

**INTERRELACIÓN ENTRE CONDUCTAS SUICIDAS Y MALTRATO EN
ADOLESCENTES QUE INGRESARON A LA FUNDACIÓN SALUD BOSQUE EN
LA CIUDAD DE BOGOTÁ DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2014 Y PRIMER SEMESTRE DE 2015.**

KATERINE FORERO & JIMENA GARCÍA HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

BOGOTÁ, D.C 2015

**INTERRELACIÓN ENTRE CONDUCTAS SUICIDAS Y MALTRATO EN
ADOLESCENTES QUE INGRESARON A LA FUNDACIÓN SALUD BOSQUE EN
LA CIUDAD DE BOGOTÁ DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2014 Y PRIMER SEMESTRE DE 2015.**

KATERINE FORERO & JIMENA GARCÍA HERNÁNDEZ

Trabajo presentado para obtener Para Obtener El Título De

Magister en Salud Pública

Asesores: Doctor Luis Alejandro Gómez

Doctora Ivonne Carolina Forero

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

BOGOTÁ, D.C 2015

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

DEDICATORIA

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto proporcionándome salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor,

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, por cada uno de los valores inculcados en mi larga trayectoria a nivel educativo, por enseñarme lo importante de ser perseverante, por su paciencia, por su amor, su dedicación, y su motivación, por cada uno de los consejos brindados para seguir con mis proyectos.

A mi hijo por ser mi motor de vida, por ser aquel que me inspira a seguir creciendo en todo sentido de mi vida personal.

A todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

¡Gracias a ustedes!

Lady Katherine Forero Orjuela

A Dios y a la Virgen por permitirme culminar con éxito este proceso, por darme la fortaleza física y mental de estos dos años de esfuerzo para obtener este gran logro para mi vida

A mi familia, por apoyarme en este proceso, a mi madre por ser esa persona que siempre estuvo allí con una palabra de aliento cuando quise tirar la toalla y fue siempre mi gran motivación para culminar esta etapa de mi vida.

Muchas Gracias.

Jimena García Hernández

AGRADECIMIENTOS

A nuestros Maestros:

Dra. Ivonne Carolina Forero, por su tiempo y dedicación en la elaboración de la presente tesis, por cada palabra de motivación, por ser nuestra guía, por cada sugerencia y recomendación a lo largo de este proceso, por la paciencia y exigencia que hizo de este proyecto algo enriquecedor para nuestras vidas personales y profesionales

Al Dr. Luis Alejandro Gómez, por aceptar ser nuestro tutor metodológico, por la disposición de ayuda, cada sugerencia y recomendación y guiarnos en la elaboración de un documento sólido para poder finalmente cumplir una de las metas más importantes de nuestras vidas, ser salubristas.

Finalmente, a todos nuestros docentes que durante dos años nos formaron y aportaron las bases para ser unos grandes salubristas, con capacidad analítica y crítica y sobre todo, para poder aportarle a nuestros departamentos de origen y porque no, a nuestro país, nuevas herramientas para construir una salud en Colombia cada vez mejor.

Tabla de Contenido

INTRODUCCION

1. Justificación
2. Planteamiento del Problema
 - 2.1 Pregunta Problema
3. Objetivos
 - 3.1 Objetivo General
 - 3.2 Objetivo Especifico
4. Marco Teórico
 - 4.1 Suicidio
 - 4.1.1 Suicidio en el tiempo
 - 4.1.1.1 Los ritmos temporales Cosmo-biológicos
 - 4.1.1.2 Los ritmos temporales político-económico
 - 4.1.2 Suicidio en la Historia
 - 4.1.2.1 Acercamiento sociológico
 - 4.1.2.2 Enfoques Psicologicos
 - 4.1.2.3 Enfoque Cognitivo Conductual
 - 4.1.2.4 Enfoque Sistémico
 - 4.1.2.5 Enfoque Psicodinámico
 - 4.1.3 Visión Antropologica
 - 4.1.4 Factores De Riesgo Asociados Al Suicidio
 - 4.1.5 Suicidio en Adolescentes
 - 4.1.6 Epidemiología
 - 4.2 Maltrato
 - 4.2.1 Maltrato en los Adolescentes
 - 4.2.1.1 Maltrato que comienza en la infancia y continúa en la adolescencia
 - 4.2.1.2 Maltrato que comienza en la adolescencia

4.2.1.3 Maltrato que representa una vuelta a conductas anteriores

4.2.2 Tipos de Maltrato

4.2.2.1 Maltrato Psicológico

4.2.2.2 Maltrato Físico

4.2.2.3 Abandono o Negligencia

4.2.2.4 Maltrato en la escuela (Bullying)

4.2.3 Tipos de Acoso Escolar

4.2.3.1 Bloqueo social

4.2.3.2 Hostigamiento

4.2.3.3 Manipulación social

4.2.3.4 Coacción

4.2.3.5 Exclusión social

4.2.3.6 Intimidación

4.2.4 Causas del Maltrato

4.2.5 Conducta Suicida y Maltrato

4.2.6 Adolescencia, Suicidio y Legislación

5. Diseño Metodológico

6. Presupuesto

7. Resultados

7.1 Caracterización de la "Población Adolescente que ingreso a la Fundación Salud Bosque de la ciudad de Bogotá por conductas suicidas durante el periodo comprendido entre segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015"

7.2 Resultados arrojados en la Entrevista abierta

8. Conclusiones

Bibliografía

9. Anexos

9.1 Perfil de las Entrevistadoras

9.2 Consentimiento Informado

9.3 Asentimiento Informado

9.4 Entrevistas

RESUMEN

El suicidio, constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. (Salud O. M., 2004)

Por este motivo, es indispensable considerar las causas que ocasionan el suicidio, en la presente investigación hacemos referencia específicamente al tema del maltrato, especialmente en poblaciones vulnerables a este fenómeno, como el grupo de los adolescentes, quienes en muchas ocasiones son maltratados por primera vez en esta etapa, o bien, son casos en los que los abusos y malos tratos vienen teniendo lugar desde la infancia.

En ese orden de ideas, el presente estudio quiere describir el fenómeno del suicidio y su posible relación con el maltrato en los adolescentes entre los 12 y los 18 años que ingresaron a la Fundación Salud Bosque de la ciudad de Bogotá entre el segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015, queremos narrar las posibles causas o motivaciones que llevan a esta población a tener conductas suicidas y que esta información sirva como base para otras investigaciones venideras, además de un acercamiento y descripción de este fenómeno en adolescentes de la capital de nuestro país y que lo encontrado sirva para posibles toma de decisiones de intervención a esta problemática que aqueja al país y por supuesto al mundo entero.

Palabras Clave: Maltrato, Suicidio, Salud Publica, Adolescentes, Organización Mundial de la Salud

ABSTRACT

Suicide is a public health issue very important but largely preventable causes nearly half of all violent deaths and resulting in almost a million people a year , plus encrypted economic costs billions dollars, as noted by the World Health Organization (WHO) . Estimates indicate that by 2020 fatalities could rise to 1.5 million. (Health O. M., 2004)

For this reason , it is essential to consider the issue of abuse, especially in vulnerable populations to this phenomenon, as the group of adolescents who often are abused for the first time at this stage, either are cases where abuses and ill-treatment are taking place since childhood.

In that vein , this study aims to describe the phenomenon of suicide and its possible relation to abuse in adolescents between 12 and 18 who entered the Forest Health Foundation of Bogota between the second half of 2014 and first half of 2015 , we want to tell the possible causes or motivations Faque lead this people to have suicidal behavior and that this information serve as a basis for other future research , along with an approach and description of this phenomenon in adolescents in the capital of our country and found that it serves to possible decisions intervention to this problem that afflicts the country and of course the whole world.

Keywords : Abuse, Suicide, Public Health, Adolescent , World Health Organization

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública relevante, que ocupa un lugar entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. La conducta suicida en niños y adolescentes se ha incrementado en las últimas décadas, lo cual provoca gran interés en los profesionales de la salud, maestros, padres y otros grupos sociales.

En Colombia en los últimos años las cifras arrojadas por el Estudio Nacional de Salud Mental indicaron que el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años; 57 de cada 1.000 colombianos intentan suicidarse durante su vida y que entre 10% y 15% culminan en suicidio.

En las últimas décadas se ha observado la creciente incidencia del intento de suicidio entre niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes sin una explicación concreta; al parecer son múltiples los factores que influyen sobre los comportamientos suicidas que de ser adecuadamente identificados e intervenidos podrían en un momento determinado disminuir estos comportamientos. Sin embargo, la información epidemiológica sobre el intento suicida en este grupo de edad es poco confiable en nuestro país, por el subregistro, mal registro de la causa de muerte y deficiente comunicación. (Cabra, 2010)

Es por ello que en cuestiones como del pasaje al acto, la impulsividad, el problema de la muerte, la depresión, el ataque al propio cuerpo y al marco familiar, son inherentes a este período de la vida denominado adolescencia; concepto que hay que interpretar no sólo en clave neurobiológica sino, y esto es quizá más relevante, en clave psicosocial. Esto es así en la medida en que la adolescencia, a diferencia de la pubertad, no es ajena al marco histórico y social en el que se desarrolla, en consecuencia, la adolescencia pone en tela de juicio lo social y amenaza con crear un conflicto de generaciones. La problemática del suicidio y del intento de suicidio en la población adolescente no es tampoco ajena a la crisis que acompaña, de manera indefectible, a este período de la vida de todo sujeto. (Moya, 2007)

Por otro lado, los suicidios y los intentos de suicidio son fenómenos no ajenos a los marcos sociales en los que acontecen. Dichos marcos constituyen los factores sociales implicados, esto es, actúan como elementos que pueden favorecer la emergencia de comportamientos suicidas en tanto el sujeto posmoderno se enfrenta a un proyecto colectivo en el que naufragan muchas vidas, al verse traídas y llevadas por un vivir carente de sentido. (Moya, 2007).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según La organización Mundial de la salud el suicidio está entre las tres causas más frecuentes de muerte en personas jóvenes con edades de 15 – 35 años y este tiene un serio impacto sobre al menos otras seis personas ya sea de tipo psicológico, social o financiero sobre la familia y la comunidad. (Salud O. M., Transtornos Mentales y Cerebrales, Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, 2000).

El programa “Colombia Joven” reveló que los jóvenes en varias zonas del país se han quitado la vida por falta de oportunidades y aunque está problemática se ha venido disminuyendo, el Director del Programa ha señalado que continúa siendo una situación preocupante que afecta a toda la población.

Por otro lado cabe resaltar que el maltrato, es considerado el segundo fenómeno de interés en este estudio, que este no se limita a la agresión física como muchos creen; la conducta tipifica también otras formas de daño: castigo, humillación y abuso físico o psicológico, así como el descuido y el trato negligente sobre el niño, la niña, el adolescente aun desde la Gestación, de acuerdo con lo descrito por el Código de infancia y adolescencia ley 1098 de 2006. Por otro lado, en Colombia no existen estudios que articulen la conducta suicida con algún tipo de maltrato sino cada uno por separado es estudiado y explicado en su contexto.

Por lo antes expuesto, en este contexto, es necesario buscar posibles acercamientos para la comprensión de las interacciones entre los dos fenómenos, que afectan de manera importante al grupo poblacional de estudio, de igual manera analizaremos en qué medida el

maltrato infiere como causa principal para el suicidio, teniendo como punto de partida entrevistas realizadas a jóvenes.

2.1 Pregunta Problema

¿Está asociado el maltrato a la conducta suicida presentada por los adolescentes que ingresaron a la FUNDACIÓN SALUD BOSQUE en la ciudad de Bogotá durante el periodo comprendido entre el segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015?

3.OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir algunas de las posibles relaciones existentes entre Conductas suicidas y Maltrato en los adolescentes que ingresaron a la Fundación Salud Bosque en la ciudad de Bogotá durante el periodo comprendido entre segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la población adolescente que ingreso a la Fundación Salud Bosque de la ciudad de Bogotá por conductas suicidas durante el periodo comprendido entre segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015.
- Identificar las posibles motivaciones en la conducta suicida descritas por los adolescentes que ingresaron a la fundación salud bosque durante el periodo comprendido entre segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015.
- Describir las situaciones de maltrato al que estuvieron expuestos los adolescentes que ingresaron a la fundación Salud Bosque durante el periodo comprendido entre segundo semestre de 2014 y primer semestre de 2015.

4 MARCO TEORICO

4.1 Suicidio

La OMS define “el acto suicida” como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos. (Poley Guerra, 2012)

4.1.1 Suicidio en el tiempo

El suicidio es una acción humana destinada a la clausura voluntaria del tiempo individual. Pero además, el acto del suicidio se inscribe en el tiempo social y es por lo tanto un acto comunicativo. Por ello, para intentar comprender su mensaje, puede ser útil observar el suicidio bajo el prisma de sus dimensiones temporales. Algunos ejemplos literarios, etnográficos e históricos, seleccionados al azar, servirán como ilustración inicial de la relación entre el tiempo y el suicidio. Cabe resaltar que es de gran importancia hablar de dos apartados relacionados con el suicidio como son: los ritmos temporales cosmo-biológicos y los ritmos temporales político-sociales. (Camós, 2006)

4.1.1.1 Los ritmos temporales Cosmo-biológicos

Se han publicado incontables estudios sobre la relación de la ocurrencia de suicidios y los ritmos cosmo-biológicos. La *suicidología* -en su empeño por anticipar cuando alguien va a quitarse la vida con el fin de impedirlo- ha inundado sus plataformas de difusión, tales como las revistas *Crisis*, *Suicide and Life-Threatening Behavior* o *Archives of Suicide Research*, con numerosos artículos que tratan de demostrar la correlación entre las variaciones estadísticas del suicidio y diversos factores ambientales que caracterizan los ritmos cosmológicos y biológicos. Con ello se pretende, prever las fechas y condiciones en que va a aumentar el riesgo de suicidio. Se trata, por un lado, de estudiar la variación estacional en la tasa de suicidio para encontrar un patrón circa- anual, cosa que fue ya detectada por Durkheim, y por otro lado, estudiar las condiciones ambientales, como la temperatura, humedad, dirección del viento, posición del sol, etc., en una cantidad

determinada de suicidios para intentar hallar un patrón atmosférico, cosa que fue explorada ya por Morselli.

Para tratar de explicar el patrón circa-anual se han formulado hipótesis de diversa índole que pueden agruparse en función de la metodología empleada para verificarlas. Los estudios epidemiológicos y psiquiátricos se basan en análisis estadísticos y estos estudios tienen la limitación de tomar poco en cuenta la complejidad histórica y social. Por otro lado, utilizando una metodología científica, la biología se ha ocupado también de estudiar el patrón circa-anual del suicidio. (Camós, Tiempo y suicidio, Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar).

Por otra parte los biólogos hablan de una hormona responsable de la regulación de los ritmos circadianos, la melatonina, que se segrega cuando no llegan estímulos luminosos al cerebro y a la que responsabilizan de la tristeza invernal. Incluso algunos trabajos afirman que haber nacido en los tres primeros meses del año predispone a sufrir de esquizofrenia y otros desórdenes psiquiátricos los cuales conllevan al suicidio (Camós, Gazeta de Antropologia, 2006) .

En cuanto a las condiciones climáticas también existen bastantes datos que permiten relacionar ciertas condiciones climáticas con el aumento del número de suicidios.

4.1.1.2 Los ritmos temporales político-económicos

El paso de las estaciones y los cambios producidos en el ambiente debido a las variaciones climáticas son claros indicadores mediante los que se perciben el paso del tiempo y frente a los cuales, la decisión de morir, queda enmarcada como acontecimiento en el tiempo. Pero existen otros indicadores temporales externos a la naturaleza, como los que hemos agrupado aquí bajo el epígrafe de ritmos temporales político-económicos. (Trovato 1998; Dupont 1999).

La muerte por suicidio llega en muchas ocasiones después de valorar que no merece la pena seguir viviendo "este tiempo" caracterizado por condiciones políticas y económicas insoportables. Tales condiciones tienen también sus ciclos y ritmos. (Camós, 2006).

Los cambios políticos y sociales han sido a menudo relacionados con un aumento en la tasa de suicidio. Como señaló Anthony Giddens (1965), en el siglo XIX el suicidio fue uno de los problemas sociales más discutidos, estableciéndose un gran número de correlaciones. Una de ellas, probablemente la que obtuvo más adhesión según Giddens, fue el enunciado de que el suicidio tiende a aumentar durante los períodos de cambio social rápido. Ello fue enunciado ya en *De l'hypochondrie et du suicide* por J. P. Falret en una fecha tan temprana como 1822 y posteriormente confirmado por muchos otros autores, Durkheim entre ellos, que se refirió al cambio social como causante de la anomía. Se cree que los cambios rápidos, sociales, políticos y económicos, provocarían desestabilización y desorganización social. Para Durkheim, el aumento del suicidio estaría en parte relacionado con esta desorganización social responsable de la anomía.

No obstante Algunos autores (Preti y Miotto 1999; Hamermesh y Soss 1974; Araki 1987) consideran que la tasa de suicidios aumenta cuando aumenta la tasa de desempleo.

Lo anterior implica una reconsideración de lo que los fundadores de la antropología y la sociología, como Mauss y Durkheim, escribieron sobre el tiempo. Durkheim, en *El suicidio*, reconoció que existe una variación rítmica en el porcentaje de suicidios dentro del calendario, incrementándose las tasas de suicidio de enero a junio y declinando después hasta diciembre, así como dentro de la semana. Pero rechazó que hubiera ninguna relación, efecto o influencia entre los ritmos temporales de la naturaleza y el suicidio, mostrando así una oposición rotunda ante los argumentos anteriores de Morselli que había basado su teoría sobre el suicidio en relación a los factores climáticos dentro del ciclo estacional. Al contrario, Durkheim mantenía que tales variaciones se debían única y exclusivamente a las ritmicidades temporales que surgen de las interacciones sociales: intensidad y distensión de la actividad social dentro de los ciclos temporales. De acuerdo con los estudios más recientes en epidemiología, psiquiatría y biología, se confirma la existencia de correlaciones entre los ritmos temporales de la naturaleza y el suicidio. Como indica Gabennesch (1998), parece como si Durkheim se hubiera sentido contrariado por el hecho de descubrir unas regularidades estadísticas circa-anales sobre el suicidio y para no dañar su teoría sociológica, dejara sin desarrollar su intuición inicial sobre la relación entre la temporalidad y el suicidio.

Pero las dimensiones temporales del suicidio no se limitan a ciertas correlaciones, más o menos demostrables, entre las variaciones estadísticas en las tasas de suicidio y los ciclos naturales. Según (Camós, 2006) el análisis de las dimensiones temporales del suicidio debe tomar en cuenta los otros ritmos temporales a los que aludía Durkheim, los ritmos temporales derivados de la interacción social: la política, la economía, las relaciones inter-personales. Para intentar explicar las ritmicidades temporales del suicidio nos parece necesario el uso de una aproximación multifactorial al fenómeno, admitiendo la influencia del tiempo de la naturaleza sobre el tiempo que surge de la interacción social y viceversa. Cuando hablamos pues de percepción social del tiempo en relación con el suicidio, nos situamos por tanto en un marco en el que el tiempo es humana y socialmente construido pero, a la vez, en que el tiempo de la naturaleza afecta a la configuración de las relaciones sociales y así como a la misma percepción del tiempo.

4.1.2. Suicidio en la Historia

El suicidio comenzó a ser considerado pecado en el siglo IV con San Agustín, porque viola el sexto mandamiento, usurpa la función del Estado y de la Iglesia y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. (Calderon, 2013)

En la Edad Media y hasta bien entrada nuestra Edad Moderna en Europa occidental las Iglesias cristianas sacralizaron la muerte, la domesticaron, integrándola en un sistema de ritos y creencias que la convertían en una etapa más del destino final de cada ser humano. La Iglesia Católica rechazaba al suicida y se le negaba la sepultura en el Campo Santo. (Beto, 2013)

En la Edad Media en Europa degradaban el cadáver arrastrándolo por las calles cabeza abajo con una estaca atravesando el corazón y una piedra en la cabeza para inmovilizar el cuerpo y que el espíritu no regresara a dañar a los vivos: el alma del suicida era condenada al infierno por toda la eternidad. (Calderon, 2013).

En la Inglaterra anglicana de 1800 el cuerpo del suicida era castigado por la justicia públicamente siendo arrastrado por el suelo y estaqueado en el cruce de los caminos, sus bienes confiscados y la viuda desheredada y deshonorada. Solo se aceptaba el caso del

soldado vencido que se suicidaba por honor. En el siglo XV, Castilla, Aragón, Florencia, Francia, Reino Unido, Milán, Venecia y Portugal sancionaban el suicidio, rematando incluso a los muertos suicidados. En Castilla y Aragón, la práctica se recoge en una constitución de 1497, cuando un pastor almeriense se suicidó porque le despidieron, y fue rematado en Córdoba en 1498. (Calderon, 2013).

En sociedades donde la sacralidad era la cosmovisión vigente, es lógico que el comportamiento suicida se rechazara, pues el hombre no tenía permitido modificar su destino, que estaba en las manos de Dios. (Calderon, 2013).

El suicidio ha estado ligado a la humanidad y sus costumbres: otro ejemplo son los mayas, según refiere la historia, veneraban a Ixtab, la diosa del suicidio, y en el Lejano Oriente los japoneses se hacían el seppuku para lavar la deshonra. (calderon, 2013).

Por otro lado, Santo Tomás de Aquino, en el siglo XIII, afirmaba tres argumentos principalmente: «Es totalmente ilícito matarse a sí mismo –escribe en la *Suma teológica*–, por tres razones: todas las cosas naturales se mantienen a sí mismas en el ser... Por lo cual el suicidio... es contrario a la ley natural y a la caridad. Porque todo hombre es parte de la comunidad, y al matarse a sí mismo lesiona a la comunidad. Porque la vida es un regalo de Dios al hombre, y está sujeta a su poder.... De aquí que todo el que atenta contra su propia vida, peca contra Dios». Así pues, el suicidio atenta contra la ley natural y es contrario a los deberes para con uno mismo, atenta contra la sociedad, y atenta, por último, contra la voluntad de Dios. (Tresguerres, 2002).

En Adam Smith encontramos, asimismo, una rotunda oposición al acto suicida, por ser contrario a la religión y a la naturaleza (ésta en ningún caso impele a tal acto, excepto en casos de melancolía extrema; en casos, diríamos hoy, de cuadros psicopatológicos graves). Por otra parte, no es ninguna prueba de valor, sino al contrario: de cobardía. Que pueda ser considerado objeto de aprobación o aplauso, no pasa de ser, en su opinión, más que «un puro refinamiento filosófico». En consecuencia: «Lo que nos puede empujar a esa decisión es sólo la conciencia de nuestra propia flaqueza, de nuestra incapacidad para aguantar la calamidad con valentía y entereza». (Tresguerres, 2002).

Según Schopenhauer el suicidio, argumenta el filósofo alemán, es antes una rotunda afirmación de la voluntad de vivir, más que su negación: «El suicida quiere la vida, mas está descontento de las condiciones en que ésta se le ofrece. Al matar el cuerpo no renuncia a la voluntad de vivir, sino a vivir». Ahora bien, prosigue: «Como la voluntad de vivir tiene asegurada una vida eterna, y la esencia de la vida es el dolor, suicidarse es un acto inútil e insensato».

4.1.2.1 Acercamiento sociológico

El sociólogo francés Émile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897), señala que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo la integración o regulación social ya sea excesiva o insuficiente del individuo en la colectividad. Por tanto el suicidio sería un hecho social.

Durkheim comienza su estudio con una definición de suicidio como: «*Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma y que, según ella sabía, debía producir este resultado*». Ejemplo de un acto positivo: dispararse en la cabeza; ejemplo de un acto negativo: rehusar a ingerir cualquier medicina hasta dejarse morir. La persona suicida vive con una percepción anómica de la vida: Pierde el sentido de la ley, normas sociales y se vuelve escéptico ante la vida y todo lo que ésta implica. Aunque cada persona suicida es distinta, tienen indicadores y pasan por un mismo proceso. Uno de los factores más importante de la persona suicida es la convicción del suicidio como método factible. Si estudiamos el comportamiento de las personas suicidas, no podemos asegurar que se pueda prevenir todo tipo de suicidios pero si podemos estudiar si se utilizaría la misma metodología, modalidad, tiempo y espacio. El suicidio como un problema social, se han creado diversas teorías para explicar la raíz del problema y las particularidades del mismo. Han tomado en cuenta razones como el estatus económico, socio-profesional, la edad y el estado civil. Se asegura que en algunas ocasiones las personas están predispuestas al suicidio. Un principio de la modificación de conducta establece que de la misma manera que aprendemos, podemos desaprender. Una persona que proviene de una familia donde existen historial suicida tiene cierta predisposición a cometer

actos suicidas. La profesión y la religión están relacionadas también indirectamente con el suicidio. La persona que trabaje bajo presión y no sepa manejarlo puede tener pensamientos suicidas y ejecutarlos. (Durkheim, 2012).

Durkheim distingue tres clases de suicidios:

1. Suicidio egoísta, típico de sociedades donde el individuo carece de integración social.
2. Suicidio anómico (anomia es para Durkheim lo que para otros autores, a partir de Hegel, es alienación), característico de falta de regulación social (anomia), existe una falta de normatividad en tanto que las normas sociales no son interiorizadas como propias por parte del individuo.
3. Suicidio altruista, característico de sociedades con alto grado de integración social, el individuo se suicida por su sensación de pertenencia a la sociedad. Se mata por ella, un claro ejemplo son los kamikazes. Esta relación es patológica porque la persona pierde el sentido de individualismo. Este tipo de suicidio consiste en ofrecer su vida por algún ideal. El individuo sacrifica su vida en honor a quien el cree que se beneficiara de ello.

4.1.2.2. Enfoques psicologicos

4.1.2.3 Enfoque Cognitivo Conductual

Aaron Beck, conocido como el padre de la Terapia Cognitiva, estudió por muchos años la depresión y el suicidio, y se percató que los que sufrían estos males eran personas con pensamientos negativos a su persona. Según Beck, el rasgo generalizado de muchos trastornos psicológicos es la existencia de pensamientos automáticos, ideas arraigadas con sentimiento negativo profundo, al grado que el individuo no se da cuenta que le conducen sentimientos de infelicidad o desmotivación. (Romero, 2015).

En la teoría Cognitiva de Beck, existe una clara relación entre los pensamientos de la persona (lo que se dice a sí misma sobre las situaciones que vive, sobre los demás, sobre la vida, sobre sí misma y sobre los problemas que presenta), y las emociones y los

sentimientos que experimenta. A su vez, esta reacción emocional influirá en la reacción comportamental de la persona ante esa situación, ante la conducta del otro o ante los síntomas que experimenta.

De acuerdo a lo anterior para (Rush y Beck, 1978; pag. 202) la ideación suicida se entiende como una “expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insoportable” y parte de los tres componentes de la triada cognitiva negativos (yo, mundo y futuro), los errores cognitivos dominantes y los esquemas disfuncionales activados (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Rush y Beck, 1978), por tanto el objetivo de la evaluación se centra en la identificación de pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencia centrales que se activan inmediatamente antes del intento de suicidio (Beck y Cols, 1979).

Beck sostiene que las personas con dificultades emocionales tienden a cometer “error lógico” y que la realidad objetiva es la inclinación en dirección al auto desprecio. Para esto, Beck desarrolló la llamada “terapia Cognitiva de Beck”, lo básico en esta terapia es enseñar a la persona la relación situación-pensamientos automáticos ante la situación-sentimientos/emociones-comportamiento resultante. Además de enseñar a la persona a pensar de otro modo ante los problemas y síntomas que padece, lo que ayudará a reducir las emociones negativas y a reaccionar ante los problemas de un modo que le lleve a su solución, no al abatimiento.

Por otro lado, la terapia conductual dialéctica o TDC es una técnica que está diseñada para individuos severamente disfuncionales, suicidas crónicos, y la orientación teórica de este tratamiento es una mezcla de tres posiciones: la orientación conductual, la filosofía dialéctica y la práctica Zen. Dentro de estas teorías tan distintas, la orientación conductual es contrarrestada por la aceptación del paciente extraída del Zen y la práctica contemplativa de Occidente, y la equilibrarían de esos dos polos se resuelve por lo que denominan el marco dialéctico, es decir, un tener en cuenta orientaciones que aparecen como contradictorias entre sí y la búsqueda de una síntesis entre ambas. Aunque los procedimientos y estrategias que usan están basados en la teoría conductual, los autores reconocen que superponen otras orientaciones muy diversas de terapia, como teorías

psicodinámicas, centradas en el paciente, cognitivas, y las denominadas “estrategias”. (Díaz-Benjumea, s.f).

Los autores afirman que es la forma de psicoterapia más eficaz en el tratamiento de Trastorno Límite de la Personalidad, y aparentemente también a pacientes que presentan síntomas y conductas asociadas a trastornos del estado ánimo, las auto-lesiones, abuso sexual, y dependencia química. (Brody, Naugle, & Schimdt, 2015).

4.1.2.4 Enfoque Sistémico

La teoría general de sistemas, formulada por Bertalanffy en el año 1968, surgió con la finalidad de dar explicación sobre los principios de la organización de muchos fenómenos naturales, y en la actualidad es aplicada al conocimiento de muchas otras realidades.

Por otro lado, Bronfenbrenner (1987), ha aplicado al sistema familiar en los distintos escenarios de interacción con el ambiente., considerando que la familia es el sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona desde su concepción. Conceptos como el microsistema, es concesivo como el conjunto de relaciones que se producen dentro de un entorno inmediato, según Brofrenbrenner, la familia es el microsistema más importante porque configura la vida de una persona durante muchos años, las relaciones que se dan en el microsistema a su vez reciben la influencia del exterior. El meso sistema familiar, es considerado como un conjunto de sistemas con los que la familia guarda relación y con los que mantiene intercambios directos, entre ellos están: la escuela, la pandilla, el club deportivo o el partido político. Y en el otro extremo, está el Macro sistema, entendido como el conjunto de valores, ideologías, creencias, políticas que da forma a la organización de las instituciones sociales, refiere que la cultura es predominante en el entorno familiar.

El modelo sistémico nos permite pues, observar cómo cada grupo familiar se inserta dentro de una red social más amplia, y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía.

Este enfoque, que aparece en la segunda mitad del siglo XX produciendo un salto de nivel lógico en el pensamiento humano, a través del descubrimiento de otra manera de mirar la realidad y de comprender al ser humano como sistema, y dentro de un sistema. Para entender la visión sistémica hay que olvidarse de lo que ya se sabe y abandonar la manera automatizada de pensar. Mirar desde otro sitio supone cambiarse de lugar, suspender las viejas acomodaciones de la mente, olvidar la lectura lineal causa-efecto y muchos de los condicionamientos del lenguaje. Mirar desde otro sitio supone separar la vista del árbol. Alejarse. Solo entonces el bosque se hace figura y pueden aparecer fenómenos nuevos, relaciones entre elementos de una riqueza y complejidad hasta ahora desconocida. (Bertalanffy, (1979)).

4.1.2.5 Enfoque Psicodinámico

La orientación psicodinámica sigue una línea que recoge el pensamiento psicoanalítico, basándose en que el acto de conducta es siempre un acto con sentido y con finalidad, con independencia de que el sujeto posea, o no, conocimiento de los mismos. La metodología derivada de esa concepción apunta, consecuentemente, a la exploración y objetivación de ese mundo interno del que el sujeto no tiene conocimiento, considerando lo inadvertido o inconsciente de la conducta como un componente esencial de la misma, precisamente por considerar que es lo inconsciente lo que da sentido y soporte a la conducta manifiesta. (Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual).

Freud, padre del psicoanálisis, parte en el análisis del suicidio del individuo y de su mundo interno (intra psíquico). Según él, las causas del suicidio radican en la mente del individuo, en su psiquis y no en el medio social donde vive. Los hombres según Freud, se identifican de forma ambivalente con los objetos que aman. Por eso, cuando son frustrados, el lado agresivo de la ambivalencia se dirige contra la persona internalizada. De esta forma, según él, el suicidio representa un homicidio de grado 180, provocado por la hostilidad inconsciente contra el objeto amado e identificado de forma ambivalente. Así, una persona puede suicidarse para asesinar la imagen existente en su pecho del padre amado temido. La concepción freudiana del suicidio, conocida como psicodinámica, fue desarrollada por muchos de sus seguidores. (Freedman, 1984).

4.1.3 Visión Antropologica

Dentro de este enfoque antropológico citaremos a Rodrigo Duran, antropólogo, que en su libro “la Soledad del Suicida” refiere que el suicidio debe estudiarse de manera multifactorial, porque, considera necesario, para lograr un tratamiento social de esta problemática, “explicar las razones de estas frecuencias y sus convergencias, lo cual implica necesariamente comprender no sólo las manifestaciones de lo simbólico en lo cotidiano, sino también sus razones. Ya que son estas razones las que se expresan en prácticas comunes y resignificadas íntimamente y posibilitadas a través en la trayectoria de la comunidad y su proceso de desarrollo”. “Todo esto implica un giro en relación a los estudios psicologistas del suicidio, en los que comúnmente se pone el acento en el desarrollo y la trayectoria del individuo en relación a presencias de psicopatologías, por el contrario, se parte de considerar el suicidio a partir de su posibilidad como fenómeno socio cultural, y recién entonces su vinculación a la trayectoria del individuo, de esa manera es posible pensar estrategias sociales de contención, que lleven a un cambio en relación a las tendencias en las frecuencias de suicidios y que ataquen el problema desde su raíz social”. (Durán, 2012).

4.1.4 Factores De Riesgo Asociados Al Suicidio

Para el caso del suicidio, (Eslava, 2007) señala los factores de riesgo asociados, entre estos:

SEXO: La tasa de suicidios consumados es unas 3 veces más alta en varones que en mujeres en todos los grupos de edad. La proporción se invierte al considerar los intentos autolíticos. Esto se debe a que los varones suelen emplear en general métodos más violentos y letales (precipitación, armas de fuego) mientras que las mujeres escogen preferentemente la intoxicación medicamentosa (Eslava, 2007 , pág. 11) .

EDAD: La tasa de suicidio consumado se incrementa con la edad, mientras que la de tentativa suicida decrece. En números absolutos, el grupo de edad con más número de suicidios, en ambos sexos, se sitúa entre los 35 y 44 años (Eslava, 2007 , pág. 12).

ESTADO CIVIL: Los separados-divorciados son los que presentan una mayor tasa de suicidios, seguidos de los viudos, de los solteros, y con la menor tasa, los casados. El matrimonio, especialmente si se tiene hijos actúa como factor protector (Eslava, 2007 , pág. 13).

MEDIO: El medio urbano se asocia a un mayor riesgo suicida, tanto más cuanto más habitantes tenga la ciudad. (Land, s.f).

ACONTECIMIENTOS VITALES. En los seis meses previos a la tentativa suicida es frecuente encontrar algún tipo de acontecimiento vital estresante. Entre los ancianos se observa con mayor frecuencia la existencia de enfermedades somáticas o jubilación, y entre los jóvenes la problemática económica, la separación y los problemas interpersonales. (Land, s.f).

ENFERMEDADES MÉDICAS. Mayor riesgo suicida en pacientes médicos afectados de enfermedades que cursan con dolor, alteración de la imagen corporal, de evolución crónica e incapacitantes. (Land, s.f , pág. 1).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS. Se estima que cerca del 90% de los pacientes que realizan una tentativa suicida padecen un trastorno psiquiátrico mayor. (Land, s.f , pág. 1).

Según los antecedentes, la conducta suicida viene ligada a la depresión, el abuso sexual, la disfunción familiar, situaciones que no siempre son fáciles de identificar, debido a que un niño o un adolescente, no ha desarrollado aun los mecanismos para manejar la frustración y tener una adecuada resolución de conflictos, es así como el ambiente familiar resulta decisivo en la formación de pensamientos e ideas suicidas y en que se lleven a cabo aunque sea como un intento que no se concrete. Hay situaciones en las cuales esta población utiliza la amenaza de suicidio como manipulación, pero finalmente se termina poniendo en riesgo su vida. Es de vital importancia psicoeducar sobre los factores de riesgo y los protectores para prevenir la conducta suicida. (Land, s.f , pág. 2).

4.1.5 SUICIDO EN ADOLESCENTES

Según Barón O (2000) “La adolescencia es un proceso intenso de cambios a todo nivel: corporal, psíquico, afectivo, familiar, social y que el suicidio, usualmente, se lleva a cabo en esta etapa como un comportamiento para contrarrestar la impotencia que se siente ante un problema existencialista. Además de estos se toman claramente en cuenta los importantes antecedentes patológicos, particularmente los trastornos afectivos y el abuso de alcohol y drogas. En la misma el adolescente debe definir su identidad sexual y su personalidad”.

Los motivos detrás del suicidio o intento de suicidio en un adolescente pueden ser complejos. Aunque el suicidio es relativamente raro entre niños, la cantidad de suicidios e intentos de suicidio aumenta significativamente durante la adolescencia. Esta etapa también es una época de identidad sexual y relaciones sociales y existe la necesidad de independencia que a menudo está en conflicto con las reglas y expectativas que otras personas establecen.

Los jóvenes con problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o insomnio, corren riesgos más altos de pensar en el suicidio. Los adolescentes quienes pasan por cambios fuertes en la vida (el divorcio de sus padres, mudanzas, un padre que se va de casa por su servicio militar o por la separación de los padres, o cambios financieros) y aquellos quienes son víctimas de intimidación corren mayores riesgos de pensar en el suicidio.

Los factores que aumentan el riesgo de suicidio entre adolescentes incluyen: Un trastorno psicológico, especialmente la depresión, trastorno bipolar y consumo de drogas y alcohol (de hecho, como el 95% de las personas que fallecen por suicidio tienen un trastorno psicológico al momento de morir), Sentimientos de angustia, irritabilidad o agitación, Sentimientos de desesperanza y de complejo de inferioridad que con frecuencia se manifiestan con la depresión, un intento previo de suicidio, antecedentes de depresión o de suicidio en la familia, emocional, físico o sexual, falta de un grupo de apoyo, malas relaciones con los padres o sus pares y sentimientos de aislamiento social, hacer frente a

bisexualidad u homosexualidad en una familia o comunidad que no lo apoya o en un ambiente escolar hostil. (D'Arcy Lyness, 2015, pág. 1).

Para el caso de Bogotá reporta una incidencia anual de suicidios entre 10 y 20 por 100 mil habitantes en la población general, donde el primer pico en la población está entre los 15 y 24 años, medicina Legal reporta que para el 2011, el grupo de edad que resultó más afectado por violencia infantil fue el de 10 a 14 años con el 36,23%, seguido por el de 15 a 17 años con el 24,21%.

4.1.6 EPIDEMIOLOGÍA

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a pesar que la calidad de vida en Europa es superior a la de América Latina, la tasa de suicidios es mucho más alta, llegando a 23,2 personas por cada 100 mil habitantes en el Viejo Continente, mientras que en América el número llega a 10,3. Lituania es el país con la más alta tasa de suicidios en el mundo, con un promedio de 61,3 por cada 100 mil habitantes. Le sigue Rusia con 53, Bielorrusia con 48,7 además de Kazajistán, Hungría, Letonia, Ucrania, Corea del Sur, Japón y Sri Lanka que completan los 10 primeros. En los países americanos, la cifra es mucho menor, con un promedio de 10,3 en el continente, con las excepciones de Uruguay, Cuba y Chile, que tienen tasas similares a los países europeos (26, 19 y 18 respectivamente).

En Colombia, durante el periodo comprendido entre enero de 2012 y enero de 2013 se reportaron 16.457 casos de menores maltratados. De todos los niños que ingresaron a Bienestar Familiar por maltrato, el 51,5% corresponde a niños y el 48,5% a niñas. En la capital colombiana se registra el mayor índice de ingresos por esta causa, con 4.172 casos, seguido por departamentos como Valle del Cauca con 1.599; Antioquia con 1.115; Nariño con 923 y Caldas con 830. De la escalofriante cifra de niños maltratados en un año, el 35% corresponde a niños cuyas edades oscilan entre 12 y 18 años; el 34% a edades entre 6 y 12 años, y un 25% a niños de 0 a 6 años (ICBF).

Para Unicef-Colombia en el 2006 de acuerdo a la encuesta nacional de demografía y Salud, en el 38% de los hogares Colombianos se golpea a los menores y en el 26% de los niños

presencian violencia física entre los miembros de la familia. En el caso de Bogotá, en relación con el maltrato infantil, este se inscribe en el marco de la violencia intrafamiliar. De acuerdo al Diagnóstico de Infancia y Adolescencia consolidado en el 2012. Para el 2010 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reportó 22.593 casos de violencia intrafamiliar¹³. Por su parte, en las Comisarías de Familia se recibieron para este mismo año 69.977 denuncias por el mismo delito y para el 2011, 83.180; y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM) de la Secretaría Distrital de Salud, registró 51.721 casos para el 2010.

Por otro lado está el tema del Suicidio, donde la tasa de casos en los niños, sobre todo en los varones y especialmente entre los adolescentes (de 15 a 19 años), aumentó en un 50 por ciento entre 1 970 y 1 990. El suicidio constituye la segunda causa de muerte juvenil después de los accidentes. Aproximadamente 14 de cada 100 000 adolescentes llevan a cabo intentos de suicidio. Los varones lo intentan cuatro veces más que las mujeres. Además, muchas muertes atribuidas a accidentes automovilísticos o al uso de armas de fuego en realidad son suicidios (manual-merck/023.../conducta-suicida).

4.2 MALTRATO

El Maltrato, según la organización Mundial de la salud se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato. (OMS).

El maltrato es una causa de sufrimiento para los niños, adolescentes, adultos y las familias en general, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han

sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales.

4.2.1 MALTRATO EN LOS ADOLESCENTES

En la adolescencia podemos describir tres tipos de patrones de maltrato:

- 4.2.1.1 ***Maltrato que comienza en la infancia y continúa en la adolescencia:*** Se tratan de los malos tratos que son continuación de los que comenzaron en algún momento en la infancia. Es más probable encontrar este patrón cuando se trata de tipos de maltrato de más difícil detección, como el abuso sexual, o el maltrato emocional. (DELGADO) .
- 4.2.1.2 ***Maltrato que comienza en la adolescencia:*** se trataría de familias que, aunque ya tenían algunos problemas, habían mantenido cierto equilibrio entre las relaciones padres-Hijo, Sin embargo, con la llegada de la adolescencia, se rompe este equilibrio y aumentan el estrés y la conflictividad familiar, hasta alcanzar límites intolerables. (DELGADO, pág. 7).
- 4.2.1.3 ***Maltrato que representa una vuelta a conductas anteriores:*** En este caso se establece un cierto paralelismo y los terribles “2 años”, por ser etapas en las que niños y niñas inician procesos de desvinculación o individuación y búsqueda de autonomía que generan mucho estrés en los padres. Así, los padres que tuvieron dificultades con sus hijos durante esta etapa, es probable que vean renacer estos conflictos pero de forma más acusada con la llegada de la adolescencia. (DELGADO, pág. 8).

4.2.2 TIPOS DE MALTRATO:

Según la OMS existen diferentes tipos de maltrato, entre ellos se encuentran el Psicológico, Físico, Abandono Negligencia o Descuido. Maltrato en la escuela o Bullying.

- 4.2.2.1 ***Maltrato Psicológico:*** Este consiste en el hostigamiento verbal habitual por medio de insultos, críticas, descréditos, ridiculizaciones, así como la

indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia el niño, niña o adolescente. También se incluye el rechazo, el aislamiento, aterrorizar a los niños o niñas, ignorarlos y corromperlos. Por ejemplo, decirle que no se le quiere, encerrarlo, insultarlo o decirle garabatos, burlarse de él frente a terceros, amenazarlo con golpearlo.

4.2.2.2 Maltrato Físico: Es la agresión que puede o no tener como resultado una lesión física, producto de un castigo único o repetido, con magnitudes y características variables. Puede variar entre Leve como tirar el pelo o las orejas, empujar o zamarrear, cachetadas o palmadas, patear, morder y **grave como** quemar con algo, golpear con objetos, golpizas, amenazar o agredir con cuchillos o armas.

4.2.2.3 Abandono o Negligencia: Se refiere a la falta de protección y cuidado mínimo por parte de quienes tienen el deber de hacerlo y las condiciones para ello. Existe negligencia cuando los responsables de cubrir las necesidades básicas de los niños no lo hacen.

4.2.2.4 Maltrato en la escuela (Bullying): Es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado tanto en el aula, como a través de las redes sociales, con el nombre específico de ciberacoso. El tipo de violencia dominante es el *emocional* y se da mayoritariamente en el aula y patio de los centros escolares. Los protagonistas de los casos de acoso escolar suelen ser niños y niñas en proceso de entrada en la adolescencia. (Piñuel I. y Oñate, 2007).

4.2.3 Tipos de Acoso escolar

4.2.3.1 Bloqueo social: Agrupa las acciones de acoso escolar que buscan *bloquear socialmente* a la víctima. Todas ellas buscan el aislamiento social y su marginación impuesta por estas conductas de bloqueo.

4.2.3.2 Hostigamiento: Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que consisten en acciones de hostigamiento y acoso psicológico que manifiestan desprecio, falta de respeto y desconsideración por la dignidad del afectado.

4.2.3.3 .Manipulación social: Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que pretenden distorsionar la imagen social del niño y “envenenar” a otros contra él. Con ellas se trata de presentar una imagen negativa, distorsionada y cargada negativamente sobre la víctima.

4.2.3.4 Coacción: Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que pretenden que la víctima realice acciones contra su voluntad. Mediante estas conductas quienes acosan al niño pretenden ejercer un dominio y un sometimiento total de su voluntad.

4.2.3.5 Exclusión social: Agrupa las conductas de acoso escolar que buscan excluir de la participación al niño acosado. El “tú no”, es el centro de estas conductas con las que el grupo que acosa segrega socialmente al niño.

4.2.3.6 Intimidación: Agrupa aquellas conductas de acoso escolar que persiguen amilanar, amedrentar, apocar o consumir emocionalmente al niño mediante una acción intimidatoria.

4.2.4 FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO

Dentro de las causas del maltrato podemos encontrar múltiples razones por las cuales se lleva a cabo un determinado tipo de malos tratos, entre ellos encontramos:

- **PERSONALIDAD DE LOS PADRES Y CUIDADORES:** poco tolerantes e inflexibles tienen baja autoestima y generalmente son hostiles, ansiosos y tienden a ser depresivos.
- **FACTORES ASOCIADOS A LOS NIÑOS:** problemas de comportamiento, temperamento difícil.
- **FACTORES DE CONTEXTO FAMILIAR:** la edad de los padres, estrés familiar ocasionado por el desempleo de los padres, las dificultades económicas y la agresión entre las mismas familias.
- **FACTORES AMBIENTALES:** Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, los embarazos no deseados, las historias de vida de los padres marcadas por maltrato en la infancia. (OMS).

4.2.5 CONDUCTA SUICIDA Y MALTRATO

En diferentes partes del mundo se ha tratado de revisar las posibles interrelaciones entre estos dos fenómenos, el Suicidio y el Maltrato. Para ello, nombraremos un estudio de casos y controles pareado realizado en Colima, Ciudad de México, donde la población escogida fueron estudiantes universitarios, y cuyo objetivo era estimar el grado de asociación entre violencia doméstica física, verbal y sexual con la conducta suicida en adolescentes universitarios. Los casos fueron 235 adolescentes que presentaron tanto ideación suicida como intento suicida; los controles fueron 470 individuos de la misma edad y sexo. Los resultados de este estudio revelaron que el Abuso sexual fue el que mostró el mayor grado de asociación con conducta suicida con 27.4%, seguido de violencia verbal con 9.28%, uso de drogas con 8.6%, violencia física 5.5% y finalmente tabaquismo con 3.6%. (Fac).

Otro estudio relacionado con la temática anteriormente mencionada, fue la realizada en la ciudad de Camagüey, Cuba. Esta investigación fue de tipo descriptivo y transversal sobre el intento suicida en pacientes que ingresaron al hospital pediátrico “Eduardo Agramonte Piña”, El objetivo de este estudio fue conocer el comportamiento de los intentos suicidas en la edad de Infante Juvenil durante el año 2002, la muestra la conformaron 16 pacientes que realizaron intento suicida en ese periodo de tiempo. Los resultados arrojaron que las familias disfuncionales constituyen el mayor factor de riesgo, similar a los conflictos en las relaciones familiares, ambos con un 75%. (Francisco Espinoza-Gómez, 2010).

Paraguay, fue otro de los países donde se realizó un estudio sobre suicidio, este tenía como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas en niños y adolescentes con intentos de suicidio asistidos en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu situado en la ciudad de San Lorenzo, Paraguay, los resultados arrojaron que en cuestión al intento de suicidio en relación a los tipos de maltrato, se encontró que la negligencia, abandono, violencia intra-familiar correspondía a (68.6%) de los casos, seguido de abuso sexual (52%). Las víctimas fueron maltratadas con mayor frecuencia por ambos padres (45.1%). (Lourdes Zelaya de Migliorisi, 2012).

En el estado de Guanajuato-México, un estudio sobre Maltrato y Suicidio infantil, La metodología utilizada en este estudio descriptivo fue ex-post-facto, dado que la técnica de recolección de datos fue la autopsia psicológica. Esta técnica facilita acceder a la dinámica familiar e intrapsíquica del suicida, así como reconocer las circunstancias previas a su deceso. Se realizó mediante entrevistas con personas cercanas al occiso, además del análisis de todos los efectos residuales del mismo, que en este caso fueron las notas póstumas, Los casos estudiados fueron los pertenecientes a los suicidas menores de ocho a 14 años que consumaron su muerte en el Estado de Guanajuato en el lapso de 1995 al 2001, se analizaron 29 casos, donde los resultados arrojaron que la mitad de los suicidas (51.7 %) padecieron algún tipo de violencia: 31% de ellos sufrió maltrato psicológico, 41.1% recibió algún tipo de maltrato físico, 10.34% maltrato por negligencia y 3.4% abuso sexual. Poco más de la cuarta parte sufría de dos o más tipos de maltrato. Cuatro de las notas póstumas incluyeron declaraciones explícitas de vivencias de maltrato.

En Colombia, se han llevado a cabo estudios sobre las temáticas de conducta suicida, intento suicida y maltrato, cada uno por separados, sin embargo, investigaciones estableciendo algún tipo de relación, no se hallaron.

4.2.6 ADOLESCENCIA, SUICIDIO Y LEGISLACIÓN

Por otro lado, es de gran importancia llevar a contexto el tema legal para las temáticas desarrolladas en este estudio. En nuestro país, la ratificación en el contexto internacional de la Convención sobre los Derecho del Niño, Colombia se ha comprometido a incluir en su legislación todos los derechos de Niñez promulgados por la ONU, lo que ha derivado en procesos de reflexión crítica sobre la normatividad en relación con el cumplimiento de los derechos de los niños/as. Proceso que se ha concretado en la Constitución Política de 1991 y en las disposiciones que se han expedido desde comienzos de la década de los 90 hasta la presente vigencia a través de sus leyes y políticas sectoriales promoviendo la realización de acciones a favor de la infancia bajo un carácter de integralidad, dando cuenta del interés del Estado en el cumplimiento de sus compromisos como garante de derechos. (Ministerio de la Protección Social, 2004, pág. 8).

La expedición de la Ley 12 de 1991 en el país, da cuenta de la incorporación al ordenamiento jurídico colombiano de la CIDN que consagra la doctrina de la protección integral a través de la cual se establece que los niños y niñas no son objetos de protección sino sujetos de derechos. Asimismo la Constitución Política de 1991 reconoce al niño como sujeto de derecho y especialmente en el artículo 44 manifiesta que prevalecerá el interés superior del niño, cambiando las disposiciones preexistentes destinadas a proteger a los niños. (Ministerio de la Protección Social, 2004, pág. 8).

La doctrina de la protección integral forma parte del ordenamiento jurídico nacional no sólo en virtud de lo dispuesto por los artículos 5, 42, 43, 44 y 45 de la Constitución del 91. La protección integral define que los niños, niñas y jóvenes son considerados sujetos plenos y autónomos de derecho y no simples objetos de protección y compasión. (ICBF).

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar señala:

“En cuanto a los instrumentos Convencionales Internacionales en Derechos Humanos, Colombia acoge entre otros, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobados por Colombia mediante la ley 74 de 1968 , la Convención Americana de Derechos Humanos, aprobada por Colombia mediante la Ley 16 de 1972, el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, “Protocolo de San Salvador”, aprobado por la Ley 319 de 1996.”

Actualmente, en Colombia, se trabaja en un proyecto de Ley de Infancia y adolescencia, el cual ha sido radicado en el Congreso de la República desde el pasado 27 de julio de 2004. El proyecto está dirigido a todos los niños y las niñas como sujetos plenos de derechos hasta la edad de 18 años, y a aquellos que no obstante haber llegado a esta edad se encuentran bajo medida especial de protección a cargo del Estado, incluidos neonatos, primera infancia, adolescentes y jóvenes, sin discriminación alguna, y bajo los principios universales de dignidad, igualdad material, equidad y justicia social, solidaridad, prevalencia de sus derechos, interés superior y participación en los asuntos de su interés. (Ministerio de la Protección Social, 2004, pág. 10).

El proyecto parte de un fundamento esencial para la cultura, la sociedad, las instituciones y el orden jurídico: los niños, las niñas y los adolescentes son personas, lo que significa que poseen los atributos fundamentales de la libertad, la responsabilidad, la dignidad y la autonomía como patrimonio inalienable. En consecuencia son sujetos titulares de derechos humanos universales, indivisibles, interdependientes y relacionados entre sí. También señala que los niños, las niñas y los adolescentes no pueden cumplir solos su proceso de formación y que para tal efecto deben contar con el apoyo responsable y sostenido de los adultos quienes, en este punto, son considerados como sus mentores. (Ministerio de la Protección Social, 2004, pág. 10).

En cuanto a los jóvenes, la Ley de Juventud, 357 del 4 de julio de 1997, establece que son jóvenes aquellas personas que están entre 14 y 26 años. El fin de esta Ley es promover la formación integral de la juventud, su vinculación y participación activa en la vida económica, política y social, así como el ejercicio pleno y solidario de la ciudadanía. Esta definición no sustituye los límites de edad establecidos en otras leyes para adolescentes y jóvenes en las que se establecen garantías penales, sistemas de protección, responsabilidades civiles y derechos ciudadanos. (Ministerio de la Protección Social, 2004, pág. 14).

Por otra parte, en Colombia el intento de suicidio no es un delito, pero si al inducción, instigación o ayuda. La ley 599 de 2000 Código Penal colombiano nombra dos condiciones para la penalización: habla del castigo en el que incurrirá una persona que induzca a otra al suicidio o que preste una ayuda efectiva para su realización, la pena en este caso será prisión entre dos y seis años. Y en caso de la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años. (Código penal Colombiano, 2000, pág. ART 107).

Sin embargo al legislación Colombiana es un poco contradictoria, en base al valor trascendente dado por la corte a la autonomía humana, plantea que el estado no puede oponerse a la decisión del sujeto que solicita que le ayuden a morir cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables con su idea de dignidad. Pero

añade que no por ello se debe dejar de castigar a quien preste este tipo de colaboración (Código penal Colombiano, 2000).

5 DISEÑO METODOLÓGICO

Para Lecompte (1995), la investigación cualitativa podría entenderse como una “categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan las formas de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos”.

Si bien es cierto la principal característica de la investigación cualitativa es su interés por captar la realidad social “a través de los ojos” de la gente que está siendo estudiada, es decir a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto. Por lo tanto, el método cualitativo no parte de supuestos derivados teóricamente, sino que busca conceptualizar sobre la realidad con base en el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y los valores que guían el comportamiento de las personas estudiadas. (Elssy Bonilla-Castro, 2005).

Es importante aclarar que la calidad, la validez y la pertinencia de los resultados en una investigación dependen del proceso de recolección de datos, ya sean estos cuantitativos o cualitativos los cuales representan “la realidad empírica” que el investigador quiere conocer, pero si dichos datos se registran de manera inadecuada, todo el proceso de investigación pierde legitimidad y ni aun los métodos de análisis más sofisticados pueden remediar un proceso de recolección deficiente. Por tanto organizar los datos durante la recolección significa, ante todo, hacer explícita la lógica subyacente a estos, de tal modo que no quedan “fuera de control” del investigador quien debe evaluar periódicamente los vacíos en la información y generar las estrategias para completarla y garantizar su validez.

El presente estudio es de tipo cualitativo, y se llevará a cabo por estudio de casos, ya que queremos describir un fenómeno social. Según Lincoln y Denzi (1994) refieren que la investigación Cualitativa es un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en algunas ocasiones multidisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales, y las físicas.

De acuerdo a lo anterior vale la pena aclarar que el **estudio de caso** es la forma más característica de las investigaciones cualitativas llevadas a cabo y debe considerarse como una estrategia encaminada a la toma de decisiones. Es una metodología de análisis grupal, cuyo aspecto cualitativo nos permite extraer conclusiones de fenómenos reales o simulados en una línea formativa-experimental, de investigación y/o desarrollo de la personalidad humana o de cualquier otra realidad individualizada y única. (Pérez, 1998).

Una vez teniendo claro el tipo de estudio a realizar se inició con una revisión literaria extensiva del fenómeno a describir: el suicidio, Maltrato y todos los componentes referentes a estos. Después de realizada la revisión literaria se analizó la población que hizo parte de nuestro estudio, los cuales fueron 16 adolescentes en total que ingresaron por conducta suicida a la fundación Salud Bosque durante el año 2014 segundo periodo y el año 2015 primer periodo. A estos casos se les realizó una revisión documentada basada en depuración de bases de datos y posteriormente revisión de la Historia Clínica, con el fin de evidenciar datos que caracterizaran la población, aplicar criterios de inclusión y exclusión, documentar motivos de ingreso y demás datos dentro de la historia clínica que nos informara de las posibles causas, etc. Dentro de los casos revisados se seleccionaron dos, quienes tuvieron conductas auto lesivas y posibles causales de maltrato, se les realizó una entrevista con el apoyo de la Dra. Ivonne Forero (tutora temática de la presente investigación) profesional en Psiquiatría, teniendo en cuenta el previo consentimiento y asentimiento informado, aplicado a sus padres, ya que tratamos con menores de edad. La entrevista se desarrolló de manera abierta y tuvo como orientación tres preguntas base que permitieron explorar los diferentes elementos a revisar para orientar los resultados de acuerdo a los objetivos propuestos. Estas fueron: Cuéntanos de ti..., Cuéntanos de tu familia... ¿Conoces la Clínica El Bosque? ¿Por qué?.

Dentro de los conceptos y/o categorías que se utilizaron como referencia para describir los resultados del presente estudio son los enunciados en el marco Teórico, tomamos entre ellos: **Maltrato Físico, Psicológico, Sexual, Negligencia y Maltrato en la escuela o Bullying** que nos permitieron encontrar relaciones o tal vez categorías nuevas para describir el fenómeno del Suicidio en los adolescentes.

Finalmente, es de aclarar que más que aporte científico, este estudio dará un aporte a la salud Pública, ya que incrementará los conocimientos sobre la problemática del suicidio y más específicamente su relación con el Maltrato.

- **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Criterios de Inclusión: Adolescentes (12-17 años) que ingresaron a la Fundación Salud Bosque entre el segundo semestre de 2014 y el primer semestre de 2015.

Criterios de Exclusión: En caso de que el paciente presente una discapacidad mental, problemas de comunicación, etc.

- **ASPECTOS ÉTICOS**

En la investigación se tendrán en cuenta tres principios fundamentales:

La beneficencia: se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). (CIOMS, 2000).

El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término "beneficencia" se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Para los propósitos de este documento, beneficencia se entiende en un sentido más fuerte, como obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: (1) no hacer daño; y (2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. (Humanos, s,f).

Por otro lado, tendremos en cuenta **la justicia**, que se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término “vulnerabilidad” alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables. (CIOMS, 2000).

La autonomía se refiere al derecho de toda persona a decidir por sí misma en todas las materias que la afecten de una u otra manera, con conocimiento de causa y sin coacción de ningún tipo.

Respeto por la autonomía, implica que las personas son capaces de deliberar sobre sus decisiones y sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación, además de la protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables. (CIOMS, 2000).

Respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones, a menos que éstas sean claramente en detrimento de otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar las decisiones de esa persona, negar a un individuo la libertad de actuar según sus decisiones o retener información necesaria para hacer una decisión, cuando no existen razones apremiantes para ello. Sin embargo, no todos los seres humanos son capaces de hacer decisiones propias. (CIOMS, 2000).

Rubro	Especificación	Invg.	Univ.	Valor	Unidad	Numero Unidad.	Total
PERSONAL	Honorarios de las Investigadoras	X		100.000	hora	100	10.000.000
	Asesor de Investigación		X	98.750	hora	42	4.147.500
EQUIPOS	Computador	X		1.000.000	N/A		1.000.000
	Internet	X		60.000	mes	5	720.000
	Impresora	X		500.000	N/A		500.000
	Microsoft office	X		350.000	N/A		350.000
MATERIALES	Tinta impresora	X		90.000	cartucho	5	450.000
	Fotocopias	X		100	copia	1000	100.000
TOTAL							17.267.500

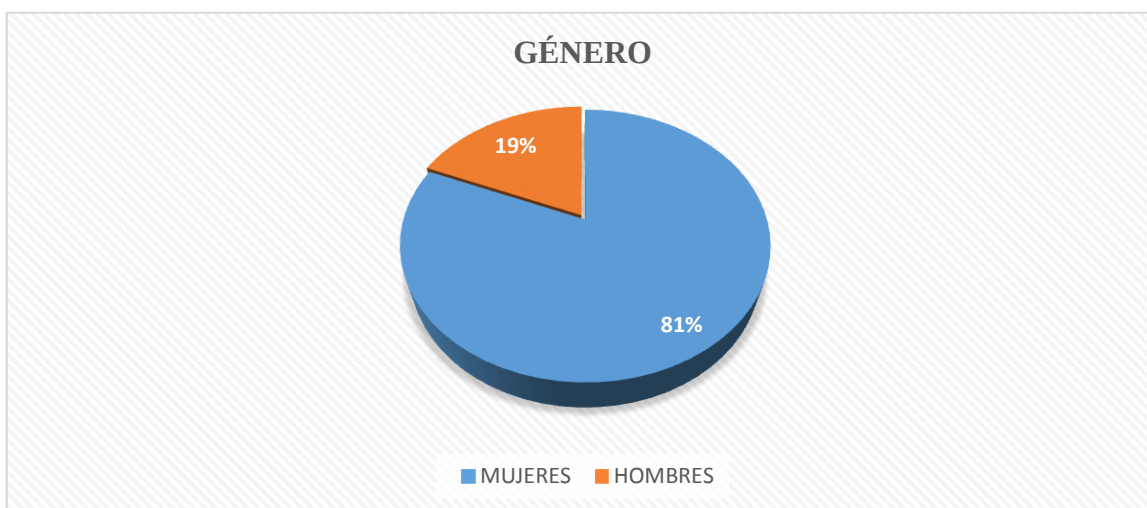
7. RESULTADOS

De acuerdo a lo mencionado en el capítulo del Diseño Metodológico, una vez revisadas las historias clínicas de los adolescentes que ingresaron a la FUNDACION SALUD BOSQUE durante el segundo semestre de 2014 y primero de 2015 y de haber aplicado los criterios de inclusión y exclusión y demás revisiones pertinentes a las Historias clínicas para la adecuada selección de las personas a entrevistar (Población total de 16 Adolescentes). Es de anotar que de la totalidad de historias clínicas revisadas, tan sólo dos de ellas dieron indicios de que el adolescente ingresado pudo haber sufrido maltrato (según lo relatado en la Anamnesis pero no se especificó el tipo de maltrato relacionado), sin embargo, las entrevistas a estas dos personas no se pudo realizar, una por imposibilidad de ubicación y la otra por no aceptar ser parte del estudio. En consecuencia, a los restantes adolescentes población objeto se les contactó telefónicamente para socializar los objetivos y desarrollo del mismo y poder así obtener aprobación en su participación; y fue así como dos de estos adolescentes accedieron ser parte de nuestro estudio, con previa socialización a sus padres y aceptación de igual manera por parte de ellos.

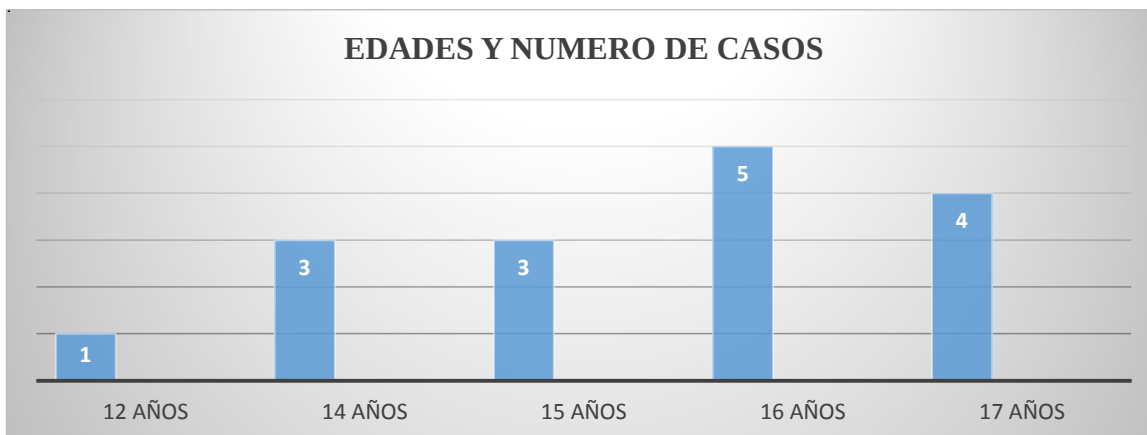
Posterior a esto, a los dos adolescentes que aceptaron participar se citaron junto con sus padres y/o tutor legal a un consultorio privado donde estuvieron presentes la Tutora temática de este estudio, especialista en Psiquiatría y las dos investigadoras principales, se les explico todo lo relacionado con el estudio, luego con previo diligenciamiento del consentimiento informado por parte del tutor legal y el entrevistado se procedió a llevar a cabo las preguntas abiertas al adolescente, enunciadas en capítulos anteriores. Es importante resaltar que la entrevista se realizó en total privacidad con el adolescente sin presencia de su tutor legal para tener un ambiente de mayor confianza y facilidad de expresión por parte de este, además de informarle que el diálogo iba a ser grabado para posterior análisis de lo encontrado, reservando nombres y demás datos que pudieran exponer al participante públicamente.

A continuación se describirá todo lo referente a la caracterización de la población objeto de nuestro estudio y posteriormente lo encontrado en las entrevistas realizadas.

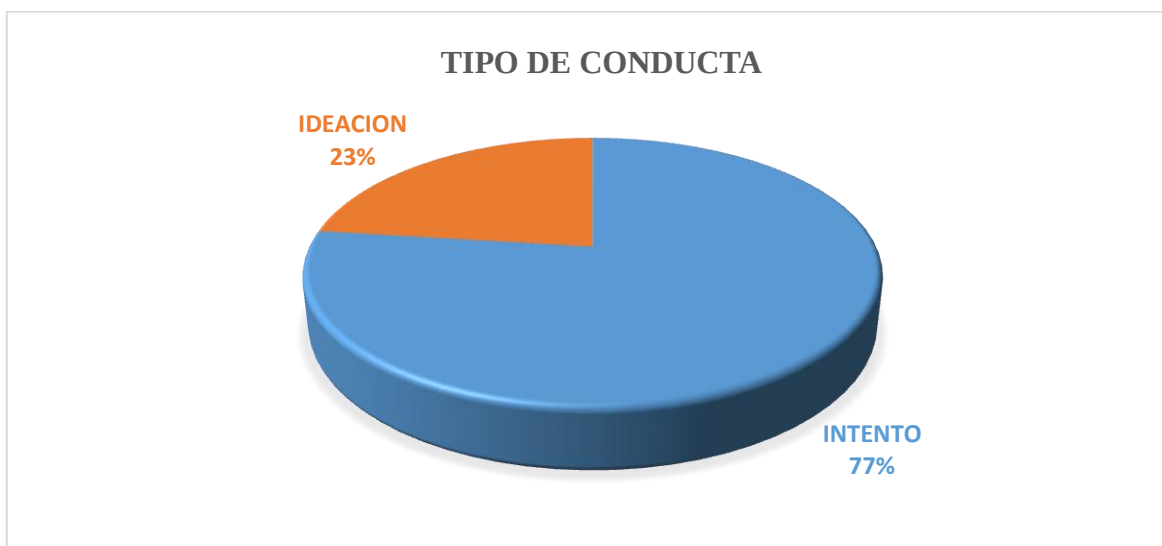
7.1 Caracterización de la "Población Adolescente que ingreso a la Fundación Salud Bosque de la ciudad de Bogotá por conductas suicidas durante el periodo comprendido entre segundo Semestre de 2014 y primer Semestre de 2015"



Dentro de la Población adolescente que ingresó a la Fundación Salud Bosque, el 81% pertenecía al género Femenino, frente a un 19% del género Masculino, evidenciando que las mujeres adolescentes son las más propensas a desarrollar conducta suicidas.

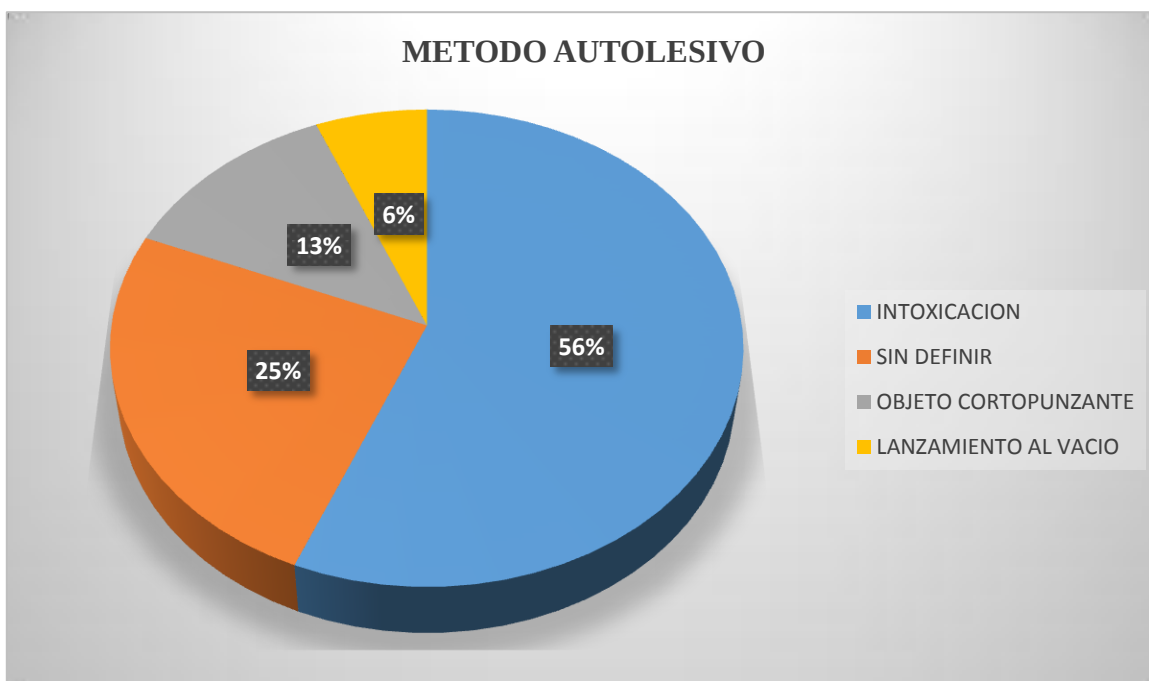


Dentro de la población Adolescente que ingresó a la fundación salud Bosque en el periodo ya mencionado se encontró que entre los 12 y 15 años se presentaron 7 casos, número importante y relacionado con lo arrojado por el Estudio Nacional de Salud Mental el cual indica que en Colombia en los últimos años el suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte en jóvenes entre 12 y 15 años, vemos que los casos ingresados por Intento de Suicidio en la FUNDACION SALUD BOSQUE no es la excepción. Sin embargo, es de resaltar un pico a los 16 años con 5 casos.



Dentro de los tipos de conductas suicidas de los casos que ingresaron a la fundación Salud Bosque se encontró que un 77% de la población tuvo un intento de suicidio, frente a un 23% que llegó a la ideación Suicida, dejando entrever que una gran parte de esta población realizó el acto propiamente dicho de autolesión contra su vida.

A continuación damos a conocer los motivos de consulta por los cuales ingresaron los adolescentes a la fundación Salud Bosque:



Se evidencia que el método más utilizado para llevar a cabo la conducta suicida es la intoxicación de cualquier tipo con un 56% lo cual hace referencia a más de la mitad de los casos presentados en nuestra población objeto de estudio. En cuanto al 25% de la población se evidencia que al momento de la consulta no se especificó el motivo de la misma, el 19% restante aduce a causarse daño así mismos con objetos corto punzantes y lanzamientos al vacío. En cuanto a los dos adolescentes que ingresaron por maltrato no se pudo definir la tipificación de este, debido a que como se menciona en los resultados no se pudo llevar a cabo el acercamiento con estos adolescentes y en las historias clínicas la información que se evidencia es general no se especifica el tipo de maltrato.

7.2 Resultados arrojados en la Entrevista abierta

Con la información recolectada a través de entrevistas realizadas a 2 adolescentes, con previa autorización de sus padres y/o representantes legales mediante consentimiento informado como objeto de nuestro estudio, los adolescentes no tenían ningún tipo de adicción a sustancias psicoactivas, su relación con los pares escolares y algunos familiares con los cuales interactuaban les generaban choques emocionales que manifestaron ocasionalmente durante la entrevista.

Dentro de las categorías establecidas en el Diseño metodológico pudimos establecer relación con tipos de maltrato como el psicológico y el escolar ya que encontramos en una de las adolescentes entrevistadas (paciente # 1) este tipo de maltrato donde desde muy pequeña se le reforzaban aspectos negativos de su apariencia física tales como: “estas gorda”, “ eres fea” estímulos dañinos presentes en el hogar y que siguieron en el ámbito escolar, donde la autoestima es aspecto importante a esta edad.

Por otro lado, en las dos adolescentes entrevistadas se coincidió en autolesiones previas con objeto corto punzante más específicamente en piernas, donde fuese menos visible, como una manera de exteriorizar los sentimientos de tristeza y depresión que sentían en ese momento.

Otro de los aspectos encontrados durante las entrevistas fue que ambas adolescentes, con mayor predominio la paciente # 1 presentaba disfuncionalidad familiar, Hija de padres separados y en conflicto permanente que afectaba indirectamente su estado de ánimo y estabilidad emocional. Por su parte, a paciente # 2 presentaba conflictos familiares pero predominantemente entre su hermanastra y padre donde viviendo bajo el mismo techo hacía de la convivencia ocasionalmente algo compleja.

8. CONCLUSIONES

- Citando al autor Aaron Beck, padre de la teoría Cognitiva, el rasgo generalizado de muchos trastornos psicológicos es la existencia de pensamientos automáticos, ideas arraigadas con sentimiento negativo profundo, al grado que el individuo no se da cuenta que le conducen sentimientos de infelicidad o desmotivación. Es así como los Adolescentes parecen no saber manejar las cargas de estrés o esta pueda estar relacionada con que se encuentran en estructuración, aprendiendo modos de afrontamiento y desarrollando mecanismos defensivos propios de su edad.
- Se encontró relación con dos tipos de maltrato: Psicológico y escolar, en uno de los casos entrevistados desde muy corta edad se le reforzó aspectos negativos de su

apariciencia física, maltratos que siguieron en el ámbito escolar y fueron afectando de manera considerable su autoestima hasta querer hacerse daño.

- La poca capacidad de Afrontamiento o resiliencia de los adolescentes genera comportamientos atípicos y autoflagelantes para su integridad física, emocional y espiritual.
- El convivir en familias disfuncionales contribuye al intento de suicidio, por la comunicación poco asertiva para con el adolescente, la falta de apoyo, las rupturas de tipo familiar, presión psicológica, desmotivación, problemas de índole académica y negligencia.
- La autoestima contribuye a la idealización suicida del adolescente, por cada uno de los episodios estresantes que pasa debido a una conflictividad familiar y a la presión social a la cual está expuesto el adolescente.
- La autoestima y su afectación fue una de las motivaciones identificadas en el estudio como uno de los detonantes de la conducta suicida de nuestra población entrevistada.
- Dentro de los estudios realizados y enunciados en nuestro marco teórico, evidenciamos que uno de estos, el realizado en la ciudad de Camagüey, Cuba sobre el intento suicida en pacientes que ingresaron al hospital pediátrico “Eduardo Agramonte Piña”, Los resultados arrojaron que las familias disfuncionales constituyen el mayor factor de riesgo, y como lo evidenciado en nuestro estudio, las adolescentes entrevistadas poseían familias disfuncionales en cierta medida, encontrando relación con este estudio que se realizó en Cuba.

- Con este estudio realizado logramos no solo caracterizar a los adolescentes objeto del mismo, sino que a su vez logramos obtener e identificar las conductas suicidas encontradas a lo largo de este (ideación e intento suicida), siendo un instrumento necesario para la prevención de los posibles casos que se presenten en adolescentes y dando a conocer las relaciones existentes entre la conducta suicida y el maltrato, afirmando nuevamente lo estipulado en nuestra introducción.
- En las entrevistas realizadas logramos interactuar con dos adolescentes protagonistas de este estudio las cuales nos facilitaron la interpretación de las diferentes categorías del maltrato y además gracias a sus declaraciones logramos identificar que el maltrato no siempre es la principal causa del suicidio.
- No encontramos relación con otro tipo de Maltratos en la población entrevistada.

BIBLIOGRAFÍA

- Bertalanffy, Ludwig von (1979), *Perspectivas en la Teoría General de Sistemas*. Alianza Universidad, número 203, Madrid. [en línea] Disponible en http://www.animatea.cat/Blog_El_Modelo_Sistemico.html
- Bonilla-Castro, E. Rodríguez, P. (2005) Más allá del dilema de los métodos. *La investigación en Ciencias Sociales*. Recuperado de <https://books.google.com.co/books?id=REOIWoQuAL4C&pg=PA86&dq=los+conocimientos,+las+actitudes+y+los+valores+que+gu%C3%ADan+el+comportamiento+de+las+personas+estudiadas&hl=es-419&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIxv74sdjEyAIVaIceCh2DYgsm#v=onepage&q=los%20conocimientos%2C%20las%20actitudes%20y%20los%20valores%20que%20gu%C3%ADan%20el%20comportamiento%20de%20las%20personas%20estudiadas&f=false>
- Cabra, O. L; Infante, D. C; Sossa, F. N. (Abr. - Jun. 2010), *Médica Sanitas: ciencia médica para el nuevo milenio* Vol. 13, No. 2 [en línea] recuperado de <http://koha.colsanitas.com/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=4400>

- Calderón, A 2013a (25 de Abril). Los Suicidios [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://haevtm.blogspot.com.co/2013/04/evolucion-historica-del-suicidio.html>
- Carbonell Camós, Eliseu. (2006, 12, 21). *Gazeta de Antropologia*. Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar. Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G23_01Eliseu_Carbonell_Camos.html
- Díaz-Benjumea, María Dolores J. - Linehan, M. M. - Cochran, B.N. - Kehner, C.A. (2003,5,marzo). El enfoque terapéutico de Marsha Linehan en los trastornos borderline. *Revista Internacional del Psicoanálisis*. [en línea] Disponible en <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=236>
- Documento la conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de justicia juvenil, segundo párrafo. (mayo 2007) [en línea]. Moya, Josep. recuperado de <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>
- Dr. J. M. Bertolote (2000). Prevención del suicidio un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. *Organization Mundial de la Salud Ginebra 2000*. [en línea] Recuperado de http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- "El suicidio-Emile Durkheim", (Julio 2012). En Wikia. Recuperado de http://es.loshumanitos.wikia.com/wiki/%22El_suicidio-_Emile_Durkheim%22#WikiaArticleComments
- Espinoza, F. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública de México*. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002463>
- Freedman Alfred M. (1984). Tratado de Psiquiatría. *La Habana : Editorial Científico Técnica*; (p. 1926-1927). [en línea] Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.1.\(1\)_07/p7.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.1.(1)_07/p7.html)
- Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. (15 Septiembre 2015). Organización Mundial de la Salud Sitio. [en línea] Disponible en http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
- Poley Guerra, Alfredo Jesus. (2012). Actitud de los profesionales de las emergencias ante la persona con riesgo de suicidio o conducta suicida. *Revista Científica de la sociedad Española de enfermería de urgencias y emergencias*. [en

linea] Recuperado de
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2012/pagina3.html>

- Reporte belmont: principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. (1 de Agosto 2015). Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos. [en línea] Disponible en <http://www.gorgas.gob.pa/wp-content/uploads/2013/11/Informe-Belmont.pdf>
- Suicidios en Colombia. Comunicado de Centro Democrático. [en línea] Henríquez, Honorio. Recuperado de <file:///C:/Users/USER/Downloads/senador%20honorio%20henriquez%20suicidios%20en%20colombia.pdf>
- Terapia dialéctica conductual, (9 sep 2015). En Wikipedia. Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Terapia_dial%C3%A9ctica_conductual
- Terapias psicológicas. Materiales Coaching PIR. Volumen III. *Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual*. [en línea] Disponible en <http://www.aepccc.es/media/pdf/pir-III.pdf>
- Zelaya de Migliorisi, L. Piri de Almirón, L. Migliorisi, B. (2012) Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil?. *Pediatría (Asunción)*. Recuperado de http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1683-98032012000300002&script=sci_arttext