



**Ética de los sentimientos: expresiones de un grupo de profesionales de la salud, en
relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida**

Janneth Consuelo Parra García

**Universidad El Bosque
Maestría en Bioética
Área de investigación en Bioética y salud
Bogotá D.C. Colombia
2020.**

**Ética de los sentimientos: expresiones de un grupo de profesionales de la salud, en
relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida**

Janneth Consuelo Parra García

Trabajo de grado para optar al título Magíster en Bioética

Trabajo de grado dirigido por:

Boris Julián Pinto Bustamante. MD. MSc. PhD.

Hernando Augusto Clavijo Montoya. MD. MSc., M.Ed.

Jhonatan López Neira. Psic. MSc.

Universidad El Bosque

Maestría en Bioética

Bogotá D.C. 2020

Aceptación: Firmas del jurado

Nombre :

Cédula :

Nombre :

Cédula :

Nombre :

Cédula:

Bogotá D.C. Julio de 2020

Dedicatoria

Jacobo y Salome

Agradecimientos

Al Doctor Boris Pinto por la dirección del trabajo de grado, por compartir sus conocimientos y su apoyo.

Al Doctor Hernando Clavijo y al Doctor Jonathan Lopez por la asesoría metodológica del trabajo de grado, por las sugerencias, comentarios y la ardua tarea de revisar y corregir el trabajo.

A mis compañeras y compañeros de trabajo participantes de investigación, este trabajo habría sido imposible sin su colaboración y sus opiniones.

A mis amigas y amigos de la maestría por su apoyo incondicional y su amistad.

A mis estudiantes de los cuales aprendo cada día.

A mi familia, por su paciencia y su amor.

La vida no es el valor supremo, pero sí el más básico y constituye por eso, el primero de los derechos.

Fernando de la Vega.

Tal vez no pueda solucionar todos tus problemas, pero estaré aquí para escucharte.

Janneth.

Contenido

Resumen	11
Abstract.....	12
Introducción.....	12
Problema de investigación.....	13
Planteamiento del problema.....	13
Pregunta de investigación	15
Justificación	15
Objetivos.....	16
Objetivo General.....	16
Objetivos específicos	16
Anticipación de sentido.....	16
Marco de referencia	17
Estado de la cuestión.....	17
Suicidio en adolescentes.....	17
Estadísticas	21
Marco ético.....	24
Ética de los Sentimientos descrita por Xabier Etxeberria	24
Las virtudes	31
Valoraciones éticas.....	32
Ética de la inclusión	33
Cursos de acción.....	34
Marco contextual	36
Marco referencial	36
Diseño de la investigación.....	38
Metodología	38
Tipo de investigación	38

Diseño de investigación	38
Características de la población.....	40
Muestra.....	43
Criterios de inclusión para el entrevistado	43
Criterios de exclusión para el entrevistado	43
<i>Consideraciones Éticas</i>	43
Diseño del caso tipo	44
Diseño de Instrumento recogida de datos	45
Metodología de la entrevista	45
Análisis de datos cualitativos	46
Resultados.....	51
Análisis de contenido.....	51
Sentimientos morales	52
Valoraciones éticas.....	56
Cursos de acción.....	59
Dialogalidad	62
Importancia del apoyo familiar	63
Importancia del apoyo del grupo de salud mental.....	63
Elementos discursivos particulares	64
Importancia de las competencias en el tema	64
Preocupación en la hospitalización	66
Redes sociales	70
Discusión	73
Discusión de resultados cualitativos	73
Discusión de contenido.....	74
Conclusiones.....	76

Referencias 78

Listas de tablas

Tabla 1 Tasa de intento de suicidio en menores 19 años, Colombia 2009-2020.....	22
Tabla 2 Macrocategorías.....	47
Tabla 3 Mesocategorías de los sentimientos morales.....	48
Tabla 4 Mesocategorías de las valoraciones éticas.....	50
Tabla 5 Sistema categorial.....	51
Tabla 6 Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría de sentimientos morales.....	53
Tabla 7 Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría sentimientos morales por cada entrevistado.....	54
Tabla 8 Frecuencia de valores para códigos en la macrocategoría valoraciones éticas.....	56
Tabla 9 Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría valoraciones éticas por cada entrevistado.....	57
Tabla 10 Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría cursos de acción..	60
Tabla 11 Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría cursos de acción por cada entrevistado.....	62
Tabla 12 Frecuencia de valores para los códigos en el elemento importancia de competencias en salud mental.....	65
Tabla 13 Frecuencia de valores para los códigos en elemento importancia en competencias en salud mental por cada entrevistado.....	66
Tabla 14 Frecuencia de valores para los códigos en el elemento de preocupación en la hospitalización.....	68
Tabla 15 Frecuencia de valores para los códigos en el elemento preocupación en la hospitalización por cada entrevistado.....	69
Tabla 16 Frecuencia de valores para los códigos en el elemento de redes sociales.....	71

Lista de figuras

Figura 1 Tasa de intento de suicidio por cada 100 000 habitantes/año. Menores 19 años. Colombia 2009-2020.....	23
Figura 2 Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100 000 habitantes, en niños 5-17 años. Colombia 2009 – 2018.....	23
Figura 3 Género de participantes.....	41
Figura 4 Estado civil de participantes.....	41
Figura 5 Presencia de hijos de participantes.....	42
Figura 6 Nivel académico de participantes.....	42
Figura 7 Religión de los participantes.....	42
Figura 8 Interés de los participantes en adquirir competencias en salud mental.....	43
Figura 9 Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría de los sentimientos morales.....	53
Figura 10 Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría valoraciones éticas.....	57
Figura 11 Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría cursos de acción..	61
Figura 12 Frecuencia de valores para los códigos en el elemento importancia de competencias en salud mental	65
Figura 13 Frecuencia de valores para los códigos en el elemento preocupación en la hospitalización.....	68
Figura 14 Frecuencia de valores para los códigos en el elemento de redes sociales.....	72

Lista de apéndice

Apéndice A Caso tipo.....	87
Apéndice B Entrevista semiestructurada.....	89
Apéndice C Consentimiento informado.....	91
Apéndice D Formulario de Consentimiento Informado.....	94

Resumen

Introducción: La tasa de suicidio en adolescentes se ha incrementado en los últimos 10 años en Colombia. Un pilar para la prevención de un nuevo intento de suicidio es la interacción con el personal de salud, por lo tanto es importante conocer cuáles son nuestros sentimientos y las virtudes que poseemos para poder potenciarlas o modificarlas a las virtudes que debemos interiorizar, educar o reorganizar y que formen parte de nuestros hábitos de conducta como sentimientos morales en la atención sanitaria del comportamiento suicida en los adolescentes. **Objetivo:** Conocer cuáles son las valoraciones éticas y los cursos de acción con base a los sentimientos morales que expresan los profesionales de la salud, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida en marco de la ética de los sentimientos propuesta Xabier Etxeberria. **Método:** Investigación cualitativa cuya metodología fue la teoría fundamentada de análisis de discurso por medio una entrevista semiestructurada, aplicada a 10 médicos de urgencias. **Resultados:** Los hallazgos cualitativos muestran que el principal sentimiento moral fue la compasión, en las valoraciones éticas la exclusión y en los cursos de acción fueron la dialogalidad, la importancia del apoyo familiar y el apoyo en salud en mental. **Conclusión:** La educación sentimental en los trabajadores de la salud y desde luego en la ciudadanía con una perspectiva ética permitirá formar ciudadanos más incluyentes y reflexivos ante la problemática social de colectividades vulnerables gestionando el respeto a la dignidad y a una convivencia con base en la justicia y la solidaridad.

Palabras clave: Bioética, suicidio, adolescente, sentimientos, médicos.

Abstract

Introduction: the suicide rate in adolescents has increased during the last 10 years in Colombia. A pillar for the prevention of a new suicide attempt is the interaction with the health care professionals, therefore it is important to be aware of our feelings and virtues we possess in order to enhance or modify the virtues we must internalize, educate or re-organize, making them a part of our everyday behavior as moral feelings in the health care of suicidal behavior in adolescents. **Objective:** to know the ethical assessments and the course of action based in the moral feelings expressed by the health care professionals, in relation to the attention to the adolescents with suicidal behaviors in the ethics of feelings framework proposed by Xabier Etxeberria. **Method:** qualitative research which methodology was the grounded theory of discourse analysis through a semi-structured interview, applied to 10 emergency physicians. **Results:** the qualitative findings suggest that the main moral feeling was compassion, in the ethical assessments the exclusion and the courses of action were the dialogue, the importance of family support and mental health support. **Conclusion:** Sentimental education in health workers and of course in citizens with an ethical perspective will enable more inclusive and reflective citizens to face the social problems of vulnerable communities, managing respect for dignity and coexistence based on justice and solidarity. **Key words:** Bioethics, suicide, adolescent, emotions, doctors.

Introducción

El suicidio en adolescentes es un problema mundial que afecta a los individuos, a la familia y a la sociedad. Analizar cómo reaccionamos cuando nos enfrentamos a un

adolescente con comportamiento suicida nos puede abrir una puerta para mejorar nuestra comprensión de la compleja situación social y moral que atraviesan y poder ofrecerles alguna ayuda y apoyo para evitar desenlaces fatales.

El presente trabajo busca conocer cuáles son las valoraciones éticas en la dinámica de la inclusión y la exclusión y los cursos de acción para la prevención de un nuevo intento de suicidio con base en los sentimientos morales que expresan un grupo de médicos, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida, en el marco de la ética de los sentimientos propuesta por Xabier Etxeberria¹.

El conocimiento de los sentimientos morales que nos genera la atención médica del comportamiento suicida de los adolescentes nos puede ayudar a inferir cuales son las virtudes que poseemos como personal sanitario con la capacidad de potenciar, modificar, interiorizar, educar y reorganizar tal conjunto de disposiciones al bien obrar, y que formen parte de nuestros hábitos de conducta, de cómo nos relacionamos con nuestros pacientes, para poder brindarles una adecuada atención sanitaria desde una perspectiva ética.

Problema de investigación

Planteamiento del problema

En Colombia, la tasa el suicidio en adolescentes se ha incrementado en los últimos 10 años (Instituto Nacional de Salud, [INS], 2019). La tasa mundial de suicidio por 100.000 habitantes para 1995 era 0.5 para mujeres y 0.9 para hombres en el grupo entre 5 y 14 años y entre 15 años a 24 años eran 12 y 14. 2 respectivamente (Ministerio de Salud de Colombia y Colciencias, 2015). En Colombia para el año 2018 la incidencia nacional fue

¹ **Xabier Etxeberria Mauleon**, Nació en 1944 en Arróniz, Navarra Garaia, País Vasco. Doctor en Filosofía por la Universidad de Deusto, Bilbao, España, actualmente Catedrático Emérito de Ética de la Universidad de Deusto (Bilbao) y miembro del Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Es responsable del Área de Educación para la paz de Bakeaz. Centra su investigación en los campos de la ética fundamental, la ética profesional, la ética política y la ética de los de los Derechos Humanos. (Etxeberria, 2008, p.13). Ha sido docente en diez programas de Doctorado en Bilbao, Sevilla y en la Universidad del El Bosque en Bogotá, y en once Maestrías en Bilbao, Madrid, San Sebastián; con múltiples publicaciones académicas de libros y artículos. Ha trabajado en temas como la violencia de intencionalidad política en el País Vasco y Colombia, con organizaciones indígenas en América Latina y con colectivos con grave riesgo de exclusión, especialmente las personas con discapacidad intelectual (Etxeberria, 2018, p.281)

58.8 casos por 100.000 habitantes donde el 73.5% de los casos se encuentran entre los 10 y 29 años (INS, 2019).

Las políticas para la prevención del suicidio son poco exitosas debido a una falta de entendimiento de las implicaciones sociales, culturales e históricas del problema, así como a la falta de aceptación, la doble moral y el estigma que envuelven a dicha conducta. Uno de los pilares para la prevención y tratamiento del comportamiento suicida es la relación médico paciente (Mondragón, 2009). Es importante observar como los trabajadores de la salud perciben la intención suicida por dos factores: reconocer el riesgo de suicidio del paciente y las inferencias hechas por los trabajadores de la salud sobre la intención de suicidio podrían influir en sus actitudes positivas o negativas que luego determinarán su alianza terapéutica (Reynders et al., 2016).

Se destaca la importancia de la reflexión bioética en los problemas de salud mental, principalmente sobre el suicidio, donde existen problemas éticos difíciles de afrontar, dada la posibilidad del estigma, discriminación y transgresión a los derechos de los pacientes con autonomía disminuida, convirtiéndose en obstáculos para la prevención y tratamiento de estos pacientes (Mondragón et al., 2010), y donde Borges et al. (2005) encontraron que una de cada cuatro personas con intento de suicidio ha reportado haber consultado alguna vez a un psiquiatra.

Es importante que el profesional de la salud reconozca las emociones que provoca en él un paciente que ha intentado suicidarse, lo cual unido a sus conocimientos, le pueden permitir adoptar una actitud reflexiva que conduzca a una práctica ética (Mondragón et al., 2010).

Los pacientes con comportamiento suicida generan en algunos de los profesionales de la salud, emociones como frustración, impotencia, irritación y agresividad, donde la falta de reconocimiento de las emociones conlleva un sinnúmero de problemas éticos que se manifiestan por medio de juicios de valor o morales como por ejemplo, bromas, chistes o, incluso, sátiras con la idea de canalizar hacia otro lado el enojo y restarle seriedad al asunto (Mondragón et al., 2010). Siau et al. (2017) encontraron que en Kuala Lumpur, Malasia, los trabajadores de la salud expresaron su opinión sobre los pacientes suicidas como manipuladores o menos religiosos, se sintieron irritados y condenaron el suicidio como un acto egoísta.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las valoraciones éticas en la dinámica inclusión y exclusión y los cursos de acción con relación a la prevención de un nuevo intento de suicidio con base en los sentimientos morales que expresan un grupo de médicos en la atención de adolescentes con comportamiento suicida en el marco de la ética de los sentimientos propuesta por Xabier Etxeberria?

Justificación

El suicidio en niños, niñas y adolescentes es un problema de salud pública: no obstante es prevenible por medio de intervenciones oportunas (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2019). Se conocen unos factores de riesgo y la asociación con enfermedades psiquiátricas como trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias, trastorno de ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos psicóticos, trastorno bipolar, entre otros; sin embargo, los adolescentes no deprimidos también pueden cursar con ideación suicida y no todos los trastornos de ánimo explican las conductas e ideas suicidas (Carballo et al., 2020).

No obstante, los adolescentes con comportamiento suicida cursan con ideas de desesperanza, tristeza, minusvalía y muerte. Son a menudo estigmatizados y rechazados; suele considerarse que son poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones (Carear et al., 2014). Esta estigmatización limita significativamente la disposición de los adolescentes a buscar ayuda (Batterham et al., 2013; Grimmond et al., 2019), y puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, privando a las personas afectadas de atención médica y apoyo (Carear et al., 2014).

También se ha encontrado que ante la interacción con el paciente psiquiátrico, el paciente deprimido en un 67.0 % de los profesionales de la salud genera compasión, seguida de satisfacción personal (autorrealización) en un 35.8%; y miedo en un 75.0% en el paciente agresivo (Sevillano y Ducret, 2010).

Para los profesionales de la salud es importante conocer los sentimientos que genera el comportamiento suicida de los adolescentes y como estos sentimientos pueden generar valoraciones éticas y cursos de acción en la atención médica. El objetivo de conocer nuestros sentimientos es desarrollar valores, principios y actitudes dentro de un marco

ético. En el presente estudio se propone la ética de los sentimientos expuesta por Etxeberria (2008) y la ética de la inclusión expuesta por el mismo autor (2018).

En consecuencia se propuso realizar una investigación cualitativa cuya metodología fue la teoría fundamentada con análisis de discurso para poder identificar los sentimientos morales, describir las valoraciones éticas en la dinámica inclusión-exclusión y presentar los cursos de acción que se expresan un grupo de médicos, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida en marco de la ética de los sentimientos y en la ética de la inclusión propuestas por Etxeberria, ya que no se encuentran estudios en la literatura de este tema en relación con: adolescentes con comportamiento suicida, ética de los sentimientos y personal de salud, con perspectiva bioética o ética. Existen estudios e investigaciones con perspectiva psicológica, pero no se encontraron con perspectiva bioética. Como se puede observar en el marco referencial.

Objetivos

Objetivo General

Analizar cuáles son las valoraciones éticas en la dinámica inclusión y exclusión y los cursos de acción en la prevención de un nuevo intento de suicidio con base a los sentimientos morales que expresan un grupo de médicos, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida en el marco de la ética de los sentimientos y de la ética de la inclusión propuestas por Xabier Etxeberria.

Objetivos específicos

- Identificar los sentimientos morales de un grupo de médicos en la atención de adolescentes con comportamiento suicida desde la perspectiva de la ética de los sentimientos propuesta por Etxeberria.
- Describir las valoraciones éticas en la dinámica inclusión y exclusión que realiza un grupo de médicos en la atención de adolescentes con comportamiento suicida desde la perspectiva de la ética de la inclusión propuesta por Etxeberria.
- Presentar los cursos de acción que expresan un grupo de médicos, en relación con la prevención de un nuevo intento suicida en adolescentes.

Anticipación de sentido

La estigmatización que sufren los pacientes con enfermedad mental y entre ellos los adolescentes con comportamiento suicida puede hacer que los médicos los vean con poca

consideración, que tengan hacia ellos actitudes negativas o que los lleve a la discriminación del paciente; de otra parte, por la edad de estos pacientes puede ser que los médicos los vean con actitudes paternalistas o compasivas.

Marco de referencia

Estado de la cuestión

Suicidio en adolescentes

Para el marco teórico de este artículo se adoptaron las definiciones dadas por la OMS quien en el 2014 definió:

Suicidio: como el acto deliberado iniciado y desarrollado para terminar con la propia vida, en conocimiento de la fatalidad del resultado; *Intento de suicidio* como cualquier comportamiento suicida no fatal y se refiere a envenenamiento, lesión o autolesión autoinfligida intencionalmente que puede tener o no una intención o resultado fatal, incluyendo en esta definición la autolesión no fatal sin intención no suicida; y *el comportamiento suicida* como: una gama de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación), planificar el suicidio, intentar suicidarse y el suicidio en sí. (p. 12)

Según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013) define: “Un intento de suicidio es un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir. El comportamiento puede dar lugar o no a lesiones o consecuencias médicas graves” (p.81).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association Publishing, 2013) define:

Como trastorno de comportamiento suicida según los criterios propuestos:

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses.

Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.

- B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.
- C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.
- D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.
- E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso. (p. 213)

Existen diversas definiciones en la literatura del concepto de la ideación suicida, esto nos refleja la complejidad de la situación y depende de las experiencias personales, culturales, religiosas y sociales en la cual se desarrolla un individuo. Es así como Sarro (1984) conceptualiza la ideación suicida como el acto de pensar en atentar contra la propia integridad; Kessler et al. (1999) lo han definido como el sentimiento de estar cansado de vivir, la creencia de que no vale la pena la vida y el deseo de no despertar del sueño (como se cita en Morales et al., 2014).

Gould et al. (2003) refieren que la conducta suicida se considera un proceso que se inicia con la ideación suicida (deseo de muerte, preocupación autodestructiva, planificación de un acto letal), discurre por el intento suicida y finaliza, en algunos de los casos, con el suicidio consumado (como se cita en Morales et al., 2014).

Oyebode (1996) opina que no existe una definición sobre ideación suicida aceptada por todas las sociedades, ya que el concepto tiene aspectos morales difíciles de legislar o de comprender plenamente (como se cita en Huff et al., 2017).

En la problemática del comportamiento suicida en adolescentes es importante conocer una de las teorías del desarrollo de la ideación suicida expuesta por Klonsky y May (2015), conocida como la teoría de los 3 pasos “The Three-Step.3ST”: Donde consideran que el inicio de la ideación suicida comienza con el dolor, generalmente pero no necesariamente al dolor psicológico o emocional. Si la experiencia cotidiana de una persona se caracteriza por el dolor, se castiga a esta persona por vivir, puede disminuir su deseo de vivir e iniciar ideas suicidas. El dolor en diferentes formas:

por ejemplo, descarga eléctrica [Alexander et al., 1973], ruidos fuertes [Watson y Rayner, 1920], olores nocivos [Tanner & Zeiler, 1975], exclusión social [Williams, Cheung y Choi, 2000], o cualquier estímulo suficientemente aversivo [Mazur, 2012]), sufrimiento físico (Ratcliffe, Enes, Belik y Sareen, 2008), aislamiento social

(Durkheim, 1897/1951), carga y baja pertenencia (Joiner, 2005), derrota y atrapamiento (O'Connor, 2011), autopercepciones negativas (Baumeister, 1990) y una miríada de otros pensamientos, emociones, sensaciones y experiencias aversivas. (Klonsky y May, 2015, p.117)

La ideación suicida en el primer paso comienza con el dolor y posteriormente se pierde la esperanza que la situación puede mejorar, por lo cual el segundo componente para el desarrollo de la ideación suicida es la desesperanza. Se encuentran que el dolor y la desesperanza, combinadas, son las dos motivaciones más comunes e importantes para los intentos de suicidio. El segundo paso es la pérdida de la conectividad o del apego hacia algo o alguien, el trabajo, el amor, los hijos; esa sensación de pérdida de estar conectados con alguien. El tercer paso es la capacidad adquirida, interpretada como la habituación de un individuo al dolor, al miedo y a la muerte, por medio de estar expuestos a experiencias de vida, como abuso físico, autolesiones no suicidas, el suicidio de un miembro de la familia o amigo, combates de guerra o cualquier otra experiencia dolorosa o eventos provocativos (May y Klonsky, 2015).

Otros marcos teóricos consideran que los factores sociales tienen una fuerte influencia en las tendencias suicidas, las personas más sensibles a los juicios sociales tienen más probabilidades de desarrollar los sentimientos de derrota y humillación, unido a la incapacidad para resolver adecuadamente los problemas sociales (Grimmond et al., 2019).

Estos modelos teóricos han postulado que la dificultad en la socialización y los conflictos interpersonales se han identificado como predictores de suicidio en adolescentes (Grimmond et al., 2019).

Grimmond et al. (2019) realizaron una revisión sistemática cualitativa de 27 estudios que se centraron en el suicidio juvenil, encontraron factores desencadenes más comunes en tendencias suicidas en adolescentes y los agruparon en:

Comportamientos, los más comunes fueron: la dificultad en la comunicación, específicamente con la comunicación de sentimientos personales, las malas relaciones, la desconfianza de quienes los rodean, el antecedente de autolesiones, exhibir cambios de humor y la participación en actividades de alto riesgo. Los pensamientos de minusvalía entre los cuales destacamos: el no conocer su propósito de vida, la pérdida del futuro y la carencia de objetivos y planes.

Los sentimientos más frecuentemente reportados fueron los de inutilidad, autodesprecio, otros problemas generales de autoestima, insatisfacción con la apariencia física y vergüenza. Estos sentimientos generalmente se asociaron con el rechazo, real o imaginado, por miembros de la familia o compañeros.

El aislamiento físico y emocional es un importante factor contribuyente, ya que las personas mantienen sus sentimientos en secreto y sienten que pueden sufrir de un estigma asociado con revelar las emociones negativas. Otro sentimiento reportado en los adolescentes con comportamiento suicida fue la ira y la agresión como mecanismo para liberar sus sentimientos.

En cuanto a las *influencias familiares* encontraron que las experiencias negativas de la vida como la muerte de un familiar o un amigo desempeñaron un papel importante en la decisión del adolescente de terminar con su vida. Otros aspectos fueron: las relaciones difíciles con un miembro de la familia, las luchas de relación con sus madres, padres distantes o no disponibles y familias fracturadas. Los conflictos entre hermanos, las duras críticas y la rigurosidad de los miembros de la familia y la dificultad de comunicación dentro de la familia. La violencia familiar y el maltrato infantil contribuyeron directamente a la ideación suicida.

Las *influencias de los compañeros* fueron un factor contribuyente, la importancia de la vida social y escolar, los desafíos académicos, el bajo rendimiento, la baja autoestima, la desilusión de los padres, estrés, intimidación por parte de los compañeros, el fracaso de las relaciones románticas y el embarazo en la adolescencia.

Otros factores contribuyentes fueron la experiencia con drogas ilícitas o/y alcohol, el consumo de sustancias y las enfermedades mentales en adolescentes.

Se identificaron factores útiles en la recuperación, los más importantes fueron: la mejoría de las relaciones interpersonales con miembros de la familia, compañeros y profesionales de la salud mental, la conexión con al menos otra persona, incluidos otros pacientes en programas de rehabilitación, lo cual se consideró la más importante para una recuperación exitosa. Este desarrollo de nuevas relaciones es esencial para reconstruir su autoestima que es otro tema clave para recuperarse de las tendencias suicidas.

Entre las creencias de la comunidad el más frecuente es el estigma severo en torno al suicidio, ya que esta estigmatización obstaculiza significativamente la disposición de los adolescentes a buscar ayuda (Batterham et al., 2013; Grimmond et al., 2019).

Otros autores encontraron con relación al estigma que históricamente las personas que cometieron suicidio son vistas de modo más negativo, si se les comparan con los individuos que murieron por otras causas (Sand et al., 2013); aquellos que sobrevivieron a un intento de suicidio pueden ser estigmatizados como “buscadores de atención” (Sudak et al., 2008); además son normalmente catalogados como débiles, sin fe, provenientes de familias de mala índole (Tadros y Jolley, 2001), lo cual puede llevar a que el joven sea renuente a buscar ayuda y en poner en peligro su seguridad personal y su salud mental (Witte et al., 2010).

Se encontró que las mujeres adolescentes tienen el doble de riesgo de suicidio que los hombres adolescentes y esto aumenta a tres veces si padecen una enfermedad. Los adolescentes que han sido víctimas de cualquier tipo de violencia interpersonal durante la infancia o adolescencia tienen dos veces más riesgo de realizar intentos de suicidio cuando son jóvenes o adultos jóvenes, y este riesgo casi se cuadruplica cuando el abuso ha sido sexual, pero la asociación entre violencia interpersonal y abuso sexual aumenta hasta 10 veces la muerte por suicidio respecto a los que no han sido víctimas (Castellvi et al., 2018). Otros factores familiares relacionados con suicidio en adolescentes se encuentra su asociación con una madre ansiosa, con trastornos de personalidad o antecedente de intento de suicidio, también el trastorno físico por parte de la madre es un factor asociado relevante (Ministerio de Salud y Colciencias, 2015)

Estadísticas

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) comunica que a nivel mundial cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos y es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años.

De acuerdo con el INS (2019) la tasa de intento de suicidio nacional en el año 2018 fue de 56.8 casos por 100 000 habitantes; en niños entre 15 a 19 años la tasa de suicidio fue de 175.86, cuando en el año 2009 correspondía a 5.06 por 100.000 habitantes, lo que refleja un importante incremento en los últimos 10 años como se observa en tabla 1 y en la figura 1.

Tabla 17

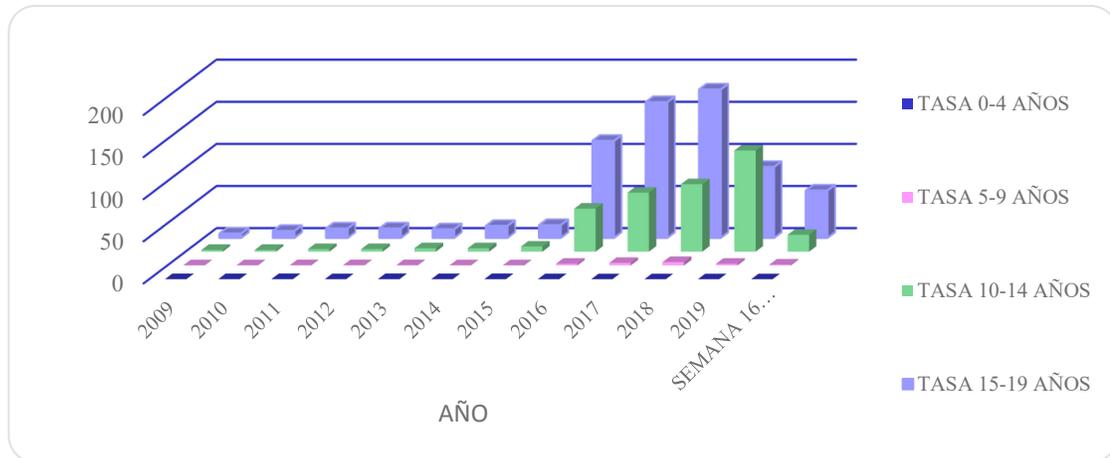
Tasa de intento de suicidio en menores 19 años, Colombia 2009-2020

Tasa de intento de suicidio Colombia. Menores de 19 años				
Año	TASA 0-4 AÑOS	TASA 5-9 AÑOS	TASA 10-14 AÑOS	TASA 15-19 AÑOS
2009	0,19	0,09	1,66	5,06
2010	0,19	0,14	2,15	7,79
2011	0,28	0,23	3,12	10,54
2012	0,12	0,23	3,23	10,43
2013	0,3	0,16	3,51	10,26
2014	0,21	0,14	4,25	13,55
2015	0,25	0,12	5,72	15,01
2016	0,05	1,55	50,94	114,45
2017	0	2,46	73,4	161,31
2018	0	3,76	81,24	175,86
2019	0	1,9	120,7	83,9
SEM 16 DE 2020	0	1,3	20,2	55,9

Nota: Elaboración propia. Fuentes: (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2018); (INS, 2019); (INS, 2020).

Figura 15

Tasa de intento de suicidio por cada 100.000 habitantes/año. Menores 19 años. Colombia 2009-2020



Nota: Elaboración propia. Fuente Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, (2018); (INS, 2019); (INS, 2020).

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2018) reportó como causa de muerte violenta por suicidio en el año 2018 una tasa de 0.05 por 100.000 en niños de 5 a 9 años, 2.63 entre las edades de 10 a 14 años y de 6.64 entre 15 a 17 años con incremento con respecto a los años anteriores como se observa en la figura 2.

Figura 16

Tasa de mortalidad por suicidio por cada 100.000 habitantes, en niños 5-17 años. Colombia 2009 - 2018



Nota: Elaboración propia, Fuente INMLCF, Boletín estadístico mensual, 2009 -2018.

Como podemos observar la tasa de intento de suicidio y la tasa de mortalidad por suicidio en niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos 10 años en Colombia, lo que representa un importante problema de salud pública y en la salud mental de los

adolescentes en Colombia. Por esta razón es importante para el personal de salud participar en las medidas de prevención del suicidio juvenil.

Marco ético

El fenómeno del suicidio juvenil es un tema complejo y poco entendido, donde se encuentran diversas preocupaciones éticas en las que se resaltan “la evolución de los conceptos éticos en relación con la juventud, la autonomía versus responsabilidad social, problemas clínicos y éticos en el manejo de pacientes con comportamiento suicida y problemas relacionados con la prevención del suicidio en diversos entornos culturales” (Huff, 2015, p.123).

Existen por lo menos tres perspectivas éticas con relación al suicidio: *la perspectiva moralista* que sostiene que el suicidio es inaceptable; la obligación moral primordial es proteger la vida y prevenir el suicidio; *la perspectiva libertaria* que está de acuerdo con el derecho de una persona a morir por suicidio, ya que lo consideran un acto razonable y calculado para evitar el dolor y *la perspectiva relativista* que postula que el juicio ético es simplemente una cuestión de opinión y las opiniones varían de una cultura a otra y de persona a persona, determinando por los mejores intereses de la comunidad afectada y utilizando a menudo un análisis costo/ beneficio de la utilidad (Huff, 2017).

Como hemos podido observar en la aproximación sobre algunos aspectos del suicidio, el comportamiento suicida en adolescentes se encuentra determinado por diferentes causas y nuestra práctica médica frente a ellos debe desarrollarse en un marco ético, individualizando a cada situación y condición de cada adolescente, por lo cual se plantea seguir la línea ética propuesta por Etxeberria para conocer los sentimientos morales respecto a la atención médica de los adolescentes con comportamiento suicida y con ello identificar las valoraciones éticas y presentar los cursos de acción que se realizan.

Ética de los Sentimientos descrita por Xabier Etxeberria

Aunque Etxeberria originalmente escribió el libro “*Por una ética de los sentimientos en el ámbito público*” en el 2008, motivado por la vida político-mediática que se observaba en esos momentos en España y en especial en el País Vasco también la ha proyectado en otros contextos como en *la ética de la inclusión y personas con discapacidad intelectual* en el 2018, entre otros. La investigadora del presente estudio infirió que la ética de los sentimientos y la ética de la inclusión se puede aplicar en la atención médica de

adolescentes con comportamiento suicida de manera que se realizó una revisión de estos temas que pueden tener aplicabilidad en el presente estudio.

Etxeberria (2010) define víctimas en sentido ético como: “todas aquellas personas que sufren injustamente la intervención de otros seres humanos, ya sea de modo directo o a través de estructuras de opresión de manera tal que sus derechos como sujetos de dignidad son violados” (p. 7). Por consiguiente podemos inferir que un porcentaje de adolescentes con comportamiento suicida son, en parte, víctimas de la sociedad, conociendo los factores de riesgo como son los antecedentes de la violencia familiar, el maltrato infantil, el abuso sexual, la intimidación por parte de los compañeros, el acceso temprano a drogas ilícitas y al alcohol, el aislamiento físico y emocional, las luchas de relación con sus madres, padres distantes o no disponibles, las críticas y la rigurosidad de los miembros de la familias (Grimmond et al., 2019); los niños presentes en los conflictos armados, las enfermedades mentales no diagnosticadas y sin tratamiento en la infancia, la trata de niños y niñas, prostitución, matrimonios forzados, adopción ilegal, mano de obra barata o no remunerada (trabajo infantil), las dificultades en torno a la identificación sexual y el temor a la reacción de la familia, ausencia de vínculos afectivos, dificultades socioeconómicas en la familia, barrera de acceso a la educación formal, migraciones interna y externas, desastres naturales (Instituto Colombiano de Bienestar familiar, 2018) y la estigmatización que sufren al revelar sus emociones negativas o/y por el comportamiento suicida. Por estas razones podemos considerar que cierto porcentaje de los suicidios en niños, niñas y adolescentes son atribuibles al comportamiento de la sociedad y podemos considerarlos como víctimas dentro de la definición que realiza Etxeberria.

Los sentimientos son considerados como “connotaciones emocionales que provoca en el sujeto humano un «objeto» en el sentido más genérico que esta palabra puede adquirir” (Etxeberria, 2008, p. 15), y afecta la totalidad de la persona primordialmente, sus dimensiones cognitivas y motivacionales, lo cual nos hace conscientes de nuestros propios sentimientos y nos da la posibilidad de percibir e interpretar los de los otros. En este proceso de interpretación podemos equivocarnos y sacar conclusiones inadecuadas que pueden inducir a las correspondientes conductas con riesgo de error (Etxeberria, 2008).

Si algo no nos afecta sentimentalmente es porque para nuestras vivencias personales no es relevante, nos es indiferente. De tal modo los sentimientos subjetivizan las

relaciones que sostenemos y revelan la verdadera importancia de lo que significa la otra persona, siendo el termómetro para aquello que le damos importancia, para bien o para mal (Etxeberria, 2008).

Según Etxeberria (2008) “los sentimientos “los padecemos”, en cuanto que lo “sentimos” emergen en nosotros al margen de nuestra voluntad (por lo que, desde este punto de vista, no debe asignárseles culpabilidad)” (p. 21); pero las acciones que se derivan o no de ellos se encuentran enmarcadas por diversas variables personales y por la posición de mi libertad confrontada con la moralidad. Estas acciones, en el ámbito público, se deben penalizar, pero también, tenemos que ser capaces de tener pedagogías formales o informales que ayuden a las personas a gestionar sus sentimientos y poderlos conducir a acciones positivas para la sociedad (Etxeberria, 2008).

Es así como los sentimientos afectan las facultades de las personas motivando su iniciativa -de acción o de inhibición de acción-, sí funcionan adecuadamente en una dimensión cognitiva nos hacen descubrir ciertas realidades. De tal forma que, los sentimientos son tan relevantes que es importante cultivarlos y educarlos para que sean expresados en su versión moral y que sean interiorizados en nosotros establemente como actitudes y virtudes (Etxeberria, 2018).

La modulación que hace una persona cuando el “objeto” genera un sentimiento está sujeta al menos a las siguientes variables: a sus necesidades, deseos e intereses; a sus creencias y expectativas; a su constitución psicofisiológica; a las ideas que tiene sobre sí mismo y sobre sus capacidades; a los hábitos que ha adquirido mediando un aprendizaje; a los valores y deberes que ha interiorizado; al estado en que se encuentra en el momento de recibir la estimulación (Etxeberria, 2008).

Los sentimientos experimentados no solo dependen del estímulo externo y de las variables subjetivas; también dependen de tres factores para su expresión colectiva: de la condición humana en sí, con sus correspondientes necesidades; del marco histórico-cultural en el que el individuo se encuentra, y del proceso de socialización, en una de esas culturas. En consecuencia los sentimientos tienen connotaciones colectivo-sociales (Etxeberria, 2008).

La vivencia de un sentimiento, lo hace moral, cuando se desarrollan una o varias virtudes y lo expresa en 4 pasos:

1. El sentimiento es vivenciado por la persona en su intensidad y orientación adecuada (el justo término medio y la prudencia o sabiduría práctica).
2. La persona racionaliza el sentimiento para generar la fuerza motivacional.
3. La persona articula el sentimiento con otros sentimientos, con su carácter, con su personalidad.
4. La virtud se desarrolla cuando la persona genera de modo habitual la conducta correspondiente, la práctica adecuada (Etxeberria, 2008).

De tal forma, los *sentimientos morales* son aquellos sentimientos, emociones, motivaciones, corporalidad que son impregnados por la virtud, como carácter moral. La virtud logra que tengamos las emociones cuando es debido, por lo que es debido y como es debido, es decir, las virtudes como modulaciones estables de los sentimientos orientados al bien. La virtud no es transitoria, permanece en el tiempo, es una disposición permanente hacia el bien que desborda las acciones y se autentifica en ellas (Etxeberria, 2013).

Se nos presenta una serie de sentimientos relevantes por sus posibilidades de impacto en el ámbito público, en orden de exposición alfabético y ofreciendo apuntes respecto a su desarrollo como sentimientos morales (Etxeberria, 2008), y los cuales pueden ser importantes para el personal sanitario en la atención de adolescentes con comportamiento suicida.

Etxeberria (2013), como se cita en MacIntyre(2001), ejemplifica la acción médica como una actividad cooperativa donde intervienen muchas personas y socialmente está establecido quién es el médico, quién es el paciente, qué es un hospital; sujeta a reglas en términos médicos pero también éticos, con bienes inherentes como curar y prevenir la enfermedad que son el horizonte de la excelencia de la medicina y donde la virtud consiste en la cualidad adquirida cuyo ejercicio nos hace capaces de lograr los bienes inherentes; por consiguiente el médico virtuoso es aquella persona que hace las cosas de tal manera que consigue que el bien inherente de la medicina sea realizado lo mejor posible.

Entre los sentimientos morales expuestos por Etxeberria (2008) en el ámbito público encontramos:

1. Admiración: Etxeberria (2008) lo define como el asombro que produce en nosotros alguien extraordinario con reconocimiento de cierta superioridad o eminencia.

No es envidia si está acompañada de estimación, alegría y simpatía. Con dos caras en el ámbito público: la admiración acompañada de respeto y algo de temor por el poder que tiene, provocando reiteración de la acción admirada; y motivando el apoyo público a esa persona y a su causa, con sus correspondientes consecuencias. Esta admiración puede ser de tal intensidad hacia la persona y la cualidad admirada que el sentimiento puede evolucionar a pasión, a fascinación e incluso a identificaciones fanáticas, lo cual podría llevar a fenómenos violentos. Volviéndose la admiración una virtud cuando se admira por razones morales, repudiando el valor negativo contrario, estableciendo jerarquías valorativas positivas y realizando una autoevaluación comparativa del sujeto que se admira. En el sentimiento de admiración, que orienta a la acción le corresponde normalmente el deseo de imitar lo admirado, ese deseo de acercarnos a su excelencia es incitador de iniciativas en dos direcciones que se pueden complementar: provocando la reiteración de la acción admirada por parte del admirador o de modo más modesto el apoyo público a esa persona admirada y a su causa con sus correspondientes consecuencias. Si la admiración ha tenido motivación moral, el sentimiento se desarrollará en el apoyo a quienes trabajan por la paz, la justicia y la libertad, en caso contrario se acaban apoyando las acciones violentas y opresoras (Etxeberria, 2008).

2. Compasión: Este sentimiento lo define inicialmente Etxeberria (2008) como “la vivencia de un sufrimiento a causa del sufrimiento o desgracia de otro, acompañada del impulso de aliviarlos o evitarlos” (p.42), es fundamentalmente una reacción ante el dolor del otro es, un “sentir con” y en cierta medida asumido como propio, pero dispuesta a la acción. Implica tristeza o pena por el dolor, el mal y la vulnerabilidad ajena.

Convirtiéndose la compasión en un sentimiento moral cuando reconoce efectivamente la dignidad del que sufre, a causa de la desgracias o ultrajes sufridos; y asociado con la justicia por el otro, sitúa la compasión en relación de igualdad moral, lo cual no implica “ser compadecidos”, implica una acogida empática de las víctimas y necesita discreción para no herir. El sentimiento de compasión “solo será moral y se convertirá en virtud cuando se articule con sentimientos como el del respeto al otro en cuanto a sujeto de dignidad” (Etxeberria, 2008, p.93).

3. Esperanza: Etxeberria (2008), lo define como “es el sentir que lo que deseamos es posible, que podrá realizarse, aunque exista un margen significativo de

dificultad y riesgo” (p.72), lo considera un sentimiento positivo, una virtud en la medida que sea una motivación para trabajar activamente por lo que se quiere. Pero también tiene el riesgo de ser ingenua al no ser consciente de las dificultades, el de motivar la inacción, la mera espera pasiva. La esperanza hecha virtud supera estos riesgos.

La esperanza tiene curso de acción moral cuando se trabaja activamente por lo que se quiere, superando conscientemente las dificultades, es además un aliciente contra el desaliento cuando parece instalarse la injusticia y la violencia un estímulo para el compromiso paciente y activo contra ellas (Etxeberria, 2008).

4. Indignación: Etxeberria (2008), lo define como la “expresión de ira desencadenada por algo que se estima injusto, inmoral, reprochable” (p.47), Estaría sintetizada sobre todo, aunque no exclusivamente, en la clásica reacción de “¡no hay derecho!”. Tiene una significancia moral cuando se quebrantan los derechos humanos, el cual unido al sentimiento de dignidad lo convierte en moral: “estamos llamados a indignarnos porque se ha dañado la dignidad de quien es sujeto de dignidad, esto es, todo ser humano” (p.49). La indignación unida a la compasión ofrece recogida en el reconocimiento de la víctima y solidaridad con ellas. No sentir indignación por la injusticia sufrida por determinados sectores de personas o persona concreta, es muestra como mínimo, de nuestra muy baja sensibilidad moral.

En el sentimiento moral de indignación las acciones a las que empuja deben ser primero no indignas, en otras palabras se centrará en ser indignación ante la acción injusta cometida, respetando los derechos humanos del que comete la injusticia. No es solamente lucha contra el mal; es también solidaridad con las víctimas. La justicia que aspira instaurar no es el castigo al culpable sino como reparación a la víctima (Etxeberria, 2008).

5. Indiferencia: Etxeberria (2008) se refiere a este sentimiento como las circunstancias en la que se es indiferente a lo que se conoce o se puede conocer, como un “no sentir” ante alguien o algo que se esperaría que nos provocara “un sentir”. La indiferencia es inmoral cuando no me afecta lo que me debería afectar, cuando es insensibilidad ante lo que no tendría que dejarme insensible. Para lo cual se propone educar contra la indiferencia hasta lograr ver a las víctimas con una perspectiva empática. La indiferencia inmoral supone un autocentramiento desmesurado en uno mismo, que puede llevarnos en varias direcciones como: al desprecio hacia el otro, entonces no actúa

como un no- sentimiento, sino como un sentimiento negativo o como que ese otro no me cree problemas, con un sentimiento latente.

6. Miedo: Etxeberria (2008) lo define como una perturbación desagradable del ánimo, inquietud, tensión, ansiedad, debida a la percepción de un peligro o una posibilidad de padecimiento. Con implicación en el ámbito público en el que se puede suscitar el miedo al otro diferente, en cuanto diferente y como amenaza para nuestra identidad, sin que haya bases objetivas. Explicando que en el miedo siempre tememos perder algo: la identidad personal o colectiva, la seguridad en sus diversas facetas, la integridad psicofísica, las libertades, que les suceda un daño a quienes queremos.

Según Etxeberria (2008) en el sentimiento de miedo las acciones típicas son la huida del peligro, cuando es factible, la de la sumisión cuando no lo es. El sentimiento de miedo es moral cuando no da lugar al comportamiento de cobardía y “gracias a una valentía que, emergiendo de la libertad y motivada por el bien, sabe sobreponerse a él” (p.55) y buscan desbordarlo en actitudes de coraje y valentía que afrontan ya no solo los peligros sino las adversidades y dificultades en general.

7. Remordimiento y arrepentimiento: Etxeberria (2008) considera remordimiento “el estado afectivo que sobreviene a una persona cuando ha hecho daño a otra o, en general, ha quebrantado lo que considera una norma que se le impone” (p.74) y supone inquietud, desasosiego, malestar, sobre todo, pesar. Se puede derivar en arrepentimiento cuando no es solo el sincero dolor por mal cometido y el daño causado, sino el deseo eficaz de renunciar a él y reparar lo reparable. Tienen acciones morales cuando pueden preparar y motivar procesos de reconciliación.

8. Solidaridad: en sentido moral tiene su base en la empatía, que puede adquirir la forma de compasión en su sentido más noble, con la meta de compartir lo que se tiene sin calcular el provecho personal, sino pensando en la búsqueda del bien de los otros y en el provecho colectivo, que se expresa en el marco de la igualdad y afirma el deber de ayuda positiva al otro necesitado (Etxeberria.2002b), significa llevar las cargas de los otros y luchar por sus causas, haciéndolas propias (Etxeberria, 2012). Pero tienen el peligro de no reconocer la autonomía de los individuos y de ser solidaridades cerradas donde la cohesión interna se expresa como insolidaridad pasiva o incluso activa hacia el exterior (Etxeberria.2002b).

La solidaridad debe gestar, potenciar y respetar la autonomía de las personas garantizando que la solidaridad sea auténtica con interdependencia mutua. Quien tiene la virtud de la solidaridad ha interiorizado las disposiciones de llevar las cargas de los otros y luchar por sus causas, haciéndolas propias y las traduce en obras (Etxeberria, 2012).

Las virtudes

Etxeberria (2002b) define virtud como aquella fuerza para actuar que realiza la excelencia del que actúa, que le hace ser de hecho lo que es potencialmente, llevándole a la plenitud. Es decir, la virtud es lo que nos hace humanos y, por extensión, lo que hace humanas a las sociedades (p. 47).

Etxeberria (2002b) describe que la virtud es un hábito o disposición para hacer el bien, que se adquiere con la práctica. Se aprende y se interioriza la virtud actuando virtuosamente. “La virtud es así aquello que podemos y sabemos hacer y qué hacemos con razonable facilidad” (p.48). Podemos ser virtuosos o viciosos según la conducta habitual que se tenga y depende de unos factores que se relacionan como el carácter, las condiciones objetivas de la vida social y la educación.

Es así es que las virtudes son valores interiorizados, vividos, encarnados en nosotros, efectivos; son a la vez “la disposición permanente hacia el bien obrar” (p.138) expresándose como hábitos de conducta y presuponen una elección moral que integran razón y sentimiento, no solamente predisposición psicológica; pero para cultivarlas es importante que conozcamos nuestras inclinaciones (Etxeberria, 2019).

Las virtudes deseables en los profesionales de la atención en salud, en la atención relacional, no debe ser vistas como una especie de *añadido de amabilidad* al hacer profesional, forma parte de él. “Y el profesional debe tener y ejercer las competencias que precisa su labor. Y el corazón moral de esas competencias, que implican conocimientos, habilidades y destrezas, son las virtudes” (Etxeberria, 2019, p.139).

Etxeberria (2019) señala que existe una red básica de virtudes como condición necesaria de posibilidad del buen ejercicio de la medicina. Por ejemplo, la práctica de la virtud de la escucha, articulada con los conocimientos profesionales necesarios puede ser decisivo para que ciertos diagnósticos se hagan correctamente.

Es importante tener en cuenta que el carácter moral de cada profesional en concreto, configurado por sus virtudes, tenga conexiones con su carácter psicológico y con sus

referentes culturales. Existen virtudes especialmente necesarias como explica Etxeberria (2019): el reconocimiento del otro, el respeto, la escucha, la dialogalidad, la humildad, la confianza, la cordialidad, la servicialidad, la discreción, la serenidad, la prudencia, la paciencia, la perseverancia... con el objetivo de realizar mejor la atención debida al otro, nos plenifica, nos hace felices no solamente en *el bien-estar*, sino sobre todo *el bien-hacer* y *el bien-ser* (p. 138).

Etxeberria (2019), como se cita en MacIntyre (2001), para la clasificación de las virtudes, distingue “entre virtudes de la independencia que nos posibilitan dar —por ejemplo, la servicialidad o la perseverancia— y virtudes de la dependencia que nos facilitan recibir —por ejemplo, la escucha o el agradecimiento” (p.139) y agrega las virtudes mixtas que sintetizan el dar y el recibir, como la dialogalidad, la confianza y la humildad que es la clave para recibir al otro, para hacerle lugar en nosotros y en un momento se hace condición de dar y donde el médico que mejor da, es quien tiene la virtud de la humildad.

Valoraciones éticas

Etxeberria (2002b) explica que los valores aparecen en nuestra condición de seres humanos, están ligados a la creación humana y son mensurables, y donde el valor en sentido moral es un “valor absoluto” integrado precisamente en los seres humanos en su condición de tales. Todo valor engendra deber y todo deber procede de un valor y estamos obligados a hacer realidad lo que percibimos como valioso; es aquí donde los “juicios morales en situación aquellos que me indican los que debo hacer en el aquí y ahora, encarnados en ese aquí y ahora ideales y normas” (p. 73).

Las creencias que tenemos sobre los otros van a condicionar decisivamente la percepción que tenemos de ellos y los sentimientos correspondientes hacia ellos; y serán los valores particularistas o universalistas a modos de comportamientos que afiancen los sentimientos aversivos con lo que podamos contemplarlos inicialmente, o que se desborden y desplacen en sentimientos de respeto y solidaridad (Etxeberria, 2008). De tal forma en la perspectiva social los valores más pertinentes son “los de la triada de la revolución francesa: libertad, igualdad y fraternidad o si se quiere: tolerancia, justicia y solidaridad” (Etxeberria, 2002b, p.46).

Unas de las valoraciones que se les pueden realizar a los adolescentes con comportamiento suicida es desde la dinámica de la inclusión y de la exclusión por tal motivo se propuso revisar la ética de la inclusión desde la perspectiva de Etxeberria para conocer la dinámica de inclusión-exclusión, como valoración que pueden realizar los médicos tratantes.

Ética de la inclusión

En la reflexión Ética que realiza Etxeberria sobre ética y discapacidad podemos destacar el análisis sobre la inclusión y la exclusión: la inclusión como justicia y la exclusión como injusticia (Etxeberria, 2018), tema pertinente para los adolescentes con comportamiento suicida por la estigmatización que sufren (Reynders, 2016).

La exclusión de una persona o de una colectividad se puede presentar de diferentes modos y grados, como: *al ignorar a alguien*, lo cual se puede presentar consciente o inconscientemente, pero aun siendo inconsciente no inhibe la exclusión, *al prescindir* y *al rechazar* activamente a alguien (Etxeberria, 2018).

Se puede excluir a una persona por una identidad, una característica determinada, la cual es asignada por aquél que excluye; es un rasgo considerado negativo o un disvalor que puede suscitar en el que excluye, desprecio o temor. En la persona excluida lo hace no merecedor o incapaz de integrarse normalizadamente a la sociedad, haciéndolo una carga social (Etxeberria, 2018).

La exclusión se encuentra “naturalizada” en la cultura y en las estructuras sociales dominantes. Por ejemplo, es común observar que las personas con discapacidad intelectual son segregadas de la escuela. La exclusión, por acción o por omisión, es moralmente indebida y lesiona la dignidad universal de la persona (Etxeberria, 2018).

Se propone que la dinámica del proceso de exclusión puede llevar a la *estigmatización*, recordando que la estigmatización es una marca o señal, física, psíquica o cultural que tiende a percibirse como indeleble y ante la cual el estigmatizador reacciona con desprecio o incluso odio (Etxeberria, 2018).

También se encuentra en la dinámica de la exclusión la *discriminación*, considerada como el trato desigual o inferiorizador, sin reconocimiento de sus derechos y sin oportunidad para disfrutarlos (Etxeberria, 2018).

Como consecuencia de la discriminación surge *la marginación*, donde sitúan en “espacios especiales” a las personas que la sufren, surgiendo como consecuencia *la invisibilización* que puede dar lugar a mantener la situación de exclusión (Etxeberria, 2018).

La inclusión es el reverso ético de la exclusión, considerada como el buen reconocimiento moral y el reconocimiento en justicia. En la inclusión, la sociedad ofrece apoyos pertinentes a las personas en la medida que lo necesitan y los reconoce como sujetos de dignidad con derechos y deberes, alentando en concreto el autorespeto, la autoestima y la autoconfianza de quien podría ser excluido (Etxeberria, 2018).

Entre las emociones presentes, en el ámbito de la exclusión, para quien es excluido, se encuentran: *vergüenza psicológica* por percibirse con una identidad “inferior”, con ideas de minusvalía y menosprecio; *humillación* ante la percepción de conductas de menosprecio de los otros e incluso *culpabilidad* (Etxeberria, 2018).

Para el que excluye, las emociones que encontramos son: *soberbia* respecto a sí mismo al creerse superior, *menosprecio* y *conmiseración* hacia el excluido al considerarlo inferior (Etxeberria, 2018).

Entre las emociones en el ámbito de la inclusión, para quien es excluido, se encuentran: *la indignación moral* ante la injusticia sufrida, con una adecuada *autoestima* por ser persona sujeta de dignidad y derecho, y autoconfianza en sus posibilidades. Y para quien excluye, *vergüenza moral* con auto asignación de la responsabilidad que le corresponde, *humildad* y *respeto empático* por el excluido, e *indignación moral* ante la injusticia que percibe con compromiso de solidaridad para suprimirla (Etxeberria, 2018).

En virtud de ello, los sentimientos deben ser cultivados y pueden ser educados para que se exprese y potencie en su versión moral, en el bien moral y establecerse en nosotros como actitudes o virtudes para que sea agente decisivo de la denuncia de la exclusión, de la lucha contra ella, de la inclusión lograda (Etxeberria, 2018).

Cursos de acción

Etxeberria (2008) explica que “todos los sentimientos incitan acciones” (p. 53), donde la responsabilidad moral se juega en la construcción de la disposición, existiendo dos enfoques: el deontológico y el aretológico (Etxeberria, 2013). En el enfoque deontológico la responsabilidad moral se enfoca en la acción, como por ejemplo:

¿qué criterios debo tener para que la acción sea éticamente positiva? y el enfoque aretológico es el de la virtud, en el sujeto: ¿cómo tengo que ser como sujeto?, ¿qué forma de carácter moral debo tener yo para afrontar adecuadamente, para enfrentar cierta situación? (Etxeberria, 2013, p.7)

Este enfoque dice que el fin de la vida humana es ser virtuoso, no sólo de forma individual sino también en lo público (Etxeberria, 2013).

Los sentimientos vividos públicamente tienen dos grandes capacidades: la motivacional y la relacional. La capacidad motivacional empuja a la acción, la cual puede ser moralmente positiva o negativa. La capacidad relacional establece lazos intergrupales que pueden ser de unión o de rechazo, que también pueden ser moralmente negativos o positivos. Los sentimientos morales, además de ser internalizados y vitalizados, son fuente de motivación para conductas de impacto público (Etxeberria 2008).

En consecuencia la acción moral es una acción intencional que tiene como elemento determinante un fin y los motivos que expresan razones; además, supone una deliberación donde el agente moral mantiene un debate consigo mismo para formularse los problemas, las oportunidades, las razones de su obrar que acaba en una decisión cuya puesta en práctica es dicha acción (Etxeberria 2002b).

Etxeberria (2002b), como se cita en Diego Gracia, propone que para orientar el camino de las decisiones morales se debiesen considerar 3 momentos:

El momento *a priori*, que puede formularse por el siguiente criterio (U): “Para que una acción pueda considerarse moralmente correcta, tiene que ser universalizable, de modo que no vaya contra el respeto debido a todas y cada una de las personas”. Es el momento de la preminencia de la norma. Ahora bien, hay acciones abstractamente incorrectas que en ciertas situaciones pueden ser buenas, algo que hay que asumir en el momento *a posteriori* según el criterio (P): “Para que las decisiones concretas puedan considerarse responsables y buenas, han de tener en cuenta las condiciones particulares de los hechos y evaluar las consecuencias que posiblemente deriven de ellos”. Este es el momento de la prudencia en el sentido más explícito, de la excepción de la norma. El problema, con todo, de las excepciones es que pueden convertirse en “reglas”. Para evitarlo hay que afirmar un tercer momento, definido por este criterio

complementario (C): “Colabora con las condiciones de aplicación de U, teniendo en cuenta las condiciones situacionales y contingentes”. (Etxeberria, 2002b, p.96)

Para el desarrollo de esta investigación se plantea presentar los cursos de acción que expresan un grupo de médicos, en relación con la prevención de un nuevo intento suicida en adolescentes.

Marco contextual

El proyecto se llevó a cabo en el servicio de urgencias de una clínica de cuarto nivel de complejidad en el servicio de observación de pediatría donde se les presta atención sanitaria a adolescentes con comportamiento suicida por personal multidisciplinario y donde existen protocolos para la atención con programas de prevención y seguimiento.

Marco referencial

En la revisión de base de datos, PubMed, Science Direct, Scielo, Bireme, Redalyc, Dialnet, Word Wide Science Google Escolar, Academia. Edu, no se encontraron investigaciones sobre los sentimientos morales de los profesionales de la salud que atiende adolescentes con comportamiento suicida desde la perspectiva de la Ética de los Sentimientos o con perspectiva bioética.

Se realizó la búsqueda inicial:

“sentimientos morales de los profesionales de la salud que atiende adolescentes con comportamiento suicida”; "moral feelings" AND "teenagers with suicidal behavior" AND "health care personnel"; “sentimientos morales” AND “adolescente con comportamiento suicida” AND “personal de salud”; “moral feelings" AND "healthcare personnel"; OR "doctors"; “moral feelings" AND "pediatricians” AND “ teenagers with suicidal behavior”; “sentimientos en el personal de salud mental”; “feelings in mental health personnel”; “sentimientos de los profesionales de la salud que atiende adolescentes con comportamiento suicida”; "feelings" AND "teenagers with suicidal behavior" AND "healthcare personnel"

Se amplió la búsqueda:

Percepciones de los médicos AND adolescentes con comportamiento suicida.
Percepciones de los psiquiatras AND adolescentes con comportamiento suicida.
Percepciones del personal de salud AND adolescentes con comportamiento suicida.
Emociones de los médicos AND adolescentes con comportamiento suicida. Emociones

de los psiquiatras AND adolescentes con comportamiento suicida. Emociones del personal de salud AND adolescentes con comportamiento suicida. “perceptions of doctors” AND “adolescents with suicidal behavior” “perceptions of psychiatrists” AND “adolescents with suicidal behavior” “perceptions of health personnel” AND “adolescents with suicidal behavior” “emotions of doctors “ AND “adolescents with suicidal behavior” “emotions of psychiatrists” AND “adolescents with suicidal behavior” “emotions of health personnel” AND “adolescents with suicidal behavior” "emotions of healthcare personnel” AND “adolescents with suicidal behavior" “bioética” AND “comportamiento suicida en adolescentes” “bioethics” AND “suicidal behavior in adolescents”

La búsqueda se realizó entre enero 2000 a diciembre 2019.

Encontrando dos artículos y una tesis, sin embargo, no están relacionados con sentimientos morales, bioética o ética y adolescentes con comportamiento suicida, expresan las percepciones del personal de salud desde una perspectiva psicológica y se mencionan por la importancia de sus conclusiones que aportan bases objetivas al presente estudio.

1. Anderson, M., Standen, P. y Noon, J. (2003). Percepciones de las enfermeras y los médicos sobre los jóvenes que participan en conductas suicidas: un análisis teórico contemporáneo. *Revista Internacional de estudios de enfermería*. 40 (6), 587-597

Características importantes: Este artículo presenta un estudio que explora las percepciones de las enfermeras y los médicos sobre los jóvenes que se suicidan concluyendo que se observa frustración en la práctica y recalcan la importancia de lograr una buena comunicación entre el personal de salud y el paciente como un paso para la prevención de nuevos intentos. Uno de los conceptos claves es que los médicos refirieron no tener suficiente tiempo y recursos para mejorar sus relaciones con los jóvenes que tenían comportamiento suicida. También encontraron que los médicos no encontraban seguro el servicio de urgencias para la atención de estos pacientes luego de la fase aguda y la importancia del valor de pasar tiempo para hablar con el individuo para asegurarse de que no vendrían más daños.

2. Lachal, J., Orri, M., Sibeoni, J., Moro, M. R. y Revah-Levy, A. (2015). Metasynthesis of youth suicidal behaviours: perspectives of youth, parents, and health care professionals. *PloS one*, 10(5), e0127359.

Conclusión: La violencia del mensaje de un acto suicida y los temores asociados con la muerte conducen a la incomprensión e interfieren con la capacidad de empatía de los miembros de la familia y los profesionales. El problema en el tratamiento es poder presenciar esta violencia para que el paciente se sienta comprendido y escuchado, y así limitar las recurrencias. Este metanálisis referencia al primer artículo cuando se refiere a los sentimientos de los profesionales.

3. Caycedo, P. y Merchán, M. (2019). *Percepción de los diferentes actores sociales en la atención del paciente con intento suicida*. [Tesis de especialización posgrado de Psiquiatría]. Universidad el Bosque.

Conclusiones: En el grupo de psiquiatras encontraron sentimientos como sufrimiento, desesperanza e incapacidad, son casi constantes en su práctica clínica.

Diseño de la investigación

Metodología

Tipo de investigación

Se trata de un estudio cualitativo con base en la metodología de la teoría fundamentada con análisis de discurso.

Diseño de investigación

La investigación cualitativa se refiere a los estudios sobre el quehacer cotidiano de las personas, interesa lo que la gente dice, piensa, siente o hace; sus patrones culturales; el proceso y el significado de sus relaciones interpersonales y con el medio (Lerma, 2016). Puede tratarse de investigaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos (Strauss y Corbin, 2002).

El análisis cualitativo se realiza con el propósito de descubrir conceptos y relaciones en los datos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico (Strauss y Corbin, 2002). Los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de los datos (Lerma, 2016).

Entre los tipos de investigación cualitativa se encuentra la teoría fundamentada que se compone de conceptos creados a partir de los datos que se agrupan en categorías, el desarrollo de categorías en términos de sus propiedades y dimensiones, y la integración de categorías y niveles más bajos de conceptos en un marco teórico que ofrece información sobre un fenómeno y que dan pistas para la acción (Corbin, 2016). El objetivo

es generar una teoría a partir de los datos recopilados de manera sistemática y analizados por medio de un proceso de investigación (Strauss y Corbin, 2002). El acto de analizar se llama codificación. Se examinan los datos y de ahí se derivan conceptos (Corbin, 2016).

Abela (2001) refiere que el análisis de contenido es una técnica de interpretación de textos, escritos o grabados que se han leído e interpretado adecuadamente y nos abre las puertas al conocimiento de diversos aspectos y fenómenos de la vida social. La lectura se realiza siguiendo el método científico, debe ser, sistemática, objetiva, replicable, y válida. Las *unidades de muestreo* son aquellas porciones del universo observado que serán analizadas; *la unidad de registro* puede considerarse como la parte de la unidad de muestreo, un segmento específico del contenido, que es posible analizar de forma aislada al situarlo en una categoría dada y pueden ser palabras, temas, párrafos o conceptos, posteriormente se determina el *sistema de codificación* que es el proceso donde los datos brutos se transforman sistemáticamente en unidades que permiten una descripción precisa de las características de su contenido; en la categorización “se clasifican los elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía, a partir de criterios previamente definidos”(p.15). Por ejemplo, se puede clasificar por categorías temáticas encontrando los puntos en común que tiene unas con otras.

El análisis de contenido temático selecciona y a veces define las unidades a analizar antes de iniciar el análisis y solo considera la presencia de términos o conceptos, con independencia de las relaciones surgidas entre ellos (Abela, 2001).

Las categorías pueden ser de índole inductiva o deductiva; las categorías deductivas se formulan a partir de la teoría y posteriormente se construyen códigos y categorías que se van aplicando al texto, y las categorías inductivas nacen del material analizado (Abela, 2001).

Finalmente, Olabuenaga (1996) refiere que la estrategia de una investigación cualitativa va orientada a descubrir, captar y comprender una teoría, una explicación, un significado (como se cita en Abela, 2001).

Existen otros métodos de análisis en la investigación cualitativa uno de ellos es el método hermenéutico.

La hermenéutica es la teoría de la interpretación, donde Schleiermacher en el siglo XIX consideró que el habla y la escritura son expresiones de los pensamientos y sentimientos

del individuo, la manifestación externa y objetiva de algo privado, interno y subjetivo; y donde la acción de hablar y la acción de comprender tienen nexos de correspondencia. La comprensión es el intento de recapturar o reconstruir el proceso creativo interno, capturar los pensamientos del autor. Por lo tanto la hermenéutica es el arte de la interpretación que alcanzara dicha reconstrucción (Packer, 2011; Rojas, 2011).

Sin embargo, tiempo después Gadamer expone que leer un texto no es cuestión de comprender a la persona que lo escribió sino comprender el objeto del que escribió; donde el intérprete está guiado por su pasado y prejuicios. Por lo tanto el intérprete debe desprenderse de su tiempo, de sus juicios personales e intenta lograr una contemporaneidad con el texto de referencia y el autor mismo, interpretándolos (Packer, 2011; Rojas, 2011)..

En la actualidad el análisis hermenéutico tiene tres fases: el comprender, el interpretar (explicar) y aplicar (Rojas, 2011). El método hermenéutico ha sido desarrollado como un proceso de interpretación por etapas de textos, de pinturas, esculturas o de una realidad humana social o cultural, pretendiendo llegar a la “*Experiencia del texto*” por medio de actividades analíticas que estudian el texto con dos instrumentos: Descriptivo y reflexivo (Gallo, 2005).

En el instrumento descriptivo además de leerlo, se describe. La descripción es una visión directa del texto y del contexto que enfoca el objeto de la reflexión. En el instrumento reflexivo se objetiviza y se relaciona. La reflexión es un proceso crítico que enfoca y compara los elementos constitutivos del texto. Posteriormente existe el momento comparativo donde se compara el discurso con otros ejemplos de otros autores y el investigador (Gallo, 2005). Deduciendo que no puede existir una única, correcta interpretación de un texto (Packer, 2011).

Características de la población

El estudio fue realizado a 10 médicos de un servicio de urgencias de una clínica de cuarto nivel de Bogotá que atiende adolescentes con comportamiento suicida.

Se realizaron diez entrevistas semiestructuradas, cinco mujeres y cinco hombres (figura 3); de edades comprendidas entre los 33 y los 49 años, con un promedio de 38 años. En cuanto al estado civil se encontró: cuatro personas casadas y seis solteras (figura 4). Referente a los descendientes cuatro personas tienen hijos, seis personas no tienen hijos

(figura 5). El nivel académico encontrado fueron tres médicos generales y siete especialistas (figura 6). Respecto a la religión se encontraron dos personas cristianas, seis personas católicas y dos personas que no profesan religión (figura 7).

Figura 17

Género de participantes



Figura 18

Estado civil de participantes



Figura 19

Presencia de hijos de participantes

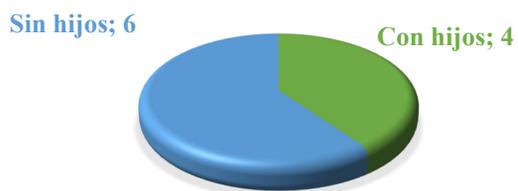


Figura 20

Nivel académico de participantes

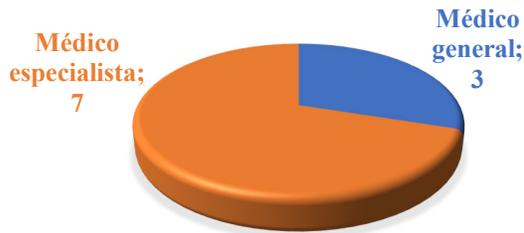
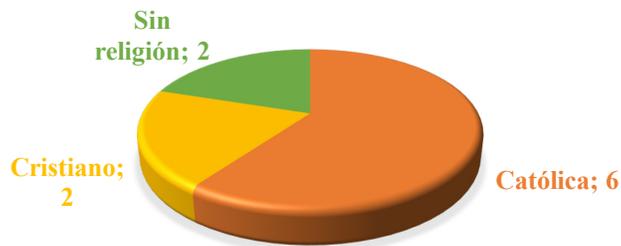


Figura 21

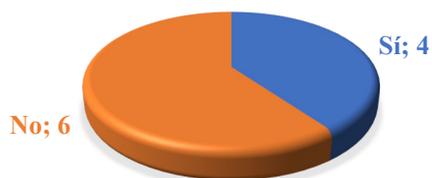
Religión de los participantes



El tiempo de prestación en el servicio de urgencias se encontró entre los 5 años a los 20 años con un promedio de 12.5 años. Los diez participantes refirieron que han atendido pacientes adolescentes con comportamiento suicida. Ninguno tiene formación formal en salud mental. Cuatro médicos se sienten preparados para atender integralmente a los adolescentes con comportamiento suicida y 6 médicos piensan que les gustaría tener mayor formación académica para realizar esta atención (figura 8). Dos médicos han tenido personas cercanas en su núcleo familiar con comportamiento suicida. Ninguno de los 10 participantes refirió tener ideas o haber tenido comportamientos o ideas suicidas.

Figura 22

Interés de los participantes en adquirir competencias en salud mental



Muestra

Se realizó una selección aleatoria por medio de balotas con número asignado con base en la lista de turnos, escogiendo a diez médicos que trabajan en el servicio de urgencias.

Criterios de inclusión para el entrevistado

Ser mayor de 18 años.

Médico graduado.

Con más de 5 años de experiencia en atención de urgencias.

Haber atendido adolescentes con comportamiento suicida.

Querer participar en el estudio de investigación.

Firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión para el entrevistado

Ser menor de 18 años.

No querer participar en el estudio.

Presentar ideas de suicidio estructuradas en el momento de la entrevista.

(En caso de presentar ideas suicidas, la investigadora del presente estudio se comprometió a acompañarlo al servicio de urgencias para manejo integral).

No firmar el consentimiento informado.

Consideraciones Éticas

La investigación, elaboración, realización, transcripción de las entrevistas, la protección de datos se realizó bajo los parámetros de la Declaración de Helsinki y con base en la Resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia y la Ley 1581 de 2012, Ley de Tratamiento de Datos, artículo 6 numeral (e) de la República de Colombia.

Los participantes fueron voluntarios que deseaban participar en el estudio, leyeron y firmaron un consentimiento informado. A cada uno de los sujetos de investigación se les explicó los objetivos del estudio por parte de la investigadora. Las entrevistas fueron grabadas por medio de audio y mantienen en total confidencialidad, en total anonimato, enfatizando en la seguridad y protección de la identidad del sujeto de investigación por medio de un seudónimo escogido por el participante. Las grabaciones se guardaron en archivos confidenciales a los cuales solo tiene acceso la investigadora principal y bajo la protección física de la investigadora principal en una USB. Las entrevistas fueron destruidas al mes de haber realizado las transcripciones correspondientes. Las

transcripciones se mantienen en custodia por la investigadora y fueron analizadas exclusivamente por la investigadora.

Con base en la resolución 8430 de 1993 se considera una investigación con riesgo mínimo ya que se trató de un estudio prospectivo y se realizó a través de un procedimiento común, entrevista semiestructurada y no se manipuló la conducta del sujeto. Adicionalmente, se tomaron las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación y se protege la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. La investigadora principal no necesitó suspender la investigación, no se encontró ningún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realizó la investigación. Así mismo, no se necesitó suspender la entrevista a solicitud de petición del sujeto de investigación. A cada entrevistado se les explicaron por parte de la investigadora los objetivos del estudio y el alcance de la investigación y firmaron el consentimiento informado, libre y voluntario con presencia de dos testigos.

Durante la entrevista ningún profesional manifestó ideas suicidas. La investigadora no tuvo que trasladar al sujeto de investigación al servicio de urgencias para recibir atención médica, ni psiquiátrica. Dos médicos no aceptaron participar en el estudio por lo cual excluyeron del estudio. No se realizó entrevista al personal sanitario que se encontraba en calidad de paciente en el servicio de urgencias o que en el momento de la entrevista se encontrara bajo tratamiento por enfermedad psiquiátrica (no se presentaron estas condiciones).

Se buscó la aceptación por Comité de Ética en Investigación de la organización donde fue aplicada. La investigación fue aprobada con el número CEIFUS 259-20- bajo el Acta número 005-20. Con fecha de aprobación 11 de febrero de 2020, Bogotá D.C.

Diseño del caso tipo

Siguiendo la línea de Etxeberria y como consecuencia del contexto histórico que vivió el País Vasco se elabora por parte del Gobierno Vasco La Guía Pedagógica que pretende la educación para la paz y donde una de las perspectivas pedagógicas es la narrativa, donde el estudiante confronta su mundo con el de la víctima y donde se propone que la ética no es solamente una disciplina filosófica; es una manera de intervenir en el mundo para enfrentar los grandes desafíos actuales; utilizando la ética narrativa como un recurso

importante para la formación ética, ya que en su concepto nos sitúan en la realidad, nos cuentan sucesos concretos de la persona, sus actitudes y la complejidad de ellas. Se resalta el componente afectivo: “Porqué me identifico con los personajes – sufro con este y me indigna el otro-” (Etxeberria, 2010).

Por este motivo se propuso realizar un caso tipo de modo que el médico participante en la entrevista evocara situaciones similares con el objetivo de estar más reflexivo en el momento de la entrevista. El caso tipo fue elaborado por la investigadora principal con base en su experiencia personal y al marco teórico expuesto y el cual no corresponde a ningún caso de la vida real.

El método de caso es una técnica de aprendizaje que tuvo su origen en la Universidad de Harvard en 1914, y tenía como objetivo que los estudiantes de derecho se enfrentaran a situaciones reales y tuvieran que tomar decisiones. Este método de aprendizaje se describe una situación problemática, tomada como conjunto y dentro de un contexto con los datos necesarios para su análisis y donde se puede replicar situaciones críticas de la vida real y el cual es un instrumento propicio para generar discusión acerca de un tema (Estrada y Alfaro, 2015).

Diseño de Instrumento recogida de datos

Como instrumento para recolección de datos se realizó una entrevista cualitativa semiestructurada evocada a partir de un análisis de caso tipo (apéndice A), con el objetivo de indagar sobre los sentimientos morales, las valoraciones éticas y los cursos de acción que realiza el personal sanitario respecto a la atención de adolescentes con comportamiento suicida, buscando el significado del sentimiento moral para cada entrevistado.

Metodología de la entrevista

Para la realización de la entrevista se solicitó con antelación el permiso de un salón de clase, por una hora, buscando la privacidad del sujeto de investigación, fuera del horario laboral y minimizando el riesgo de interrupciones, cercano al servicio de urgencias. A cada entrevistado se le asignó una carpeta bajo el seudónimo de cada participante donde se le colocó la información de cada participante.

La entrevistadora explicó el objetivo del estudio al personal médico y se solicitó la lectura del consentimiento informado (apéndice B) y la firma del formulario

consentimiento informado, libre y voluntario (apéndice C) por el entrevistado con la presencia de dos testigos. Se realizó una entrevista para recolección de datos cualitativos y la confirmación de los criterios de inclusión. Se le entregó a cada entrevistado el caso tipo que evoca la situación de un adolescente con comportamiento suicida (apéndice A), se le solicitó su lectura y análisis. Se le permitió hacer preguntas del caso tipo. Se le solicitó que expresara sus pensamientos y sus sentimientos por medio de una entrevista semiestructurada (apéndice B), para poder establecer las valoraciones éticas y los cursos de acción que realiza el médico en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida.

Las entrevistas se aplicaron en el mes de marzo 2020 en el servicio de urgencias de una clínica de cuarto nivel de complejidad y se realizó un análisis cualitativo de la transcripción de la entrevista abril 2020. Presentado informe final y sustentación en agosto 2020. Todas las entrevistas fueron realizadas y transcritas por la investigadora principal. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas a médicos de urgencias que atienden adolescentes con comportamiento suicida. Dos médicos no aceptaron participar en el estudio, por tal motivo se reasignaron de nuevo las 2 entrevistas.

Cada entrevista fue audio grabada y transcrita en su totalidad por la investigadora principal. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 11.6 minutos y fueron asignadas a cada carpeta. La duración de la entrevista de seis minutos fue realizada a un médico poco interesado en el tema del comportamiento suicida en adolescentes, pero, debido a sus aportes, se incluyó en el estudio.

La entrevista (apéndice B) consistió en preguntas básicas y abiertas orientadas a explorar la experiencia de cada participante en la atención de adolescentes con comportamiento suicida, previa lectura del caso tipo, para identificar los sentimientos morales, las valoraciones éticas, y los curso acción que realizan. En los datos se usaron seudónimos y códigos que identifican a cada participante y se eliminó cualquier característica que pudiera identificarlos. Cada entrevista fue asignada a su carpeta para su análisis.

Análisis de datos cualitativos

La información obtenida de las entrevistas se analizó de forma cualitativa con base en la metodología fundamentada con análisis de discurso.

El análisis de contenido se basó en las tres macrocategorías: *sentimientos morales*, *valoraciones éticas* y *cursos de acción* con su correspondiente definición y su código. Como observamos en la tabla 2.

Tabla 18

Macrocategorías

Macrocategorías	Definición
Sentimientos Morales Código: (SM)	Son aquellos sentimientos, emociones, motivaciones, corporalidad que son impregnados por la virtud, la virtud como carácter moral (Etxeberria, 2013).
Valoraciones Éticas Código: (VE)	Las valoraciones éticas sobre las cuales se van a indagar en el presente estudio son desde la dinámica de la inclusión y de la exclusión.
Cursos de acción Código: (CA)	Los sentimientos vividos públicamente tienen la capacidad motivacional de empujar a la acción, “todos los sentimientos incitan acciones” (Etxeberria, 2008, p.53) Para el presente estudio se quiso conocer cuáles son los cursos de acción que expresa el médico, en relación con la prevención de un nuevo intento suicida.

La macrocategoría de los sentimientos morales se dividieron en 8 mesocategorías, que son los sentimientos que se revisaron en el marco teórico del presente estudio y que fueron descritos por Etxeberria (2008), según orden alfabético: admiración, compasión, esperanza, indignación, indiferencia, miedo, remordimiento y arrepentimiento, solidaridad. Con su correspondiente definición y su código. Como podemos observar en la tabla 3.

Tabla 19

Mesocategorías de los sentimientos morales

Mesocategorías de sentimientos morales	Definición
Admiración. Código: AD	Como <i>el asombro</i> que produce en nosotros alguien extraordinario con reconocimiento de cierta superioridad o inminencia. Volviéndose la admiración una virtud cuando se admira por razones morales, repudiando el valor negativo contrario, estableciendo jerarquías valorativas positivas y realizando una autoevaluación comparativa del sujeto que se admira. (Etxeberria, 2008).

Compasión Código: CO	Como “la vivencia de un sufrimiento a causa del sufrimiento o desgracia de otro, acompañada del impulso de aliviarlos o evitarlos” (p.42), es fundamentalmente una reacción ante el dolor del otro es, un “sentir con” y en cierta medida asumido como propio, pero dispuesta a la acción. Implica tristeza o pena por el dolor por el mal y la vulnerabilidad ajena Convirtiéndose la compasión un sentimiento moral cuando reconoce efectivamente la dignidad del que sufre, a causa de la desgracias o ultrajes sufridos; y asociado con la justicia por otro, sitúa la compasión en relación de igualdad moral, lo cual no implica “ser compadecidos”, implica una acogida empática de las víctimas y necesita discreción para no herir. El sentimiento de compasión solo será moral y se convertirá en virtud cuando se articula con sentimientos con “el del respeto al otro” en cuanto a sujeto de dignidad (Etxeberria, 2008).
Esperanza Código: ESP	Como “es el sentir que lo que deseamos es posible, que podrá realizarse, aunque exista un margen significativo de dificultad y riesgo” (p.72), lo considera un sentimiento positivo, una virtud en la medida que sea una motivación para trabajar activamente por lo que se quiere. Pero también tiene el riesgo de ser ingenua al no ser consciente de las dificultades, el de motivar la inacción, la mera espera pasiva. La esperanza hecha virtud supera estos riesgos (Etxeberria, 2008).
Indignación Código: IG	Como la “expresión de ira desencadenada por algo que se estima injusto, inmoral, reprobable” (p.47), Estaría sintetizada sobre todo, aunque no exclusivamente, en la clásica reacción de «¡no hay derecho!». Tiene una significancia moral cuando se quebrantan los derechos humanos, el cual unido al sentimiento de dignidad lo convierte en moral: “estamos llamados a indignarnos porque se ha dañado la dignidad de quien es sujeto de dignidad, esto es, todo ser humano” (p.49). La indignación unida a la compasión ofrece recogida en el reconocimiento de la víctima y solidaridad con ellas. No sentir indignación por la injusticia sufrida por determinados sectores de personas o persona concreta, es muestra como mínimo, de nuestra muy baja sensibilidad moral
Indiferencia Código: IN	Como las circunstancias en la que se es indiferente a lo que se conoce o se puede conocer, como un “no sentir” ante alguien o algo que se esperaría

	que nos provocara “un sentir”. La indiferencia es inmoral cuando no me afecta lo que me debería afectar, cuando es insensibilidad ante lo que no tendría que dejarme insensible
Miedo Código: MD	Lo define como una perturbación desagradable del ánimo -inquietud, tensión, ansiedad- debida a la percepción de un peligro o una posibilidad de padecimiento. Con implicación en el ámbito público en el que se puede suscitar el miedo al otro diferente, en cuanto diferente y como amenaza para nuestra identidad, sin que haya bases objetivas. Explicando que en el miedo siempre tememos perder algo: la identidad personal o colectiva, la seguridad en sus diversas facetas, la integridad psicofísica, las libertades, que les suceda un daño a quienes queremos, convirtiéndose en moral cuando genera actitudes de coraje y valentía
Remordimiento y arrepentimiento Código: RR	Considera remordimiento “el estado afectivo que sobreviene a una persona cuando ha hecho daño a otra o, en general, ha quebrantado lo que considera una norma que se le impone” y supone inquietud, desasosiego, malestar y sobre todo pesar. Se puede derivar en arrepentimiento cuando no es solo el sincero dolor por mal cometido y el daño causado, sino el deseo eficaz de renunciar a él y reparar lo reparable
Solidaridad Código: SD	Solidaridad en sentido moral tiene su base en la empatía, que puede adquirir la forma de compasión en su sentido más noble, con la meta de compartir lo que se tiene sin calcular el provecho personal, sino pensando en la búsqueda del bien de los otros y en el provecho colectivo, que se expresa en el marco de la igualdad y afirma el deber de ayuda positiva al otro necesitado (Etxeberria.2002b)

*Las valoraciones éticas se realizaron con base en la dinámica de inclusión y exclusión del comportamiento suicida. La exclusión incluye: la estigmatización, discriminación, marginación e invisibilización que fueron descritos por Etxeberria (2018). Así pues, las valoraciones éticas se dividieron en 2 mesocategorías: *inclusión*, *exclusión*. Como observamos en la tabla 4.*

Tabla 20

Mesocategorías de las valoraciones éticas

Valoraciones éticas Mesocategorías	Definición
---------------------------------------	------------

Inclusión Código: INC	Considerada como el buen reconocimiento moral y el reconocimiento en justicia. En la inclusión la sociedad ofrece apoyos pertinentes a las personas, en la medida que lo necesitan y los reconoce como sujetos de dignidad con derechos y deberes, alentando en concreto el autorespeto, la autoestima y la autoconfianza de quien podría ser excluido.
Exclusión Código: EXC	<p>La exclusión de una persona o de una colectividad se puede presentar de diferentes modos y grados, como: al ignorar a alguien, al prescindir y al rechazar activamente a alguien.</p> <p>Se puede excluir a una persona por una identidad, una característica determinada, la cual es asignada por aquél que excluye, es un rasgo considerado negativo o un disvalor que puede suscitar en el que excluye desprecio o temor. En la persona excluida lo hace no merecedor o incapaz de integrarse normalizadamente a la sociedad, haciéndolo una carga social. La exclusión, por acción o por omisión es moralmente indebida y lesiona la dignidad universal de la persona.</p> <p>En la dinámica de la exclusión encontramos:</p> <p>Estigmatización: es una marca o señal, física, psíquica o cultural que tiende a percibirse como indeleble y ante la cual el estigmatizador reacciona con desprecio o incluso odio</p> <p>Discriminación: considerada como el trato desigual o inferiorizador, sin reconocimiento de sus derechos y sin oportunidad para disfrutarlos</p> <p>Marginación. donde sitúan en “espacios especiales” a las personas que la sufren.</p>

Cursos de acción: Recordando que “todos los sentimientos incitan acciones” (Etxeberria, 2008, p.53) actuando por la capacidad motivacional y relacional. En esta macrocategoría no se dispuso a crear mesocategorías; los resultados son categorías emergentes que pueden nacer del análisis de datos.

Quedando el sistema categorial en resumen como se observa en la tabla 5.

Tabla 21

Sistema categorial

Macrocategorías	Mesocategorías	Ítem	Preguntas
-----------------	----------------	------	-----------

Sentimientos morales	Admiración Compasión Indignación Miedo Esperanza Indiferencia Remordimiento y arrepentimiento Solidaridad	Identificar los sentimientos morales de un grupo de médicos en la atención de adolescentes con comportamiento suicida	¿Cuándo tú atiendes un adolescente con comportamiento suicida cuáles son tus sentimientos? Y ¿cómo definirías ese sentimiento? ¿Sabías que los niños que sufren violencia interpersonal y abuso sexual aumenta 10 veces el comportamiento suicida? ¿Y qué piensas de eso?
Valoraciones éticas	Inclusión Exclusión	Describir las valoraciones éticas en la dinámica de la inclusión y exclusión	¿Tú crees que los pacientes con comportamiento suicida son estigmatizados en esta sociedad? Y ¿por qué? ¿qué valores estimulas en un adolescente comportamiento suicida? y ¿por qué?
Cursos de acción	Categorías emergentes	Presentar los cursos de acción que expresan un grupo de médicos, en relación con la prevención de un nuevo intento suicida adolescentes.	¿Tú qué crees que podemos hacer como sociedad y como sistema de salud para prevenir suicidio en adolescentes? y ¿Qué recomendaciones le darías a toda la familia cuando le das el egreso al paciente con comportamiento suicida?

Resultados

Análisis de contenido

Se diseñaron y codificaron previamente 3 macrocategorías: *sentimientos morales*, *valoraciones éticas* y *los cursos de acción*.

Para la macrocategoría *sentimientos morales* se diseñaron 8 mesocategorías: *admiración, compasión, esperanza, indignación, indiferencia, miedo, remordimiento y arrepentimiento y solidaridad*.

Para la macrocategoría valoraciones éticas se diseñaron 2 mesocategorías: *inclusión y exclusión*.

Para la macrocategoría *cursos de acción* no se diseñaron mesocategorías previamente.

A partir del análisis de datos línea por línea de cada entrevista transcrita se encontró:

Sentimientos morales

A continuación se exponen los resultados cualitativos obtenidos del análisis de datos para la macrocategoría de *sentimientos morales*, con el objetivo de identificar los sentimientos morales que expresan un grupo de médicos en la atención de adolescentes con comportamiento suicida. Se codificaron 11 códigos: *angustia, ansiedad, compasión, curiosidad, lástima, impotencia, indiferencia, indignación, miedo, preocupación y solidaridad*. Se obtuvieron 31 citas para esta macrocategoría. Como se observa en la tabla 6 y en la figura 9.

Tabla 22

Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría de sentimientos morales

Código	Frecuencia	Porcentaje
Angustia	2	6.4 %
Ansiedad	2	6.4 %
Compasión	11	35.2 %
Curiosidad	1	3.2 %
Lastima	2	6.4 %
Impotencia	1	3.2 %
Indiferencia	2	6.4 %
Indignación	1	6.4 %
Miedo	4	12.8 %
Preocupación	2	6.4 %
Solidaridad	3	9.6 %
Total	31	100 %

Figura 23

Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría de los sentimientos morales



El código de mayor relevancia fue *compasión* con un 34.4%, seguidos de *miedo* con 12.8% y *solidaridad* en un 9.6%. Aunque los otros códigos no mostraron frecuencias relevantes son presentados en el estudio por la importancia de los sentimientos en la atención de adolescentes con comportamiento suicida, porque nos invitan a reflexionar sobre el tema.

Ahora bien, analizando la frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría de *sentimientos morales* para cada entrevistado podemos observar que:

Los códigos *curiosidad*, *impotencia*, *indiferencia*, *indignación* han sido referidos por un médico. Los códigos *angustia*, *ansiedad*, *lástima*, *miedo*, *preocupación* y *solidaridad* ha sido referidos por 2 médicos cada código. El código de mayor frecuencia que ha sido referido en 11 ocasiones por 7 participantes es *compasión*.

En la tabla 7 se presentan las veces que cada uno de los 11 códigos ha sido citado por cada entrevistado.

Tabla 23

Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría sentimientos morales por cada entrevistado

Código	Numero de la entrevista										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Angustia	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Ansiedad	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Compasión	1	1	1	1	0	0	0	3	2	2	11
Curiosidad	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Lastima	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Impotencia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Indiferencia	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Indignación	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Miedo	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4
Preocupación	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Solidaridad	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	3
Total	8	3	3	3	1	1	1	3	4	3	31

Para identificar los sentimientos morales que expresan los médicos sobre el comportamiento suicida en los adolescentes se realizaron dos preguntas:

¿Cuándo tú atiendes un adolescente con comportamiento suicida cuáles son tus sentimientos? y ¿cómo definirías ese sentimiento? Dos médicos contestaron:

Entrevistadora: *¿Cuándo tú atiendes un adolescente con comportamientos cuáles son tus sentimientos?*

Perseo: *Siempre como que hago el ejercicio de ponerme en los zapatos del paciente que estoy atendiendo independiente de la edad y en algún momento he tenido algunas dificultades emocionales con mi familia y eso ha llevado a que sea un poco más sensible a ese tema. Entonces, no sé cómo decirlo, como solidaridad eso es lo que siento. Eso me lleva a sentirme muy comprometido en tratar por lo menos de ayudar, así sea haciéndole sentir que no están solos y entonces hago un esfuerzo.*

Entrevistadora: *¿Cuáles son los sentimientos que le generan a usted el paciente con comportamiento suicida? ¿Qué sientes?*

D'Artagnan: *Tristeza, dolor, miedo, solidaridad, lástima, angustia, preocupación. Básicamente.*

Entrevistadora: *Para ti, ¿qué es tristeza?*

D'Artagnan: *Tristeza es como la idea de que algo no está bien, de que algo que duele en el ser, principalmente eso.*

Donde Etxeberria (2008) nos explica que la compasión como sentimiento moral implica tristeza o pena por el dolor, el mal y vulnerabilidad ajenas, identificándonos con el que sufre y que conviene moralmente que todo sufrimiento de otra persona provoque en nosotros compasión.

Una sola participante señaló que sentía rabia, aunque no es código relevante en el estudio cualitativo, se presenta porque puede generar reflexión ante ciertas situaciones, y lo expresó como:

Entrevistadora: *Cuando tú atiendes a un paciente con comportamientos suicida ¿Cuáles son tus sentimientos?*

Criss: *A veces, la gran mayoría de veces cómo... eh... Cómo que no entiendo cómo llegan a pensar en suicidarse por problemas que todos tenemos.*

Entrevistadora: *¿Y qué sientes?*

Criss: *Siento rabia.*

Entrevistadora: *¿Rabia? ¿Contra el adolescente, contra la sociedad, contra quién?*

Criss: *Contra el paciente.*

Entrevistadora: *¿Por qué?*

Criss: *Porque no entiendo cómo llegan a ese a ese extremo.*

Entrevistadora: *para ti, ¿Qué es la rabia? Define con tus propias palabras la rabia.*

Criss: *Jejeje... Como molestia, como que no entiendo, no sé... jejejeje.*

Etxeberria (2008) nos dice que la ira supone una reacción de irritación, de hostilidad, ante la persona que consideramos nos ha ofendido, es un sentimiento que está dirigido contra el responsable del daño. “La desmesura de la ira adquiere el nombre de furor, rabia” (p. 46). Pero en el contexto de una dimensión positiva nos proporciona la fuerza sentimental para enfrentarnos a quien ha hecho mal, esa ira desencadenada por algo que se estima injusto, inmoral o reprobable. Así mismo la ira es compatible con el no rechazo del otro, y alguna de sus expresiones pueden compaginarse con el deseo de comprenderlo

o de que se transforme; de forma que la ira se exprese como indignación contra la injusticia convirtiéndose en sentimiento moral.

Valoraciones éticas

A continuación se exponen los resultados cualitativos obtenidos del análisis de datos para la macrocategoría de *valoraciones éticas*, con el objetivo de describir las valoraciones éticas que expresan los médicos en la atención de adolescentes con comportamiento suicida. Se indagó sobre sobre la dinámica de la inclusión y la exclusión. Se codificaron dos códigos: *inclusión* y *exclusión*. Encontrando 11 citas en el análisis de las entrevistas. Como observamos en la tabla 8 y en la figura 10.

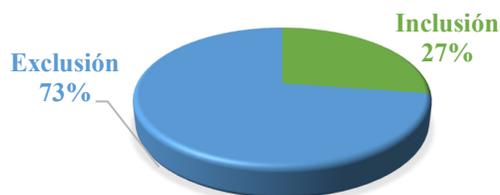
Tabla 24

Frecuencia de valores para códigos en la macrocategoría valoraciones éticas

Valoraciones éticas	Frecuencia	Porcentaje
Inclusión	3	27.3 %
Exclusión	8	72.7 %
Total	11	100 %

Figura 24

Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría valoraciones éticas



El código de mayor relevancia fue *exclusión* con un 72.7 %, seguido de *inclusión* en un 27.3%. Analizando la frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría de valoraciones éticas para cada entrevistado podemos observar que:

El código *inclusión* ha sido referidos por 2 médicos. El código de mayor frecuencia que ha sido referido en 8 ocasiones por 7 médicos es *exclusión*.

En la tabla 9 se presenta las veces que cada uno de los 2 códigos ha sido citado por cada entrevistado.

Tabla 25

Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría valoraciones éticas por cada entrevistado

Código	Numero de la entrevista										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inclusión	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3
Exclusión	1	2	1	2	0	0	0	1	0	1	8
Total	1	3	1	4	0	0	0	1	0	1	11

Para detectar las valoraciones éticas realizadas por los médicos en la atención de adolescentes con comportamiento suicida, bajo la dinámica de la inclusión y la exclusión, se realizaron dos preguntas:

¿Tú crees que los pacientes con comportamiento suicida son estigmatizados en esta sociedad? y ¿por qué? Y ¿qué valores estimulas en un adolescente comportamiento suicida? Como nos relataron dos participantes:

Entrevistadora: *¿Tú crees que los pacientes con comportamiento suicida son estigmatizados en esta sociedad? Y, ¿por qué?*

D'Artagnan: *Bastante, bastante estigmatizados. Pues de hecho por ejemplo desde que ingresa se les pone la bata de un color determinado, que tiene una significación a nivel medio hospitalario. De otra parte, cuando alguien se entera que un paciente está siendo visto, así sea solamente en consulta por el grupo de Salud Mental, por psiquiatra, inmediatamente se le pone, digamos, unos títulos o un señalamiento que son realmente peyorativos.*

Entrevistadora: *¿Cómo cuáles?*

D'Artagnan: *Cómo loco, cómo desquiciado, raro y peligroso. En el fondo, peligroso.*

Entrevistadora: *¿Tú crees que los pacientes con comportamientos suicida son estigmatizados o sufren de discriminación?*

Marquitos: *Sí, aunque eso ha cambiado. Yo creo que aún los estigmatizan mucho y en el gremio he visto enfermeros que les pasan sondas más grandes porque intentó suicidarse, sin entender que es una enfermedad que se está manifestando con intento suicida. Socialmente hay gente que evita a los depresivos por qué: “qué mamera”, “porque son personas negativas”. Pero no son conscientes de que es una manifestación clínica, ese comportamiento, esos intentos suicidas de una enfermedad.*

En estas narrativas encontramos un invisibilización moral de la persona y del colectivo donde se quebranta el criterio fundamental y universal de respeto a la dignidad; el rasgo en cuestión es considerado negativo, un disvalor, estigmatizándolo por medio de una señal psicológica que la concibe el estigmatizador y ante lo cual reacciona con desprecio y que genera la dinámica de marginación al ser situados en “espacios especiales”, como la bata de un color determinado en este caso, y sobre la cual se piensa que, en nuestro caso, serían “apropiados a su condición”, sistematizados y generalizados (Etxeberria, 2018).

La discriminación es el trato desigual o inferiorizador, sin reconocimiento de sus derechos, al grupo mal reconocido, se considera que los derechos deben ser disfrutados en plenitud únicamente por los plenamente “integrables” (Etxeberria, 2008). Y como podemos observar en la narrativa de Marquitos los derechos a una adecuada asistencia en salud no siempre son los más adecuados.

En la dinámica de la inclusión se encontraron dos citas muy representativas, como nos los cuentan un participante

Entrevistadora: *¿Tú qué crees que podemos hacer como sociedad y como sistema de salud para prevenir el suicidio en adolescentes?*

Hades: *Digamos que parte de solucionar un problema, primero es reconocerlo como tal y si seguimos pensando que simplemente no es un problema, no le damos la importancia que es. Cómo por ejemplo lo que pasó con el alcalde anterior, que quitan toda la atención prehospitalaria de emergencias psiquiátricas, eso es simplemente un reflejo de la poca importancia que le estamos dando al problema. Si lo único que hacemos es minimizarlo, lo vamos a ignorar y simplemente va a persistir el problema, lo que pasa siempre. Lo primero es educación, hacer conciencia, es enseñarle a la gente que hay que identificar ese tipo de personas y que hay que brindarles un apoyo, una ayuda. No necesariamente generar la estigmatización y hacer conciencia que tener depresión o sentirse triste no es lo mismo que estar loco, que es la otra conexión que habitualmente hace la gente. Sino hacerlos entender que hay momentos en que esos problemas lo llevan a tomar decisiones que son erradas y se pueden prevenir.*

Entrevistadora: *¿Qué valores tu estimulas en un adolescente con comportamiento suicida?*

Hades: *¿Estimular...? ¿en un adolescente...? Digamos que a veces lo que uno percibe y lo que yo siento personalmente cuando toman este tipo de decisiones puede ser como falta de confianza en sí mismo, como también desconfianza hacia el ambiente, también es como un rechazo frente a la actitud de la sociedad contra ellos. Entonces, lo primero es hacerle sentir que su voz vale, hacerlos sentir escuchados, que hay alguien que está dispuesto a entenderlos, a sentarse con ellos, a hablar con ellos y quizás a decirles de una manera amable que lo que está haciendo o lo que hizo no está bien, que hay otras maneras de solucionar las cosas y para eso hay que hablar, que no siempre todas las personas los van a entender, pero siempre va a haber alguien que los va a poder escuchar.*

Observamos la importancia de reconocer el problema para poder buscar soluciones, invisibilizar la problemática del comportamiento suicida en adolescentes nos puede llevar sencillamente a no tomar acciones a nivel de salud pública y puede ocasionar que no se generen las ayudas pertinentes en los programas de prevención del suicidio, por ello es importante promover programas de inclusión de personas con comportamiento suicida a la sociedad con reconocimiento de sus derechos.

Cursos de acción

A continuación se exponen los resultados cualitativos obtenidos del análisis de datos para la macrocategoría de los *cursos de acción*. Con el objetivo de presentar los cursos de acción que expresan los médicos en relación con la prevención de un nuevo intento suicida en los adolescentes. En la macrocategoría *cursos de acción* se codificaron 7 códigos: *dialogalidad, importancia del apoyo familiar, importancia del apoyo del grupo de salud mental, importancia del manejo farmacológico y no farmacológico, reconocimiento de los signos de alarma, reconocer el problema a nivel político y de salud pública y utilizar el tiempo de ocio en algo productivo*. Encontrando 29 citas en el análisis de las entrevistas. Como observamos en la tabla 10 y en la figura 11.

Tabla 26

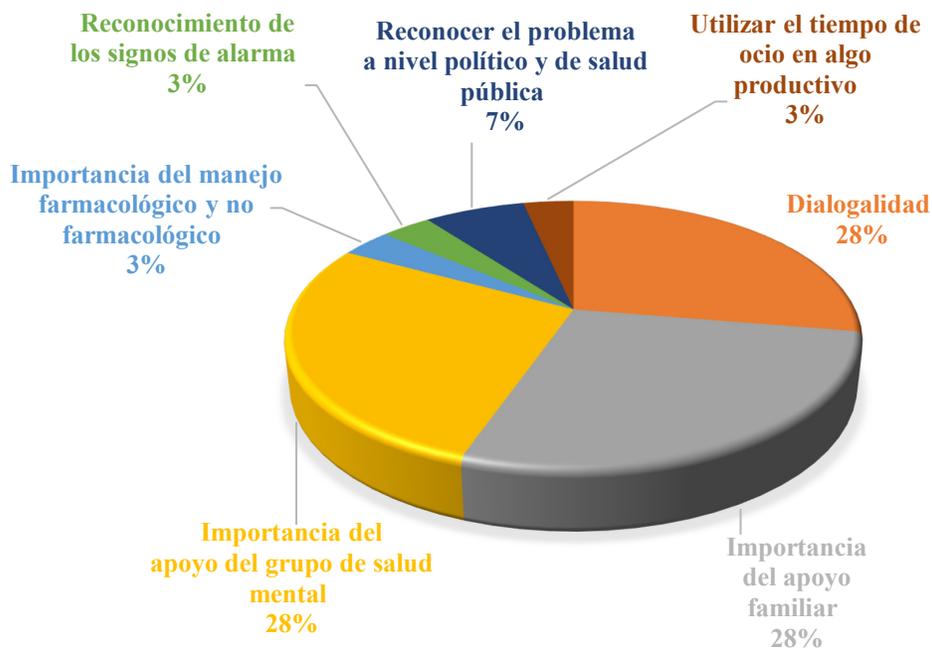
Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría cursos de acción

Cursos de acción	Frecuencia	Porcentaje
------------------	------------	------------

Dialogalidad	8	27.6 %
Importancia del apoyo familiar	8	27.6 %
Importancia del apoyo del grupo de salud mental	8	27.6 %
Importancia del manejo farmacológico y no farmacológico	1	3.4 %
Reconocimiento de los signos de alarma	2	6.8 %
Reconocer el problema a nivel político y de salud pública	1	3.4 %
Utilización del tiempo de ocio en algo productivo	1	3.4 %
Total	29	100 %

Figura 25

Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría cursos de acción



Los códigos de mayor relevancia fueron: *dialogalidad, importancia del apoyo familiar, importancia del apoyo en salud en mental*, estos tres códigos con un 27.6% de

frecuencia. Aunque los otros códigos son de menor frecuencia son presentados en el estudio.

Ahora bien, analizando la frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría de *cursos de acción* para cada entrevistado podemos observar que:

Los códigos: *importancia en el manejo farmacológico y no farmacológico, reconocer el problema a nivel político y de salud pública y utilizar el tiempo de ocio en algo productivo* han sido referidos por un médico. El código *signos de alarma* ha sido referidos por 2 médicos. Los códigos de mayor frecuencia que han sido referidos en 8 ocasiones, cada uno, por 6 participantes fueron *dialogalidad, la importancia del apoyo familiar y la importancia del apoyo por salud mental*.

En la tabla 11 se presentan las veces que cada uno de los 8 códigos ha sido citado por cada entrevistado

Tabla 27

Frecuencia de valores para los códigos en la macrocategoría cursos de acción por cada entrevistado

Código	Número de la entrevista										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Curso acción											
Dialogalidad	2	0	2	1	1	1	0	1	0	0	8
Apoyo Familiar	3	0	1	0	0	1	1	0	1	1	8
Apoyo Salud mental	2	1	0	0	1	1	2	1	0	0	8
Manejo farmacológico	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Signos de alarma	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Problema de salud Pública	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Tiempo de ocio	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1

Total	7	2	4	3	2	3	3	3	1	1	29
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Para conocer los cursos de acción que expresan los médicos en la atención de adolescentes con comportamiento suicida, se realizaron dos preguntas:

¿Tú qué crees que podemos hacer como sociedad y como sistema de salud para prevenir suicidio en adolescentes? y ¿qué recomendaciones le darías a toda la familia cuando le das el egreso al paciente con comportamiento suicida?

Acá podemos observar tres ejes importantes como cursos de acción que expresan los médicos en la prevención el suicidio:

Dialogalidad, la cual lo expresan dos participantes:

Entrevistadora: *¿Tú qué crees que podemos hacer como sociedad y como sistema de salud para prevenir el comportamiento suicida en adolescentes?*

Criss: *Yo creo que explicarles, hablar con ellos y en los casos estar muy pendientes de lo que ven y pasar el tiempo con nuestros hijos. Y ayudarlos a entender... que no saben manejar sus sentimientos, no saben cómo reaccionar ante los sentimientos. Entonces estar hablando constantemente con ello. Hablando cosas.*

Entrevistadora: *¿Tú qué crees qué podemos hacer como sociedad y como sistema de salud para prevenir el suicidio en los adolescentes?*

D'Artagnan: *Pues, tratar de volver a la familia, de volver al diálogo. De dar como un acompañamiento, un apoyo a las nuevas generaciones. Tratar de evitar el uso de tecnología y dispositivos o más que el uso, el abuso, y permitir como espacios donde se ventilen, en un momento dado, ideas y sentimientos, que nos permitan en un momento dado saber qué está pasando con un joven; en la cabeza de ellos.*

Dialogalidad

La virtud que nos abre al diálogo y nos garantiza una disposición positiva, interiorizada y permanente, Etxeberria (2012) la ha denominado dialogalidad la cual nos predispone a establecer relaciones, nos aprovisiona de actitudes y recursos para afrontar situaciones difíciles y no caer en equivocaciones al vivir juntos y de esta forma abordar conflictos de forma tal que no evolucionen en violencia, sino que sean una ocasión para afianzar la convivencia y la cooperación por medio de la solución de conflictos a través de acuerdos mediando la palabra.

El adolescente, al sentirse inmerso en su problemática, aislado y sin poder expresar lo que siente hace uso de la agresión contra sí mismo o contra otro, como un medio de exteriorizar sus sentimientos y esta forma de autoagresión puede avanzar hasta el intento de suicido (Marulanda et al., 2011). Por lo tanto, podemos observar la importancia de cultivar la dialogalidad, como virtud con los adolescentes persiguiendo la búsqueda de acuerdos y de entendimiento mutuo.

Para una “situación ideal del habla” debe darse:

- a) apertura positivamente interesada a lo que se va a dialogar; b) apertura *al otro* con el que se va a dialogar: reconociéndolo como otro yo, como agente activo en igualdad en la comunidad de comunicación (lo que implica reconocer su dignidad y renunciar a manipularlo); c) actitudes de sinceridad, honestidad y veracidad respecto a lo que diga; d) disposición a defender con buenas razones, y no de otro modo, las propias posiciones y a aceptar de buena gana su exposición crítica; e) disposición a asumir que la conclusión del diálogo derive de la ley del mejor argumento, venga de quien venga (el diálogo es una acción colaborativa, no competitiva). (Etxeberria, 2012, p.97)

Importancia del apoyo familiar

Entre los factores de protección en la infancia y en la adolescencia para comportamiento suicida se encuentran: familias estructuradas con cohesión, buenas relaciones con los miembros de la familia y contar con apoyos significativos del grupo familiar (Marulanda et al., 2011). Cultivar y mantener relaciones estrechas sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como factor protector del riesgo suicida, siendo la familia una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero (OMS, 2014).

En la recuperación del intento de suicido, el adolescente requiere a otra persona para sobrellevar las dificultades, lo que hace necesario el apoyo y acompañamiento de persona cercanas, especialmente de su familia; el adolescente tiene la necesidad de sentirse importante para su familia (Marulanda et al., 2011).

Importancia del apoyo del grupo de salud mental

Otros factores de protección para la ideación suicida es que tenga acceso a servicios

y asistencia de salud mental e incluso que tenga la capacidad para la búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades (Marulanda et al., 2011). Incluso una de las estrategias de prevención “universales” es procurar aumentar el acceso a la atención en salud y promover la salud mental, el acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio (OMS, 2014).

Elementos discursivos particulares

Luego del análisis de línea por línea de la transcripción de las entrevistas se encontraron 3 elementos discursivos particulares: *importancia de las competencias en el tema, preocupación en la hospitalización y redes sociales.*

A continuación se exponen los resultados cualitativos obtenidos del análisis de datos para los elementos discursivos particulares:

Importancia de las competencias en el tema

A continuación se exponen los resultados cualitativos obtenidos del análisis de datos para el elemento discursivo particular denominado importancia de las competencias en salud mental. Con el objetivo de conocer lo que expresan los médicos en la importancia de las competencias sobre el tema de adolescentes con comportamiento suicida. En el elemento *importancia de las competencias en salud mental* se codificaron 2 códigos: *no conocimiento de factores protectores y de riesgo en comportamiento suicida, y necesidad de adquirir competencias en salud mental.* Encontrando 12 citas en el análisis de las entrevistas. Como observamos en la tabla 12 y en la figura 12.

Tabla 28

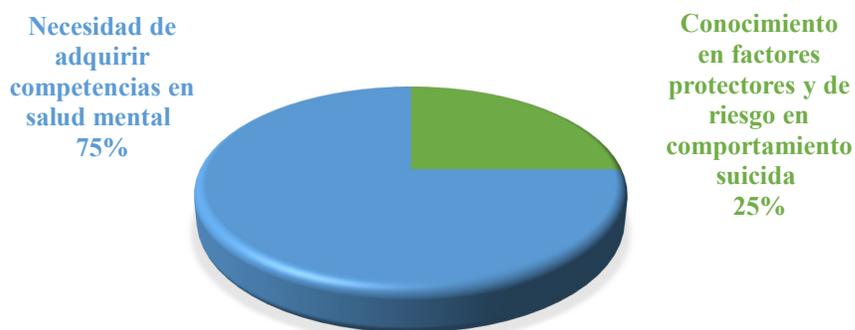
Frecuencia de valores para los códigos en el elemento importancia de competencias en salud mental

Categoría: importancia de competencias en salud mental	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento en factores protectores y de riesgo en comportamiento suicida	3	25 %
Necesidad de adquirir competencias en salud mental	9	75 %
Total	12	100 %

La frecuencia de los códigos fue: *conocimiento en factores protectores y de riesgo* (FPFR) con un 25% y *necesidad de adquirir competencias en salud mental* (NACSM) con un 75 %.

Figura 26

Frecuencia de valores para los códigos en el elemento importancia de competencias en salud mental



Analizando la frecuencia de valores para los códigos en el elemento discursivo particular en *la importancia en competencias en salud mental* para cada entrevistado podemos observar que:

El código *factores protectores y de riesgo en comportamiento suicida* ha sido referido por 3 médicos. El código de mayor frecuencia que ha sido referido en 9 ocasiones, por 7 participantes fue *la necesidad de adquirir competencias en salud mental*. En la tabla 13 se presenta las veces que cada uno de los 2 códigos ha sido citado por cada entrevistado.

Tabla 29

Frecuencia de valores para los códigos en elemento importancia en competencias en salud mental por cada entrevistado

Código	Numero de la entrevista										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
FPFR	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3
NAACSM	1	1	1	0	1	0	0	2	1	2	9
Total	0	2	2	0	2	0	0	3	0	3	12

Por ser un elemento discursivo particular, no tenía una pregunta. La cual emergió durante la entrevista semiestructurada. Como lo expresaron dos participantes:

Entrevistadora: *y cómo sistema de salud, ¿qué podemos ofrecerles nosotros a los niños con comportamiento suicida?*

Paola: *Me parece que deberían existir sitios y un equipo idóneo en la formación hacia la atención de este tipo de pacientes, que eso no lo hay, ¿Sí?... Porque por ejemplo en el caso de la institución de nosotros pues hay un programa del buen trato, hay valoración por psiquiatría, pero un programa como tal que le que le digan a uno está son las pautas, esta es la forma de entablar una consulta o de prestar una atención a un paciente en esta edad, con este tipo de problemas pues no lo hay, no sabemos exactamente que hacerles, queda uno ahí, como a la deriva y entonces entra uno en el juego, en el mismo círculo vicioso que lo atiendo, le veo la parte física, la parte urgente y ya sale. Me parece que faltaría tener más conocimiento. Me gustaría tener no solo más tiempo, sino tener más preparación para poder hablar más con ellos, para entenderlos más, ver el contexto que realmente tienen en su hogar.*

Entrevistadora: *¿A ti te gustaría que nos instruyeran más en capacitación en salud mental de los pacientes?*

Barry: *¡Siempre! ¡Siempre! Debería ser modo rutinario, así cómo hacer el ACLS, con actualización cada 2 años.*

Carmona y Pichardo (2012) encontraron que aquellos profesionales que han recibido una formación en salud mental superior a 30 horas rechazan los aspectos morales que se le atribuye a la conducta suicida y tienen mayor probabilidad de prestar una atención sanitaria positiva y una mayor comprensión a los pacientes suicidas que aquellos que no han recibido formación formal en salud mental.

La literatura recomienda incrementar en los médicos generales los conocimientos y habilidades en la detección, aproximación y derivación de personas con riesgo suicida por medio de ofrecer educación médica continuada o sesiones de supervisión con especialistas, educación en el uso de instrumentos de detección de depresión y riesgo suicida, reforzar los planes de estudio en las universidades en la temática de salud mental y ampliar el tiempo de la consulta de medicina general para facilitar la exploración de los aspectos psicoemocionales (Ministerio de salud y protección social, 2012).

Preocupación en la hospitalización

A continuación se exponen los resultados cualitativos obtenidos del análisis de datos para el elemento discursivo particular de la *preocupación en la hospitalización*. Con el objetivo de conocer las preocupaciones que expresan los médicos sobre la hospitalización

de adolescentes con comportamiento suicida. En el elemento discursivo particular *la preocupación en la hospitalización* se codificaron 5 códigos: *demora en la atención (DA)*, *nuevo intento (NI)*, *el servicio de urgencias no es el adecuado (SUNA)*, *falta de sensibilización en el servicio de urgencias (FSSU)* y *el tiempo de la consulta en el servicio de urgencias (TCSU)*.

Encontrando 20 citas en el análisis de las entrevistas. Como observamos en la tabla 14 y en la figura 13.

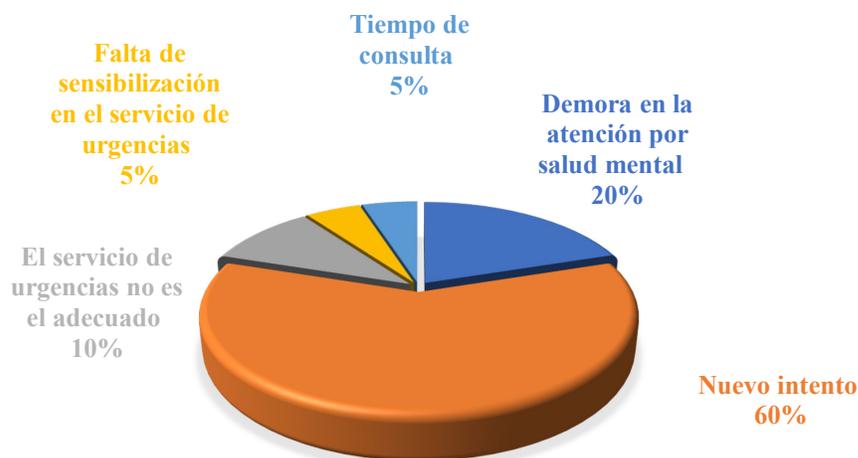
Tabla 30

Frecuencia de valores para los códigos en el elemento de preocupación en la hospitalización

Categoría: Preocupación en la hospitalización	Frecuencia	Porcentaje
Demora en la atención por salud mental	4	20 %
Nuevo intento	12	60 %
El servicio de urgencias no es el adecuado	2	10 %
Falta de sensibilización en el servicio de urgencias	1	5 %
Tiempo de consulta	1	5 %
Total	20	100 %

Figura 27

Frecuencia de valores para los códigos en el elemento preocupación en la hospitalización



Los códigos de mayor relevancia fueron: *nuevo intento*, con un 60%, *demora en la atención por salud mental*, con un 20% y *el servicio de urgencias no es el adecuado*, con un 10%. Analizando la frecuencia de valores para los códigos en el elemento discursivo particular *preocupación en la hospitalización* para cada entrevistado podemos observar que los códigos: *faltan de sensibilización en el servicio de urgencia* y *el tiempo de la consulta en el servicio de urgencias* han sido referidos por un médico. El código *el servicio de urgencias no es el adecuado* ha sido referido por 2 médicos. El código *demora en la atención por salud mental* ha sido referido por 4 médicos. El código de mayor frecuencia que ha sido referido en 12 ocasiones por 7 participantes es el *nuevo intento*.

En la tabla 15 se presenta las veces que cada uno de los 5 códigos ha sido citado por cada entrevistado.

Tabla 31

Frecuencia de valores para los códigos en el elemento preocupación en la hospitalización por cada entrevistado

Código	Numero de la entrevista										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
DA	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	4
NI	2	0	1	0	2	2	1	2	0	2	12
SUNA	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
FSSU	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
TCSU	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Total	2	3	1	0	2	2	3	4	0	3	20

Para conocer *las preocupaciones durante la hospitalización* en el servicio de urgencias, se realizó una pregunta: ¿Qué te preocupa de un paciente hospitalizado con comportamiento suicida? Como lo expresaron dos participantes:

Entrevistadora: *¿Qué te preocupa de un paciente hospitalizado con comportamiento suicida?*

Marquitos: *El entorno... El entorno de urgencias desgraciadamente en el mundo es caótico. Y una persona con un comportamiento suicida, en especial en su fase aguda queda en un letargo, acostado en la cama, mirando para el techo y dando vueltas, deambulando mientras lo ve el psiquiatra y lo define. La demora que hay en los*

traslados a la unidad de Salud Mental o en las atenciones, inclusive en los egresos. Pueden hacer que genere ansiedad y estén peor, de lo que podrían estar, en un sitio de pronto un poco más acondicionado.

Entrevistadora: *¿Qué te preocupa durante la hospitalización del paciente con comportamiento suicida?*

Maryuri: *Que se vaya a suicidar y que yo no esté y que yo no pueda identificarlo. Por lo menos nosotros, en las instituciones donde nosotros trabajamos, esos pacientes llegan en la tarde o llegan en la noche. Son pacientes que van a ser valorados por el psiquiatra hasta el otro día o hay veces que puede demorar más un día, 24 y 36 horas, la valoración.*

Michail y Tait (2016) encontraron particularmente desafiante para los médicos de atención primaria la evaluación del riesgo suicida en los adolescentes debido al tiempo limitado de la consulta junto con la falta de habilidades clínicas especializadas y la capacitación inadecuada en salud mental para la evaluación y manejo de estos pacientes; los médicos no detectan, ni manejan sistemáticamente los factores de riesgo y subestiman la prevalencia de las autolesiones en los jóvenes al no saber cómo distinguir entre los signos que indican un riesgo inminente de suicidio de los cambios conductuales y afectivos que forman parte de la “adolescencia normal”, sintiéndose inseguros de cuando derivar al servicio de salud mental y como responder adecuadamente a “un grito de ayuda” en los jóvenes. También identificaron las dificultades para acceder a los servicios de salud mental, las vías de derivación disfuncionales y la falta de comunicación con los profesionales de salud mental como obstáculos significativos para el manejo efectivo de estos jóvenes. Concluyendo que los médicos reconocieron la necesidad de educación especializada para mejorar sus conocimientos y habilidades clínicas en la evaluación y manejo del riesgo de suicidio en los jóvenes. Los médicos propusieron tener una lista de preguntas para usar durante las consultas, seguidas de capacitación sobre cómo hacer estas preguntas, lo cual aliviaría la ansiedad de los médicos relacionada con el desempeño profesional y proporcionaría un punto de referencia para las buenas prácticas en la evaluación y el manejo del riesgo de suicidio en la atención primaria. También se destacó la capacitación sobre cómo involucrar efectivamente a los miembros de la familia en las consultas sin poner en peligro la confidencialidad médico-paciente.

Ellos proponen que la educación médica continuada podría tener el potencial de mejorar el conocimiento y las habilidades en la evaluación y manejo del riesgo suicida, mejorando los resultados de salud para los jóvenes.

Redes sociales

A continuación se exponen los resultados cualitativos obtenidos del análisis de datos para el elemento discursivo particular de *redes sociales*. Con el objetivo de conocer las opiniones que expresan los médicos sobre las redes sociales y el comportamiento suicida en adolescentes. En el elemento discursivo particular *de redes sociales* se identificaron 9 códigos: *bullying*, *cambian el pensamiento del adolescente*, *generan frustración*, *inmadurez*, *información no adecuada*, *problema social*, *viven en función de mostrar su vida en redes sociales*. Encontrando 15 citas en el análisis de las entrevistas, como observamos en la tabla 16 y en la figura 14.

Tabla 32

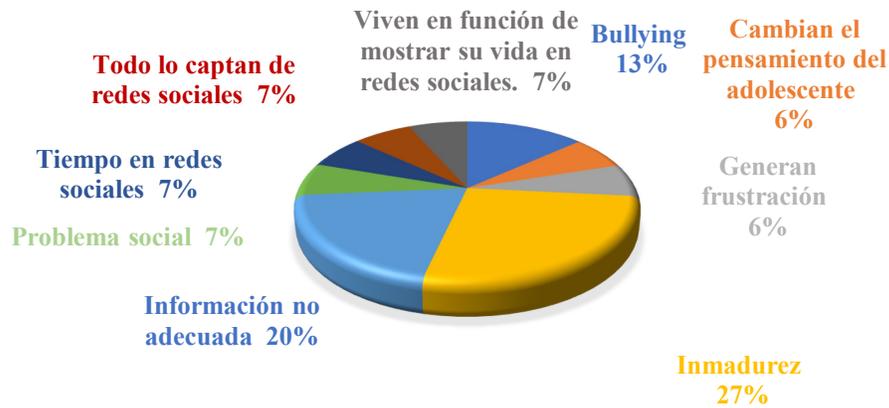
Frecuencia de valores para los códigos en el elemento de redes sociales

Categoría redes sociales	Frecuencia	Porcentaje
Bullying	2	13.4 %
Cambian el pensamiento del adolescente	1	6.6 %
Generan frustración	1	6.6 %
Inmadurez	4	27 %
Información no adecuada	3	20 %
Problema social	1	6.6 %
Tiempo en redes sociales	1	6.6 %
Todo lo captan de redes sociales	1	6.6 %
Viven en función de mostrar su vida en redes sociales.	1	6.6 %
Total	15	100 %

Los códigos de mayor relevancia fueron: *inmadurez*, con un 27%, *información no adecuada*, con un 20% y *bullying*, con un 13.4%. Cada participante presentó una opinión diferente para el elemento discursivo particular de *redes sociales*. Por la importancia de las redes sociales y el comportamiento suicida en adolescentes, se menciona este tema.

Figura 28

Frecuencia de valores para los códigos en el elemento de redes sociales



Para conocer las opiniones sobre las redes sociales, se realizó una pregunta: *¿Cuál es su reflexión de las redes sociales y el comportamiento suicida?*

Como lo expresaron dos participantes:

Entrevistadora: *¿Cuál es su reflexión de las redes sociales y el comportamiento suicida?*

Marquitos: *Yo creo que son un problema social, no sólo para el comportamiento suicida. Pero específicamente en eso venden una falsa imagen, dan mala información, pueden hacer que el promedio y más a edades tempranas, que no tienen, digamos...ehhh... una personalidad ya bien montada, tome malas decisiones, el deseo de ser como alguien, el deseo de tener lo que tienen otros. Eso de una u otra forma genera frustración porque no todos tenemos las mismas condiciones, ni los ingresos para conseguir cosas y eso es otra forma de impactar negativamente en las personas. Otra cosa es el bullying, las redes sociales se prestan para que fantasmas lo ataquen a uno. Cualquier persona puede por una opinión, por una foto, por un comentario y decidir a atacar a alguien, quien quiera, y eso también, a los más vulnerables los puede afectar.*

Entrevistadora: *¿Qué reflexión haces de las redes sociales en el comportamiento suicida de los adolescentes?*

Paola: A mí no me gustan las redes sociales. No estoy de acuerdo con ellas, no veo cuál es el afán de la gente de estar mostrando foto de todo lo que hace, en mi opinión, nunca las usó, no montó fotos. Pienso que uno debe tener privacidad, debe tener intimidad. No tiene porqué mostrar su vida todo el mundo. ¿Que pienso? Pues que hay adolescentes que viven en función de eso, sí? pues es respetable. Pero a mí no me gustan personalmente, no me gustan.

El cibersuicidio ha sido definido como la acción de quitarse la vida influenciado por la información que se encuentra sobre suicidio en internet como chatsroom, páginas pro-suicidios, foros de internet, redes sociales (Paredes, 2014). En internet, el cibersuicidio encuentra juegos, chistes, música, discusiones y métodos sobre las opciones suicidas, con la posibilidad de manifestarse y retroalimentarse por medio de internet, siendo los adolescentes una población vulnerable (Pérez, 2006).

En un estudio realizado por Olivares (2019) sobre el uso de internet y conductas suicidas en adolescentes de 14 a 18 años en México, encontró una correlación positiva entre el uso de estos medios en internet y un mayor riesgo de suicidio en la población adolescente. Los investigadores buscaron en Google los términos: “quiero suicidarme”, “quiero suicidarme tutoriales”, “quiero suicidarme blogpost” y “métodos de suicidio” y los resultados obtenidos en orden de búsqueda por frase en “Google” fueron: “quiero suicidarme”: 1,280,000; “quiero suicidarme tutoriales”: 1,310,000; “quiero suicidarme blogpost”: 2,320,000; y “métodos de suicidio”: 1,330,000” (p.19).

Moreno y Blanco (2012) proponen que los profesionales deben conocer las nuevas tecnologías para preguntar a los pacientes y valorar si es un factor de riesgo para comportamientos suicida, así como conocer las páginas web de consulta para recomendar a las familias y utilizar internet para la atención y prevención del suicidio.

Sin embargo, a pesar de todos los riesgos que existen en internet se postulan los Derechos Humanos de cuarta generación como derecho fundamental a la libre expresión y donde surgen otras libertades esenciales como la libertad de pensamiento en todas sus manifestaciones y la libertad de buscar y recibir información (López, 2014).

Por esta razón, aún existe un dilema ético entre los derechos fundamentales como es la libre expresión en internet contra la protección de los adolescentes con comportamiento

suicida y donde aún no existe legislación en Colombia para tratar el tema de cibersuicidio.

Discusión

Discusión de resultados cualitativos

En este estudio cualitativo con base en la metodología de la teoría fundamentada con análisis de discurso, se realizó el análisis línea por línea de cada entrevista y se realizó codificación abierta, se codificaron 36 códigos y 118 citas. Los participantes hicieron referencia a diversos tópicos del tema central comportamiento suicida en adolescentes por lo cual no se logró realizar codificación axial ni codificación selectiva. Por lo tanto no se logró la saturación teórica en el presente estudio, ni creación de nuevas teorías. A pesar de no lograr saturación teórica se presenta el estudio porque se logró a partir de las macrocategorías propuestas previamente y de la codificación abierta reconocer elementos discursivos particulares que permiten hacer una interpretación hermenéutico - discursiva con base en el marco teórico propuesto por Xabier Etxeberria y poder generar reflexiones sobre el tema desde un perspectiva bioética; igualmente se puede extender el estudio a futuras investigaciones con la posibilidad de desarrollarlo en escenarios diferentes y con mayor número de actores.

Los códigos de mayor relevancia para las tres macrocategorías fueron:

Para *sentimientos morales* el código *compasión* seguido de *miedo y solidaridad*; en las *valoraciones éticas* el código *exclusión*; para *los cursos de acción* en igualdad de frecuencia fueron los códigos: *dialogalidad, importancia del apoyo familiar e importancia del apoyo del grupo de salud mental*.

En el análisis de datos se obtuvieron tres elementos discursivos particulares: *importancia de las competencias en salud mental, preocupación en la hospitalización y redes sociales*.

En el elemento discursivo particular *importancia de las competencias en salud mental*, el código *la necesidad de adquirir competencias en salud mental* fue el más frecuente. En el elemento discursivo particular *preocupación en la hospitalización* el código más frecuente fue: *nuevo intento de suicidio*, seguido por *la demora en la atención de salud mental*; para el elemento discursivo particular *redes sociales* cada participante opinó de forma diferente.

El planteamiento de este estudio fue enfocado a identificar las valoraciones éticas en la dinámica inclusión exclusión y a conocer los cursos de acción para la prevención de un nuevo intento de suicidio con base en los sentimientos morales que expresan un grupo de médicos con relación en la atención de adolescentes con comportamiento suicida. Las entrevistas fueron semiestructuradas y aplicadas a 10 médicos de urgencias con experiencia en la atención de adolescentes con comportamiento suicida, fueron analizadas siguiendo la metodología de la teoría fundamentada con el respaldo del marco teórico construido desde la ética de los sentimientos y la ética de la inclusión propuesta por Etxeberria, y para los elementos discursivos particulares se hizo una revisión básica de la literatura.

Discusión de contenido

La tasa de incidencia de suicidio en la población de niños, niñas y adolescentes se ha incrementado en los últimos 10 años en Colombia y a nivel mundial. Uno de los pilares en la prevención de los nuevos intentos de suicidio es la relación médico paciente, y de esta primera interacción en el primer intento puede depender su alianza terapéutica y no terapéutica para prevenir nuevos episodios. Aunque sería un ideal que el objetivo de los sistemas de salud y de educación sea la prevención del comportamiento suicida y que esta prevención ocurra antes de presentar dichas conductas. Para ello es importante aprender a identificar los factores de riesgo y los factores de protección lo cual debe realizarse a nivel familiar, en las instituciones educativas, en los centros de atención médica de primer nivel y en los programas de crecimiento y desarrollo. Para lograr esto se necesitan programas de información y educación a los niños niñas y adolescentes, a las familias, a los profesores y a la comunidad. Es deber de las instituciones educativas mejorar las competencias académicas de los médicos y otras áreas de los equipos de salud a niveles de pregrado y postgrados que atienden población pediátrica y de la misma manera fomentar en niños, niñas y adolescentes la capacidad de buscar y pedir ayuda en momentos de crisis.

El referente teórico de esta tesis, Xabier Etxeberria con la ética de los sentimientos, la ética de la inclusión nos propone que al relacionarnos con otras personas en el ámbito público, como puede ser un hospital, nos vinculamos con ellas por medio de sentimientos, los cuales están cargados de valores, de conceptos preestablecidos antes de tener los

conocimientos del global de una persona o/y de una situación, haciendo que prejuzguemos, lo cual puede llevarnos a realizar valoraciones éticas y cursos de acción con base en ellos y los cuales pueden ser adecuados o inadecuados. Dependiendo de nuestros valores particularistas o universalistas en la cual nos desenvolvemos y nos desarrollamos vamos a crear hábitos de conducta que se van a concretar en valoraciones éticas y cursos de acción que van a afectar a nuestros pacientes para bien o para mal. Por lo que debemos reconocer ¿qué sentimiento? y ¿por qué? se produce ese sentimiento, el análisis que realizamos de los sentimientos que nos produce una persona, un comportamiento o una situación nos puede llevar a tener la capacidad de modificarlos o potenciarlos y aún más, incorporar una o varias virtudes para interiorizarlas y que formen parte de cómo nos relacionamos con otras personas, con los pacientes, con las situaciones, con la vida y que formen parte de nuestro comportamiento; los sentimientos unidos a la virtud, la virtud de hacer el bien Etxeberria lo denomina sentimientos morales.

Sentir compasión o sentir miedo por sí solas no es bueno ni malo, depende de los valores adherentes a estos sentimientos y de los cursos de acción derivados de ellos. Reconocer “al otro” como sujeto de dignidad, con autodeterminación con derechos y deberes y el cual puede estar cursando por una situación complicada nos invita a acogerlo empáticamente y ayudarlo en la medida de nuestras posibilidades y de nuestros conocimientos, pero también nos invita a ir un paso más allá, no solo a “sentir con” sino además a realizar una búsqueda activa de las posibles soluciones a los problemas de “ese otro”, de ese nuestro paciente.

La responsabilidad de nuestros sentimientos y el producto de ellos, como son las valoraciones éticas y los cursos de acción, es una responsabilidad personal y una responsabilidad moral, ya que podemos actuar por omisión o por comisión y al desenvolvernos en el ámbito público y quedarnos callados ante la injusticias que padecen los otros nos hacen partícipes de ellas, pero al reflexionar e interiorizar la problemática de un colectivo tenemos la opción de educar y transferir nuestros conocimientos para que la sociedad interiorice nuevos sentimientos morales con proyección pública y con ellos una nueva reconceptualización de los valores éticos para que motiven las correspondientes acciones y se establezcan establemente en el carácter moral de la persona (Etxeberria, 2008) para el bien del paciente y primando en los niños, niñas y

adolescentes el “interés superior del menor”, definido en el artículo 44 de la Constitución política de Colombia.

Los valores no son solamente cualidades cognitivas-rationales que se pueden enseñar y aprender en ambientes académicos-formativos; constituyen atributos dotados de una dimensión afectiva-emocional. La síntesis entre afectos y racionalidad, sin la separación ni el confinamiento de cada dimensión, configura uno de los elementos fundamentales en la educación sentimental como posibilidad de reconfiguración de las relaciones internas entre los miembros de la colectividad (Etxeberria, 2008). Es en este momento donde se articulan la deontología, como la dimensión racional de los valores, y la aretología, como la dimensión afectiva de la excelencia de las virtudes, de las valoraciones éticas.

Los valores y las valoraciones éticas, entendidas como sentimientos morales, tienen a su vez una dimensión motivacional que son una referencia decisiva para la acción positiva y una dimensión relacional estableciendo lazos intergrupales que impulsa su vez sentimientos de simpatía, compasión y solidaridad y crean una cohesión entre los colectivos, los cuales, asociados con la virtud de la dialogalidad y con pensamiento crítico son fundamentales para la toma de decisiones adecuadas encaminadas a conducir los cursos positivos de acción.

Es importante destacar que la pedagogía sentimental donde se propone educar los sentimientos, sobre todo en su alcance moral, a la ciudadanía lleva también implícito educar sentimentalmente no solo al personal sanitario; esto también incluye a la familia a los niños, niñas y adolescentes y a la sociedad en general para inculcar valores y virtudes y lograr la inclusión de colectividades vulnerables a la sociedad y evitar la revictimización y procesos de exclusión como la estigmatización, estimulando los sentimientos de justicia, solidaridad y empatía Etxeberria (2010).

Conclusiones

Para finalizar se exponen las conclusiones de este estudio que pueden ser un momento de reflexión para la práctica bioética en la atención médica del comportamiento suicida de los adolescentes e incluso otras condiciones de salud.

Luego de realizar el análisis de los resultados obtenidos en la investigación y considerando la anticipación de sentido podemos concluir que aunque en la literatura se ha observado que algunos profesionales de la salud tienen sentimientos aversivos sobre el

comportamiento suicida de los adolescentes, en esta investigación se observó como sentimiento moral más frecuente la compasión, seguido de sentimientos como miedo y solidaridad.

Los médicos expresaron como valoración ética más frecuente la exclusión, que se relaciona con lo encontrado en la literatura. Ellos piensan que en la sociedad contemporánea seguimos estigmatizando y discriminando el comportamiento suicida en los adolescentes con todos los problemas éticos que esto representa. De la misma manera se puede extrapolar a otras condiciones de salud que conlleva a que los pacientes no consulten a tiempo por miedo a ser discriminados. Y donde se propone la importancia en la educación al personal de salud y a la ciudadanía en ética y bioética como un espacio reflexivo de nuestras valoraciones.

Los cursos de acción que expresaron los médicos en la prevención del comportamiento suicida en los adolescentes fueron la dialogalidad como virtud, esa búsqueda de acuerdos y de entendimiento mutuo en la familia y en la sociedad, lo cual nos hace mucha falta en la sociedad contemporánea; se observó en esta investigación la importancia del apoyo familiar como pilar fundamental de la prevención del suicido pero a su vez como cimiento de la sociedad; y la importancia del apoyo del grupo de salud mental para prevenir que los adolescentes tengan nuevos intentos suicidas como especialidad médica que merece el apoyo gubernamental para su acción.

En los elementos discursivos particulares fue relevante que los médicos expresaron la necesidad e importancia de adquirir competencias en salud mental que se relaciona con la preocupación de que el adolescente ejecute un nuevo intento suicida en el servicio de urgencias o al egreso del hospital por la incertidumbre que les produce no conocer si están estratificando el riesgo de suicida adecuadamente, o si las medidas terapéuticas y no terapéuticas tomadas en un momento dado podrían prevenir un nuevo intento.

En cuanto a la relación del uso de las redes sociales y el comportamiento suicida los participantes de la investigación mostraron preocupación sobre el tema, ya que se observó que la libre expresión que existe en internet puede coadyuvar al comportamiento suicida en los adolescentes. Es importante anotar que los profesionales de la salud y las familias deben conocer y participar de las nuevas tecnologías en las cuales se desenvuelven los niños, niñas y adolescentes adquiriendo las competencias digitales para educar y conocer

los beneficios, los peligros y los métodos de seguridad; el derecho de ingreso a redes sociales está diseñado para edades posteriores a los 14 años, edades en la cuales aumenta la tasa de suicidio para adolescentes, educarlos para adquirir una adecuada identidad digital y una adecuada protección de datos es nuestra responsabilidad, como médicos, padres o educadores. Es nuestra responsabilidad guiarlos en los contenidos, y para esto los adultos debemos conocer el mundo del internet para poder interactuar y proteger a los adolescentes.

La educación sentimental a la ciudadanía con una perspectiva ética, despojándose de todos los prejuicios, permitirá formar ciudadanos más incluyentes y reflexivos ante la problemática social de colectividades vulnerables gestionando el respeto a la dignidad y a una convivencia con base en la justicia y la solidaridad.

Finalmente podemos concluir, que la incorporación de los sentimientos morales, la ética de los sentimientos, la virtud de la dialogalidad, la ética de la inclusión, la dimensión afectivo- emocional, la dimensión cognitivo- racional, la dimensión motivacional y la dimensión relacional, pueden ser incorporadas en el ámbito público, en un hospital, en un servicio de urgencias, mediante un ejercicio bioético pluridisciplinario, pluralista y multicultural buscando el conocimiento para el bien social, y en nuestro caso, el mejor interés del paciente partiendo de la interacción médico paciente.

Por último, es importante adquirir formación en bioética desarrollando competencias desde pregrado en las carreras relacionadas con prestación de servicios de salud para potenciar el sentido crítico de nuestro comportamiento y el de la sociedad ante las poblaciones vulnerables esto va enriquecer nuestra dimensión afectivo emocional y la dimensión relacional que nos van a permitir interrelacionar adecuadamente con el paciente y con su entorno logrando una mayor comprensión de las situaciones individuales y colectivas y fomentando la interiorización de virtudes y de valores en nuestros sentimientos para llevarnos a valoraciones éticas y cursos de acción en beneficio del mayor interés del paciente y de la relación médico paciente.

Referencias

Abela, J. (2001). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*.

Fundación Centro de Estudios Andaluces.

<https://www.centrodeestudiosandaluces.es/publicaciones/tecnicas-de-analisis-de-contenido-una-revision-actualizada>

Anderson, M., Standen, P. y Noon, J. (2003). Percepciones de las enfermeras y los médicos sobre los jóvenes que participan en conductas suicidas: un análisis teórico contemporáneo. *Revista Internacional de estudios de enfermería*. 40 (6), 587-597 [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00054-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00054-3)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748903000543>

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association Publishing.

<https://suicidioadolescente.com.ar/intro/intro003.pdf>

Batterham, P., Calear, A. y Christensen, H. (2013). Correlates of suicide stigma and suicide literacy in the community. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 43(4), 406-417. <https://doi.org/10.1111/sltb.1202>

Borges, G., Wilcox, H., Medina-Mora, M., Zambrano, J., Blanco, J., y Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12- month prevalence, psychiatric factors, and service utilization. *Salud mental*, 28(2), 40-47.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000200040&lng=es&tlng=en

Carear, A., Batterham, P. y Christensen, H. (2014). Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: Risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*, 219(3), 525-530.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25048756>

Carballo, J., Llorente, C., Kehrmann, L., et al. Factores de riesgo psicosocial de suicidio en niños y adolescentes. (2020). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 29, 759–776

<https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>

Carmona, M. y Pichardo, M. (2012). Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (6), 1161-1168.

https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_19.pdf

<https://doi.org/10.1111/acps.12679>

- Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jimenez, T., Soto-Sanz, V., y Alonso, J. (2017). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(3), 195–211. <https://doi.org/10.1111/acps.12679>
- Caycedo, P. y Merchán, M. (2019). *Percepción de los diferentes actores sociales en la atención del paciente con intento suicida*. [Tesis de especialización posgrado de Psiquiatría]. Universidad el Bosque. https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/1843/Caycedo_Castro_Maria_Paola_2018.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Corbin, J. (2016). La investigación en la teoría fundamentada como medio para generar conocimiento profesional. En Calva, S. Universidad Autónoma de Aguascalientes. *La teoría fundamentada: Una metodología cualitativa* (13-54). Universidad Autónoma de Aguascalientes. <https://es.scribd.com/document/426340591/teoria-fundamentada>
- Estrada, A. y Alfaro, K. (2015). El método de casos como alternativa pedagógica para la enseñanza de la bibliotecología y las ciencias de la información. *Investigación Bibliotecológica* 29 (65), 195-211 <https://doi.org/10.1016/j.ibbai.2016.02.020>
- Etxeberria, X. (2002a). *Ética de las profesiones*. Desclée de Brouwer.
- Etxeberria, X. (2002b). *Temas básicos en ética*. Desclée de Brouwer.
- Etxeberria, X. (2008). *Por una ética de los sentimientos en el ámbito público*. Bakeaz.
- Etxeberria, X. (2010). Prólogo. Historias que nos marcan. Las víctimas del terrorismo en la educación para la paz. *Guía didáctica para educación secundaria*. Bakeaz. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/dig_publicaciones_innovacion/es_conviven/adjuntos/600012c_Pub_Bakeaz_historias_marcan_c.pdf
- Etxeberria, X. (2012). *Virtudes para convivir*. PPC ALTRES. <https://www.casadellibro.com/ebook-virtudes-para-convivir-ebook/9788428825955/2193680>
- Etxeberria, X. (Enero de 2013). Aproximación general a la ética. *Programa de Formación de Profesores, Centro de Formación Humana*. ITESO.

<https://www.iteso.mx/documents/11309/0/D-26147-1.pdf/5255b5f3-0be5-4f60-bfcb-a8cceb3243c0>

Etxeberria, X. (2018). Ética de la inclusión y personas con discapacidad intelectual.

Revista Española de Discapacidad, 6 (1), 281-290.

<https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/433>

Etxeberria, X. (2019). Más allá (más acá) de las argumentaciones principialista en los Comités de Bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 14 (1)

<https://doi.org/10.18270/rcb.v14i1.2431>

Gallo, A. (2005). *Manual de hermenéutica*. Universidad Rafael Landívar.

http://recursosbiblio.url.edu.gt/Libros/2012/Manu_Herme/2.pdf

Grimmond, J., Kornhaber, R., Visentin, D. y Cleary, M. (2019). A qualitative systematic review of experiences and perceptions of youth suicide. *Journal. Pone*. 14(6)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31188855>

Huff, M. (2017). Adolescent suicide and ethical considerations. *International Journal of Child Health and Human Development*, 10(4), 377-382.

<https://www.questia.com/library/journal/1P4-2137843674/adolescent-suicide-and-ethical-considerations>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). *Una aproximación al suicidio de niños, niñas y adolescentes en Colombia*.

https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/boletin_suicidio_25.07.2018.pdf

Instituto Nacional de Salud. (Semana epidemiológica 18, 2020) *Boletín Epidemiológico semanal*. [http://www.ins.gov.co/buscador-](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_18.pdf)

[eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_18.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_18.pdf)

Instituto Nacional de Salud. (Semana epidemiológica 36, 2019). *Boletín Epidemiológico semanal*. [http://www.ins.gov.co/buscador-](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%20epidemiol%20B3gico%20semana%2036.pdf)

[eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%20epidemiol%20B3gico%20semana%2036.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%20epidemiol%20B3gico%20semana%2036.pdf)

Instituto Nacional de Salud. (2017). Intento de suicidio. *Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud pública. (02)*

[http://www.ins.gov.co/buscador-](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Intento%20Suicidio_.pdf)
[eventos/Lineamientos/PRO%20Intento%20Suicidio_.pdf](http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Intento%20Suicidio_.pdf)

- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, (Diciembre, 2019). *Boletín estadístico mensual*.
<https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/349426/diciembre-2019.pdf/320ad04c-7c85-287f-804a-a49b1031d9f3>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, (2018). Datos para la vida. *Forensis. (1)*. Grupo Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia.
<https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>
- Lachal, J., Orri, M., Sibeoni, J., Moro, M. R., y Revah-Levy, A. (2015). Metasynthesis of youth suicidal behaviours: perspectives of youth, parents, and health care professionals. *PloS one*, 10(5), e0127359
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127359>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441448/>
- Klonsky, D. y May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129.
<https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/3ST.pdf>
- Lerma, H. (2016). *Metodología de la investigación. Propuesta, anteproyecto y proyecto*. Ecoe Ediciones.
- Lopez, N. (2014). El Escenario humano en la sociedad tecnológica: hacia la cuarta generación de los Derechos Humanos. *Revista Amicus Curiae*. 2 (4) Universidad Autónoma de México. Facultad de Derecho. División de Universidad a distancia.
http://www.derecho.duad.unam.mx/amicus-curiae/descargas/amicus%2013/ESCENARIO_HUMANO_SOCIEDAD.pdf
- Marulanda, N, Román, L. y Arbeláez, M. (2011) ¿Qué pasa con el sujeto y su familia después del intento de suicida? *Revista Universidad Católica del Oriente*. 24(31), 85-106. <http://revistas.uco.edu.co/index.php/uco/article/view/63>
- Ministerio de salud y protección social. (2012). *Intervenciones en suicido. Revisión crítica de la literatura*. Convenio 485 de 2010 MSP- OPS/OMS-SINERGIAS.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Intervenciones-suicidio-revision-critica-literatura.pdf>

- Ministerio de Salud y Colciencias. (2015) *Encuesta Nacional de salud mental*.
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2017) *Tasa de intento de suicidio en Colombia, en un periodo comprendido de los años 2009 a 2018, por grupos de edad*. <http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>
- Michail, M. y Tait, L. (2016). Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*.
<https://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009654.citation-tools>
- Mondragón, L. (2009). *"El suicidio ¿el derecho a morir? Una aproximación bioética al estudio del intento de suicidio diádico"*. (Tesis de Doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México). <https://repositorio.unam.mx/contenidos/87411>
- Mondragón, L., Ito, M., Monroy, Z., Netza, C., Ocampo, R., Rodríguez, E., Larios, N., Lolas, F., Lara, C., y Bórquez, B. (2010). *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud Chile.
http://www.uchile.cl/documentos/version-en-pdf_76826_8_5937.pdf.
- Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C. y Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 403-417. <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v32n3/v32n3a04.pdf>
- Moreno, P. y Blanco, C. (2012). Suicidio en Internet. Medidas preventivas y de actuación. *Psiquiatria.com* <http://psiqu.com/1-6962>
- Olivares, S. (2019). Uso de internet y conductas suicidas en adolescentes de 14 a 18 años en México. *Visión criminológica- criminalística*. (enero- marzo)
http://revista.cleu.edu.mx/new/descargas/1804/articulos/Articulo06_uso_de_internet_y-conductas_suicidas_en_adolescentes_de_14_18_mexico.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2 de septiembre de 2019). *Suicidio*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Pacer, M. (2011). *La ciencia de la investigación cualitativa*. (Trad. C. de la Cera Alonso y Parada y P. Torres). Ediciones Uniandes.
<http://dx.doi.org/1030778/2018.47>
- Paredes, S. (2014). El cibersuicidio a través de las TIC: un nuevo concepto. *Derecho y cambio social*. ISSN: 2224-4131.
https://www.derechocambiosocial.com/revista038/EL_CIBERSUICIDIO_A_TRAVES_DE_LAS_TIC.pdf
- Perez, S. (2006). La internet. Nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevos desafíos en la prevención del suicidio. *Revista de neuro-psiquiatría*, 69 (1-4), 102-106. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039389010.pdf>
- Reynders, A., Kerkhof, A. J., Molenberghs, G., y Van Audenhove, C. (2016). Stigma, attitudes, and help-seeking intentions for psychological problems in relation to regional suicide rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(1), 67–78. 10.1111/sltb.12179 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26207530/>
- Rojas, I. (2011). Hermenéutica para las técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales: una propuesta. *Espacios públicos* 14 (31),176-189.
<https://www.redalyc.org/pdf/676/67621192010.pdf>
- Sand, E., Gordon, KH. y Bresin K, (2013). The impact of specifying suicide as the cause of death in an obituary. *Crisis* 34(1), 63-66. Doi: 10.1027/0227-5910/a000154.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22846446>
- Sevillano, M. y Ducret, E. (abril, 2010). Las emociones en la psiquiatría. *Revista Psiquiatría.com*, 12(1). <http://psiqu.com/1-6470>
- Siau, C., Wee, L., Yacob, S., Yeoh, S., Binti Adnan, T., Haniff, J., ...Binti Wahabí, S. (2017). The attitude of psychiatric and non-psychiatric health-care workers toward suicide in Malaysian hospitals and its implications for training. *Academic Psychiatry*, 41(4), 503–509 <https://link-springer-com.ezproxy.unbosque.edu.co/article/10.1007%2Fs40596-017-0661-0>
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada*. CONTUS - Editorial Universidad de Antioquia.

- Sudak, H., Maxim K. y Carpenter, M. (2008). Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Academic Psychiatry*. 32(2):136-42.
<https://link.springer.com/article/10.1176/appi.ap.32.2.136>
- Tadros, G. y Jolley, D. (2001). The stigma of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 179(2), 178-178. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.2.178>
- Witte, T., Smith, A. y Joiner, T. (2010). Reason for cautious optimism? Two studies suggesting reduced stigma against suicide. *Journal of clinical psychology*, 66(6), 611–626. 10.1002/jclp.20691
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308355/>
- World Health Organization. (2014). Prevention suicide. A global imperative.
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Apéndices

Apéndice E

Caso tipo

Nombre: Lucia F.P.

Edad: 16 años 10 grado

Colegio: Bilingüe Internacional. Calendario B. Excelente rendimiento académico

Peso 40 kilos Talla:1.70 m.

Familia: Nuclear.

Madre: Maria P. Abogada 40 años

Padre: Jose F. Ingeniero 42 años

Motivo Consulta: Control médico post hospitalización.

Antecedentes:

Embarazo y parto normal sin complicaciones. Hija única, embarazo no planeado pero deseado. Vacunas al día.

Hospitalización: Bronquiolitis a los 8 meses. Hospitalizada por 5 días.

12 años: Dolor abdominal, 48 horas en urgencias. Cuadro hemático, parcial de Orina y ecografía abdominal normal. Diagnóstico: Pródromos de gastroenteritis.

13 años: Dolor abdominal. 3 días de hospitalización. Cuadro hemático, parcial de orina, ecografía y Tac de abdomen entre límites normales. Control por gastroenterología con endoscopia de vías digestivas con gastritis aguda antral. Manejo ambulatorio con omeprazol por 12 semanas.

Control por gastroenterología: Diagnostico: Colon Irritable. Manejo con dieta rica en fibra, luego espasmolítico no anticolinérgico.

14 años- 8 meses. Consulta a urgencias por marcas de autolesiones “cutting” en antebrazos, abdomen y muslos. Valorada por psicología, psiquiatría y trabajo social.

Trabajo social: adecuada red de apoyo. Cierra interconsulta.

Psiquiatría: Personalidad tipo A. No ideas estructuradas de suicidio. Control por consulta externa.

Psicología: Personalidad con rasgo de inmadurez. Control por consulta externa.

15 años - 4 meses: Laboratorio reporta prueba de embarazo positiva. No reporta consulta médica.

15 años- 6 meses. Consulta Planificación familiar con anticonceptivo de implante subcutáneo.

15 años: Intento de suicidio con blíster de medicamentos para la hipertensión arterial que tomaba su abuela. 3 días en UCIP, y 4 días hospitalizada. **Tóxicos en orina:** negativo.

Desencadenante: “Estaba discutiendo con mi novio por celular, yo estaba llorando. Mi mamá me quitó el celular y lo escondió, entonces pensé que mi novio se iba a enojar más conmigo... me sentí desesperada, me sentí que nadie me entendía y quería acabar con este dolor, no lo pensé... fue un impulso... Vi las pastas de mi abuela y me las tomé”

Psiquiatría: Con diagnóstico de depresión moderada formula antidepresivos, da de alta con control por consulta externa por psicología y psiquiatría.

Apartes de la entrevista con Lucia. (Control post hospitalización):

Médico: Lucia, ¿Desde cuándo te sientes triste?

Lucia: Toda la vida, desde muy pequeña les pedía a mis padres un hermanito, pero ellos nunca me hicieron caso. Ellos solo piensan en trabajar, son muy importantes. Mi madre es abogada sale a trabajar muy temprano y llega a la 9 de la noche. Mi padre es ingeniero trabaja en una petrolera, se va 14 días a campo y se queda en casa 7 días, pero se la pasa trabajando. En mi casa vive mi abuela ya tiene 80 años y está un poco enferma.

Médico: Lucia a los 12 años presentaste dolor abdominal y luego perdiste peso. ¿Qué provoco la pérdida de peso?

Lucia: En esa época sufría de dolores abdominales, mi médico me diagnóstico gastritis entonces entre a internet y encontré un blog donde las chicas hacen dietas “sanas” para mantenerse en forma, la encuentras con #PROMIA, #PROANA, en YouTube, Instagram, Facebook, Twitter y TUMBLR. Ahí empecé a ser dieta, unas veces vomitaba, entonces... fue cuando mi mamá me llevo al gastroenterólogo y me dijo que tenía colon irritable y como él me dio dieta yo ingería 400 calorías diarias y baje 6 kilos. Mi mama pensaba que era por el colon irritable. Me inspiraba con “MEANSPO”, para poder soportar tanta hambre. Pero la verdad ya me sentía muy flaca y sin energía, no volví a entrar. A veces si como mucho, vomito. Pero mi mama piensa que es por el colon irritable.

Médico: Lucia a los 14 años presentaste autolesiones. ¿Qué provoco que te autolesionaras?

Lucia: Luego conocí a mi novio y empezamos a jugar a la Ballena Azul ahí empecé hacerme “cutting”.

Médico: ¿Qué es el juego de la ballena azul?

Lucia: Es un juego que se encuentra por internet que consiste en 50 juegos por 50 días. Uno empieza dibujándose en la piel una ballena azul, luego vimos películas psicodélicas, como películas de terror en la madrugada, luego nos hicimos cutting.

Ahh! pero fue cuando mi mamá encontró toallas con sangre en mi cuarto y me llevó a urgencias. Me mandaron a la psicóloga, al psiquiatra, pero mi mamá dijo que yo no estaba loca, que era cuestión de la adolescencia entonces no me llevo a las consultas.

Médico: ¿Conoces otros juegos o blogs de internet parecidos a la ballena azul?

Si claro hay muchos, como: “El juego de la copa”, “El juego de Charlie- Charlie Challenge” “Reto Momo” “La ruleta rusa”

Médico: Lucia a los 15 años presentaste un embarazo y luego a los dos meses iniciaste planificación. Tus padres se enteraron?

Lucia: Si, quede embarazada y ahí empezaron los problemas con mi novio. No queríamos arruinarnos la vida. Somos muy jóvenes. Por eso aborté en una clínica en las caracas. Mi novio no me acompañó, me dejo sola, fui con una amiga, pero luego cuando empecé a planificar, mi novio me pidió perdón y volvimos. Mis padres no saben que aborte, ni que estoy planificando. Y tú tampoco se lo puedes contar es un secreto entre nosotros verdad?

Médico: ¿Luego de iniciar la psicoterapia y los medicamentos como te encuentras?

Lucia: Estoy un poco más tranquila. Mis padres pasan más tiempo conmigo y con mi abuela. Mi exnovio no volvió llamarme y no volví a saber nada de él. Tengo un computador que solo puedo usar para tareas escolares y en presencia de mi mamá. No tengo acceso a redes sociales. Porque entendí que todavía no tengo edad para entrar a ellas.

Médico: ¿Estas tranquila de venir al médico en busca de ayuda psicológica?

Lucia: Bueno, ayer tenía miedo de que me trataran como loca, que me fueran a juzgar por lo que había hecho, sentía vergüenza que pensarán que había hecho “eso” solo por llamar la atención. Pero bueno aquí estoy y vamos a ver qué pasa.

Apéndice F

Entrevista semiestructurada

Seudónimo

Edad

Genero

Nivel académico

Profesión

Religión

Estado civil

Número de hijos

Tiempo en años como médico de urgencias

Horas de formación en salud mental

¿Ha atendido pacientes adolescentes con comportamiento suicida?

¿Se siente preparado para brindar atención a adolescentes con comportamiento suicida?

¿Por qué?

¿Alguien cercano a usted ha presentado comportamiento suicida?

Preguntas orientadoras para el personal sanitario:

1. ¿Qué piensa sobre la situación de Lucia?
2. ¿Cuáles son sus sentimientos sobre la situación por la cual ha pasado de Lucia?
3. ¿Cuándo ingresa urgencias un paciente con intento de suicidio, usted que siente?
4. ¿Cómo define usted los sentimientos que me acaba de mencionar?
5. ¿Cuál es su reflexión sobre las redes sociales y el comportamiento suicida de los adolescentes?
6. ¿Qué cree usted que podemos hacer, como sociedad y como sistema de salud para prevenir el suicidio en adolescentes?
7. ¿Qué hace usted cuando ingresa un adolescente con comportamiento suicida?
8. ¿Qué le preocupa del adolescente en hospitalización?
9. ¿Qué valores usted estimula en un adolescente con comportamiento suicida?
10. Cuando el paciente es dado de alta. ¿Qué recomendaciones le daría usted al paciente y a su familia para el futuro del paciente?

Información general:

THINSPO: Etiqueta para encontrar ideas de anorexia y bulimia. Cuerpo con un peso más bajo del ideal.

MEANSPO: Publicaciones que les recuerda lo gorda que esta y los inspira para no comer, o los incita a vomitar.

SWEETSPO: Publicaciones que dan ánimo para retomar las dietas restrictivas

ANA BUDY: Es un chat en el cual se puede compartir diferentes motivaciones para bajar de peso, para hablar de cuantos kilos pierden y cuál es la rutina de dieta y ejercicios.

Apéndice G

Consentimiento informado



Consentimiento Informado para Participantes de Investigación: *“Ética de los sentimientos: expresión de un grupo de profesionales de la salud, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida”*.

El propósito de este consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. **Nombre del Investigador Principal:** Janneth Consuelo Parra Garcia. **Identificación:** CC 52021010 de Bogotá. **Teléfono:** 3108753739 **Correo:** janepamd@hotmail.com **Nombre de organización:** Universidad El Bosque, Fundación Universitaria Sanitas, Clínica Universitaria Colombia. **Título de Investigación:** *“Ética de los sentimientos: expresión de un grupo de profesionales de la salud, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida”*. **Información:** Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a médicos que trabajan en el servicio de urgencias de la Clínica Universitaria Colombia y donde se les invita a participar en la investigación: *“Ética de los sentimientos: expresión de un grupo de profesionales de la salud, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida”*. Yo, Janneth Parra, estoy realizando mi proyecto de investigación como requisito parcial para optar al título Magíster en Bioética en la Universidad El Bosque y estoy investigando sobre los sentimientos morales que expresan los profesionales de la salud en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien para que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me informa para darme tiempo de explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede volver preguntarme. **Propósito:** El suicidio en adolescente es un problema de salud pública, con importante aumento de casos a nivel mundial y nacional, poder identificar los sentimientos morales y los cursos de acción que realizan los profesionales de

la salud con relación a la atención de pacientes adolescentes con comportamiento suicida, les importante para la prevención de este comportamiento y su manejo integral, también puede ser la base para la realización de futuras investigaciones en Bioética. **El objetivo principal** de la investigación es identificar los sentimientos morales, las valoraciones éticas y los cursos de acción que expresa un grupo de profesionales de la salud, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida desde la perspectiva de la ética de los sentimientos propuesta por Xabier Etxeberria. **Los objetivos específicos:** (1) Identificar los sentimientos morales desde la perspectiva de la ética de los sentimientos del personal sanitario en la atención de adolescentes con comportamiento suicida. (2) Determinar a partir de los sentimientos morales las valoraciones éticas que realiza el personal sanitario en la atención de adolescentes con comportamiento suicida desde la perspectiva de la ética de los sentimientos y (3) Conocer los cursos de acción que expresa un grupo de profesionales de la salud, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida desde la perspectiva de la ética de los sentimientos propuesta por Xabier Etxeberria. **Tipo de investigación:** Se trata de una investigación cualitativa a través de la realización del análisis de un caso clínico supuesto por medio de una entrevista semiestructurada con análisis de contenido de la entrevista. **Selección de participantes:** se está invitando al personal sanitario de la Clínica Colombia (10 médicos de urgencias) para participar en la investigación sobre los sentimientos morales y los cursos de acción que expresan los profesionales de la salud en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida. La entrevista será grabada por medio de audio, no se realizará por ningún motivo video. **Participación voluntaria:** Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes, incluso luego de iniciada la entrevista puede retirarse de la entrevista. **Procedimiento y protocolo:** Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas preguntas de una entrevista con base al análisis de un caso clínico supuesto. **Duración:** La entrevista tiene una duración aproximada de 45 minutos como máximo y usted puede elegir no responder a alguna pregunta si lo desea. **Confidencialidad:** Su información personal, sus opiniones, la entrevista y su transcripción serán mantenidas en total anonimato y confidencialidad, usted podrá dar un seudónimo, el cual solamente conocerá la investigadora principal. La grabación será protegida por la investigadora

principal en archivos digitales confidenciales a los cuales solo tendrá acceso la investigadora principal y protegidos en una caja fuerte de propiedad de la investigadora principal. Luego será transcrita y destruida 1 mes luego de grabada. El análisis de las transcripciones podrá ser usadas para futuras investigaciones. Solo tiene fines académicos y por ningún motivo saldrá en medios de comunicación o redes sociales. El análisis de la entrevista podrá ser publicada en revista científica o conferencias académicas pero manteniendo el anonimato y la confidencialidad. La información no será compartida ni entregada a nadie excepto con el director de la investigación Boris Julián Pinto Bustamante. MD. MSc. PhD y los asesores metodológicos. Hernando Augusto Clavijo Montoya. MD. MSc. M. Ed. y Jhonatan López Neira. Psic MSc. en caso de que lo requieran. El tratamiento de la base de datos se encuentra bajo la Ley 1581 de 2012 “Ley de tratamiento de Datos” de la Republica de Colombia articulo 6 numeral e donde se adoptan las medidas conducentes a la supresión de identidad de los Titulares. **Duración:** La entrevista tiene una duración aproximada de 45 minutos como máximo y usted puede elegir no responder a alguna pregunta si lo desea, **Riesgos:** Usted durante la entrevista puede sentir tristeza o ansiedad al dar sus opiniones sobre un tema tan sensible, en caso de que lo requiera puede solicitar asistencia por el servicio de psicología de la clínica realizando su ingreso por el servicio de urgencias. En caso de presentar ideas estructuradas de suicidio durante la entrevista usted será conducido al servicio de urgencias de la Clinica y será atendió por el servicio de psiquiatría para manejo integral. **Beneficios:** Puede que no exista beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. Se espera que la investigación produzca un artículo científico para revista indexada y su presentación en congresos científicos manteniendo el anonimato y la confidencialidad. **Incentivos:** No recibirá ningún incentivo económico por participar en la investigación. **Derecho a negarse o retirarse:** Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados. **Ético:** La investigación, la elaboración, realización y la transcripción de la entrevista, y la protección de datos se realizará bajo los parámetros de la Declaración de Helsinki y con base en la Resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia y la Ley 1581 de 2012, Ley de Tratamiento de Datos, artículo 6 numeral (e) de la República de Colombia. **A Quién Contactar:** Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas

ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar con: Janneth Parra. Celular 3108753739. Correo Electrónico: janepamd@hotmail.com.

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre- Teléfono 5895377 Ext 5719901

E-mail: Comiteetica@Unisanitas.edu.co

Bogotá D.C. Colombia



Fundación
Universitaria Sanitas



Apéndice H

Formulario de Consentimiento Informado para participantes en investigación

“Ética de los sentimientos: expresión de un grupo de profesionales de la salud, en relación con la atención de adolescentes con comportamiento suicida”.

Yo, _____ con identificación _____. He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación dirigida por Janeth Parra, como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera. Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, luego de realizar el análisis de un caso clínico supuesto, lo cual tomará aproximadamente 45 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que esta investigación, y la protección de datos se realizará bajo los parámetros de la Declaración de Helsinki y con base en la Resolución 8430 de 1993 de la República de Colombia y la Ley 1581 de 2012, Ley de Tratamiento de Datos, artículo 6 numeral (e) de la República de Colombia. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora principal Janneth Parra. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento

me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante:

Identificación:

Firma del Participante:

Fecha:

Nombre de testigo:

Identificación:

Firma del testigo

Fecha:

Nombre de testigo:

Identificación:

Fecha:

Nombre de investigadora: Janneth Consuelo Parra García.

Identificación:

Firma de investigadora:

Teléfono:

Correo: Janepamd@hotmail.com

Fecha:

Presidente Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas: Dr: Eduardo Low Padilla. MD. MSc.

Teléfono: 5895377 Ext: 5719901