos y tener amistades, que suelen tener gran influencia sobre él.

A partir de la investigación realizada por Risueño y Motta (2007), se encontraron diversas definiciones sobre adolescencia, entre éstas la planteada por la OMS que define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), se declaró que el término "adolescencia" se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años. Si bien existe, entonces, una definición aceptada de este periodo, el término adolescencia suele emplearse para denominar la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta (como se citó en Risueño y Motta, 2007).

Entre otras construcciones acerca de la adolescencia, se encuentra la de García y Martí (2005), quienes afirman que el paso de la niñez a la edad adulta supone un cambio fundamental en la manera de pensar. Las nuevas capacidades cognitivas que van adquiriendo los adolescentes en esta etapa les permiten tener una nueva visión, más abstracta y más consciente sobre el mundo y sobre ellos mismos. Esto les abre nuevos intereses y a la vez les facilita reflexionar de forma mucho más profunda sobre sí mismos. Según Keating (como se citó en García y Martí, 2005)

existen cinco características diferenciales del pensamiento del adolescente; la primera, es la capacidad que tienen para pensar sobre el mundo de lo posible en lugar de limitarse al mundo de lo real. En segundo lugar, pueden pensar sobre los hechos con antelación. En tercer lugar, pueden generar hipótesis, contrastarlas y actuar acorde con los resultados o cambiando de opinión. En cuarto lugar, se afianza la capacidad de pensar sobre el pensamiento analizando su eficacia y su validez (pensamiento metacognitivo), además, reflexionan sobre los puntos de vista de los demás en relación al propio. Finalmente la quinta característica consiste en la capacidad de los adolescentes para replantearse aspectos ideológicos de la vida social

El adolescente sigue un continuo desarrollo que implica la expansión de otros espacios como la búsqueda de identidad, que de acuerdo con, Erikson, (como se citó en Shaffer y Kipp, 2007), el principal problema evolutivo que se enfrenta en la adolescencia consiste en crearse una identidad: el sentido firme o coherente de quién es uno, hacia donde se dirige y su lugar en la sociedad. Para ello hay que tomar decisiones importantes: ¿qué tipo de carrera quiero?, ¿cuáles valores religiosos, morales y políticos debería adoptar?, ¿quién soy como hombre o mujer? Son demasiadas cosas las que un adolescente ha de tener presentes. Lo que designa Erikson como *crisis de identidad* para captar el sentido de confusión e inclusive de ansiedad que el adolescente sentirá al reflexionar sobre su individualidad y tratar de decidir “¿En qué clase de yo puedo o debería convertirme?

A continuación se mencionaran algunos estudios sobre suicidio realizados con población adolescente Colombiana.

En Colombia, de acuerdo con un estudio de la liga Colombiana contra el Suicidio, seis de cada diez jóvenes han pensado quitarse la vida. En el 2009, 598 menores de 24 años se suicidaron en el país. Esta cifra ha venido en aumento desde el 2007. En un estudio realizado por la fundación Merani entre 10.000 jóvenes de 11 a 18 años y de ocho ciudades del país, el 65 por ciento afirmó no tener un buen amigo. El 45 por ciento de quienes dijeron tener relación de pareja, la definieron como “insatisfactoria y aburrida”. “Esta soledad los está conduciendo a la depresión. Y soledad más depresión (normalmente no diagnosticada) es igual a alto riesgo de suicidio”, señala el psicólogo y director de la fundación, Miguel de Zubiría, quien lo define como un mal de la época: “Una generación completa de incompetentes afectivos” De Zubiría (como se citó en Rodríguez y Ortiz, 2011).

A partir de un estudio realizado por la Médica Especialista Alba, (2009) sobre la salud de la adolescencia, se encontró que en Colombia, el 19,6% de la población está constituida por adolescentes, grupo de edad que corresponde al segundo en magnitud después de los adultos jóvenes. Además, según datos estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal, de los suicidios reportados entre los 14 y 17 años, las niñas representan el 19% y los niños el 11%. Los trastornos mentales y eventos conflictivos con los padres, cambio del contexto social y sensación de invulnerabilidad, podrían considerarse factores de riesgo para que esta condición se incremente en el futuro (Alba, 2009).

Para llevar a cabo el presente estudio, se hace uso del ejercicio ético, que como profesionales del área de psicología, toma de guía el código de ética Profesional con el fin de argumentar lo planteado en la investigación. Además, cabe mencionar que este ejercicio investigativo actúa dentro de una sociedad que posee normas éticas explícitas e implícitas, hacia las cuales muestra respeto, aprecio, y reconoce que cualquier violación de la moral y normas existentes en la comunidad puede involucrar a consultantes, colegas, estudiantes y/o al público en general (capítulo 1, fundamentos 1.1); por lo tanto, el presente estudio se acoge al objetivo ético, el cual hace referencia a la protección, el bienestar del individuo y de los grupos con los cuales se trabaja, en esta oportunidad los estudiantes de las tres ciudades Colombianas. Por otra parte y atendiendo a las exigencias de logro calificado, el presente trabajo cuenta con un alto nivel de competencia profesional, haciendo uso de procedimientos con suficiente validez y confiabilidad y que se encuentran justificados con bases científicas, además el equipo de trabajo se comprometen a respetar y adherirse a los principios establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que buscan que la actividad profesional se caracterice por la responsabilidad, la competencia, la integridad y la imparcialidad (Ley 1090, Código de Ética Profesional).

En función de lo expuesto, y de la invulnerabilidad percibida por parte del adolescente frente a los riesgos que a diario está sometido en el contexto donde se encuentra inmerso, se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las creencias sobre la conducta suicida, la vida y la muerte y su relación con variables sociodemográficas de un grupo de estudiantes adolescentes entre 14 y 17 años, de las ciudades de Ibagué (Tolima), Baraya (Huila) y San José del Guaviare (Guaviare)?

Objetivos

Objetivo General

Conocer las creencias sobre la conducta suicida, la vida y la muerte y su relación con variables sociodemográficas de un grupo de estudiantes adolescentes entre 14 y 17 años, de las ciudades de Ibagué (Tolima), Baraya (Huila) y San José del Guaviare (Guaviare)

Objetivos Específicos.

Elaborar un instrumento que permita conocer las creencias sobre la conducta suicida, la vida y la muerte que tienen un grupo de adolescentes entre 14 y 17 años de edad, de tres poblaciones colombianas.

Determinar la consistencia interna del instrumento elaborado.

Establecer a través del juicio de expertos la validez de contenido del instrumento elaborado.

Comparar las creencias de los adolescentes participantes por sexo, edad, estrato y ciudad.

Método

Tipo de Estudio

El presente estudio es descriptivo comparativo, el cual hace referencia a la medición y recolección de información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables; así mismo, busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Este tipo de estudio busca establecer similitudes y diferencias entre grupos (Coolican, 2005).

Participantes.

La muestra estuvo constituida por 122 hombres y mujeres adolescentes, entre 14 y 17 años del municipio de Baraya (Huila) y de las ciudades de Ibagué y San José del Guaviare, pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3; quienes se encontraban cursando los grados séptimo, octavo, noveno, décimo y undécimo. Se realizó un muestreo no probabilístico de sujetos tipo, utilizado en estudios que buscan el análisis de actitudes y conductas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Instrumento

Para recoger la información, en un estudio preliminar (Beltrán, Mora, Rojas, Rubiano y Ruiz, 2010), se diseñó una encuesta conformada por 9 preguntas abiertas con categorías que indagaban acerca de las creencias sobre la vida, la muerte, el suicidio, sus causas y mecanismos para llevarlo a cabo. Este instrumento se aplicó a 30 adolescentes entre 14 y 17 años. A partir de las respuestas dadas se elaboró la encuesta con 9 preguntas, dos abiertas y 7 cerradas, las cuales incluían las opciones de respuestas dadas por los estudiantes. La encuesta se sometió a validación de contenido por un grupo de 9 expertos quienes analizaron la suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de cada uno de los ítems. Luego de realizar los ajustes sugeridos por los jueces se realizó un pilotaje, aplicando la prueba a un grupo de 30 adolescentes. Finalmente se estructuró el instrumento teniendo en cuenta los resultados encontrados. La confiabilidad se determinó a través del alfa de Cronbach, el cual arrojó un valor de 0,86.

Procedimiento

El estudio se realizó en 7 fases a saber: elaboración del marco de referencia, diseño del instrumento, validación por jueces, pilotaje, ajustes del instrumento, aplicación final y análisis de resultados. Para la aplicación final del instrumento, se contactó los rectores de las instituciones educativas, con quienes se socializó el propósito del ejercicio investigativo. Se contó con su autorización en la participación de los estudiantes en la investigación. A partir del aval de los rectores, se informó a los adolescentes el objetivo del estudio, quienes estuvieron dispuestos a participar, llevaron las cartas a sus padres de familia en las cuales se solicitaba el consentimiento informado.

RESULTADOS

Para dar respuesta a la pregunta planteada, inicialmente se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables. Teniendo en cuenta el nivel de medición de las mismas se realizaron todas las asociaciones entre variables. Se presentan en tablas las comparaciones por edad, sexo, estrato socioeconómico, ciudad y municipio.

Análisis Descriptivo

Los estudiantes pertenecían a los *grados* 7, 8, 9, 10 y 11. La distribución porcentual fue de 6.6, 27.9, 23, 16.4 y 26.2 respectivamente.

Los *estratos* a los cuales pertenecían los participantes correspondían a 1, 2 y 3; con un porcentaje de participación de 41, 50 y 9% por ciento.

El 56% de los estudiantes eran de *sexo* femenino, el porcentaje restante eran de sexo masculino.

Las tres *ciudades* tuvieron una representación porcentual equitativa. Ibagué 32%, San José del Guaviare, 32.8 % y Baraya, 35.2%.

Las *edades* de los participantes oscilaron entre 14 y 17 años. La media, la mediana y la moda coincidieron en la edad de 15 años.

Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a cada una de las preguntas

Los ítems del 1 al 9 presentan la distribución de frecuencias de las respuestas dadas por los adolescentes a cada uno de los ítems de la encuesta.

En el ítem número *uno*, se resalta que el 72% de los participantes consideran que la vida es “un regalo de Dios”, el 37.7% creen que “es algo muy bonito”, el 29.5% creen que es una oportunidad, solo el 8% consideran que la vida es un castigo.

Sobre la distribución porcentual de las respuestas al ítem *dos*, “el objetivo de tu vida en este mundo es” se destacan las siguientes: El 70% de los estudiantes responden que el objetivo de la vida es cumplir metas, el 51% creen que es estudiar, el 43% creen que es disfrutarla, solo el 3,3% aún no saben cuál es el objetivo de sus vidas. (los estudiantes podían seleccionar las opciones que consideraran).

En la distribución porcentual de las respuestas al ítem *tres*, “piensas que el suicidio es”, el 45,1% creen que es un acto absurdo, el 41% un acto de cobardía el 26,2% un acto de locura, el 20,5% un acto irracional y solo el 2,5% consideran que es una expresión válida.

Sobre la distribución porcentual de las respuestas dadas al ítem *cuatro*, “un adolescente llega a suicidarse por” en primer lugar los estudiantes considera la soledad con un 49,9%, seguido de falta de amor con 40,2%, falta de comunicación con 38,5%, por consumir sustancias psicoactivas en 38,2%, el maltrato con 32,8% y en menor relevancia con un porcentaje del 10% de los estudiantes consideran que el dolor físico es una causa del suicidio en adolescentes.

Distribución porcentual de las respuestas al ítem *cinco*, que corresponde a el (los) Método(s) más utilizado(s) por los adolescentes para suicidarse es (son), creen que es envenenamiento con un 70,5% seguido de uso de armas corto punzantes con 27% y sólo el 24% consideran el uso de armas de fuego.

Respuesta del ítem *ocho*, el 82,8% del total de los participantes en el trabajo investigativo contestaron que no han pensado suicidarse, solo el 17,2% respondieron afirmativamente.

Sobre las respuestas dadas al ítem *nueve*, “Piensas que la muerte es” el 52,5% de los participantes consideran que la muerte es un proceso natural y el 40,2% responden que la muerte es el final de la vida; el 18,9% consideran que es un descanso, sólo el 5,7% contestó que la muerte es un proceso negativo.

En la tabla 1 se presentan los resultados estadísticamente significativos con el grado de escolaridad, solo se anota el valor del “ χ^2 ” y el valor de “p”. Revisando las tablas de resultados, se deduce que las diferencias entre el grado y las respuestas dadas a la pregunta el “Objetivo de tu vida en este mundo es cumplir metas” se dio porque en los grados superiores (9°, 10° y 11°), lo consideran en mayor medida, sus porcentajes son, 75%, 90% y 81% respectivamente, en los grados 7° y 8° este porcentaje se repartió equitativamente entre las respuestas sí y no.

Sobre las asociación entre el grado y la pregunta “piensas que el suicidio es un acto de cobardía”, el 75% de los estudiantes del grado 7° y el 68% los estudiantes de grado 8° consideran que no lo es, estos porcentajes en los grados 10° y 11° corresponden a 55% y 38% respectivamente.

A partir del resultado que corresponde a la pregunta “un adolescente llega a suicidarse por la incomprensión”, se encontró que el 100% de los estudiantes de 7° considera que no, este porcentaje va disminuyendo a medida que va aumentando el grado, en octavo corresponde a 85%, en noveno a 79%, en décimo a 70% y undécimo a 53%.

Sobre la relación entre el grado y las respuesta dadas a la pregunta “el método más utilizado por los adolescentes es el envenenamiento” se encontró que los porcentajes de respuestas entre si y no, en los grados séptimo y octavo estaba dividido equitativamente, mientras que en los grados superiores estos porcentajes correspondieron a 68 %, 85% y 91% en noveno, décimo y undécimo respectivamente.

Tabla 1. Resultados estadísticamente significativas, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con el grado de escolaridad.

VARIABLES	χ^2	p
El objetivo de tu vida en este mundo es cumplir metas	16,01	0,00
Piensas que el suicidio es un acto de cobardía	9,93	0,04
Un adolescente llega a suicidarse por la incomprensión	12,70	0,01
El método más utilizado por los adolescentes es el envenenamiento”	16,83	0,00

Sobre las respuestas dadas a la pregunta “para ti la vida es un regalo de Dios”, se encontró que el 90% de los estudiantes de estrato uno así lo consideran, mientras que este porcentaje corresponde a los estratos dos y tres a 59% y 64% respectivamente.

De acuerdo con los resultados arrojados por los estudiantes de estrato uno, el 32% considera que el suicidio es un acto irracional; este porcentaje disminuye a medida que aumenta el estrato ya que el 13% y 9% de los estratos dos y tres respectivamente así lo creen.

Sobre la relación entre estrato y la pregunta piensas que el suicidio es un acto de cobardía”, se deduce que los estudiantes de estrato dos son quienes menos lo consideran, ya que el 71% seleccionó otras opciones.

Los estudiantes de estrato uno son quienes mayor credibilidad le dan a la relación entre suicidio y consumo de SPA con un 54%, mientras que este porcentaje corresponde en los estratos dos y tres al 27%.

El 55% de los estudiantes de estratos tres consideran que el método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el uso de armas corto punzantes; estos porcentajes de respuesta corresponden en los estratos uno y dos a 34% y 16% respectivamente.

Los estudiantes de estrato dos y tres no creen que los adolescentes se suiciden por tener enfermedades mentales; el 24% de los estudiantes de estrato uno si lo consideró.

El 46% de los estudiantes de estrato tres cree que la muerte es un descanso, mientras que sólo el 22% y el 12% de los estudiantes de estrato uno y dos respectivamente, así lo estima.

Tabla 2. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con el estrato socioeconómico.

VARIABLES	χ^2	p
Para ti la vida es un regalo de Dios”	13,55	0,00
Piensas que el suicidio es un acto irracional”	6,97	0,03
Piensas que el suicidio es un acto de cobardía”	6,91	0,03
Un adolescentes llega a suicidarse bajo el consumo de SPA	8,56	0,01
Los adolescentes se suicidan porque tienen una enfermedad mental”	13,18	0,00
Piensas que la muerte es un descanso”	7,58	0,02

Los estudiantes de 14 y 17 años son quienes menos consideran que un adolescente llegue a suicidarse por los problemas de pareja (12%), mientras que el 36% de los estudiantes de 15 y 16 años si lo consideran.

Solo el 14% de los estudiantes de 17 años consideró que la muerte es el final de la vida, se encontró que a menor edad mayor creencia en esta opción, ya que las correspondencias se dieron de la siguiente forma: 14 años (56%), 15 años (44%) y 16 años (32%).

Tabla 3. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con la edad.

VARIABLES	X ²	P
Un adolescente llega a suicidarse por los problemas de pareja	7,89	0,04
La muerte es el final de la vida	8,45	0,03

Del total de participantes que consideran que la vida es algo muy bonito, el 72% son niñas. Para el 36% de los adolescentes, el objetivo de su vida es estudiar, este porcentaje en las adolescentes es de 62%. El 71% de las adolescentes considera que deben ayudar a sus familias; solo el 29% de los adolescentes así lo considera. La falta de comunicación con los padres y un estado de tristeza es para el 69% de las niñas es una razón para suicidarse; este porcentaje en los hombres corresponde al 31%. El 74% de las estudiantes creen que los métodos más utilizados por los adolescentes para suicidarse son el ahorcamiento y el uso de armas corto-punzantes; solo el 26% de los estudiantes así lo cree.

Tabla 4. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con el sexo.

VARIABLES	X ²	P
Para ti la vida es algo muy bonito	6,92	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es estudiar	8,40	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es ayudar a tu familia	5,05	0,03
Un adolescente llega a suicidarse por la falta de comunicación con los padres.	5,48	0,02
Un adolescente llega a suicidarse por un estado de tristeza	4,92	0,02
El método más utilizado por los adolescentes es ahorcamiento	6,00	0,02
El método más utilizado por los adolescentes es el uso de armas corto punzantes.	4,81	0,03

A partir de los resultados arrojados por ciudades, se observa diferencias marcadas acerca de la creencia “la vida es un regalo de Dios”, en el municipio de Baraya así lo consideran el

58% de los participantes, en la ciudad de Ibagué el 69% de los adolescentes así lo creen y en la ciudad de San José del Guaviare este porcentaje corresponde al 90%.

Los datos concuerdan en que la creencia “Para ti la vida es algo muy bonito” por parte de los estudiantes de dos de las ciudades encuestadas, tiene una mayor trascendencia en tanto que sus puntuaciones se encuentran distribuidas de la siguiente manera: San José del Guaviare con 45% y Baraya con 53%, a diferencia de la ciudad de Ibagué con 13% donde la percepción de “vida bonita” de acuerdo a los resultados es menos relevante.

De acuerdo con los resultados ante la pregunta “El objetivo de tu vida es estudiar”, se observa que solo el 33% de los estudiantes de Ibagué así lo consideran, mientras que estos porcentajes corresponden a 55% en San José del Guaviare y 62% en Baraya.

Las cifras en porcentaje indican que a la pregunta “El objetivo de tu vida es trabajar”, en San José del Guaviare y Baraya arrojan datos de 30% y 51%, difiriendo de la ciudad de Ibagué con un 13%.

Las respuestas a la creencia “El objetivo de tu vida es ayudar a tu familia” muestra mayor escogencia entre los estudiantes de las ciudades de Baraya con 33% y San José del Guaviare con 48%, cifra que desciende con los estudiantes de la ciudad de Ibagué a 20%, quienes posiblemente tengan preferencia hacia otros objetivos.

Los datos obtenidos a partir de los resultados de las encuestas a estudiantes de las tres ciudades frente a la creencia “El Objetivo de tu vida es cumplir metas”, muestra una homogeneidad en las ciudades de San José del Guaviare con 83% y Baraya con 81%, en relación con Ibagué, quienes respondieron afirmativamente con un 44%.

Sobre los resultados obtenidos a través de la encuesta frente a la creencia “El objetivo de tu vida en este mundo es”, los resultados arrojaron que en la ciudad de Baraya escogieron en un 61% disfrutar la vida, en Ibagué con 28% y San José del Guaviare con 37% lo que indicaría otros objetivos.

Ante la creencia de los estudiantes sobre “Un adolescente llega a suicidarse bajo los efectos de SPA” en San José del Guaviare hay mayor convicción con un 61%, a diferencia de Ibagué con 28% y Baraya con 37%.

Para la creencia “Un adolescente llega a suicidarse por los problemas de pareja”, las tres ciudades muestran en sus resultados un orden ascendente de importancia reflejado de la siguiente

manera: Ibagué con 15%, Baraya con 23% y San José del Guaviare con 43%, indicando que a mayor distancia con la zona industrializada mayor convicción.

A partir de los resultados ante la creencia “Un adolescente llega a suicidarse por un estado de tristeza”, se evidencia mayor convicción por parte de los adolescentes de la ciudad de San José del Guaviare con el 60%, en relación a la ciudad de Baraya con 37% e Ibagué con 39%, quienes a pesar de haber tomado esta respuesta, acentuaron su creencia bajo otras opciones.

Para los estudiantes de las tres ciudades, Ibagué, San José del Guaviare y Baraya, la creencia sobre “un adolescente llega a suicidarse por un dolor físico” tiene poca relevancia en tanto que sus porcentajes en participación se presentaron en el siguiente orden 15%, 15% y 0%, lo que permitió la escogencia de otras respuestas.

Los resultados ante a creencia “El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el envenenamiento” contempla el siguiente resultado: los estudiantes de la ciudad de Baraya tienen plena convicción al puntualizar con un 100% frente a esta respuesta, seguido de San José del Guaviare con 73% y por último la ciudad de Ibagué con un 36% .

Ante la creencia “El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el ahorcamiento” los estudiantes de las ciudades de Baraya e Ibagué demostraron poca convicción puntualizando con 12% y 28% a diferencia de la ciudad de San José del Guaviare quienes puntuaron con 40%.

A partir de las respuestas dadas por los estudiantes de las tres ciudades sobre la creencia “El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es uso de armas de fuego”, se encontró mayor convicción en los estudiantes de San José del Guaviare quienes la marcaron con un 53%, las ciudades restantes, Ibagué y Baraya con 13% y 9% siendo poco significativa esta opción.

Para la creencia “Piensas que la muerte es el final de la vida” la ciudad que le dio mayor relevancia corresponde a San José del Guaviare con 55%, en este orden descendente se encuentra Ibagué con 39% y Baraya con 28%.

De acuerdo con los resultados ante la creencia “Piensas que la muerte es un descanso”, en dos de las tres ciudades, Baraya e Ibagué, los estudiantes respondieron con 7% y 18%, escogiendo otras opciones; sin embargo, San José del Guaviare tuvo un resultado correspondiente al 33% siendo esta opción más relevante.

Tabla 6. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con la ciudad.

VARIABLES	X ²	P
Para ti la vida es un regalo de Dios	10,70	0,00
Para ti la vida es algo muy bonito	15,75	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es estudiar	7,51	0,02
El objetivo de tu vida en este mundo es trabajar	13,93	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es ayudar a tu familia	6,47	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es cumplir metas	18,47	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es disfrutarla	9,34	0,00
Un adolescente llega a suicidarse bajo el consumo de SPA	11,59	0,00
Un adolescente llega a suicidarse por los problemas de pareja	6,93	0,03
Un adolescente llega a suicidarse por un estado de tristeza	7,27	0,02
Un adolescente llega a suicidarse por un dolor físico	40,51	0,00
El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es envenenamiento	9,83	0,00
El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el salto al vacío	8,73	0,01
El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el ahorcamiento	25,13	0,00
El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es uso de armas de fuego	13,06	0,00
Piensas que la muerte es el final de la vida	6,39	0,04
Piensas que la muerte es un descanso	8,85	0,01

DISCUSIÓN

El propósito fundamental del presente estudio, fue conocer las creencias sobre la conducta suicida, la vida y la muerte y su relación con variables sociodemográficas de un grupo de estudiantes adolescentes entre 14 y 17 años, de las ciudades de Ibagué (Tolima), Baraya (Huila) y San José del Guaviare (Guaviare). Los resultados permitieron alcanzar los objetivos planteados.

Los indicadores presentados en la encuesta aplicada surgieron de un estudio preliminar realizado con adolescentes, quienes de acuerdo con sus creencias plantearon opciones de respuesta que permitieron diseñar el instrumento que posteriormente fue validado por nueve jueces.

Varios de estos indicadores no han sido trabajados en esos mismos términos, por tal razón no hay suficiente literatura que permita contrastar lo encontrado con la encuesta aplicada;

sin embargo se resaltan aspectos fundamentales que permitieron establecer conclusiones a la luz del marco de referencia.

Los indicadores propuestos por los participantes abren una línea de estudio sobre las creencias de los adolescentes acerca de la conducta suicida, la vida y la muerte. En los resultados arrojados a través de la encuesta realizada a los participantes de las tres ciudades colombianas y mediante el cruce de las variables se deduce lo siguiente:

Ante la pregunta “un adolescente llega a suicidarse por:”, los encuestados refieren que la soledad, los estados de tristeza y la falta de comunicación con los padres, son los tres indicadores más significativos. Estas respuestas coinciden con los planteamientos realizados por Pérez (2002), quien asegura que provenir de medios familiares adversos, que condicionan una niñez infeliz son factores con mayor exposición al riesgo suicida. Dukes y Lorch, (1989), también consideran que los problemas familiares contribuyen al suicidio del adolescente, junto con la mala comunicación, conflictos con los padres, alienación del adolescente respecto a la familia, apoyo inadecuado y las rupturas familiares; estos resultados indican que las creencias de los adolescentes son coherentes con los planteamientos teóricos.

De acuerdo con Pérez (2005), el motivo más frecuente por el que se suicidan los adolescentes son los problemas con la pareja, Las respuestas dadas por los estudiantes no coinciden con lo descrito por este autor ya que los encuestados sólo consideraron este factor en quinto lugar.

La asociación significativa entre las preguntas relacionadas con el suicidio y la vida, muestra que las respuestas dadas por los jóvenes son coherentes con los planteamientos teóricos de Pérez (2002), ya que del total de jóvenes que no han pensado suicidarse, en promedio el 80% considera que “la vida es un regalo de Dios”, es “algo muy bonito” y “se deben cumplir metas”; ésta valoración positiva de la vida se puede asociar con deseos de vivir; quienes manifiestan deseos de morir, utilizan expresiones con “la vida no merece la pena” o “quisiera morirme”.

Los resultados de las creencias manifestadas por los jóvenes encuestados confirman la utilidad de la encuesta; los cruces estadísticamente significativos entre variables, permiten concluir que hay diferencias entre algunas creencias por grado, estrato, edad, sexo y ciudad, datos que quedan abiertos a contrastación en nuevas investigaciones.

Respecto al grado de estudio, se encontró que a mayor escolaridad mayor creencia acerca del cumplimiento de metas, mayor consideración en el suicidio como un acto de cobardía y

mayor creencia en el envenenamiento como el método más utilizado para suicidarse. Este último hallazgo se valida con los estudios realizados por Schmidtke, Sarro y de la Cruz, (1991), quienes indican que el método más empleado para el intento de suicidio es el envenenamiento ya sea con fármacos o con otras sustancias; Sin embargo, los métodos utilizados varían notablemente en función de los países, las culturas, las épocas y algunas características demográficas, puesto que en su elección interviene un gran número de factores, como la disponibilidad y accesibilidad a los mismos, su aceptación sociocultural, la confianza en su capacidad letal o la imitación (Vallejo, 2006). Los niños y adolescentes llevan a cabo actos suicidas con diferentes métodos. Estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento (Ulloa, 1993).

El cien por ciento de los estudiantes de séptimo grado cree que la incomprensión no es un motivo para suicidarse, este porcentaje va disminuyendo a medida que va aumentando el grado.

Las diferencias halladas respecto al estrato, permiten concluir que los estudiantes de estrato uno, son quienes mayor credibilidad le dan a la relación entre suicidio, consumo de SPA y enfermedades mentales. Además en mayor porcentaje, consideran “la vida como un regalo de Dios” y el suicidio como un acto irracional.

Sobre las diferencias encontradas por edad, se evidenció que a menor edad mayor creencia en la muerte como el final de la vida. Esta percepción según Gómez y Sabe, (2002) se ve influida por variables ligadas al factor edad. Dando lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. De acuerdo con León y Pérez (2010), la muerte para el adolescente se concibe como algo que les ocurrirá inevitablemente a todos. También en la adolescencia este registro sobre la posibilidad de la propia muerte se puede encontrar en el interés y la crítica por los ritos, usos y costumbres sociales establecidas en torno al tema. Por otra parte, de acuerdo con Garza, (como se citó en Hernández y Valdez, 2002), morir es un acontecimiento de la vida y pertenece a ella; puede ser interpretada como el final (acabamiento, la consumación, la plenitud), la ruptura (cambio), la transformación (realización definitiva). La muerte acontece a todos los seres del mundo, en todos los estratos, independientemente de la complejidad biológica, psicológica, cultural, filosófica, social y espiritual. La incertidumbre que existe respecto a la muerte es considerada universal,

pero esto implica una igualdad en la percepción individual o social con respecto a ella. Lo que indica que las respuestas dadas por los estudiantes tienen un real acercamiento del concepto de muerte.

Respecto al sexo, se encontró que las niñas en mayor proporción consideran que la vida es algo muy bonito, ven el estudio como un objetivo en la vida y consideran también en mayor medida que deben ayudar a sus familias. Así mismo creen que la falta de comunicación con los padres y los estados de tristeza son causas del suicidio. Consideran además que el método más utilizado para el suicidio es el ahorcamiento y el uso de armas corto-punzantes.

En cuanto a las diferencias por ciudades, se deduce que los adolescentes de la ciudad de Ibagué, son quienes menos creen que el objetivo en la vida es estudiar, trabajar y ayudar a sus familias; Son también quienes en menor porcentaje consideran que un adolescente llega a suicidarse por problemas de pareja o por consumo de sustancias psicoactivas. Además solo el 13% ven la vida “como algo bonito”.

El comportamiento suicida se origina, según Blumenthal, (como se citó en Téllez y Forero, 2006), por la interacción y solapamiento de varias clases de factores a saber: Biológicos, Rasgos de Personalidad, factores Psicosociales o Ambientales, Trastornos Mentales e Historia familiar y Genética, interacción que podría explicar porque los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y de suicidios consumados. Harris y Barraclough (como se citó en Téllez y Forero, 2006), afirman que los intentos de suicidio y suicidio consumados son raros en niños menores de 12 años, pero se intensifican en frecuencia y gravedad a partir de la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta, época en que se hace eclosión en algunas patologías psiquiátricas como el trastorno afectivo bipolar o la esquizofrenia. Con lo anterior se valida teóricamente la creencia de los estudiantes en lo referente a que “los adolescentes se suicidan porque tienen una enfermedad mental”.

Para un próximo estudio se recomienda incluir jóvenes de estratos superiores (4, 5 y 6) lo cual permitirá mayor validez externa en las consideraciones de la utilidad de la encuesta y de los resultados del presente estudio. Aumentar la base de datos específicamente con población bogotana, con el objetivo de establecer si hay o no diferencias estadísticamente significativas entre las creencias hacia la conducta suicida, vida y muerte entre adolescentes de ciudades pequeñas o intermedias y ciudades grandes.

El presente estudio ofrece a la población colombiana, a la comunidad académica y de la salud, elementos básicos que permitirán intervenir en un fenómeno que día a día en Colombia y específicamente en los adolescentes, cobra más víctimas como el suicidio.

REFERENCIAS

- Alba L, 2009. Salud de la Adolescencia en Colombia: Bases Para Una Medicina De Prevención. Disponible en:
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Salud%20de%20la%20adolescencia..pdf>
- Beltrán, G; Mora, C; Rojas, E; Rubiano, A y Ruiz, D. (2010). Creencias de la conducta suicida, la vida y la muerte en un grupo de adolescentes entre 14 y 17 años del grado decimo del Colegio Guillermo Angulo Ruiz de la ciudad de Ibagué. (s.p.)
- Bella M, Fernández R, Willinton, J. Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes: Depresión y Trastornos de Conducta Disocial como Patologías más Frecuentes. Páginas 124-129. Arch Argent Pediatr 2010. Disponible en:
<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n2a06.pdf>
- Burgoa L, 2005. Palabras y Creencias: Ensayo crítico de la comunicación humana y de creencias. La actitud de creencias. Sus raíces filogenéticas. Página 29-32.
- Chica H, 2010. La Respuesta de Muchos, La Experiencia de la vida: El Suicidio. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2010, Datos Para La Vida.
- Código de la Infancia y de la Adolescencia, 2006. Título 1. Disposiciones Generales. Capítulo 1. Principios y Definiciones. Artículo 3. Sujetos Titulares de Derechos. Disponible en
<http://www.cinde.org.co/PDF/codigo-infancia-comentado.pdf>
- Coolican, H (2005). Métodos de investigación y estadística en psicología. Tercera edición. Manual moderno. México.
- Cruz F, Roa F, 2005. Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios Para un Modelo de Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo. Capítulou8 2, Conducta Suicida en Niños y Adolescentes. Desarrollo del Concepto de Muerte. Pp . 26-27. Disponible en:
http://www.archivochile.com/tesis/11_tefiloideo/11tefiloideo0010.pdf

- García E y Peralta V (2002). Suicidio y Riesgo de Suicidio. ANALES Sis San Navarra; 25 (Supl. 87-96. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/5559/4572>
- García M, Martí E, 2005. Psicología del Desarrollo. El Mundo del Adolescente. Martí E, Onrubia J, García M, Gispert I. Tercera edición. Capítulo III. El Pensamiento del Adolescente. Pp 47-48.
- Gómez M, Sabeh E, (2002), Calidad de vida. Evolución Del Concepto y Su Influencia en la Investigación y La Práctica. Disponible en:
<http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Guía salud, 2009. Guía de practica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. el suicidio en la infancia y en la adolescencia. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado09/suicidio.html
- Hernández M, Valdez J, 2002. Significado Psicológico de Vida y Muerte en Jóvenes. Ciencia Ergo Sum, Julio, Volumen 9, Número dos, Universidad Autónoma del Estado de México, Pp. 162-168. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/104/10402405.pdf>
- Hernández, S. R, Fernández, C. C, Baptista, L. P. Metodología de la Investigación, Tercera edición. Editorial Mg Graw Hill. pp, 115,117,119. 2003.
- León M y Pérez S, (2010). Evolución del concepto de muerte en niños. El cuestionario desiderativo aplicado a niños. Una propuesta para la toma. Letra viva. Buenos Aires. Disponible en: <http://psicobloga.blogspot.com/2011/02/evolucion-del-concepto-de-muerte-en.html>
- Migonte J, Jiménez A, Osorio R y Palomo T, (2004). SUICIDIO, Asistencia Clínica, Guía Práctica de Psiquiatría Médica. Capítulo 5, Pacientes que Presentan Problemas Especiales. Conducta Suicida en Adolescentes. Pp. 35-36.
- Olivia, A; (2010) Cambios en el Cerebro adolescente y Conductas Agresivas y de Asunción de Riesgos. Estudios de Psicología. Disponible en:
<http://personal.us.es/oliva/04.%20OLIVA.pdf>
- OPS, 2005. Suicidio: La Violencia Autoinflingida. Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable, N° 9, año 2005, Vol. 3. Disponible en
http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_1.htm

- Pérez S, 2002. ¿CÓMO EVITAR EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES? El comportamiento Suicida, Factores de Riesgo Suicida en la Adolescencia. Disponible en:
<http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>
- Pérez S, 2005. ¿Cómo Evitar el Suicidio en Adolescentes? Suicidio En Los Jóvenes. Revista Futuros No 9. 2005 Vol. III. Disponible en:
http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_adol1.htm
- Risueño A, Motta I, 2007. La Adolescencia Existe o Existen Adolescentes. La Adolescencia Como Constructo. Disponible en: <http://www.adolescenza.org/risueno.pdf>.
- Rodríguez D, Ortiz M, 2011. EL TIEMPO. Vida de Hoy. Casi 600 Jóvenes Se Suicidan Cada Año. Disponible en: <http://m.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/casi-600-jvenes-se-suicidan-cada-ao/9114900>
- Saavedra M, 2004. Pedagogía Dinámica. Cómo Entender a los Adolescentes Para Educarlos Mejor. Capítulo 2. Teorías Sobre La Adolescencia. Enfoque biogenético Stanley Hall. Primera Edición
- Shaffer D, Kipp K, 2007. Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia. Séptima Edición. Parte iv. Capítulo 12. Desarrollo del yo y de la cognición social. Pp. 491.
- Téllez J, Forero J, 2006. Neurobiología, Factores de riesgo y prevención: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Capítulo 12, OMS 2001, Ginebra, Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Página 191.
- Ulloa F, 1993. Tentativas y Consumación de Suicidio en niños y Adolescentes. Revista chilena de pediatría, 64. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n4/art06.pdf>
- Vallejo J, 2006. Introducción a La Psicopatología y la Psiquiatría. Capítulo 20. Conducta suicida. Métodos utilizados. Sexta edición. Pp. 274.

CREENCIAS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA, LA VIDA Y LA MUERTE DE UN
GRUPO DE ADOLESCENTES, DE TRES CIUDADES COLOMBIANAS Y
DIFERENCIAS ENCONTRADAS

Diana Carolina Ruiz Mahecha
Elizabeth Rojas Segura
Diana Alexandra Rubiano Rojas

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA
BOGOTA D.C OCTUBRE 2011.

CREENCIAS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA, LA VIDA Y LA MUERTE DE UN
GRUPO DE ADOLESCENTES, DE TRES CIUDADES COLOMBIANAS Y
DIFERENCIAS ENCONTRADAS

Diana Carolina Ruiz Mahecha
Elizabeth Rojas Segura
Diana Alexandra Rubiano Rojas

Bertha Lucía Avendaño Prieto
Directora

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA
BOGOTA D.C OCTUBRE 2011.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien en ningún momento me dejó desfallecer en el intento de progresar y quien fue mi protección y amparo en los viajes de ida y regreso.

A mi esposo, por su apoyo incondicional, amor y solidaridad, sin él no se habría podido alcanzar este logro, te amo.

A mi Juanes, quien es el motor de mi corazón y testigo de fines de semana sin planes, pero con la sonrisa en su rostro y un caluroso abrazo en cada llegada, te adoro hijito.

A mis padres, que con su valioso apoyo y afecto me fortalecieron durante mis recorridos con cada llamada, recordándome que me quieren y que debo salir adelante.

A doña María y don Luis, quienes me abrieron las puertas de su hogar cada fin de semana, siempre con una bendición y caluroso abrazo.

A don Eduardo, quien en varias oportunidades se trasnochó para recogerme y llevarme sana y salva.

A todos los que hacen parte de mi lugar de trabajo “Hospital de Segundo nivel de San José del Guaviare”, que a pesar de conocer mis intenciones de estudiar y ausentarme a partir del viernes, siempre recibí su respaldo y apoyo.

A la Dra Bertha Lucía, por su profesionalismo y calidad humana, por su entrega en cada asesoría y por acogernos en su casa, sin ella nuestro trabajo no tendría el toque investigativo y la eficacia que lo soporta.

A mis compañeras Elizabeth y Alexandra, quienes hicieron parte de esta aventura victoriosa, que a pesar de sus compromisos personales, abrieron un espacio para hacer parte de este trabajo, las quiero niñas.

Y a quienes no mencioné pero que están presentes en mi mente y corazón y que fueron parte de este logro, muchas, pero muchas gracias, Dios los Bendiga...

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposo y a mi hijo.

Porque sé que siempre puedo contar con su apoyo incondicional.

Porque son la bendición más grande que Dios me ha dado.

Porque estuvieron conmigo cuando más los necesite y me sacaron de apuros en momentos de angustia.

Los amo inmensamente, y espero poder dedicarles mis próximos logros ya que ustedes son la fuente de mi inspiración.

También dedico este trabajo a la vida, que nos permite gozar de sus inmensos tesoros.

AGRADECIMIENTOS

Dios, quien siempre me ha llenado de fortaleza y quien fue mi compañero de viaje por la fría ciudad de Bogotá.

A mi gran amigo Roger, por su apoyo incondicional y quien me impulso para iniciar
Este nuevo proyecto.

A mi hermana tata, quien siempre estuvo recordándome con su particular formas de ser que debía seguir luchando cada día.

A mi hermana jeka, quien en medio del sufrimiento por la enfermedad de su mama y mi tía, siempre tuvo una sonrisa y un profundo abrazo a mi regreso.

A mi padre, quien en cada llamada con su bendición me hacía sentir más segura y tranquila durante mis viajes.

A mi tía Blanca y su esposo Isaías, quienes me acogieron en su hogar, esperándome cada amanecer con un fraternal abrazo y una buena taza de café.

A mi tía melva, a quien siempre pensaba durante mis viajes y sentía temor de su partida sin volverla a ver y a quien logre acompañar durante su doloroso deceso.

A mi reina hermosa, abuelita Raquel, quien a cada llegada me decía lo mucho que me había pensado y que con sus manos temblosas pero tiernas me regalaba un fuerte abrazo.

A mi novio, amigo, confidente y amante Harold, quien siempre con su fortaleza y amor me animaba a continuar con mi recorrido y quien en muchas oportunidades se quedó a la espera de compartir unos días conmigo.

A todos mis compañeros de trabajo del equipo humano de Salud Pública, quienes fueron testigos de cada viaje, cada traspasada y cada angustia por conseguir los recursos para poder cumplir con este logro.

A la Dra Bertha Lucía, por su compromiso y calidad humana, por recibirnos en su hogar con una tacita de café caliente a cada llegada, gracias a su apoyo intelectual y a su constante esfuerzo logramos sacar adelante nuestro trabajo.

A mis amiguitas Dianis y Ale, quienes al igual que yo, llegábamos con unas oscuras ojeras producto de los viajes y las traspasadas, pero que gracias al esfuerzo y dedicación alcanzamos un logro más en nuestras vidas personales y profesionales, gracias niñas, las quiero.

Y por último a mi familia y demás amigos, quienes están presente en mi mente y corazón y que fueron parte de este logro, muchas, pero muchas gracias, Dios los Bendiga...

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, hermanas y mi sobrino.

A mi madre, aunque físicamente no está, sé que hoy desde el cielo se siente orgullosa de mí.

A mi padre por su inteligencia, su amor y sus bendiciones.

A mis hermanas tata y jeka por ser mis amigas y la razón de mi esfuerzo y lucha constante.

A mi sobrino Santi a quien amo profundamente y es el motor de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis
Objetivos, además de su infinita bondad, compañía y amor.

A mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, Por los ejemplos de
perseverancia y constancia que la caracterizan, por la motivación Constante que me ha
permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y apoyo incondicional

A mis maestros.

La doctora Bertha Lucia Avendaño por su gran apoyo y motivación para la culminación de
nuestros estudios profesionales, para la elaboración de esta tesis y por su tiempo
Compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

A mis amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y de quienes recibí
incondicionalmente su apoyo, amor, comprensión y que hasta ahora,
Seguimos siendo amigos: Diana Carolina Ruiz y Elizabeth Rojas

A la **Universidad de La Sabana** por permitirme ser parte de una generación de triunfadores y
gente productiva para el país.

DEDICATORIA

*Dedico este trabajo investigativo con todo mi amor y cariño a ti Dios
Porque me diste la oportunidad de vivir y tener una familia maravillosa
a mi esposo Andrés Felipe Mosquera y a mi Juandi que desde el vientre*

*Siempre me acompaño juiciosito
y ahora que nació es el motor y alegría de mi vida.*

*A mis padres quienes me dieron la vida
y han estado conmigo en todo momento,
gracias por todo mamá y papá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mi
los quiero con todo mi corazón
y este trabajo que me llevo todo un año en hacerlo es para ustedes.*

TABLA DE CONTENIDO

Resumen, 16

Introducción, 17

Justificación, 19

Marco Teórico, 20

Definición de Creencias, 20

Definición de suicidio, 20

Historia del suicidio, 21

Suicidio en la adolescencia, 21

Definiciones relacionadas con el comportamiento suicida en la adolescencia, 24

Motivo y métodos de suicidio en los adolescentes, 28

Concepto de muerte en niños y adolescentes, 30

Concepto de vida en adolescentes, 35

Factores de riesgo, 36

Teoría de la Impulsividad y suicidio 36

Factores precipitantes, 37

Factores genéticos, 38

Factores neurobiológicos relacionados con la conducta suicida, 38

Modelo diátesis-estrés, 40

Factores sociales, 41

Factores de protección,	42
Concepto de adolescencia,	43
Estudios sobre suicidio en Colombia,	49
Marco ético y legal,	56
Problema,	58
Objetivos,	59
Objetivo General,	59
Objetivos específicos,	59
Método,	59
Tipo de estudio,	59
Participantes,	60
Instrumentos,	61
Procedimiento,	62
Resultados,	62
Análisis descriptivo,	62
Discusión,	77
Referencias,	82
Apéndices,	89
Apéndice A,	89
Apéndice B,	90
Apéndice C,	92

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la variable grado, 62

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la variable estrato, 62

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la variable Sexo, 63

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la variable Ciudad, 63

Tabla 5. Descriptivo de la variable edad, 63

Tabla 6. Distribución de frecuencias de la variable edad, 64

Tabla 7. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “para ti la vida es”. 64

Tabla 8. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “El objetivo de tu vida en este mundo es”, 65

Tabla 9. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “Piensas que el suicidio es”, 65

Tabla 10. Distribución porcentual de las respuestas dadas al ítem “Un adolescente llega a suicidarse por”, 66

Tabla 11. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “El (los) método(s) más utilizado(s) por los adolescentes para suicidarse es (son)”, 66

Tabla 12. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “Has pensado suicidarte”, 67

Tabla 13. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “Piensas que la muerte es”, 67

Tabla 14. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con el grado de escolaridad, 68

Tabla 15. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con el estrato socioeconómico, 70

Tabla 16. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con la edad, 70

Tabla 17. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con el sexo, 71

Tabla 18. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con la ciudad, 75

Tabla 19. Valores χ^2 y niveles de significancia de los cruces de variables que resultaron estadísticamente significativos con la pregunta “Has pensado suicidarte”, 76

LISTA DE APÉNDICES

Apéndice A. ENCUESTA DE CREENCIAS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA, 89

Apéndice B. Carta De Consentimiento Informado Para Participantes En La Investigación, 91

Apéndice C. Carta de solicitud para la aplicación de la encuesta en los colegios, 92

CREENCIAS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA, LA VIDA Y LA MUERTE DE UN GRUPO DE ADOLESCENTES, DE TRES CIUDADES COLOMBIANAS Y LAS DIFERENCIAS ENCONTRADAS

**Ruiz Mahecha Diana Carolina, Rojas Segura Elizabeth y Rubiano Rojas Diana Alexandra¹,
Avendaño Prieto Bertha Lucía²
Universidad de la Sabana**

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue conocer y comparar las creencias sobre la vida, la muerte y la conducta suicida, de un grupo de estudiantes adolescentes entre 14 y 17 años de edad, de estratos 1, 2 y 3 de las ciudades de Ibagué, Baraya-Huila y San José del Guaviare. El estudio fue descriptivo comparativo, se contó con la participación de 122 adolescentes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por grado, estrato, edad, sexo y ciudad. Los estudiantes de grados inferiores creen en mayor proporción que el suicidio es un acto de cobardía. Los estudiantes de estrato uno son quienes mayor credibilidad le dan a la relación entre suicidio y consumo de SPA. El 71% de las adolescentes considera que deben ayudar a sus familias, este porcentaje en los hombres corresponde al 29%. Ante la afirmación “un adolescente llega a suicidarse por los problemas de pareja”, los resultados en las tres ciudades indican los siguientes porcentajes: Ibagué (15%), Baraya (23%) y San José del Guaviare (43%).

Palabras clave: creencias, vida, muerte, conducta suicida, variables sociodemográficas

BELIEFS ABOUT SUICIDAL BEHAVIOUR, LIFE, AND DEATH, OF A GROUP OF TEENAGERS, THREE COLOMBIAN CITIES AND THE DIFFERENCES

Abstract

The main objective of the current investigation was to know the beliefs about suicidal behaviour, life, and death, and its relationship to socio-demographic variables in a group of adolescent students between 14 and 17 years of age, from socioeconomic status 1, 2, and 3, from the cities of Ibagué, Baraya-Huila and San José del Guaviare. The research was descriptive-comparative and had 122 adolescents participating in it. To obtain the information a survey of beliefs was elaborated regarding the three topics mentioned above. Significant statistical differences were found for grade, socioeconomic status, gender, and city. The students of primary school think, in higher proportion, that the suicide is an act of cowardice. The students of the lower socioeconomic status related the suicide with the use of psychoactive substances. 71% of the adolescent believe that they must help their families. On the affirmation “An adolescent commit suicide due to relationship problems”, the results were, in the three cities, Ibagué (15%), Baraya (23%) and San José del Guaviare (43%).

Key Words: Beliefs, Life, Death, Suicidal Behaviour, socio-demographic variables.

¹ Autoras

² Directora

Las creencias desde el punto de vista social constituyen la base que hace posible la convivencia social humana. Se viene al mundo inmerso en una comunidad o colectividad ya constituida, comenzando por la adaptación a las condiciones ambientales de la misma y por la construcción de la propia identidad personal. Esto implica una actitud básica de confianza o creencia en los demás, que posteriormente irá dando paso a la confianza en sí mismo generando la propia estabilidad personal. Entre otras cosas, se necesita equiparse con un conjunto de conocimientos, actitudes culturales, juicios y valores sobre cosas y personas, que se van adquiriendo a través de la educación y la enseñanza (Burgo, 1995).

Dado el proceso de creencias, definido por Ortega y Gasset (como se citó en Burgo, 1995) como un estado mental o situación radical desde lo que se piensa y se desenvuelve en la vida, el desarrollo cognitivo del ser humano juega un papel importante para las creencias, en cuanto al nivel de madurez en el que se encuentre. El desarrollo cognitivo es una de las áreas de maduración menos patente para los observadores, no hay signos externos o visibles para evidenciar lo que está sucediendo, como ocurre con el desarrollo físico. Además, las alteraciones en la función intelectual tienen implicaciones para diversos comportamientos y actitudes. Estos cambios hacen posible el paso hacia la independencia temporal que incluye el futuro, facilitan el progreso hacia la madurez en las relaciones, contribuyen al desarrollo de las destrezas de comunicación y finalmente, subyacen a la capacidad del individuo para asumir papeles adultos en la sociedad (Coleman y Hendry, 2003).

Entre otros aspectos relacionados, se encuentra los cambios estructurales de la corteza prefrontal que se presentan durante la adolescencia, los cuales afectan el circuito básico de amenaza y recompensa, ya que en ambos casos la evidencia empírica indica una mayor activación en adolescentes que en adultos, lo que unido al menor desarrollo prefrontal crea un

desequilibrio entre circuitos cerebrales que puede hacer más probable el surgimiento de conductas de agresión reactiva y de asunción de riesgos. Algunos datos indican que la excitabilidad de estos circuitos cerebrales puede ocasionar cambios hormonales de la pubertad, lo que hace que los primeros años de la adolescencia sean los de mayor riesgo para la aparición de conductas relacionadas con la falta de autorregulación, entre ellas el intento de suicidio, ya que en esta etapa coinciden la mayor excitabilidad con el menor desarrollo prefrontal, Boyer (como se citó en Olivia, 2010).

La adolescencia es una etapa de la vida que puede facilitar diferentes conductas, entre las cuales se encuentra la conducta suicida debido a que hay propensión a tener sintomatología depresiva y cuadros de abatimientos agudos o larvados que a veces no son percibidos por los adultos. Estos comportamientos están relacionados con la situación de duelo que supone conseguir la separación de las figuras paternas. Los cambios corporales pueden situar al adolescente en un sentimiento de descontrol y focalización generando tendencias agresivas y destructivas y tiende a reaccionar impulsivamente ante situaciones que les frustran o decepcionan (Migonte, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004).

Además, los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidan se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran según Pérez (2002): Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional, estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz, presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva; mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

De acuerdo con la OMS (2004), la problemática del suicidio toma especial valor cuando se mencionan los datos que muestran un aumento exponencial de la muerte por suicidio e intentos de suicidio en la población adolescente y adulta joven a nivel mundial, llegando a ocupar el suicidio la segunda causa de muerte en países como Japón y Dinamarca, Buendía y Riquelme (como se citó en Campos, 2009).

Varios estudios concuerdan en que, en las últimas décadas, se observa un importante incremento de las conductas suicidas infantojuveniles y además, existe una disminución en la edad de presentación. Se reconoce que, dentro de las conductas suicidas la ideación es la más frecuente en niños, niñas y adolescentes y no necesariamente se asocia con la presencia de rasgos o trastornos psicopatológicos; a diferencia de los intentos de suicidio, que son menos frecuentes, pero que se asocian con mayor prevalencia a trastornos psicopatológicos, como trastornos de conducta disocial, depresión, trastorno bipolar entre otros, Bell, Clark, y Pfeffer, Shaffer (como se citó en Bella ,Fernández y Willington, 2010)

La OMS reconoce que la magnitud del problema pudiera ser más alarmante de lo que muestran las estadísticas porque en ocasiones se suele ocultar un suicidio para evitar la estigmatización de la persona que ha acabado con su propia vida, o de la familia de la persona, o por conveniencia social, o razones políticas, o porque la persona que comete el suicidio deliberadamente lo hace aparecer como un accidente (OPS, 2005).

Con base en estadísticas reales acerca del suicidio en adolescentes como problema de salud pública, con estudios contemporáneos que a partir de seguimientos muestran el incremento de suicidios infantojuveniles, y teorías del desarrollo tanto cognitivo, social y biológico, se estudia la necesidad de hacer parte del continuo crecimiento científico, realizando un aporte con las creencias sobre la conducta suicida, la vida y la muerte y su relación con variables

sociodemográficas en un grupo de adolescentes de tres ciudades colombianas, investigación que servirá de complemento en el campo de estudio del adolescente y su relación con el suicidio.

A continuación se expondrán diferentes conceptos teóricos y estudios relacionados con las creencias, el suicidio, la vida y la muerte que a modo de guía contextualizarán y soportarán la investigación.

Las creencias constituyen la base de la vida del ser humano, es decir el terreno sobre el que acontece, porque ellas ponen al principio lo que para el individuo es la realidad misma. Toda la conducta, incluso la intelectual, depende de cuál sea el sistema de creencias auténticas. La palabra *creencia* proviene del latín *credere*, que significa confiar o dar algo en préstamo; el *creditumes* el préstamo, la deuda, o lo que se otorga a otro en la confianza de que será devuelto. De aquí se debe insistir en la importancia de las creencias para la vida humana, ya que viene a ocupar de hecho la totalidad de vivencias, tanto interiores como exteriores; pues en efecto abarcan dos principales vivencias interiores: el conocimiento y el deseo.

Por otra parte, cuando se relacionan y dan origen a actitudes de conducta, abarcan también los dos sectores fundamentales de la vida práctica, estos son la acción y la recepción o pasión; dado que el actuar consiste en operar sobre el medio en que se halla el individuo y transformarlo, además de recibir los impactos del medio ambiente físico, cultural, social, etc, que van haciendo cambiar paulatinamente a lo largo de la vida del ser humano (Burgo, 1995).

Siguiendo la línea de investigación, se mencionará a continuación lo concerniente al suicidio en la adolescencia y los factores asociados.

La OMS (2004) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y definió el parasuicidio, como “un acto sin resultado

fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”. Para operacionalizar los conceptos y la terminología acerca del suicidio, es frecuente realizar una distinción entre: *conducta suicida e ideación suicida*; la primera se considera como un espectro de conductas con fatal desenlace o no, que incluye tentativa de suicidio o suicidio. La *Ideación suicida*; se define como los pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas (Guíasalud, 2009).

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia éste, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura Bobe, González, Saiz, (como se citó en García y Peralta, 2002).

El término “suicida” en sí, evoca una referencia directa a la violencia y la agresividad. Aparentemente, Thomas Browen fue quien acuñó la palabra “suicidio” en su obra *Religión medici de* 1642. Browen creó la palabra basándose en los términos del latín *sui* (uno mismo) y *caedere* (matar). El término nuevo refleja el deseo de distinguir entre el homicidio de uno mismo y el hecho de matar a otra persona, Minois (como se citó en OPS, 2005).

A finales del siglo XVIII, el término empezó a ser utilizado en España y aparece en el diccionario de la Real Academia en la quinta edición, de 1817. Es interesante observar que hasta entonces, cuando alguien, en cualquier lugar del planeta, quería referirse a la muerte provocada por uno mismo, debía recurrir a una perífrasis, hecho que de algún modo, revela una intención de mantenerlo oculto o por lo menos, indefinido. La real academia Española (2001) define al suicidio como acción y efecto de suicidarse, que significa quitarse voluntariamente la vida, y en

una segunda aceptación como acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Con esta segunda acepción, se elimina la obligatoriedad de la muerte, pero se crea un sentido metafórico (el planteamiento suicida de un partido de fútbol, una estrategia política suicida), que deja al descubierto el fenómeno de difusión del suicidio, (como se citó en Mosquera, 2006)

A lo largo de los años, ha habido múltiples definiciones y descripciones de este fenómeno. Shneidman (como se citó en García y Peralta, 2002) definió el suicidio como "el acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución". Stangel (1961), diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el *intento*, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la *tentativa*, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, el hecho es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. No obstante, hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados. Esta proliferación de definiciones, obligó a la OMS (1976) a intentar unificar la terminología y a proponer unos términos concretos. Acto suicida: hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Suicidio: muerte que resulta de un acto suicida. Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte, Bobe, González y Saiz (como se citó en García y Peralta, 2002).

El fundador de la doctrina psiquiátrica, Esquirol, en 1838, al argumentar la frecuencia de la reacción suicida en el estudio de la patología mental entonces naciente, la ubica como un síntoma psicópata: "No existe ningún individuo por el que no haya cruzado la idea del suicidio, y hasta el deseo de precipitarse al vacío al encontrarse en un lugar elevado, o bien de ahogarse al

pasar sobre un puente. El hombre atenta contra su vida sólo en el delirio y todos los suicidas están alienados” (como se citó en Morron, p 10. 1992).

Esta teoría fue adoptada por varios psiquiatras; Georget, Cazauvieilh, Briere de Boismont, Faltret, Chaslin, M. de Fleury, Adler, Charles Blondel (como se citó en Morron, 1992); algunos ampliaron sus límites al grado que Achile Delmas (1930), al encontrar entre los suicidas un 90% de ciclotímicos y un 10% de hiperativos, concluyó que “se debe estar más o menos loco para suicidarse”. Menos dogmáticos, otros autores admiten que no todos los suicidas son psicópatas manifiestos, pero que, en el momento del acto suicida al menos, se encuentran en un estado afectivo emocional patológico. Siendo el instinto de conservación natural y normal tanto en el hombre como en el animal, su neutralización o su opresión supone una causa mórbida.

En cambio para Durkheim (como se citó en Morron, 1992) y para la escuela sociológica, que basaron su interpretación en un estudio estadístico sistemático, el suicidio representa un fenómeno constante que no pueden explicar los actos individuales; también es el resultado de un condicionamiento de conjunto: influencias familiares, sociales, religiosas; entre otra explicaciones dadas por el autor, considera que el suicidio se acerca más a un acto de cobardía, una huida del deber a que se llama, una especie de traición al grupo a que se pertenece (Morron, 1992).

Halbwaschs, (como se citó en Morron, 1992) superponiendo a las tasas constantes de suicidios la constancia de los porcentajes de procedimientos suicidas, hace un llamado en un amplio sentido, al tipo de civilización. Para él, el “vacío social” que se crea alrededor del individuo es la única causa del suicidio. Según él cada sociedad tendría “corriente colectivas suicidógenas” que actúan en tres formas distintas: *Por Desintegración Del Grupo Social* (exceso

de individualización): suicida egoística; *por Sobreintegración Social* (insuficiencia de individualización), suicida altruista de las sociedades primitivas; *por Dislocación Anárquica del Grupo Social* (suicidio durante crisis económicas, políticas) o insuficiencia de cohesión social; suicida “anónimo”; *por Exceso De Reglamentación Social*; suicida “fatalista” cuyo interés según la escuela sociológica de principios de siglo, no sería más que historia (el caso de los esclavos) (Morrón, 1992).

El suicidio en el adolescente es un grave problema de salud pública, forma parte del 20% del total de los suicidios y es la tercera causa de muerte entre los 15-24 años, Pfeffer, (como se citó en Migonte, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004). Existen casos descritos en niños por debajo de los 7 años, pero en edades tan tempranas habitualmente está en relación con entornos familiares negligentes y con violencia sexual. El 70% de los suicidios consumados ocurren en varones y el 80%-90% de los intentos de suicidio en mujeres y constituyen el 40% de los ingresos en psiquiatría infantil. Con frecuencia tiene lugar en el escenario de familias conflictivas inestables, tras cambios de residencia, dificultades escolares, divorcio de los padres, etc. Las familias con conflictos crónicos, aisladas socialmente, con roles rígidos, desadaptadas, con padres ausentes y con una comunicación insuficiente pueden favorecer estas conductas, razones por las cuales se le da gran importancia a la desorganización del medio familiar y las pérdidas parentales como factores predisponentes.

Es muy posible que unos días antes del suicidio hayan avisado de alguna forma mediante amenazas, hablando del suicidio o con algún intento frustrado. Los desencadenantes inmediatos suelen estar relacionados con problemas normales en la vida diaria de un adolescente. En la mayoría de los casos, más que la intensidad de los factores de estrés, lo que les lleva a la conducta suicida es la falta de buenos mecanismos de defensa para afrontarlos. Los jóvenes que

cometen suicidio suelen tener más factores estresantes que los jóvenes que padecen cuadros depresivos, son muy sensibles a los conflictos de unos padres donde el suicidio, alcoholismo, separaciones e indiferencia son frecuentes. La cuarta parte de los suicidios acontecen durante la semana siguiente al cumpleaños del joven, Cohen, 1982; Fine, 1986 y Angle, (como se citó en Migonte, Jiménez, Osorio y Palomo, 2004).

Entre otros aportes, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en la última edición de 2010 muestra un incremento en cifras de casos sobre suicidio en Colombia. Con respecto al año anterior se presentó un leve aumento de 19 casos para una variación relativa de 1,03% mostrando una estabilidad con respecto a la tasa por cada 100.000 habitantes en los años anteriores 2008 y 2009. Sin embargo, es importante resaltar los pequeños aumentos que se presentan desde el año 2008 al 2010. La distribución por grupos quinquenales de la conducta suicida refleja cómo la población menor de edad (niños, niñas y adolescentes NNA) hay un gran número de casos que se concentran entre los 15-17 años, superando las frecuencias presentadas en relación con los grupos de mayores de 40 años. Para el año 2010, en las edades de 10-14 años en hombres, se presentaron 35 suicidios: en mujeres 32. Para las edades de 15-17 años hombres, se presentaron 71 suicidios; en mujeres 57. En términos generales correspondientes al sexo, de los 1854 casos ocurridos, el 83% corresponde a hombres y el 18% restante a mujeres, para una razón hombre/mujer de 4:1 (como se citó en Chica, 2010).

Para Ulloa (como se citó en Cruz y Roa, 2005), el suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia. Es decir, un adolescente no llega a ser suicida de forma abrupta, sino que a través de un proceso de tres fases: *Fase inicial*: se constituye por una historia de problemas emocionales y conductuales de moderada magnitud en la niñez temprana.

Fase escalada: se produce al comienzo de la adolescencia, con la incorporación de nuevos problemas propios de la edad, que llevan al sujeto a un sentimiento de soledad (cambios corporales, preocupaciones sobre la sexualidad y el rendimiento escolar, problemas en las relaciones con los padres, etc)

Fase precipitante: durante los días previos de suicidio, la comunicación con los padres.

Entre otros aportes, Pérez (2002), Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría y Miembro del Grupo de la OMS para la Prevención del Suicidio, manifiesta que el comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

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

La representación suicida, se encuentra constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse, por ejemplo, manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Las ideas suicidas, consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación: *Idea suicida sin un método específico*, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a cabo, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”. *Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado* en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo”. *Idea suicida con un método específico no planificado*, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha

elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse. *El plan suicida o idea suicida planificada*, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.

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

El gesto suicida incluye el acto que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.

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

El suicidio frustrado, es aquel acto suicida que, de no ser por situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

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

Suicidio intencional. Es cualquier lesión autoinfligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte. El deseo de morir representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y se puede manifestar en frases como: “la vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares. Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, si no se planifica o se asocia a otros factores, llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido y pueden desembocar en la realización de un acto suicida (Pérez, 2002).

Entre otros aspectos relacionados con el riesgo suicida, el motivo más frecuente por el que se suicidan los adolescentes son los problemas con la pareja, sea ruptura de una relación amorosa o los amores contrariados por dificultades con los padres de alguno o de ambos, o por las relaciones entre ellos. Entre otros se encuentran las dificultades académicas o las llamadas de atención de carácter humillante (Pérez, 2005).

Habiendo conocido los posibles riesgos y motivos por los cuales se suicidan los jóvenes, cabe resaltar que en los suicidios consumados es habitual utilizar métodos más violentos y de mayor letalidad que los utilizados en los intentos; en estos últimos, el método más empleado con diferencias es el envenenamiento, ya sea con fármacos o con otras sustancias Schmidtke, Sarro y de la Cruz (como se citó en Vallejo, 2006). Sin embargo, los métodos utilizados varían notablemente en función de los países, las culturas, las épocas y algunas características demográficas, puesto que en su elección interviene un gran número de factores, como la

disponibilidad y accesibilidad a los mismos, su aceptación sociocultural, la confianza en su capacidad letal o la imitación. Así, por ejemplo en Estados Unidos, un porcentaje notable de los suicidios consumados son por arma de fuego, mientras que en España este porcentaje es bastante escaso Arranz (como se citó en Vallejo, 2006).

De acuerdo con lo planteado por Beck, Shearer, y Buda (como se citó en Vallejo, 2006) el sexo influye también en los medios utilizados para suicidarse. En general, los hombres suelen utilizar medios más violentos y letales, como el ahorcamiento, la precipitación o las armas de fuego y planean más cuidadosamente el acto, evitando ser descubiertos. Por el contrario, las mujeres utilizan con mayor frecuencia métodos más pasivos, que conllevan una mayor probabilidad de supervivencia y tienden a realizar intentos, de forma que permiten que aumente la posibilidad del descubrimiento y el rescate. En cuanto al lugar elegido para consumar el suicidio, el más habitual es el propio domicilio o un lugar familiar para el sujeto, aunque algunos individuos eligen determinados lugares públicos emblemáticos Sarró y de la Cruz (como se citó en Vallejo, 2006).

Según Ulloa, (1993) los niños y adolescentes llevan a cabo actos suicidas con diferentes métodos. Estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento.

De acuerdo con el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (como se citó en Chica, 2010), el principal mecanismo causal empleado en las conductas suicidas por los hombres ha sido el ahorcamiento, seguido del arma de fuego, y en tercer lugar la intoxicación, es importante anotar como este último mecanismo es del que hacen mayor uso las mujeres, seguido por el ahorcamiento. En cuanto a las razones para cometer suicidio, sobresalen principalmente

aquellos relacionados con los conflictos de pareja y la enfermedad física-mental, los factores económicos tiene una participación importante en este tipo de violencia.

Entre otras concepciones, Pfeffer, (como se citó en Wiener y Dulcan, 2006) señala que la conducta suicida no es un diagnóstico psiquiátrico, sino un síntoma psiquiátrico. La conducta suicida tiene la misma definición en los niños y los adolescentes que en el adulto: es una preocupación o acción que persigue de manera intencionada causarse lesiones o la muerte a uno mismo. La conducta suicida tiene un carácter episódico. Un episodio de ideación o acción suicida puede ser agudo y grave, o bien puede durar varias horas o días. Se pueden producir actos suicidas repetidos. La ideación y actos suicidas pueden tener lugar durante la edad preescolar, en la preadolescencia o en la adolescencia. Aunque el intento de causarse lesiones o de morir es un elemento esencial de la definición, no es necesario que el niño tenga concepto maduro de la finalidad de la muerte. El objetivo de la ideación o la acción suicidas es la muerte, con independencia de la idea de muerte que tenga el niño, Pfeffer (como se citó en Wiener y Dulcan, 2006).

Otro problema importante relacionado con el desarrollo es el abordaje de la letalidad de los intentos suicidas, una cuestión que se complica en los niños debido a su inmadurez cognitiva. La letalidad objetiva conlleva el potencial real de que se produzca algún método de tipo autodestructivo. Sin embargo, a menudo el niño no comprende de la intensidad o la gravedad del método de suicidio y debido a ello, puede no darse cuenta del resultado de sus intenciones autodestructivas. El niño que considera un plan de suicidio de carácter letal puede ser considerado un caso de alto riesgo incluso aunque la letalidad objetiva sea baja. Hay diversos factores que son relevantes para determinar el grado de letalidad de un acto suicida; estos factores pueden ser las características demográficas y los factores psicosociales. Las

consideraciones de carácter evolutivo en la evaluación de la conducta suicida en el niño y el adolescente son esenciales para el diagnóstico. La evolución de la conducta suicida de inicio temprano incluye la aparición de episodios repetidos y la posibilidad de muerte, Pfeffer, (como se citó en Wiener y Dulcan, 2006).

Pese a la intencionalidad de provocar la muerte o un daño serio a sí mismo, es un elemento que define la conducta suicida, en el caso de los niños y adolescentes que presentan este tipo de conductas, resulta muy difícil de evaluar. “Esta dificultad tiene que ver con el desarrollo cognitivo respecto al concepto de muerte y a la irreversibilidad de este fenómeno, hecho que no se logra entender cabalmente hasta el comienzo de la pubertad”. Producto de esta dificultad existe una postura que plantea que el término intento de suicidio estaría mal empleado en niños, ya que en la mayoría de los casos estas conductas son utilizadas con propósitos no suicidas, no habría una intención calculada, “ni una determinación final y ni siquiera una ambivalencia entre vivir o morir, más bien lo que hay es un demostrativo llamado de ayuda, un signo de escape o un acto impulsivo” Montenegro y Guajardo (como se citó en Cruz y Roa, 2005) pese a esto, “los intentos de suicidio en niños, son potencialmente riesgosos, aunque en la mayoría de los casos la intención de morir es baja” De la Barra (como se citó en Cruz y Roa, 2005).

La discusión que se da en torno a la intencionalidad, es comprensible dentro del marco de diferencias que presenta la conducta suicida en las etapas de la niñez y adolescencia, en cuanto al desarrollo del concepto de muerte, Ajuriaguerra (como se citó en Cruz y Roa, 2005) describe el desarrollo de la noción de muerte en el niño, postulando que “dicha evolución se organiza en torno a dos puntos esenciales: cómo percibir la ausencia y cómo integrar la permanencia de la ausencia. Desde esta perspectiva la muerte se concibe como el fin definitivo

de la vida”. En este sentido, el niño primero debe desarrollar la noción de ser, para luego poder desarrollar el concepto de “no-ser”. De este modo, esta evolución se daría en 4 etapas:

Hasta los 2 años: “existe una incompreensión total y una indiferencia completa por el tema”. *De 2 a 6 años:* corresponde a una percepción mítica de la muerte. “llega a ser un concepto de interrupción y desaparición. La muerte es además provisional, temporal y reversible, siendo a la vez aceptadas y negadas sus consecuencias. Los dos estados de vida-muerte no son opuestos ni contradictorios, son estados diferentes, ni amenazantes ni contrarios y cada uno de ellos es reversible”. *De 6 a 9 años:* en esta etapa, van a producirse 3 cambios en el concepto de muerte. En primer lugar, “es el paso de una referencia individual a una referencia universal. Después el paso temporal y reversible a lo definitivo e irreversible. Por fin, se produce el cambio del significado moral ligado a la muerte. Una muerte considerada castigo o venganza pasa a ser un proceso natural, un elemento del ciclo biológico”. Desde los 9 años en adelante: que corresponde a una fase abstracta, “la de la angustia existencial que supone el acceso a la simbolización de la muerte y al conocimiento de este concepto, pero también el temor a la pérdida real y al final de su propio destino, se produce la introducción del pensamiento adulto sobre la muerte, sus corolarios filosóficos, metafísicos, religiosos, psicológicos y éticos”, Ajuriaguerra, (como se citó en Cruz y Roa, 2005). Es necesario considerar que el desarrollo del concepto de muerte no sólo depende de la edad, sino también del desarrollo emocional y cognitivo, así como de la experiencias personales y familiares relacionadas con la muerte, Almonte (como se citó en Cruz y Roa, 2005).

Por otra parte, León y Pérez (2010), han estudiado las hipótesis que los niños formulan respecto a la muerte. Generalmente, según estos autores, los niños empiezan a preguntarse sobre la muerte cuando ven algo muerto, como puede ser un animal. Estas preguntas son respondidas

por algún adulto u otros niños siendo éstas sus dos fuentes principales de información. Más tarde, también obtendrá datos del ambiente sociocultural en el que está inmerso. Estas ideas, también se ven alimentadas por experiencias de muerte cercana y por la observación del envejecimiento de los demás. Evolutivamente, se podría decir que los niños de 2 años desconocen el concepto de muerte como tal. Los niños pequeños se creen invulnerables e inmortales, por eso sienten tanto desconcierto y hacen tantas preguntas. Sin embargo, son capaces de percibir la ausencia de las personas que ya no están y eran significativas para ellos.

A los 3 años, cuando el habla ya está establecida, aparece la idea de muerte. Sin embargo, en este momento todavía los conceptos de tiempo, espacio, causa y constancia objeto están en plena construcción. Este momento coincide con el desarrollo de la función simbólica. A esta edad, los niños equiparan la muerte al dormir y la asocian con la posición de estar acostados y con los ojos cerrados. En este momento, la diferencia entre la vida y la muerte pasa por lo dinámico y lo estático. Así mismo, la muerte es entendida como una separación temporal, creen que “es por un ratito”, no siendo conscientes de su irreversibilidad. Entre los 6 y los 8 años, con la entrada en la fase de latencia, se comienza a superar el egocentrismo y el niño entra en una etapa de socialización y salida de lo exclusivamente familiar. Las virtudes sociales vienen de la mano de mecanismos de defensa como la formación reactiva. La culpabilidad se toma en solidaridad y comienzan a ponerse en el lugar del otro y desarrollar capacidades como la ayuda y la empatía. A esta edad, los chicos ya saben que la muerte es un hecho irreversible, pero no tienen el concepto de que es universal. Es por esto que muchos la tienden a personificar como si fuera un personaje maléfico que los puede atrapar. Esta es la primera aproximación a verla como un agente externo. Hacia los 8 o 9 años, se suele asociar a la muerte con las causas que la producen y ya la entienden como algo inevitable. También al estar más afianzado el pensamiento

y el principio de realidad, la muerte puede pensarse como generada por algo interno, puede entonces ser causada por una enfermedad y no necesariamente provocada por otro. Entre los 10 y 12 años, cuando se está más cerca del pensamiento abstracto, se logra un concepto de la muerte como algo irreversible, universal y final. Pero todavía se la ve como algo lejano. Se la comprende como un proceso biológico. Los contenidos escolares, contribuyen a esta comprensión. Recién al comienzo de la adolescencia, la muerte se concibe como algo que nos ocurrirá inevitablemente a todos. Muchas veces va acompañado de defensas como la negación y la renegación, pudiendo llevar a correr riesgos para comprobar su inmortalidad. También en la adolescencia este registro sobre la posibilidad de la propia muerte se puede encontrar en el interés y la crítica por los ritos, usos y costumbres sociales establecidas en torno al tema, manifestaciones de espiritualidad o incluso los paseos por los cementerios (León y Pérez, 2010).

Entre otros conceptos acerca de muerte, para Garza (como se citó en Hernández y Valdez, 2001), morir es un acontecimiento de la vida y pertenece a ella; puede ser interpretada como el final (acabamiento, la consumación, la plenitud), la ruptura (cambio), la transformación (realización definitiva). La muerte acontece a todos los seres del mundo, en todos los estratos, independientemente de la complejidad biológica, psicológica, cultural, filosófica, social y espiritual. La incertidumbre que existe con respecto a la muerte es considerada universal, pero ello implica una igualdad en la percepción individual o social con respecto a ella. Tanto hombres como mujeres utilizan en su definición sentimientos de tristeza, soledad, lágrimas y dolor, además de referirse a ella como descanso y un estado estático. En cuanto a las diferencias por sexo, se observa que los hombres mencionaron la pobreza, la enfermedad, el odio, la guerra, los vicios, la contaminación, en comparación con las mujeres quienes la definieron con palabras como final, trascender, pérdida, desesperanza, temor y paz (Hernández y Valdez, 2002).

Siguiendo este orden de ideas en relación al concepto de muerte, en un estudio realizado por Hernández y Valdez (2002), con un grupo de 60 jóvenes entre los 19 y 20 años acerca del significado de vida y muerte, se encontró que ambos sexos consideraron importante referirse a ésta, con base en la forma de disfrutar la vida y los afectos relacionados. En el caso de los hombres, la definieron con conceptos propios de la naturaleza, en comparación con las mujeres quienes se orientaron más hacia los aspectos de filiación. En ambos sexos las dimensiones comunes se refieren a aspectos de desarrollo personal, valores y creencias. Para los hombres, es relevante el aspecto biológico, mientras que para las mujeres lo fueron los problemas, lo familiar y lo que respecta a la duración de la vida.

La vida para estos jóvenes implica una forma de disfrutarla con base en los afectos; en una relación con la naturaleza en el caso de los hombres y de afiliación por parte de las mujeres. De esta manera, a pesar de la aparente objetividad que conlleva el término vida, por el simple hecho de vivir, se encontró que no sólo puede decirse que es la unión de dos células reproductoras Wohl, (como se citó en Hernández y Valdez, 2002), sino que incluye diversas y variadas dimensiones semánticas, como la naturaleza, las formas de disfrutarla, las creencias, los valores, el desarrollo personal, sus problemas y la familia, acercándose a la definición acerca de lo que es vida dada por Deslisle (como se citó en Hernández y Valdez, 2002).

Dada la búsqueda del concepto *vida* para los adolescentes, en un estudio realizado por Gómez y Sabeh, (2002) sobre calidad de vida, mencionan que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo

repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida. Se ha puesto el acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos, como pueden ser padres, maestros o cuidadores. En tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

Por otra parte, para Schalock (como se citó en Gómez y Sabeh, 2002), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad. En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad (como se citó en Gómez y Sabeh, 2002).

Después de haber conceptualizado y presentado generalidades sobre el suicidio, la vida y la muerte en la adolescencia, a continuación se mencionaran algunos conceptos principales relacionados con la detección de factores predisponentes implicados en el comportamiento

suicida durante la adolescencia, de igual manera, se relacionan aquellas variables que actúan como factores de protección de la conducta suicida.

La delimitación de los factores capaces de determinar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas, ha sido una de las líneas de investigación que ha alcanzado mayor relieve en el estudio del suicidio en adolescentes. Son muchos los trabajos que han ido aportando información sobre el papel de determinadas variables como factores de riesgo, entre ellos, la pérdida temprana de alguno de los padres, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia intrafamiliar, abuso de sustancias tóxicas, historia de suicidio familiar, presencia de trastornos del estado de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción en el mercado laboral unido a problemas económicos; según Quintanar (como se citó en Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004), el desencadenante más frecuente de tentativa de suicidio es el fracaso en la relación amorosa y algún padecimiento con sintomatología de trastorno mental. No obstante, pese al esfuerzo desarrollado, aún existe un importante desconocimiento sobre el peso específico que muchos de estos factores puedan tener por separado, respecto de las interacciones que pueden mantener entre sí como indicadores de vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas durante la adolescencia (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

Existen estudios que demuestran que la conducta suicida se relaciona con impulsividad (Téllez, 2006). El acto suicida con frecuencia se asocia con depresión y desesperanza pero requiere la presencia de factores capaces de reducir la inhibición que existe hacia la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación. La impulsividad es un factor que desinhibe el comportamiento y origina conductas de alto riesgo e incluso comportamientos suicidas. Por lo general, la impulsividad se le considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos

(tensión) o externos, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los otros y para sí mismo. La impulsividad es un constructo complejo y se refiere a una acción que se realiza sin planificación o sin reflexión sobre las consecuencias de la acción realizada. Se asocia con fallas en el nivel de conciencia que comprometen la habilidad para reflexionar e impedir los actos o en la inteligencia o el conocimiento para guiar el comportamiento.

La impulsividad incrementa el riesgo de suicidio cuando se asocia con depresión o abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. La relación entre comportamiento impulsivo e intento de suicidio presenta dos dimensiones: la impulsividad del acto y las características del individuo que lo comete. Se ha observado en diferentes estudios que la impulsividad se asocia con estresores intensos en la infancia, como rechazo, abandono o abuso sexual, que si bien no son la causa directa del aumento en la impulsividad sí contribuyen a desarrollar una expresión anormal de la impulsividad y de la conducta agresiva, que puede manifestarse en la edad adulta como conductas de autoagresión, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas o conformar un trastorno de personalidad de tipo antisocial o límite (como se citó en Téllez, 2006).

A continuación se enuncian algunas variables que han recibido mayor atención en los estudios sobre el tema, como la depresión, la desesperanza, problemas de tipo familiar, problemas académicos y otros factores que se encuentran relacionados con la conducta suicida.

Factores Precipitantes. Los principales factores precipitantes de la conducta suicida son conflictos interpersonales (discusión con los padres, ruptura amorosa, castigos) miedo al castigo y disputas entre los padres, Brent; Cohen. Sandler; Shaffer; Catalina, (como se citó en Mardomingo, 2004). No se observan diferencias en cuanto al factor precipitante entre intentos de suicidio y suicidios consumados, aunque en los suicidios consumados e intentos de mayor severidad se observa con menor frecuencia un factor desencadenante (Mardomingo, 2004).

Factores Genéticos. En los casos de suicidio se encuentran antecedentes familiares de conducta suicida, con mayor frecuencia que se atribuyen al azar. Este hecho podría explicarse a través de mecanismos psicológicos como, por ejemplo, el aprendizaje del suicidio como pauta de conducta o la identificación con el progenitor que comete el suicidio. Sin embargo Schulsinger, (como se citó en Mardomingo, 1994) han estudiado casos de niños adoptivos con antecedentes suicidas en su familia natural en los que el número de suicidios es mayor que el esperado. Los autores postulan la existencia de un factor genético asociado con un alto riesgo de conducta suicida independiente de la enfermedad psiquiátrica de base. Este factor podría ser una alteración de la función serotoninérgica cerebral de tal forma que una baja actividad serotoninérgica podría hacer al sujeto vulnerable al suicidio en determinadas circunstancias (Mardomingo, 1994).

Factores Neurobiológicos Relacionados con el Suicidio. Los estudios clínicos revelan que la impulsividad y el pesimismo están íntimamente ligados al comportamiento suicida, que los dos factores están presentes en individuos con trastornos de la personalidad o en abusadores de sustancias psicoactivas y pueden ser identificados en familiares de primer grado, lo cual sugiere la presencia de una vulnerabilidad neurobiológica. El comportamiento suicida se origina, según Blumenthal, (como se citó en Téllez y Forero, 2006) por la interacción y solapamiento de cinco clases de factores, a saber: biológico, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales e historia familiar y genética, interacción que podría explicar por qué los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos y de suicidios consumados. El estudio de los factores neurobiológicos de la conducta suicida fue iniciado por Asberg (1976) al correlacionar la disminución de las concentraciones de serotonina cerebral con las formas violentas de suicidio. Sus hallazgos abrieron un camino promisorio para entender el

comportamiento suicida, en una concepción más amplia y explorar la posibilidad de identificar marcadores biológicos que permitan reconocer en forma precoz las ideas suicidas, disminuir las tasas de suicidalidad y aminorar el impacto social y psicológico que el suicidio provoca en pacientes, familiares, médicos, allegados y en la comunidad (Téllez y Forero, 2006).

Dentro de los factores neurobiológicos, se han encontrado hallazgos los cuales consideran que durante la adolescencia suelen presentarse conductas de asunción de riesgo, que conllevan una excitación fisiológica placentera inmediata pero que se asocian a probables resultados indeseables, como la conducción temeraria, el consumo de sustancias, el comportamiento antisocial, el mantenimiento de relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos o los intentos suicidas Boyer (como se citó en Olivia, 2010). Esta situación se debe a que a nivel de desarrollo neurológico, algunas zonas del cerebro continúan desarrollándose durante la adolescencia, los primeros estudios llevados a cabo con cerebros postmortem indicaron que la corteza prefrontal experimentaba cambios importantes tras la pubertad, ya que existían significativas diferencias en esta zona entre los cerebros de niños, adolescentes y personas adultas Hutterlocher, (como se citó en Olivia, 2007).

La utilización de técnicas de resonancia magnética ha apoyado los resultados de los estudios postmortem, indicando un desarrollo o maduración tardía de algunas zonas cerebrales, especialmente la corteza prefrontal, que no culmina hasta la adultez temprana Giedd (como se citó en Olivia, 2007). La corteza prefrontal, en pleno desarrollo madurativo al comienzo de la adolescencia, es una de las estructuras cerebrales más frecuentemente vinculadas con las conductas de asunción de riesgo. Las funciones de la corteza prefrontal son bien conocidas: control de impulsos, toma de decisiones, planificación y anticipación del futuro, control atencional, capacidad para realizar varias tareas a la vez, organización temporal de la conducta,

sentido de la responsabilidad hacia sí mismo y los demás o la capacidad empática, Steinberg, (como se citó en Olivia, 2010).

El hecho de que esta zona cortical no haya completado aún su desarrollo en la adolescencia permite explicar los fallos observados en adolescentes en la planificación y formulación de estrategias, así como los errores de perseverancia, es decir, en la interrupción de la conducta una vez alcanzada la meta perseguida. Igualmente, otras limitaciones frecuentes en la adolescencia temprana como rigidez Comportamental o las dificultades para inhibir respuestas irrelevantes o inadecuadas también pueden ser entendidas atendiendo a la inmadurez de la corteza prefrontal, Klenberg, Korkman y Latí-Nuuttila; León Carrión, García Orza y Pérez Santamaría, (como se citó en Olivia, 2010).

Entre otros estudios, en *el Modelo Diátesis-Estrés*, los estudios epidemiológicos señalan que las mayores tasas de suicidio se encuentran en pacientes con un rico historial de impulsividad, agresividad, competitividad e inestabilidad. Mann (como se citó en Téllez y Forero, 2006) propone un modelo biopsicosocial para entender la conducta suicida al considerar que este comportamiento es el resultado de la interacción de los estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis) y no la respuesta lógica a factores estresantes extremos. Entre tanto Carballo, Akamnou, Oquendo (como se citó en Téllez y Forero, 2006) complementan y enriquecen el modelo al agregar los endofenotipos clínicos, neuroquímicos y neuroendocrinos que están relacionados en la expresión de la vulnerabilidad de la conducta suicida, generada a su vez, por factores genéticos o por antecedentes individuales como el abuso sexual o físico durante la infancia. Los endofenotipos clínicos comprenden dimensiones como impulsividad, neuroticismo o desesperanza; los neuroquímicos se refieren a los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina y dopamina) y los neuroendocrinos se relacionan

con la actividad del eje hipotálamo-hipófisis- adrenal (HPA). En este modelo la conducta suicida sería el resultado de la compleja interacción entre los marcadores clínicos como la impulsividad; el neuroticismo como el aumento en los niveles de norepinefrina y dopamina o la disminución en la actividad del sistema serotoninérgico. Esta interacción puede ser modificada por otros factores como alteraciones genéticas o neuroendocrinas. El modelo permite explicar el alto riesgo de suicidio observado en los individuos que han sido abusados en la infancia, en quienes este evento, como lo señalaron Hem y Nemeroff (como se citó Téllez y Forero, 2006) se produce una alteración del eje HPA, la cual al interactuar con los marcadores biológicos puede desencadenar el comportamiento suicida (Téllez y Forero, 2006).

Otros factores relacionados con el suicidio son los *Sociales*. Los factores socio-culturales pueden activar la conducta suicida en cualquier momento de la vida de una persona sin importar la edad. En el adulto, los problemas conyugales, amorosos, económicos, laborales, académicos, emocionales, pueden desencadenar desde ideaciones hasta conductas suicidas. En el niño y en el adolescente, la crianza de los padres, el entorno escolar, familiar y político donde viven, los modelos de aprendizaje tanto familiares como entre pares, pueden generar presión y deseo de no vivir más, Watson y Lindgen (como se citó en Valenzuela, 2008). Un ejemplo de la influencia del componente social sobre el comportamiento agresivo en niños, es aportado por estos autores, quienes encontraron que el aprendizaje social de modelos fantasiosos o culturales como la televisión, son más influyentes que las pautas de crianza no aversivas encontradas en las familias. El mismo fenómeno se halló en un estudio realizado en adolescentes con anorexia en quienes se observó que las órdenes sociales (presión, exigencia, perfección) refuerzan positivamente a la persona, haciéndole creer que su conducta está adaptada al medio. En consecuencia, los comportamientos que son el resultado de dichas órdenes, se situarían como

síndromes parcialmente determinados por factores psicosociales distintivos de las culturas en las que aparecen, Vandereykeny Hoek, (como se citó en Valenzuela, 2008).

A continuación se mencionaran algunos factores de protección que en el momento de presentarse una conducta suicida pueden resultar favorables como mecanismo de contención en el adolescente.

Determinadas variables actúan como factores de protección respecto al suicidio y pueden adquirir un valor especial en relación con la conducta suicida en adolescentes. Unos de los factores sobre los que se ha desarrollado mayor volumen de trabajos es el apoyo social, apareciendo como una variable capaz de amortiguar los efectos negativos del estrés, facilitando de esta manera la adaptación a situaciones difíciles cuando no el cambio de las mismas. Igualmente, la disposición de habilidades, el conocimiento y el dominio de estrategias para el afrontamiento de hechos o acontecimientos potencialmente estresantes constituyen una variable que puede resultar crítica en el manejo exitoso de fuentes de estrés. En este sentido, los déficits en habilidades para la resolución de problemas, o en las expectativas de autoeficacia, pueden suponer un hándicap de especial importancia en el caso del adolescente, dada la relevancia que confiere a las situaciones sociales y a los problemas derivados de las mismas. Precisamente, será la relación con los iguales, el lugar privilegiado para la adquisición y mantenimiento de un sentimiento de respeto personal, sustentando así niveles adecuados de autoestima como otra variable que va a desempeñar un papel de protección especialmente relevante durante la adolescencia (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004).

Con el fin de enmarcar las edades de los adolescentes que hicieron parte de este proceso de investigación, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende

que los adolescentes son personas entre los 12 y 18 años de edad de acuerdo con la Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia en Colombia.

En este orden de ideas, se expone a continuación la conceptualización de adolescencia desde diferentes directrices y campos teóricos para una mejor comprensión y canalización del concepto.

Hall, (como se citó en Saavedra, 2004), fue uno de los primeros psicólogos que utilizó métodos científicos para su investigación. Inspirado en la teoría evolucionista de Darwin elaboró la teoría psicológica de la recapitulación, que sostiene como principio que la historia de todos los hechos de la humanidad se ha integrado al sistema genético de cada hombre. Por lo tanto, la ley de recapitulación dice que el desarrollo de cada organismo humano se realiza en etapas similares a los periodos históricos, es decir que un ser humano comienza su vida a partir de un comportamiento primitivo y salvaje y va transformándose hasta llegar a una forma de vida más civilizada en su madurez. La idea de Hall propiciaba la práctica de la tolerancia de las conductas inaceptables por parte de padres y educadores ya que las consideraba como estas etapas necesarias del desarrollo, asegurando a la vez que dichos comportamientos intolerables desaparecían espontáneamente en la etapa siguiente.

Las etapas evolutivas que propone Hall son: infancia, niñez, juventud y adolescencia. Esta última etapa es comprendida entre los doce o trece años, hasta la adultez. Además corresponde a una época en que la humanidad se encontraba en un estado de transición turbulenta.

Para Hall (como se citó en Saavedra, 2004) la adolescencia como todas las edades, representa posibilidades de evolución y de transformación que son difíciles de describir, porque está ligada a una diversidad de influencias que impiden sustentar indicadores que la perfilen. Sin

embargo, algunos rasgos son evidentes, como la creciente autonomía en el plano de las estructuras cognitivas, que permite pensar de manera distinta la realidad en que se está inserto; el distanciamiento de las identificaciones parentales que en el plano afectivo propician nuevas relaciones con otros objetos y el descubrimiento de la autonomía económica que propicia la inserción global. Es una etapa de pureza y de tentación en que el adolescente desea la soledad pero al mismo tiempo necesita integrar grupos y tener amistades, que suelen tener gran influencia sobre él. Puede ser dulce a veces y muy cruel, apático y entusiasta en algunas ocasiones. El adolescente desea encontrar ídolos pero rechaza la autoridad. En el final de la adolescencia se recapitula el comienzo de la civilización moderna, y allí termina el proceso evolutivo, llegando a la madurez.

A partir de la investigación realizada por Risueño y Motta (2007), se encontraron diversas definiciones sobre adolescencia, entre ellas se encuentra la Organización Mundial de la Salud quien define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica. En una declaración conjunta, realizada por la OMS (1998), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), se declaró que el término "adolescencia" se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años. Si bien existe, entonces, una definición aceptada de este periodo, el término adolescencia suele emplearse para denominar la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta.

El grupo de población con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años es definido como juventud, con un criterio eminentemente psicosocial y de inserción en la comunidad de pertenencia. La tendencia actual es considerarlo conjuntamente con el grupo de adolescencia,

dado que el proceso de finalización de ésta guarda marcadas diferencias socio-culturales según las regiones, pero sus necesidades para el desarrollo son básicamente las mismas. Sin embargo, considerar la adolescencia sólo como etapa preparatoria para la adultez constituye una visión reduccionista, que obstaculiza el respeto por sus derechos como actores sociales, incrementando la dependencia infantil y aumentando la brecha entre menores y adultos, Krauskopf, (como se citó en Risueño y Motta, 2007). De esta forma aparecen representaciones sociales polarizadas que tienden a la idealización o demonización de la etapa adolescente. A partir de ello se tiende a sobrevalorar esta etapa de la vida como modelo corporal, ideal de potencia y capacidad vital o, por el contrario, a patologizarla, Nirenberg, (como se citó en Risueño y Motta, 2007).

La adolescencia es una categoría resultante de una construcción social que es aceptada tácitamente y a partir de la cual los actores actúan en función de los roles que a través de la misma se le asignan. Por este motivo, y a los efectos del trabajo que se prevé luego de la presente investigación, se puede referir a “la adolescencia” más que considerando a “cada adolescente” en su espacio, tiempo e historia vivencial. En general, en todas las culturas tradicionales se encuentra algún tipo de rito iniciático que marca la salida de la niñez, Gruber, SA, Yurgelun-Todd; Nirenberg; Triskier (como se citó en Risueño y Motta, 2007). En estas sociedades el período entre la infancia y la adultez no supera los dos años en la mujer y los cuatro para los varones, Schlegel, Barry, (como se citó en Risueño y Motta, 2007). Por otro lado, en las sociedades occidentales contemporáneas, la pubertad se ha adelantado, en el caso de las mujeres, al menos dos años en los últimos cien años, Gaete, Corner, Triskier, (como se citó en Risueño y Motta, 2007). Paralelamente, se ha prolongado el período de aparición de aquellos eventos que marcarían lo que la OMS señala como independencia socioeconómica (casamiento, elección vocacional, etc.) y que posibilitarían que el adolescente ingrese a la adultez. Esta prolongación

ofrece la posibilidad de que el joven desarrolle mayores recursos para afrontar los desafíos de la vida adulta. Sin embargo, esta repetición de conductas adolescentes los cierra en un círculo que aletarga la toma de decisiones que marca la salida de la misma (Risueño y Motta, 2007).

Además de las diferencias en las diversas culturas existen tres aspectos generales de la adolescencia que hay que considerar para poder comprender los cambios que sufre la personalidad de los jóvenes en esta etapa. Estos aspectos son: físicos, psíquicos y sociocognitivos. Si bien, son aspectos que para su estudio debemos diferenciarlos, en la realidad se presentan simultáneamente, influyéndose unos a otros. El desarrollo del adolescente se caracteriza por los cambios que se relacionan con los procesos que conducen a la construcción de la conciencia de sí mismo a partir del desarrollo de la identidad del yo corporal, del yo psíquico y del yo social, Mas Colombo (como se citó en Risueño y Motta, 2007). Generalmente se distinguen dos etapas: a) la pubertad, que se caracteriza por los cambios fisiológicos que se operan en el joven, Steinberg, (citado en Figgs, 2001) y su impacto psicológico y b) la adolescencia propiamente dicha, en donde cobran mayor relevancia los aspectos ligados a los cambios psicosociales. Las consecuencias psíquicas de los cambios fisiológicos se relacionan con la conciencia e interés creciente por las cuestiones relacionadas con el cuerpo. Por este motivo, esta es una etapa de enorme importancia a los efectos de implementar intervenciones tendientes a la promoción de conductas saludables que partan del conocimiento del propio cuerpo, que posibilite la construcción de un proyecto con sentido existencial e ideales sociales, Mas Colombo, Risueño, Motta, (como se citó en Risueño y Motta, 2007).

Entre otras construcciones acerca de la adolescencia, se encuentra las de García y Martí (2005), quienes afirman que el paso de la niñez a la edad adulta supone un cambio fundamental en la manera de pensar. Las nuevas capacidades cognitivas que van adquiriendo los adolescentes

en esta etapa les permiten tener una nueva visión, más amplia, más abstracta y más consciente sobre el mundo y sobre ellos mismos. Esto les abre nuevos intereses (sociales, ideológicos, políticos) y a la vez les permite reflexionar de forma mucho más profunda sobre sí mismos.

Durante la adolescencia, los jóvenes van siendo capaces de resolver mucho más eficientemente que durante la infancia una serie de problemas (ya sean de orden práctico o teórico) lo que les permite afrontar, de forma satisfactoria, retos que años antes eran incapaces de abordar.

Por otra parte, existen cinco características diferenciales del pensamiento del adolescente Keating (como se citó en Martí y García, 2005). La primera de ellas es la capacidad que tienen para pensar sobre el mundo de lo posible en lugar de limitarse al mundo de lo real. Los adolescentes pueden pensar en alternativas no presentes en su entorno perceptible y esto, naturalmente, les abre de forma casi ilimitada de su pensamiento. En segundo lugar, pueden pensar sobre los hechos con antelación; tienen capacidad de planificar de antemano lo que pueden hacer, contrastándolo con lo que debería hacer, pudiendo analizar, en cada caso, las consecuencias de sus decisiones. En tercer lugar, pueden generar hipótesis y contrastarlas y actuar acorde con los resultados o cambiando de opinión. En cuarto lugar, se afianza la capacidad de pensar sobre el pensamiento analizando su eficacia y su validez (pensamiento metacognitivo), además, reflexionan sobre los puntos de vista de los demás en relación al propio. Finalmente la quinta característica consiste en la capacidad de los adolescentes para replantearse aspectos ideológicos de la vida social; en este sentido, son capaces de detectar y juzgar las incoherencias entre los ideales que propugna la sociedad y las conductas particulares de las personas pudiendo llegar a ser extremadamente críticos en sus juicios (Martí y García, 2005).

A partir del cambio en el contenido del pensamiento de los adolescentes, hacen uso de sus incipientes habilidades cognoscitivas en actividades intelectuales y éticas que se concentran en su persona, su familia y el mundo. Hay una expansión de la capacidad y estilo de pensamiento que aumentan la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones que enriquecen y complican su vida. Gracias a estas destrezas cognoscitivas, el contenido de sus pensamientos amplía su alcance y su complejidad. Les fascina experimentar con los cultos o con los estados alterados de conciencia alcanzados por cualquier medio, desde la meditación hasta las drogas. El pensamiento abstracto influye no sólo en esas actividades y el estudio de las ciencias y de las matemáticas, sino también en la forma en que analizan el mundo social (Grace y Baucum, 2001).

El adolescente sigue un continuo desarrollo que implica la expansión de otros espacios como la búsqueda de identidad, que de acuerdo con Shaffer y Kipp (2007) y Erikson (1963), el principal problema evolutivo que se enfrenta en la adolescencia consiste en crearse una identidad: el sentido firme o coherente de quién es uno, hacia donde se dirige y su lugar en la sociedad. Para ello hay que tomar decisiones importantes: ¿qué tipo de carrera quiero?, ¿cuáles valores religiosos, morales y políticos debería adoptar?, ¿quién soy como hombre o mujer? Son demasiadas cosas las que un adolescente ha de tener presentes. Lo que designa Erikson como *crisis de identidad* para captar el sentido de confusión e inclusive de ansiedad que el adolescente sentirá al reflexionar sobre su individualidad y tratar de decidir “¿En qué clase de yo puedo o debería convertirme? (Shaffer y Kipp, 2007).

Entre otros aspectos relacionados con la identidad, se encuentra los objetivos que los adolescentes se trazan para su realización personal. Para ello, Fierro, 2005, encontró que un

elemento vertebrador de la identidad personal es el Autoconcepto o mejor, el autoconocimiento, que inevitablemente conlleva connotaciones valorativas: de autoestima. El Autoconcepto y autoestima suele atribuirse un papel determinante en aspectos de la vida del adolescente, incluido el rendimiento académico, lo que puede ir llevando al adolescente a ir construyendo su identidad personal. El adolescente tiene gran reconocimiento por parte de otros, necesita ver reconocida y aceptada su identidad por las personas “adultos o compañeros” que son significativas para él. Sin tal reconocimiento y aceptación no podría alcanzar un buen concepto de sí mismo, una positiva autoestima. El desarrollo de la identidad personal se vincula de manera estrecha con la propia historia pasada. Es en la adolescencia cuando el ser humano comienza propiamente a tener historia, es decir, a trazarla para su propio uso personal en forma de memoria biográfica, de interpretación de las pasadas experiencias y aprovechamiento de ellas para encarar los desafíos del presente y las perspectivas del futuro.

El acto de optar por algo deriva y resulta de un previo proceso de decisión en el que intervienen elementos de distinta naturaleza: cognitivos, afectivos, valorativos, de motivación. Las decisiones más importantes y significativas, las opciones verdaderamente decisivas, tal como empiezan a presentarse en la adolescencia, son aquellas que le comprometen al propio sujeto; son también las más difíciles, porque, por lo general, hay que decidirse en medio de la incertidumbre. Entre las decisiones a las que los adolescentes se enfrentan está la de elegir una carrera, un lugar social, un camino en la vida, un rol relacionado con el tipo de profesión o de trabajo, algo que definirá mucho su papel en la sociedad. En muchos casos es también el momento de elegir una pareja sentimental, no quizá para toda la vida, pero sí al menos para la etapa juvenil. Hay otras decisiones de estilo de vida, de adhesiones a valores, que a menudo se adoptan en la adolescencia sin mucha reflexión, casi sin conciencia de ello. Con la adolescencia

se empieza a tener conocimiento de cómo es uno mismo, a integrar los intereses, capacidades y valores propios, no solo en planes de acción a corto plazo, sino en un proyecto de vida de más largo alcance (Fierro, 2005).

En este orden de ideas, se encuentra Garrido (2011), quien hace referencia a “lo que piensan los adolescentes”, menciona que en una encuesta realizada en España por LacostePink a 1200 adolescentes entre 13 y 18 años, sobre que les preocupa y les mueve en la vida, se descubrió que los jóvenes de hoy son realistas, luchadores y aman a su familia por encima de todo, a pesar de la lucha generacional que se plantea. Por otra parte, hace referencia acerca del libro “lo que piensan las adolescentes” escrito por Esmeralda Berbel y con base en la información descrita en el libro y en la encuesta, elabora un top cinco de los aspectos que más interesan y preocupan a los adolescentes del siglo XXI, entre estos se encuentran: La Familia, en segundo lugar los Amigos, en tercer lugar el Estudio, en cuarto lugar la falta de creencia en el sistema político y en quinto el sexo.

En tanto que los argumentos descritos soportan teóricamente las competencias cognitivas, biológicas y sociales de los adolescentes, se evidencia que se puede contar con las creencias que surjan a partir del instrumento aplicado (encuesta) ya que está respaldado teóricamente y la población escogida es competente para esta clase de estudios.

A continuación se mencionaran algunos estudios sobre suicidio realizados con población adolescente Colombiana.

En Colombia, de acuerdo con un estudio de la liga Colombiana contra el Suicidio, seis de cada diez jóvenes ha pensado quitarse la vida. En el 2009, 598 menores de 24 años se suicidaron en el país. Esta cifra ha venido en aumento desde el 2007. En un estudio realizado por la fundación Merani entre 10.000 de 11 a 18 años, y de ocho ciudades del país, el 65 por ciento

afirmó no tener un buen amigo. Y el 45 por ciento de los que dijeron tener relación de pareja, la definieron como “insatisfactoria y aburrida”. “Esta soledad los está conduciendo a la depresión. Y soledad más depresión (normalmente no diagnosticada) es igual a alto riesgo de suicidio”, señala el psicólogo y director de la fundación, Miguel de Zubiría, (2010). Los jóvenes están solos así hablen con centenares de amigos por Internet y anden en parche como si no fuera posible vivir de una manera distinta. Aunque estén con los amigos, no encuentran una forma más fácil de comunicarse que de forma virtual. Y si no hay vínculos, ¿cómo construir estrategias sanas para enfrentar los problemas?”, dice el médico Javier Augusto Rojas, director nacional de psiquiatría de Medicina Legal (como se citó en Rodríguez, Ortiz, 2011).

De Zubiría (2010) lo define como un mal de la época: “Una generación completa de incompetentes afectivos”. Ocurre, en gran parte, porque la crianza cambió. En lugar de contar con una extensa red de profesores, abuelos, tíos, primos, hermanos, vecinos, en la cual se aprendía a relacionarse con el otro, viven bajo un esquema familiar caracterizado por la ausencia y bajo la presión de la entrega de resultados y del éxito. Y cuando algo sale mal, no se está preparado para enfrentarse a un fracaso no se les ofrecen herramientas para superar la frustración. Habría que enfocarse menos en que aprendan trigonometría y más en que sepan cómo manejar el perder y el equivocarse, dice la psicóloga Margarita Hoyos, especialista en muerte y duelos. Razón por la cual, cuando pierden alguna materia o los deja su pareja o no encuentran trabajo después de graduados, terminan por pensar que el camino es el suicidio. Sólo un 5 por ciento de los suicidios son actos intempestivos. Los demás son calculados y preparados con detalle, según Rojas, quien explica que el 80 por ciento de los jóvenes que han cometido suicidio lo han avisado. “a sus padres, pares o maestro. Además, el intento de suicidio es el mejor predictor de que puede suceder” (Rodríguez y Ortiz, 2011).

En el 2010 se realizó un estudio donde se descubrió que cada dos días se suicida un menor de edad en Colombia. La soledad, el consumo de drogas y los fracasos escolares y emocionales los lleva a terminar con sus vidas. “Nuestros niños son muy infelices. Tienen todo lo que no necesitan (lujos, comodidades), pero les falta el amor y la compañía de los papás” advierte De Zubiría al citar al suicidio infantil y adolescente como un problema creciente en el país, debido en parte, a la desintegración de las familias. Se refiere a aquellos hogares donde ambos padres trabajan, o donde la madre es soltera o separada, y el niño permanece mucho tiempo solo, sin compañía y afecto y sin supervisión.

“Internet y la televisión están reemplazando a los papás modernos”, plantea Zubiría al citar un estudio estadounidense que estableció que los padres de adolescentes sólo hablan con ellos media hora a la semana. Las cifras son una muestra de la gravedad del problema. En el 2009, Medicina Legal registró 193 casos de suicidios, entre los 10 y los 17 años. En ese año se registraron 1.845 suicidios en el país, de los cuales dicha franja representa el 10 por ciento. Entre el 2005 y el 2009, 929 menores de edad se quitaron la vida, sobre todo los varones. Según Medicina Legal, los motivos que los condujeron a esa determinación son, en su orden, conflictos de pareja o desamor, problemas económicos o escolares y la muerte o suicidio de un familiar o un amigo. En Colombia la ideación suicida, comienza a los 9 años. Así lo reveló el Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente Colombiano, primero en su especie en Colombia. La infelicidad es el factor predominante para que un menor de edad decida terminar con su vida. Según Aja, Director científico de la corporación Buscando Ánimo, un niño o joven infeliz es muy susceptible ante una situación de adversidad. Por otra parte, la sobreprotección y el trato descuidado o negligente, el maltrato emocional o la sobrecarga de responsabilidades para sus cortas edades son motivos (Mojica, 2010).

En otro estudio realizado en el 2010 acerca de los factores de riesgo asociados al suicidio en niños y adolescentes, se desarrolló una revisión ampliada acerca del tema del suicidio en la literatura. Se realizó una búsqueda en las bases de datos del Ministerio de la Protección Social, OMS, OPS, Medline y LILACS. Se encontraron 146 artículos de los cuales se seleccionaron 93 por pertinencia e importancia del estudio en suicidio asociado a grupos de niños y adolescentes.

Los resultados demostraron que los factores que predisponen al suicidio consumado son muchos, e incluyen trastornos psiquiátricos preexistentes y factores facilitadores biológicos y psicosociales. Parámetros desarrollados por David Shaffer, Md y Cynthia R. Pfeirrer MD (como se citó en Cabra, Infante, Sosa, 2010), muestran una abrumadora proporción de adolescentes que cometieron asociado al momento de su muerte. Eventos estresantes a menudo preceden a los suicidios adolescentes, incluyendo la pérdida de una relación romántica, problemas de disciplina en la escuela, problemas con la ley o dificultades académicas o familiares. El abuso de sustancias y/o de alcohol incrementa significativamente el riesgo de suicidio por encima de los 16 años. La patología familiar y la historia familiar de comportamiento suicida también pueden incrementar el riesgo. Luego de la revisión del tema se llega a las siguientes conclusiones: el comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial que incluye factores causales biológicos, psicológicos y sociales; por lo cual, es primordial conocerlos y también conocer de qué manera se puede llegar a intervenir. El grupo de edad más afectado en general dentro de la población infantil oscila entre los 10 a 13 años, que podría ser explicado por los cambios profundos que se presentan a esta edad con motivo del inicio de la pubertad (como se citó en Cabra, Infante, Sosa 2010).

A partir de un estudio realizado por la Médica Especialista Alba, (2009) sobre la salud de la adolescencia, encontró que en Colombia, el 19,6% de la población está constituida por adolescentes, grupo de edad que corresponde al segundo en magnitud después de los adultos

jóvenes. Además, según datos estadísticas del Instituto Nacional de Medicina Legal, de los suicidios reportados entre los 14 y 17 años, las niñas representan el 19% y los niños el 11%. Los trastornos mentales y eventos conflictivos con los padres, cambio del contexto social y sensación de invulnerabilidad, podrían considerarse factores de riesgo para que esta condición se incremente en el futuro (Alba, 2009).

Un estudio realizado en el 2005 acerca de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes, se llevó a cabo un muestreo multietápico, estratificado, con 197 estudiantes (como representantes de la población universitaria). Los datos de las mediciones se obtuvieron mediante entrevistas psiquiátricas, en las que se evaluaron la presencia de conductas suicidas, así como factores de riesgo, incluida la imitación. El pertenecer a grupos sociales (especialmente deportivos), tener diagnóstico psiquiátrico del espectro depresivo, tener acceso a métodos letales e historia de abuso físico en la infancia se asoció con riesgo de imitación. Los adolescentes con aislamiento social, trastorno de ansiedad y uso de sustancias psicoactivas tienen riesgo de imitación si el suicidio lo comete un amigo. Este estudio sugiere que la imitación desempeña un papel importante como factor de riesgo en algunos grupos de adolescentes, principalmente cuando hay coexistencia de trastornos psiquiátricos.

Es preocupante que en la medida en que ha avanzado la tecnología en sistemas de comunicación, con la posibilidad de acceder fácilmente a grandes cantidades de información, los adolescentes se vean bombardeados por noticias tanto de ámbito social como del espectáculo. Ellos están pendientes de sus personajes favoritos (cantantes, actores, escritores, etc.) y así como pueden imitar su forma de vestir, tienden a imitar sus comportamientos y a elegir a uno u otro como ejemplo de vida, por ello es lógico pensar que si se presentan conductas suicidas en estos

personajes, exista un alto riesgo de imitación entre sus seguidores (Sánchez, Guzmán, Cáceres, 2005).

Para llevar a cabo el presente estudio, se hizo uso del ejercicio ético, que como profesionales del área de psicología, se tomó de guía el código de ética Profesional con el fin de argumentar lo planteado en la investigación. Además, cabe mencionar que este ejercicio investigativo actúa dentro de una sociedad que posee normas éticas explícitas e implícitas, hacia las cuales muestra respeto, aprecio, y reconoce que cualquier violación de la moral y normas existentes en la comunidad puede involucrar a consultantes, colegas, estudiantes y/o al público en general (capítulo 1, fundamentos 1.1); por lo tanto, el presente estudio se acoge al objetivo ético, el cual hace referencia a la protección, el bienestar del individuo y de los grupos con los cuales se trabaja, en esta oportunidad los estudiantes de las tres ciudades Colombianas. Además, se tiene conocimiento que es responsabilidad de cada psicólogo el logro de los estándares de conducta profesional más altos.

Por otra parte y atendiendo a las exigencias de logro calificado, el presente trabajo cuenta con un alto nivel de competencia profesional, haciendo uso de procedimientos con suficiente validez y confiabilidad y que se encuentran justificados con bases científicas, además el equipo de trabajo se compromete a respetar y adherirse a los principios establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que buscan que la actividad profesional se caracterice por la responsabilidad, la competencia, la integridad y la imparcialidad (Ley 1090, Código de Ética Profesional).

En señal del principio ético para el manejo de casos u estudios, también se cuenta con un soporte legal, para contextualizar y ubicar el proceso investigativo.

Centralizando la investigación de las creencias sobre conducta suicida, vida y muerte en un marco legal, el Código Penal Colombiano no penaliza el intento de suicidio, pero sí la inducción o ayuda al suicidio (Ley 599/2000, Artículo 107). Este artículo se compone de dos

incisos, el primero hace referencia al castigo en el cual incurrirá una persona que induzca a otra al suicidio o que preste una ayuda efectiva para su realización, la pena en este caso será prisión entre dos y seis años. El segundo aminora la pena siempre que la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intenso sufrimiento, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, en cuyo caso prevé una pena de uno a dos años.

Nótese como en el artículo 107 se establecen los términos “inducir” y “ayudar”. El primero, según el Instituto Colombiano de Derecho Procesal, es el proceso de persuasión eficaz e idóneo, tendiente a formar en el sujeto pasivo la idea de suicidarse, en el que la decisión del suicidio la toma la víctima, pero determinada por un proceso de persuasión y reflexión del sujeto activo con miras a vencer la voluntad de la víctima que se resiste a morir. En cuanto a la “ayuda”, plantea que ésta se traduce en la prestación de los medios materiales, contribución o auxilio para ejecutar la acción suicida, que ya ha sido concebida y resuelta en la mente del sujeto pasivo.

Con base en el valor trascendente dado por la Corte a la autonomía humana, plantea que el Estado no puede oponerse a la decisión del sujeto que solicita que le ayuden a morir cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables con su idea de dignidad. Pero añade que no por ello se debe dejar de castigar a quien preste este tipo de colaboración.

En cuanto a la tentativa suicida, según plantea la Corte Constitucional en sentencias C 239 del 20 de mayo de 1997 y C 221 del 5 de mayo de 1994, ésta no puede ser objeto de represión penal en un Estado que conciba a la persona «como sujeto moral capaz de asumir en forma responsable y autónoma las decisiones sobre los asuntos que en primer término le incumben. Dicho concepto de autonomía implica dejar que sea la propia persona quien dé sentido a su propia vida.

Lo anterior no quiere decir que el Estado se desentiende del tema. Un claro ejemplo de protección de la vida del suicida potencial se planteó en 1996, cuando la Corte Constitucional en sentencia T 474 de septiembre 25 ordenó brindar a un menor, aun contra su propia decisión, el tratamiento que requería para preservar su vida. El argumento que sustenta esta posición es que el Estado, aun con medios coercitivos, debe proteger a las personas de sí mismas cuando padecen de incapacidad psíquica, inmadurez o carecen de plena autonomía, esto es, enfermos mentales y menores.

En función de lo expuesto, y de la invulnerabilidad percibida por parte del adolescente frente a los riesgos que a diario está sometido en el contexto donde se encuentra inmerso, se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las creencias sobre la conducta suicida, la vida y la muerte de un grupo de estudiantes adolescentes entre 14 y 17 años, de las ciudades de Ibagué (Tolima), Baraya (Huila) y San José del Guaviare (Guaviare) y que diferencias se presentan en estas creencias a la luz de algunas variables sociodemográficas?

Objetivos

Objetivo General

Conocer las creencias de un grupo de estudiantes adolescentes entre 14 y 17 años, de las ciudades de Ibagué (Tolima), Baraya (Huila) y San José del Guaviare (Guaviare), sobre la conducta suicida, la vida y la muerte y comparar estas creencias a la luz de las variables sociodemográficas

Objetivos Específicos.

Elaborar y establecer el análisis psicométrico de un instrumento que permita conocer las creencias de un grupo de adolescentes.

Conocer las creencias sobre la conducta suicida, la vida y la muerte que tienen un grupo de adolescentes entre 14 y 17 años de edad, de tres poblaciones colombianas.

Establecer comparaciones por sexo, edad, estrato, zona rural-urbana y ciudad o municipio, entre las creencias de los adolescentes participantes.

Método

Tipo de Estudio

El presente estudio es descriptivo comparativo, el cual hace referencia a la medición y recolección de información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables; así mismo, busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Este tipo de estudio busca establecer similitudes y diferencias entre grupos (Coolican, 2005).

Participantes

La muestra estuvo constituida por 122 hombres y mujeres adolescentes, el 57% correspondían de sexo femenino, el porcentaje restante al sexo masculino. La edad promedio fue de 15 años y la desviación estándar de un año. Los participantes eran del municipio de Baraya (Huila) y de las ciudades de Ibagué y San José del Guaviare, pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3; quienes se encontraban cursando los grados séptimo, octavo, noveno, décimo y undécimo.

Se realizó un muestreo no probabilístico de sujetos tipo, utilizado en estudios que buscan el análisis de actitudes y conductas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Instrumento

Para recoger la información, en un estudio preliminar (Beltrán, Mora, Rojas, Rubiano y Ruiz, 2010), se diseñó una encuesta conformada por 9 preguntas abiertas con categorías que indagaban acerca de las creencias sobre la vida, la muerte, el suicidio, sus causas y mecanismos para llevarlo a cabo. Este instrumento se aplicó a 30 adolescentes entre 14 y 17 años. A partir de las respuestas dadas se elaboró la encuesta con 9 preguntas, dos abiertas y 7 cerradas, las cuales incluían las opciones de respuestas dadas por los estudiantes. La encuesta se sometió a validación de contenido por un grupo de 9 expertos quienes analizaron la suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de cada uno de los ítems. Luego de realizar los ajustes sugeridos por los jueces se realizó un pilotaje, aplicando la prueba a un grupo de 30 adolescentes. Finalmente se estructuró el instrumento teniendo en cuenta los resultados encontrados. La confiabilidad se determinó a través del alfa de Cronbach, el cual arrojó un valor de 0,86.

Procedimiento

Esta investigación pretende hacer un recorrido por las diferentes temáticas relevantes que rodean al suicidio en adolescentes. En primera medida, se mencionara acerca de la conceptualización de creencias y suicidio por diversos autores y organizaciones encargadas de la salud, su historia y de donde proviene la palabra suicidio. En segunda medida, se señalará definiciones necesarias de suicidio como lo son sus fases, el suicidio en la adolescencia, la construcción de vida y muerte para los adolescentes, los factores de riesgo y factores protectores. En tercera medida, la conceptualización teórica de adolescencia, su desarrollo cognitivo y social y por último, estudios acerca de suicidio en Colombia en la población adolescente y su soporte ético y legal.

El estudio se realizó en 7 fases a saber: elaboración del marco de referencia, diseño del instrumento, validación por jueces, pilotaje, ajustes del instrumento, aplicación final y análisis de resultados.

Para la aplicación final del instrumento, se contactó los rectores de las instituciones educativas, con quienes se socializó el propósito del ejercicio investigativo. Se contó con su autorización en la participación de los estudiantes en la investigación. A partir del aval de los rectores, se informó a los adolescentes el objetivo del estudio, quienes estuvieron dispuestos a participar, llevaron las cartas a sus padres de familia en las cuales se solicitaba el consentimiento informado.

RESULTADOS

Para dar respuesta a la pregunta planteada, inicialmente se realizó el análisis descriptivo de cada una de las variables. Teniendo en cuenta el nivel de medición de las mismas se realizaron todas las asociaciones entre variables. Se presentan en tablas las comparaciones por edad, sexo, estrato socioeconómico, ciudad y municipio.

Análisis Descriptivo

La tabla 1 muestra la distribución de frecuencias de la variable grado. El mayor porcentaje de participantes que corresponde al 28%, son estudiantes de grado octavo, los estudiantes de grado séptimo sólo representan el 6,6%.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la variable grado

Grado	Frecuencia	Porcentaje
7	8	6,6
8	34	27,9
9	28	23,0
10	20	16,4
11	32	26,2
Total	122	100

En la tabla 2 los participantes pertenecían a los estratos 1, 2 y 3; el mayor porcentaje de participantes que corresponde al 50%, son del estrato socioeconómico 2.

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la variable estrato

Estrato	Frecuencia	Porcentaje
1	50	41,0
2	61	50,0
3	11	9,0
Total	122	100,0

El 56% de los estudiantes eran de sexo femenino, el porcentaje restante eran de sexo masculino.

Tabla 3. Distribución de frecuencias de la variable Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	53	43,4
Femenino	69	56,6
Total	122	100,0

Las tres ciudades tuvieron una representación porcentual equitativa.

Tabla 4. Distribución de frecuencias de la variable Ciudad

Ciudad	Frecuencia	Porcentaje
Ibagué	39	32,0
San José del Guaviare	40	32,8
Baraya	43	35,2
Total	122	100,0

Las edades de los participantes oscilaron entre 14 y 17 años. La media, la mediana y la moda coincidieron en la edad de 15 años.

Tabla 5. Descriptivo de la variable edad

Descriptivo	Valor
Media	15.27
Mediana	15.00
Moda	15
Desv. Típ.	979
Mínimo	14
Máximo	17

Las edades entre 14 y 16 años tuvieron una representación significativa en el trabajo investigativo.

Tabla 6. Distribución de frecuencias de la variable edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	32	26,2
15	39	32,0
16	37	30,3
17	14	11,5
Total	122	100,0

Distribución de frecuencias de las respuestas dadas a cada una de las preguntas

Las tablas 7 a 13 presentan la distribución de porcentual de las respuestas dadas por los adolescentes a cada uno de los ítems de la encuesta.

En el ítem número uno, se resalta que el 72% de los participantes consideran que la vida es “un regalo de Dios”, solo el 0.8% consideran que la vida es un castigo.

Tabla 7. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “para ti la vida es”.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Para ti la vida es		
Un regalo de Dios	82	72.1%
Un sufrimiento	2	1,6%
Algo muy bonito	46	37.7%
Nada	4	3.3%
Una oportunidad	36	29.5%
Un castigo	1	,8%
Un proceso natural	24	19.7%

El 70% de los estudiantes responden que el objetivo de la vida es cumplir metas, el 51% creen que es estudiar, solo el 3,3% aún no saben cuál es el objetivo de sus vidas.

Tabla 8. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “El objetivo de tu vida en este mundo es”.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
El objetivo de tu vida en este mundo es		
Estudiar	62	50,8%
Trabajar	39	32,0%
Ayudar a tu familia	41	33,6%
Formar un hogar	24	19,7%
Cumplir metas	85	69,7%
No sé	4	3,3%
Disfrutarla	52	42,6%

En este ítem, (tabla 9), se evidencia dos porcentajes significativos, el 45,1% considera el suicidio un acto absurdo y el 41% lo considera un acto de cobardía, solo el 2,5% cree que es una expresión válida.

Tabla 9. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “Piensas que el suicidio es”.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Piensas que el suicidio es		
Un acto absurdo	55	45,1%
Un escape	13	10,7%
Un acto irracional	25	20,5%
Una expresión valida	3	2,5%
Un acto de cobardía	50	41,0%
Un acto de valentía	10	8,2%
Un acto de locura	32	26,2%
Una solución a los problemas	12	9,8%
Una forma de morir	13	10,7%

En la tabla 10 se observan tres resultados significativos; en primer lugar la soledad con un porcentaje de 45,9%, en segundo lugar los estados de tristeza con un porcentaje de 43,4% y en último lugar la falta de comunicación con los padres con un porcentaje del 40,2%. En menor

relevancia un porcentaje del 9.8% de los estudiantes consideran que el dolor físico es una causa del suicidio en adolescentes.

Tabla 10. Distribución porcentual de las respuestas dadas al ítem “Un adolescente llega a suicidarse por”.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Un adolescente llega a suicidarse por		
La soledad	56	45,9%
La falta de amor	47	38,5%
La falta de comunicación con los padres	49	40,2%
El consumo de sustancias psicoactivas	47	38,5%
Los problemas de pareja	33	27,0%
La influencia de los amigos	18	14,8%
Un estado de tristeza	53	43,4%
El maltrato	40	32,8%
El estrés	22	18,0%
Los Problemas económicos	40	32,8%
La influencia de las tribus urbanas	18	14,8%
La incomprensión	32	26,2%
La impulsividad	14	11,5%
El dolor físico	12	9,8%

El 70% del total de los participantes consideran que el método más utilizado para suicidarse es el envenenamiento; sólo el 24% consideran el uso de armas de fuego.

Tabla 11. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “El (los) método(s) más utilizado(s) por los adolescentes para suicidarse es (son)”.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
El (los) método(s) más utilizado(s) por los adolescentes para suicidarse es (son)		
Envenenamiento	86	70,5%
Salto al vacío	31	25,4%
Ahorcamiento	32	26,2%
Uso de armas de fuego	30	24,6%
Uso de armas corto punzantes	33	27,0%

El 82,8% del 100% de los participantes en el trabajo investigativo contestaron que no han pensado suicidarse, solo el 17,2% respondieron afirmativamente.

Tabla 12. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “Has pensado suicidarte”.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Has pensado suicidarte		
Si	21	17,2%
No	101	82,8%

En la tabla 13, se observan dos resultados significativos; el 52,5% de los participantes considera que la muerte es un proceso natural y el 40,2% responde que la muerte es el final de la vida; sólo el 5,7% contestó que la muerte es un proceso negativo.

Tabla 13. Distribución porcentual de las respuestas al ítem “Piensas que la muerte es”.

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Piensas que la muerte es		
Un proceso natural	64	52,5%
Un proceso negativo	7	5,7%
Una forma de liberarse de todo	11	9,0%
El final de la vida	49	40,2%
Un descanso	23	18,9%
El inicio de otra forma de vida	18	14,8%

En la tabla 14 se presentan las variables cuyas comparaciones resultaron estadísticamente significativos con el grado de escolaridad, solo se anota el valor del “ χ^2 ” y el valor de “p”. Revisando las tablas de resultados, se deduce que las diferencias entre el grado y las respuestas dadas a la pregunta el “Objetivo de tu vida en este mundo es cumplir metas” se dio porque en los grados superiores (9°, 10° y 11°), lo consideran en mayor medida, sus porcentajes son, 75%,

90% y 81% respectivamente, en los grados 7° y 8° este porcentaje se repartió equitativamente entre las respuestas sí y no.

Sobre las diferencias entre el grado y la pregunta “piensas que el suicidio es un acto de cobardía”, el 75% de los estudiantes del grado 7° y el 68% los estudiantes de grado 8° consideran que no lo es, estos porcentajes en los grados 10° y 11° corresponden a 55% y 38% respectivamente.

A partir del resultado que corresponde a la pregunta “un adolescente llega a suicidarse por la incomprensión”, se encontró que el 100% de los estudiantes de 7° considera que no, este porcentaje va disminuyendo a medida que va aumentando el grado, en octavo corresponde a 85%, en noveno a 79%, en décimo a 70% y undécimo a 53%.

Sobre las diferencias entre el grado y las respuestas dadas a la pregunta “el método más utilizado por los adolescentes es el envenenamiento” se encontró que los porcentajes de respuestas entre sí y no, en los grados séptimo y octavo estaba dividido equitativamente, mientras que en los grados superiores estos porcentajes correspondieron a 68 %, 85% y 91% en noveno, décimo y undécimo respectivamente.

Tabla 14. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con el grado de escolaridad.

Ítems	X ²	P
El objetivo de tu vida en este mundo es cumplir metas	16,01	0,00
Piensas que el suicidio es un acto de cobardía	9,93	0,04
Un adolescente llega a suicidarse por la incomprensión	12,70	0,01
El método más utilizado por los adolescentes es el envenenamiento”	16,83	0,00

Sobre las respuestas dadas a la pregunta “para ti la vida es un regalo de Dios”, se encontró que el 90% de los estudiantes de estrato uno así lo consideran, mientras que este porcentaje corresponde a los estratos dos y tres a 59% y 64% respectivamente.

De acuerdo con los resultado arrojados por los estudiantes de estrato uno, el 32% considera que el suicidio es un acto irracional; este porcentaje disminuye a medida que aumenta el estrato ya que el 13% y 9% de los estratos dos y tres respectivamente así lo creen.

Sobre la relación entre estrato y la pregunta piensas que el suicidio es un acto de cobardía”, se deduce que los estudiantes de estrato dos son quienes menos lo consideran, ya que el 71% seleccionó otras opciones.

Los estudiantes de estrato uno son quienes mayor credibilidad le dan a la relación entre suicidio y consumo de SPA con un 54%, mientras que este porcentaje corresponde en los estratos dos y tres al 27%.

El 55% de los estudiantes de estratos tres consideran que el método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el uso de armas corto punzantes; estos porcentajes de respuesta corresponden en los estratos uno y dos a 34% y 16% respectivamente.

Los estudiantes de estrato dos y tres no creen que los adolescentes se suiciden por tener enfermedades mentales; el 24% de los estudiantes de estrato uno si lo consideró.

El 46% de los estudiantes de estrato tres cree que la muerte es un descanso, mientras que sólo el 22% y el 12% de los estudiantes de estrato uno y dos respectivamente, así lo estima.

Tabla 15. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con el estrato socioeconómico.

Ítems	χ^2	P
Para ti la vida es un regalo de Dios”	13,55	0,00
Piensas que el suicidio es un acto irracional”	6,97	0,03
Piensas que el suicidio es un acto de cobardía”	6,91	0,03
Un adolescente llega a suicidarse bajo el consumo de SPA	8,56	0,01
Los adolescentes se suicidan porque tienen una enfermedad mental”	13,18	0,00
Piensas que la muerte es un descanso”	7,58	0,02

Los estudiantes de 14 y 17 años son quienes menos consideran que un adolescente llegue a suicidarse por los problemas de pareja (12%), mientras que el 36% de los estudiantes de 15 y 16 años si lo consideran.

Solo el 14% de los estudiantes de 17 años consideró que la muerte es el final de la vida, se encontró que a menor edad mayor creencia en esta opción, ya que las correspondencias se dieron de la siguiente forma: 14 años (56%), 15 años (44%) y 16 años (32%).

Tabla 16. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con la edad.

VARIABLES	χ^2	P
Un adolescente llega a suicidarse por los problemas de pareja	7,89	0,04
La muerte es el final de la vida	8,45	0,03

Del total de participantes que consideran que la vida es algo muy bonito, el 72% son niñas.

Para el 36% de los adolescentes, el objetivo de su vida es estudiar, este porcentaje en las adolescentes es de 62%.

El 71% de las adolescentes considera que deben ayudar a sus familias; solo el 29% de los adolescentes así lo considera.

La falta de comunicación con los padres y un estado de tristeza es para el 69% de las adolescentes una razón para suicidarse; este porcentaje en los adolescentes corresponde al 31%.

El 74% de las estudiantes creen que los métodos más utilizados por los adolescentes para suicidarse son el ahorcamiento y el uso de armas corto-punzantes; solo el 26% de los estudiantes así lo cree.

Tabla 17. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con el sexo.

VARIABLES	X ²	P
Para ti la vida es algo muy bonito	6,92	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es estudiar	8,40	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es ayudar a tu familia	5,05	0,03
Un adolescente llega a suicidarse por la falta de comunicación con los padres.	5,48	0,02
Un adolescente llega a suicidarse por un estado de tristeza	4,92	0,02
El método más utilizado por los adolescentes es ahorcamiento	6,00	0,02
El método más utilizado por los adolescentes es el uso de armas corto punzantes.	4,81	0,03

A partir de los resultados arrojados por ciudades, se observa diferencias marcadas acerca de la creencia “la vida es un regalo de Dios”, en el municipio de Baraya así lo consideran el 58% de los participantes, en la ciudad de Ibagué el 69% de los adolescentes así lo creen y en la ciudad de San José del Guaviare este porcentaje corresponde al 90%.

Los datos concuerdan en que la creencia “Para ti la vida es algo muy bonito” por parte de los estudiantes de dos de las ciudades encuestadas, tiene una mayor trascendencia en tanto que sus puntuaciones se encuentran distribuidas de la siguiente manera: San José del Guaviare con 45% y Baraya con 53%, a diferencia de la ciudad de Ibagué con 13% donde la percepción de “vida bonita” de acuerdo a los resultados es menos relevante.

De acuerdo con los resultados ante la pregunta “El objetivo de tu vida es estudiar”, se observa que solo el 33% de los estudiantes de Ibagué así lo consideran, mientras que estos porcentajes corresponden a 55% en San José del Guaviare y 62% en Baraya.

Las cifras en porcentaje indican que a la pregunta “El objetivo de tu vida es trabajar”, en San José del Guaviare y Baraya arrojan datos de 30% y 51%, difiriendo de la ciudad de Ibagué con un 13%.

Las respuestas a la creencia “El objetivo de tu vida es ayudar a tu familia” muestra mayor escogencia entre los estudiantes de las ciudades de Baraya con 33% y San José del Guaviare con 48%, cifra que desciende con los estudiantes de la ciudad de Ibagué con 20%, quienes posiblemente tengan preferencia hacia otros objetivos.

Los datos obtenidos a partir de los resultados de las encuestas a estudiantes de las tres ciudades frente a la creencia “El Objetivo de tu vida es cumplir metas”, muestra una homogeneidad en las ciudades de San José del Guaviare con 83% y Baraya con 81%, en relación con Ibagué, quienes respondieron afirmativamente con un 44%.

Sobre los resultados obtenidos a través de la encuesta frente a la creencia “El objetivo de tu vida en este mundo es disfrutarla”, los resultados arrojaron que en la ciudad de Baraya escogieron en un 61% disfrutar la vida, y en Ibagué con 28% y San José del Guaviare con 37% lo que indicaría otros objetivos respectivamente.

Ante la creencia de los estudiantes sobre “Un adolescente llega a suicidarse bajo los efectos de SPA” en San José del Guaviare hay mayor convicción con un 61%, a diferencia de Ibagué con 28% y Baraya con 37%.

Para la creencia “Un adolescente llega a suicidarse por los problemas de pareja”, las tres ciudades muestran en sus resultados un orden ascendente de importancia reflejado de la siguiente manera: Ibagué con 15%, Baraya con 23% y San José del Guaviare con 43%, indicando que a mayor distancia con la zona industrializada mayor convicción.

A partir de los resultados ante la creencia “Un adolescente llega a suicidarse por un estado de tristeza”, se evidencia mayor convicción por parte de los adolescentes de la ciudad de San José del Guaviare con el 60%, en relación a la ciudad de Baraya con 37% e Ibagué con 39%, quienes a pesar de haber tomado esta respuesta, acentuaron su creencia bajo otras opciones.

Para los estudiantes de las tres ciudades, Ibagué, San José del Guaviare y Baraya, la creencia sobre “un adolescente llega a suicidarse por un dolor físico” tiene poca relevancia en tanto que sus porcentajes en participación se presentaron en el siguiente orden 15%, 15% y 0%, lo que permitió la escogencia de otras respuestas.

Los resultados ante a creencia “El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el envenenamiento” contempla el siguiente resultado, los estudiantes de la ciudad

de Baraya tienen plena convicción al puntualizar con un 100% frente a esta respuesta, seguido de San José del Guaviare con 73% y por último la ciudad de Ibagué con un 36% quien al parecer contempla otras respuestas posiblemente al ser mayor urbanizada en comparación con las otras dos ciudades.

Ante la creencia “El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el ahorcamiento” los estudiantes de las ciudades de Baraya e Ibagué demostraron poca convicción puntualizando con 12% y 28% a diferencia de la ciudad de San José del Guaviare quienes puntuaron con 40%.

A partir de la respuesta dadas por los estudiantes de las tres ciudades sobre la creencia “El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es uso de armas de fuego”, se encontró mayor convicción en los estudiantes de San José del Guaviare quienes la marcaron con un 53%, las ciudades restantes, Ibagué y Baraya con 13% y 9% siendo poco significativa esta opción.

Para la creencia “Piensas que la muerte es el final de la vida” la ciudad que le dio mayor relevancia corresponde a San José del Guaviare con 55%, en este orden descendente se encuentra Ibagué con 39% y Baraya con 28% respectivamente.

De acuerdo a los resultados ante la creencia “Piensas que la muerte es un descanso”, dos de las tres ciudades, Baraya e Ibagué, los estudiantes respondieron con 7% y 18%, escogiendo otras opciones, sin embargo, San José del Guaviare tuvo un resultado correspondiente al 33% siendo esta opción más relevante.

Tabla 18. Resultados estadísticamente significativos, encontrados al comparar las respuestas dadas en cada ítem con la ciudad.

VARIABLES	X ²	P
Para ti la vida es un regalo de Dios	10,70	0,00
Para ti la vida es algo muy bonito	15,75	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es estudiar	7,51	0,02
El objetivo de tu vida en este mundo es trabajar	13,93	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es ayudar a tu familia	6,47	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es cumplir metas	18,47	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es disfrutarla	9,34	0,00
Un adolescente llega a suicidarse bajo el consumo de SPA	11,59	0,00
Un adolescente llega a suicidarse por los problemas de pareja	6,93	0,03
Un adolescente llega a suicidarse por un estado de tristeza	7,27	0,02
Un adolescente llega a suicidarse por un dolor físico	40,51	0,00
El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es envenenamiento	9,83	0,00
El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el salto al vacío	8,73	0,01
El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es el ahorcamiento	25,13	0,00
El método más utilizado por los adolescentes para suicidarse es uso de armas de fuego	13,06	0,00
Piensas que la muerte es el final de la vida	6,39	0,04
Piensas que la muerte es un descanso	8,85	0,01

Revisando las tablas de resultados que dieron origen a los valores X² y p de la tabla 19, se deduce que del total de estudiantes que no ha pensado suicidarse, el 78% considera que la vida es un regalo de Dios. Del total de personas que si ha pensado suicidarse, solo el 14% considera que la vida es algo muy bonito. El 75% de los estudiantes que no ha pensado suicidarse, considera que el objetivo de su vida en este mundo es cumplir metas. El 67% de quienes han

pensado suicidarse, consideran que el objetivo de su vida en este mundo es disfrutarla, este porcentaje entre quienes no han pensado suicidarse, corresponde al 38%. Solo el 10% de quienes han pensado suicidarse, piensan que el suicidio es un acto de locura, este porcentaje entre los estudiantes que no han pensado suicidarse corresponde al 30%.

Tabla 19. Valores χ^2 y niveles de significancia de los ítems que resultaron estadísticamente significativos con la pregunta “Has pensado suicidarte”.

VARIABLES	χ^2	P
Para ti la vida es regalo de Dios	10,81	0,00
Para ti la vida es algo muy bonito	5,92	0,01
El objetivo de tu vida en este mundo es cumplir metas.	8,63	0,00
El objetivo de tu vida en este mundo es disfrutarla	5,99	0,01
Piensas que el suicidio es un acto de locura	3,65	0,04

DISCUSIÓN

El propósito fundamental del presente estudio, fue conocer las creencias sobre la conducta suicida, la vida y la muerte y su relación con variables sociodemográficas de un grupo de estudiantes adolescentes entre 14 y 17 años, de las ciudades de Ibagué (Tolima), Baraya (Huila) y San José del Guaviare (Guaviare). Los resultados permitieron alcanzar los objetivos planteados.

Los indicadores presentados en la encuesta aplicada surgieron de un estudio preliminar realizado con adolescentes, quienes de acuerdo a sus creencias plantearon opciones de respuesta que permitieron diseñar el instrumento que posteriormente fue validado por nueve jueces.

Varios de estos indicadores no han sido trabajados en esos mismos términos, por tal razón no hay suficiente literatura que permita contrastar lo encontrado con la encuesta aplicada; sin embargo se resaltan aspectos fundamentales que permitieron establecer conclusiones a la luz del marco teórico.

Los indicadores propuestos por los participantes abren una línea de estudio sobre las creencias de los adolescentes acerca de la conducta suicida, la vida y la muerte.

En los resultados arrojados a través de la encuesta realizada a los participantes de las tres ciudades colombianas y mediante el cruce de las variables se encontró lo siguiente:

Ante la pregunta “un adolescente llega a suicidarse por”, los encuestados refieren que la soledad, los estados de tristeza y la falta de comunicación con los padres, son los tres indicadores más significativos. Estas respuestas coinciden con los planteamientos realizados por Pérez, 2002, quien asegura que provenir de medios familiares adversos, que condicionan una niñez infeliz son factores con mayor exposición al riesgo suicida. Dukes y Lorch, 1989, también consideran que

los problemas familiares contribuyen al suicidio del adolescente, junto con la mala comunicación, conflictos con los padres, alienación del adolescente respecto a la familia, el apoyo inadecuado y las rupturas familiares; estos resultados indican que las creencias de los adolescentes son coherentes con los planteamientos teóricos.

De acuerdo con Pérez, 2005, el motivo más frecuente por el que se suicidan los adolescentes son los problemas con la pareja. Las respuestas dadas por los estudiantes no coinciden con lo descrito por este autor ya que los encuestados sólo consideraron este factor en quinto lugar.

La asociación significativa entre las preguntas relacionadas con el suicidio y la vida, muestra que las respuestas dadas por los jóvenes son coherentes con los planteamientos teóricos de Pérez, 2002, ya que del total de jóvenes que no han pensado suicidarse, en promedio el 80% considera que “la vida es un regalo de Dios”, es “algo muy bonito” y “se deben cumplir metas”; ésta valoración positiva de la vida se puede asociar con deseos de vivir; quienes manifiestan deseos de morir, utilizan expresiones con “la vida no merece la pena” o “quisiera morirme”.

Los resultados de las creencias manifestadas por los jóvenes encuestados confirman la utilidad de la encuesta; los cruces estadísticamente significativos entre variables, permiten concluir que hay diferencias entre algunas creencias por grado, estrato, edad, sexo y ciudad, datos que quedan abiertos a contrastación en nuevas investigaciones.

Respecto al grado de estudio, se encontró que a mayor escolaridad mayor creencia acerca del cumplimiento de metas, mayor consideración en el suicidio como un acto de cobardía y mayor creencia en el envenenamiento como el método más utilizado para suicidarse. Este último hallazgo se valida con los estudios realizados por Schmidtke, (como se citó en Sarro y de la Cruz, 1991), quienes indican que el método más empleado para el intento de suicidio es el

envenenamiento ya sea con fármacos o con otras sustancias; Sin embargo, los métodos utilizados varían notablemente en función de los países, las culturas, las épocas y algunas características demográficas, puesto que en su elección interviene un gran número de factores, como la disponibilidad y accesibilidad a los mismos, su aceptación sociocultural, la confianza en su capacidad letal o la imitación (Vallejo, 2006). Los niños y adolescentes llevan a cabo actos suicidas con diferentes métodos. Estos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento (Ulloa, 1993).

El cien por ciento de los estudiantes de séptimo grado cree que la incomprensión no es un motivo para suicidarse, este porcentaje va disminuyendo a medida que va aumentando el grado.

Las diferencias halladas respecto al estrato, permiten concluir que los estudiantes de estrato uno, son quienes mayor credibilidad le dan a la relación entre suicidio, consumo de SPA y enfermedades mentales. Además en mayor porcentaje, consideran “la vida como un regalo de Dios” y el suicidio como un acto irracional.

Sobre las diferencias encontradas por edad, se evidenció que a menor edad mayor creencia en la muerte como el final de la vida. Esta percepción según Gómez y Sabeh, (2002) se ve influida por variables ligadas al factor edad. Dando lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. De acuerdo con León y Pérez, (2010) la muerte para el adolescente se concibe como algo que le ocurrirá inevitablemente a todos. También en la adolescencia este registro sobre la posibilidad de la propia muerte se puede encontrar en el interés y la crítica por los ritos, usos y costumbres sociales establecidas en

torno al tema. Por otra parte, de acuerdo con Garza, (como se citó en Hernández y Valdez, 2001), morir es un acontecimiento de la vida y pertenece a ella; puede ser interpretada como el final (acabamiento, la consumación, la plenitud), la ruptura (cambio), la transformación (realización definitiva). La muerte acontece a todos los seres del mundo, en todos los estratos, independientemente de la complejidad biológica, psicológica, cultural, filosófica, social y espiritual. La incertidumbre que existe con respecto a la muerte es considerada universal, pero ello implica una igualdad en la percepción individual o social con respecto a ella. Lo que indica que las respuestas dadas por los estudiantes tienen un real acercamiento del concepto de muerte.

Respecto al sexo, se encontró que las niñas en mayor proporción consideran que la vida es algo muy bonito, ven el estudio como un objetivo en la vida y consideran también en mayor medida que deben ayudar a sus familias. Así mismo creen que la falta de comunicación con los padres y los estados de tristeza son causas del suicidio. Consideran además que el método más utilizado para el suicidio es el ahorcamiento y el uso de armas corto punzantes.

En cuanto a las diferencias por ciudades, se deduce que los adolescentes de la ciudad de Ibagué, son quienes menos creen que el objetivo en la vida es estudiar, trabajar y ayudar a sus familias; Son también quienes en menor porcentaje consideran que un adolescente llega a suicidarse por problemas de pareja o por consumo de sustancias psicoactivas. Además solo el 13% ven la vida “como algo bonito”.

El comportamiento suicida se origina, según Blumenthal, (como se citó en Téllez y Forero, 2006), por la interacción y solapamiento de cinco clases de factores a saber: Biológicos, Rasgos de Personalidad, factores Psicosociales o Ambientales, Trastornos Mentales e Historia familiar y Genética, interacción que podría explicar porque los trastornos mentales ocasionan el

mayor número de intentos y de suicidios consumados. Harris y Barraclough (como se citó en Téllez y Forero, 2006), afirman que los intentos de suicidio y suicidio consumados son raros en niños menores de 12 años, pero se intensifican en frecuencia y gravedad a partir de la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta, época en que se hace eclosión en algunas patologías psiquiátricas como el trastorno afectivo bipolar o la esquizofrenia. Con lo anterior se valida teóricamente la creencia de los estudiantes en lo referente a que “los adolescentes se suicidan porque tienen una enfermedad mental”.

Para un próximo estudio se recomienda incluir jóvenes de estratos superiores (4, 5 y 6) lo cual permitirá mayor validez externa en las consideraciones de la utilidad de la encuesta y de los resultados del presente estudio. Aumentar la base de datos específicamente con población bogotana, con el objetivo de establecer si hay o no diferencias estadísticamente significativas entre las creencias hacia la conducta suicida, vida y muerte entre adolescentes de ciudades pequeñas o intermedias y ciudades grandes.

El presente estudio ofrece a la población colombiana, a la comunidad académica y de la salud, elementos básicos que permitirán intervenir en un fenómeno que día a día en Colombia y específicamente en los adolescentes, cobra más víctimas como el suicidio.

REFERENCIAS

- Alba L, 2009. Salud de la Adolescencia en Colombia: Bases Para Una Medicina De Prevención.
Disponible en:
<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Salud%20de%20la%20adolescencia..pdf>
- Beltrán, G; Mora, C; Rojas, E; Rubiano, A y Ruiz, D.(2010). Creencias de la conducta suicida, la vida y la muerte en un grupo de adolescentes entre 14 y 17 años del grado decimo del Colegio Guillermo Angulo Ruiz de la ciudad de Ibagué. (s.p.)
- Bella M, Fernández R, Willinton, J. Intento de Suicidio en Niños y Adolescentes: Depresión y Trastornos de Conducta Disocial como Patologías más Frecuentes. Páginas 124-129. Arch Argent Pediatr 2010. Disponible en:
<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2010/v108n2a06.pdf>
- Burgoa L, 2005. Palabras y Creencias: Ensayo crítico de la comunicación humana y de creencias. La actitud de creencias. Sus raíces filogenéticas. Página 29-32.
- Buendía J, Riquelme A y Ruiz J, 2004. El Suicidio en Adolescentes. Factores Implicados en el Comportamiento Suicida. Capítulo 3. Factores Implicados en el Comportamiento Suicida Durante la Adolescencia. Pp. 33-43.
- Cabra O, Infante D, Sosa F, 2010. El Suicidio Y Los Factores De Riesgo Asociados En Niños Y Adolescentes. Pp. Disponible en:
<http://www.unisanitas.edu.co/revista/18/articulos/suicidio.pdf>

Campos R y Díaz M (2009). Construcción De Un Instrumento Para La Detección De Factores De Riesgo Suicida En Adolescentes Costarricenses. Disponible en:

<http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis7.pdf>

Chica H, 2010. La Respuesta de Muchos, La Experiencia de la vida: El Suicidio. Instituto

Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2010, Datos Para La Vida.

Código de la Infancia y de la Adolescencia, 2006. Título 1. Disposiciones Generales. Capítulo 1.

Principios y Definiciones. Artículo 3. Sujetos Titulares de Derechos. Disponible en

<http://www.cinde.org.co/PDF/codigo-infancia-comentado.pdf>

Coleman J y Hendry B, 2003. Psicología de la Adolescencia. Capítulo III, Pensamiento y

Razonamiento. Tercera edición, Pp 44.

Coolican, H (2005). Métodos de investigación y estadística en psicología. Tercera edición.

Manual moderno. México.

Cruz F, Roa F, 2005. Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios Para un Modelo de

Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo. Capítulo 2, Conducta

Suicida en Niños y Adolescentes. Desarrollo del Concepto de Muerte. Pp . 26-27.

Disponible en: http://www.archivochile.com/tesis/11_tefiloideo/11tefiloideo0010.pdf

Fierro A, 2005. Psicología del Desarrollo. El Mundo del Adolescente. Martí E, Onrubia J, García

M, Gispert I. Tercera edición. Capítulo IV. La Construcción de la Identidad Personal. Pp.

93

García E y Peralta V (2002). Suicidio y Riesgo de Suicidio. ANALES Sis San Navarra; 25 (Supl.

87-96. Disponible en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/5559/4572>

- García M, Martí E, 2005. Psicología del Desarrollo. El Mundo del Adolescente. Martí E, Onrubia J, García M, Gispert I. Tercera edición. Capítulo III. El Pensamiento del Adolescente. Pp 47-48.
- Garrido M, 2011. Lo que Piensan las Adolescentes. En qué Pensamos los Teen. Disponible en: <http://gacetajoven.com/tag/lo-que-piensan-las-adolescentes/>
- Gómez M, Sabeh E, (2002), Calidad de vida. Evolución Del Concepto y Su Influencia en la Investigación y La Práctica. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Grace J, Baucum D, 2001. Desarrollo Psicológico. Octava Edición. Capítulo 10. Adolescencia: Desarrollo Físico y Cognoscitivo. Pp. 364,365.
- Guíasalud, 2009. Guía de practica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. El suicidio en la infancia y en la adolescencia. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado09/suicidio.html
- Hernández M, Valdez J, 2002. Significado Psicológico de Vida y Muerte en Jóvenes. Ciencia Ergo Sum, Julio, Volumen 9, Número dos, Universidad Autónoma del Estado de México, Pp. 162-168. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/104/10402405.pdf>
- Hernández, S. R, Fernández, C. C, Baptista, L. P. Metodología de la Investigación, Tercera edición. Editorial Mg Graw Hill. pp, 115,117,119. 2003.
- León M y Pérez S, (2010). Evolución del concepto de muerte en niños. El cuestionario desiderativo aplicado a niños. Una propuesta para la toma. Letra viva. Buenos Aires. Disponible en: <http://psicobloga.blogspot.com/2011/02/evolucion-del-concepto-de-muerte-en.html>

Mardomingo M, 1994. Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Capítulo 18. Suicidio e Intentos de Suicidio. Pp. 507.

Migonte J, Jiménez A, Osorio R y Palomo T, (2004). SUICIDIO, Asistencia Clínica, Guía Práctica de Psiquiatría Médica. Capítulo 5, Pacientes que Presentan Problemas Especiales. Conducta Suicida en Adolescentes. Pp. 35-36.

Morrón P, 1992. El suicidio¿Qué sé? Primera Edición. Capítulo Primero, Generalidades.Página 10

Mojica J, 2010. EL TIEMPO. Cada Dos Días se Suicida un Menor de Edad en Colombia.

Fuente: Liga Colombiana Contra el Suicidio Infantil. Disponible en:

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

Mosquera F, 2006. Neurobiología, Factores de riesgo y prevención: Asociación Colombiana de

Psiquiatría Biológica. Capítulo 1, El comportamiento Suicida. Disponible en:

<http://www.psiquiatriabiologica.org.co/publicaciones/documentos/1-COMPORTAMIENTO%20SUICIDA-OK.pdf>

Olivia A, 2007. Desarrollo Cerebral y Asunción de Riesgos Durante la Adolescencia. Apuntes de

Psicología, 2007, Vol. 25, número 3, págs. 239-254. Disponible en.

<http://www.docstoc.com/docs/48079109/Desarrollo-del-cerebro-y-riesgos-en-la-adolescencia>

Olivia A, 2010. Cambios en el Cerebro adolescente y Conductas Agresivas y de Asunción de

Riesgos. Estudios de Psicología. Disponible en:

<http://personal.us.es/oliva/04.%20OLIVA.pdf>

- OMS, 2009. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Recuperado el 12 de enero del 2011 en ayudatotal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1950:el-suicidio-un-problema-de-salud-publica-enorme-y-sin-embargo-prevenible-segun-la-oms&catid=31:salud&Itemid=148
- OPS, 2005. Suicidio: La Violencia Autoinflingida. Revista Trimestral Latinoamericana y Caribeña de Desarrollo Sustentable, N° 9, año 2005, Vol. 3. Disponible en http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_1.htm
- OPS, 2005. Informe Mundial Sobre La Violencia y La Salud 2003. Capítulo 7. La Violencia Autoinflingida. Pp 201. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_7.pdf
- Pérez S, 2002. ¿CÓMO EVITAR EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES? El comportamiento Suicida, Factores de Riesgo Suicida en la Adolescencia. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>
- Pérez S, 2005. ¿Cómo Evitar el Suicidio en Adolescentes? Suicidio En Los Jóvenes. Revista Futuros No 9. 2005 Vol. III. Disponible en: http://www.revistafuturos.info/futuros_9/suicidio_adol1.htm
- Quintanar F, 2007. Comportamiento Suicida. Perfil de Psicólogo y posibilidades de tratamiento. Capítulo I. página 19.
- Risueño A, Motta I, 2007. La Adolescencia Existe o Existen Adolescentes. La Adolescencia Como Constructo. Disponible en: <http://www.adolescenza.org/risueno.pdf>.

- Rodríguez D, Ortiz M, 2011. EL TIEMPO. Vida de Hoy. Casi 600 Jóvenes Se Suicidan Cada Año. Disponible en: <http://m.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/casi-600-jvenes-se-suicidan-cada-ao/9114900>
- Saavedra M, 2004. Pedagogía Dinámica. Cómo Entender a los Adolescentes Para Educarlos Mejor. Capítulo 2. Teorías Sobre La Adolescencia. Enfoque biogenético Stanley Hall. Primera Edición
- Sánchez R, Guzmán Y, Cáceres H, 2005. Estudio de la Imitación Como Factor De Riesgo Para Ideación Suicida En Estudiantes Universitarios Adolescentes. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XXXIV, número 001. Asociación Colombiana de Psiquiatría. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80634102.pdf>
- Shaffer D, Kipp K, 2007. Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia. Séptima Edición. Parte iv. Capítulo 12. Desarrollo del yo y de la cognición social. Pp. 491.
- Taborda y Téllez-Vargas. 2006. Suicidio-Neurobiología factores de riesgo y prevención. Capitulo. 2 recuperado el 6 de Agosto del 2011 en docenciaenpsiquiatria.blogspot.com/2010/03/suicidio-neurobiologia-factores-de.html.
- Téllez J, 2006. Neurobiología, Factores de riesgo y prevención. Capítulo 4, Impulsividad y Suicidio. Página 66-70.
- Téllez J, Forero J, 2006. Neurobiología, Factores de riesgo y prevención: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Capítulo 12, OMS 2001, Ginebra, Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Página 191.
- Ulloa F, 1993. Tentativas y Consumación de Suicidio en niños y Adolescentes. Revista chilena de pediatría, 64. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n4/art06.pdf>

Valenzuela D, 2008. Suicidio. Colombia 2008. Disponible

http://www.medicinalegal.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid

Vallejo J, 2006. Introducción a La Psicopatología y la Psiquiatría. Capítulo 20. Conducta suicida. Métodos utilizados. Sexta edición. Pp. 274.

Wiener J y Dulcan M, 2006. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Capítulo 48, Suicidio, Conducta Suicida e Ideación Suicida. Criterios Diagnósticos, Evolución y Pronóstico. Editorial Masson. Pp. 901-902.

Ventura R, Carvajal C, Undurraga S, Vicuña P, Egaña J, Garib M, 2010. Prevalencia de Ideación e Intento Suicida en Adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile, Vol. 138, 2010. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300008

APÉNDICE A

ENCUESTA DE CREENCIAS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

A continuación encontrarás una serie de preguntas acerca de tus creencias sobre la vida, el suicidio y la muerte.

Ten en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas. Responde con sinceridad. Tus respuestas son confidenciales. Agradecemos tu colaboración.

Grado: ____ Edad: ____ Estrato Socioeconómico: 1__ 2__ 3__ Sexo: F__ M __ Ciudad o municipio: _____

1. Para ti la vida es: (Marca con X la letra o letras que reflejen lo que piensas.)
 - a. Un regalo de Dios.
 - b. Un sufrimiento.
 - c. Algo muy bonito.
 - d. Nada.
 - e. Una oportunidad.
 - f. Un castigo.
 - g. Un proceso natural.
 - h. Otra. _____

2. El objetivo de tu vida en este mundo es: (Marca con X la letra o letras que reflejen lo que piensas.)
 - a. Estudiar.
 - b. Trabajar.
 - c. Ayudar a tu familia.
 - d. Formar un hogar.
 - e. Cumplir metas.
 - f. No sé.
 - g. Disfrutarla.
 - h. Otra. _____

3. Piensas que el suicidio es: (Marca con X la letra o letras que reflejen lo que piensas.)
 - a. Un acto absurdo.
 - b. Un escape.
 - c. Un acto irracional.
 - d. Una expresión válida.
 - e. Un acto de Cobardía.
 - f. Un acto de Valentía.
 - g. Un acto de locura
 - h. Una solución a los problemas.
 - i. Una forma de morir.
 - j. Otro. _____

4. Un adolescente llega a suicidarse por: (Marca con X la letra o letras que reflejen lo que piensas.)

- a. La Soledad
- b. La Falta de amor
- c. La Falta de comunicación con los padres
- d. El Consumo de sustancias psicoactivas
- e. Los Problemas de pareja
- f. La Influencia de amigos
- g. Un estado de tristeza.
- h. El Maltrato
- i. El Estrés
- j. Los Problemas económicos
- k. La Influencia de las tribus urbanas
- l. La Incomprensión
- m. La Impulsividad
- n. El Dolor físico.
- o. Otro. _____

5. El (los) método(s) más utilizado(s) por los adolescentes para suicidarse es (son): (Marca con X la letra o letras que reflejen lo que piensas.)

- a. Envenenamiento.
- b. Salto al vacío.
- c. Ahorcamiento.
- d. Uso de armas de fuego.
- e. Uso de armas corto punzantes
- f. Enfermedad mental.
- g. Otro. _____

6. Has pensado suicidarte?

Sí ____ No ____

7. Si tú respuesta es afirmativa, qué te llevó a pensarlo?

8. Qué factores te impulsaron a no hacerlo?

9. Piensas que la muerte es:

- a. Un proceso natural.
- b. Un proceso negativo.
- c. Una forma de liberarse de todo.
- d. El final de la vida.
- e. Un descanso.
- f. El inicio de otra forma de vida.
- g. Otra. _____

APÉNDICE B

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN LA
INVESTIGACIÓN**

El propósito de esta ficha de consentimiento es ofrecer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol como participantes.

La presente investigación es conducida por ELIZABETH ROJAS, DIANA CAROLINA RUIZ Y ALEXANDRA RUBIANO psicólogas de oficio, estudiantes de la especialización en psicología clínica de la niñez y la infancia de la Universidad De La Sabana del municipio de Chía. El objetivo de este estudio es identificar las creencias que los adolescentes tienen acerca de la vida, la muerte y la conducta suicida.

Si usted padre de familia accede a que su hijo participe en este estudio, se le solicitará al adolescente que complete una encuesta que consta de 9 ítems. Esta actividad le tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas antes y durante su participación. Igualmente, su hijo puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas de la encuesta le parecen incómodas, el adolescente tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Teniendo conocimiento del procedimiento que se llevará a cabo, acepto las condiciones descritas anteriormente.

Nombre Y Firma Del Padre U Acudiente

Nombre Y Firma Del Investigador Responsable

APÉNDICE C

Carta de solicitud para la aplicación de la encuesta en los colegios

Ciudad _____ de Junio de 2011

Señor.

Rector de la Institución Educativa _____

Asunto: solicitud aplicación de encuesta.

Cordial saludo.

La presente tiene como fin solicitarle un espacio con un grupo de adolescentes de su institución educativa para la aplicación de una encuesta asociada a una investigación cuyo objetivo es identificar las creencias que los adolescentes tienen acerca de la vida, la muerte y la conducta suicida; investigación que hace parte del trabajo de grado para la especialización en psicología clínica de la niñez y la adolescencia de la Universidad de la Sabana, liderada por Elizabeth Rojas Segura, Alexandra Rubiano Rojas y Diana Carolina Ruiz Mahecha. Por tal fin le solicitamos la presencia de 30 adolescentes entre las edades de 14 a 17 años, a los cuales se le hará la entrega de un consentimiento informado para sus padres quienes deben ser informados de la actividad y contar con su autorización. Agradecemos su colaboración y participación.

Lo anterior es para su conocimiento y demás fines que estime pertinentes.

Atentamente,
