

LA REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO UN ESCAPE DE LAS CRITICAS SOCIALES

LA REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO UN ESCAPE DE LAS CRITICAS SOCIALES



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
LOS LIBERTADORES

Andrés M. Martínez

Karen J. Zambrano,

Fundación Universitaria los Libertadores

Facultad de Psicología

Bogotá, Colombia, -I- 2014

LA REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO UN ESCAPE DE LAS CRITICAS SOCIALES

LA REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO UN ESCAPE DE LAS CRITICAS SOCIALES

Andrés M. Martínez

Karen J. Zambrano,

Trabajo de grado para optar al título
de Psicólogo

Asesor: John Alexander Rincón R.

Psicólogo

Esp. Psicología Clínica Trastornos Afectivos y Emocionales
Esp. Psicología Forense
Fundación Universitaria Konrad Lorenz

Fundación Universitaria los Libertadores

Facultad de Psicología

Bogotá, Colombia, -I- 2014

Nota de Aceptación

Firma decano de la Facultad

Firma primer jurado

Firma segundo jurado

Bogotá, D.C., junio de 2014

ÍNDICE

I Resumen	1
II Abstract	5
II Introducción	7
IV Objetivos	9
4.1 Objetivo general.....	9
4.2 Objetivo específico.....	9
V justificación	11
5.1 Narrativas.....	12
5.2 Conducta verbal.....	13
VI pregunta de la investigación	14
VII marco metodológico	14
7.1 Tipo de investigación.....	14
7.2 Abordaje del tema.....	21
7.3 Características de la población del ciclo vital.....	25
VIII Marco teórico	26
8.1 Concepto de suicidio.....	26
8.2 Concepto de muerte.....	29
8.3 Epidemiología de las conductas suicidas.....	31
8.4 Epidemiología del suicidio infantil.....	33
8.5 Epidemiología en la adolescencia.....	34
8.6 Teorías que explican factores causales del suicidio.....	36

8.7 Trastornos relacionados con el estado de ánimo.....	44
8.8 Factores genéticos y biológicos.....	51
8.9 Suicidio desde diferentes disciplinas.....	60
IX Conclusiones y recomendaciones.....	66

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

Tabla 1: listado documental.....	16
Tabla 2: pruebas realizadas a jóvenes con problemas depresivos.....	23
Tabla 3: muertes violentas según, grupo, edad y sexo de la víctima.....	32
Tabla 4: casos de suicidio ocurridos en Colombia, según razón de suicidio y sexo de la víctima.....	34
Tabla 5: trastornos relacionados con el estado de ánimo que pueden llevar a comportamientos auto infligidos o conducta suicida.....	40

LISTA DE FIGURAS Y GRÁFICOS

Figura 1:estructura de las triadas de Beck.....63

DEDICATORIA

Como estudiantes universitarios, sabemos que el sacrificio y la constancia para concluir nuestros estudios no solo se debe a nuestros esfuerzos, sino a esas personas que con su apoyo nos motivaron para que lográramos terminar esa meta propuesta en nuestras vidas, es por eso que este proyecto de tesis lo dedicamos en primera instancia a Dios, porque siempre ha estado con nosotros en cada paso que damos, cuidándonos y dándonos la fortaleza necesaria para continuar.

A nuestros Padres, quienes a lo largo de nuestra vida han velado por nuestro bienestar y educación siendo nuestro apoyo incondicional en todo momento y depositando su entera confianza en cada reto que se nos presentaba sin dudar ni un solo momento en nuestra inteligencia y capacidad. Es por ello que somos lo que somos ahora, unos Profesionales.

A nuestros profesores, que en este andar de nuestra vida influyeron con sus lecciones y experiencias en formarnos como personas de bien y preparadas para los retos que la vida nos pone a diario, a todos y cada uno de ellos les dedicamos cada una de las paginas de esta tesis que fue el fruto de nuestros conocimientos y nuestro esfuerzo por llegar a ser quien somos hoy.

A nuestros compañeros, que con su amistad lograron la armonía grupal necesaria para lograr la meta propuesta.

Gracias a todas esas personas importantes en nuestra vida, a nuestros familiares que siempre nos apoyaron y a todos los que siempre estuvieron presentes y atentos para brindarnos su ayuda, por darnos la mano cuando sentíamos que el camino

terminaba, ahora nos sentimos comprometidos con todos con la seguridad de que les regresaremos un poco de todo lo que nos otorgaron.

No podemos dejar de lado, un eterno agradecimiento a la Universidad Los Libertadores, prestigiosa entidad la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien

RESUMEN

Según los estudios de medicina legal arrojados en el año 2013, donde concluirían que el mayor índice de suicidios en Bogotá se habían presentado en jóvenes entre los 17 y los 27 años de edad, permitieron que naciera el interés de investigar si ese problema social representaría una amenaza a nivel patológico en las personas más cercanas del suicida para que a si mismo este tomara la determinación de llegar al suicidarse. Se ha definido que esta investigación será documental de tipo explorativa, teniendo como base la revisión de fuentes bibliográficas y estudios más recientes de diferentes autores sobre la problemática del suicidio y las patologías o conductas suicidas que este problema desencadena y por ultimo indagando material hemerografico, esto teniendo en cuenta que lo que se pretende es indagar acerca de una realidad que pocos han estudiado a través de la revisión de documentos que directa o indirectamente han recapitulado conceptos importantes sobre los factores de riesgo que deja el hecho suicida, es decir abrir una puerta a la adquisición de nuevos conocimientos referentes a la problemática social que están viviendo los jóvenes en Bogotá, para que a futuro nuevas generaciones de psicólogos puedan encontrar en este documento una orientación hacia la creación y aplicación de una prueba que pueda intervenir y prevenir las conductas suicidas que desencadenan este problema social.

Durante la revisión documental se tuvo en cuenta 30 documentos o estudios planteados por diferentes autores que se interesaron en la problemática desde 1994 hasta el 2013, estudios que al ser indagados permitieron analizar la problemática del suicidio y las conductas suicidas desde un panorama más claro.

Palabras Claves: Suicidio, Psicología, Patologías y Jóvenes.

ABSTRACT

According to studies forensic spewed in 2013, which conclude that the highest rate of suicides in Bogotá were submitted in young people between 17 and 27 years old, allowed the birth of the interest to investigate whether this social problem would be a pathologically threat to the people closest to the suicide itself determining this take to get to the suicide. Defined that this research will be exploratory documentary type, based on the review of literature sources and resent studies of different authors on the issue of suicide and suicidal behaviors or conditions that triggered this problem and finally investigating hemerographic material this considering that what is intended is to inquire about a reality that few have looked through the review of documents that have directly or indirectly recapitulated important concepts on risk factors that leave the suicidal fact, that is opening the door to the acquisition of new knowledge concerning the social problems that young people are living in Bogotá, so that future generations of psychologists can be found in this document an orientation towards the creation and implementation of a test that can intervene and prevent suicidal behaviors trigger this social problem.

During the document review 30 documents or studies presented by different authors who were interested in the issues from 1994 to 2013, when questioned studies that helped analyze the problem of suicide and suicidal behavior from a clearer panorama was taken into account.

Keywords: Suicide, Psychology, Pathology and youths

INTRODUCCIÓN

Actualmente dentro de la sociedad del siglo XXI, hablar del suicidio representa para muchos un fenómeno de índole social y cultural, es por esto, que dentro de la investigación que se ha venido realizando sobre el suicidio, se han planteado tres puntos importantes que estructuran la idea principal de dicha investigación. En primer lugar, se ha propuesto el porqué, considerando que es importante como psicólogos prestar atención al comportamiento suicida desde un punto de vista familiar y social a partir de determinado contexto, con el fin de aportar a la comprensión compleja de dicho fenómeno por parte de los involucrados, por otro lado y como segundo lugar, se ha planteado el para que, desde nuestro interés en que las familias puedan resignificar el evento suicida movilizándose de tal manera que se amplíe y diversifique la comprensión de este fenómeno, finalmente y como tercer lugar se ha optado por la selección de un contexto realizando un acercamiento con la población que ha vivido el suicidio y trabajando sobre investigaciones previamente realizadas.

De acuerdo con varios autores, en los cuales se basa esta investigación, hablar de suicidio es tomado como una forma de deterioro de valores en la parte social y familiar, por medio de los diferentes conceptos informativos sobre los actos suicidas se pretende recopilar las diferentes perspectivas de las impresiones sensacionalistas en el que se ha visto el fenómeno suicida ya que desde un punto de vista psicológico hablar sobre la realidad, suele ser envolvente pero a la vez incierta ya que los adolescentes de hoy

en día ven el suicidio como una forma de escape de todos los problemas y situaciones difíciles.

Los diferentes aportes y conclusiones que plantea medicina legal mediante datos y conceptos sobre el fenómeno suicida, permite contribuir sobre el nivel de profundidad de los problemas psicológicos y sociales que atormentan frecuentemente a los adolescentes; para Cifuentes (2013), el suicidio es un fenómeno global en donde la tasa de mortalidad en Colombia es de 1.810 jóvenes que se han quitado la vida durante el transcurso del año 2013. Por ende, se pretende mirar desde la concepción racional y coerción del entorno; para Gallego (2009), la concepción racional del fenómeno suicida, es una alternativa circunstancial en donde por medio de las situaciones comportamentales se crean una consecución de problemas psicológicos, según Almaraz (2013), la coerción del entorno se presenta mas que todo por una forma de presión social en donde la transición de la internalización de la libertad genera en la persona una ausencia de esquemas subjetivos de acciones en donde poco a poco los componentes idealistas se rompen creando un desencadenante de eventos negativos sobre la realidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar desde la revisión documental los factores de riesgo asociados a las formas de violencia auto-inflingida y los trastornos mentales causados por la problemática social del suicidio en la población joven.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Seleccionar los documentos que estén actualizados y bases datos fiables para contribuir a la investigación.
- b) Identificar desde los diferentes aportes de autores, cuales son las características y las causas que generan el comportamiento auto-inflingido y la conducta suicida.
- c) Ampliar la comprensión de los comportamientos auto- inflingidos y actos suicidas, renovando las formas de intervenir y su impacto a en la población.
- d) Abrir una puerta a la adquisición de nuevos conocimientos referentes a la problemática social que están viviendo los jóvenes.

- e) Elaborar un bosquejo de prueba que permita identificar o percibir la afectación de la persona cercana a la que atentó contra su vida, que permita más adelante medir este tipo de comportamientos.

JUSTIFICACIÓN

Se debe tener en cuenta el entorno social en el que se desenvuelven las personas en nuestro país, ya que constantemente nos encontramos en un ambiente que siempre está inmerso en el conflicto armado, esto limita el impulso de estrategias de afrontamiento a situaciones nuevas, ya que existe una inestabilidad económica, laboral, y emocional a causa de la violencia en el casco urbano, por ende se debe hacer una abordaje profundo sobre lo que puede causar la guerra en los diferentes contextos sociales ya que este factor puede llegar a prolongar ideaciones suicidas a temprana edad.

Las tendencias sociales crean unas fragmentaciones negativas en donde las diversas formas de los sistemas familiares y transiciones socioeconómicas crean unas tensiones culturales que generan una serie de segmentaciones en donde marginalizan cada vez más a la sociedad, es decir que en cuanto a los conflictos armados que se presenta actualmente en Colombia suele desencadenar unas incidencias repetitivas de conflictos violentos en donde las aproximaciones con grupos armados se vuelve cada vez mas frecuente, algo que cave recalcar en la investigación es que hay pocos registros de las conductas suicidas que son causados por los factores violentos, por ende se realizara un análisis profundo sobre las construcciones sociales y familiares ya que por tal razón las situaciones de conflicto y desplazamientos forzados crean unas rupturas sociales, desintegraciones familiares, alteraciones emocionales y comportamientos suicidas.

LAS NARRATIVAS

Para Corral & Crespo, (2003) las narrativas son una forma de visualización de ámbitos de integración y adaptación en los factores construccionales de los pensamientos y emociones de la persona, ya que mediante la comprensión del componente cognitivo narrativo, permite conocer la integración de direcciones acerca de las perspectivas que desarrolla la vida de los adolescentes.

En un sentido especializado, el término de narrativa cubre dos significados básicos para la investigación:

Análisis de signos: se expone las emociones de la persona, gracias a las formas situacionales que logra visualizar la persona en la cual crea una serie de factores personales y situacionales del contexto en que este más expuesto el sujeto, (weinberg, 2010).

Forma de síntomas: hay alteraciones psicológicas que suelen crear una serie de sucesos depresivos en donde poco a poco la persona empieza a crear enfermedades en donde suelen ser producidas por baja autoestima y falta de confianza ya que cuando hay carencia emocional se desencadena una serie de sucesos que alteran la salud del sujeto (Molina & Martí,2010).

CONDUCTA VERBAL

Para (López & Gallardo, 2005), la corriente estructuralista permite crear al sujeto una serie de modelos internos en la que se formaliza unas caracterizaciones hacia los intercambios de la consonancia que busca una fuente de conocimiento en el comportamiento y experiencias que vivencia el sujeto, la adquisición del lenguaje y aprendizaje del sistema desborda una capacidad de ámbitos cognitivos que permiten un estudio crítico de la adquisición del bagaje innato hacia la búsqueda cartesiana de propiedades fundamentales de la mente, pero en si la formalización de las aceptaciones constantes hacia la revisión concreta de los análisis detallados den la necesidad de los modelos psicológicos manifiestan unos componentes minimalistas de las ideas básicas que comparten una competencia de filas tipológicas empíricamente aceptables a la naturaleza de la concepción de unidades funcionales

Tipos de conducta verbal y no verbal se relacionan por tres grandes factores según Skinner 1934, citado por Paúls, (2005):

Los mandos: son una serie de objetivos elevados en donde los rendimientos de la producción de frustración fija unas metas de objetivos inalcanzables (Fernández, 2005)

Los tacs: “son reacciones a estímulos externos no verbales, incluyen la mayor parte de los comportamientos verbales.”Paúls (2005).

Las respuestas eco: “son una serie de estímulos externos en donde hay limitaciones verbales.” Paúls (2005,)

PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Identificar los factores de riesgo asociados a las formas de violencia auto infligido, los problemas y trastornos mentales, y los eventos asociados, en la población general?

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

Se plantea un diseño de tipo documental exploratorio en donde por medio de diversas exploraciones sobre el comportamiento, muestra una serie de convicciones que crean una búsqueda de problemas psicosociales en los adolescentes, ya que determinadas vivencias permiten obtener un propósito de variables personales y psicológicas, la exploración de este fenómeno conlleva a dar una exploración más profunda sobre el porqué de auto agredirse a sí mismo o si trata de llamar la atención sobre un acto desesperado para expresar frustraciones hacia diferentes impulsos de fracaso que son ajenos a su voluntad, Pérez & Gonzales, (2012) .

El procedimiento de la investigación inicia con una serie de información documental y bibliográfica donde se encuentran pautas de selección y sistematización en las cuales se manifiesta de forma operativa en los análisis de una serie de investigaciones acerca del suicidio Zapata, (2005).

El proceso de investigación en las características del modelo de formulación en la estructuración del diseño investigativo permite dar un nivel de profundidad claro y conciso en donde permite analizar a fondo la realidad de la problemática, (Restrepo, 2006).

Gracias a los diferentes medios de información permite plantear el problema de investigación del conocimiento preliminar. Las diferentes observaciones de los problemas hacia el comportamiento suicida acceden dar una mirada más profunda, de acuerdo a las diferentes observaciones de los problemas hacia el suicidio en jóvenes; las diferentes técnicas o necesidades de los diferentes puntos de vista en las que se comprenden diferentes puntos de observación científica, Restrepo, (2006) .

Listado Documental

Tabla: 1

Listado estudio documental se analizaron 30 textos en donde son clasificados por rango de año de 1994 al año 2013. 10 fueron de fuentes científicas, 5 de fuentes de observatorios nacionales (medicina legal)

Titulo del texto	Autor	Tema	Año
El humanicidio	Lacroix, M.	Enfoque humanista	1994
Historia y sistemas de la psicología	Brennan, J, F.	Personalización	1999
Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes	Liuba, Y.	Estudio relacionado al intento suicida en jóvenes combatientes	2002
Psicología	Myers, D, G.	Filtraje o atención selectiva	2004
Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas	Zapata, A, D	Tipo de estudios	2005
¡Dios mío, ayúdame! Este estrés me esta matando	Popcat. K.G.	Pensamiento polarizado	2005

LA REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO UN ESCAPE DE LAS CRITICAS SOCIALES

Principales escuelas del pensamiento administrativo	Paniagua,C, G.	Teoría de sistemas	2005
Procesos psicológicos básicos un análisis funcional	Fernández,P,V.	Teoría conductista	2005
la medicina como institución: entre la veracidad y el suicidio	Echeverri, PS.	Aspectos de relación médico paciente	2005
La intersección entre el significado, la interacción y el discurso	Cubero, R	Perspectivas constructivistas	2005
¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro?	Barceló, G, M.	Que relación existe entre autoestima y asertividad	2005
Cifras de mortalidad en Iraq tras la invasión de 2003: 654.965 iraquíes muertos a consecuencia de la guerra	Buenham, G.	Tabla estadística de niños muertos por causa de la guerra	2006
Investigación Sociojurídica en Colombia	Restrepo, C, L.	Niveles de investigación	2006
Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico	Riso, W.	Sesgo confirmatorio	2006

LA REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO UN ESCAPE DE LAS CRITICAS SOCIALES

Tratado de los trastornos de la personalidad	Oldham, M, J.	Estrés a temprana edad	2007
¡No puedo más!	Isabel, P.	-Teoría cognitiva de Aron beck -Terapia cognitiva	2007
Construccionismo Social, aportes para el debate y la práctica	Gergen, K.	Construcciones del concepto de suicidio	2007
Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente	García, V, J.	Estudio relacionado a pacientes con intento suicida	2007
Curso de teoría política	Arnoletto, E, J.	Esquemas conceptuales	2007
Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín	García, V, J.	Estudio del suicidio en jóvenes en Medellín	2008
Depresión y sus mascararas	Moreno, C, A.	Significado de la Depresión	2008
Teoría de la Narrativa, una perspectiva sistemática	Valles, J.	Vista desde la concepción del hombre	2008
La infancia y los conflictos en un mundo en trasformación	Grusovin, K.	Niños utilizados en la guerra para beneficio de pocos	2009

LA REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO UN ESCAPE DE LAS CRITICAS SOCIALES

Psicología transpersonal	Grof, S.	Apreciación de muerte	2009
La bipolaridad como Don	Grecco, H, E.	Bipolaridad a temprana edad	2009
El pensamiento de suicidio en la adolescencia	Gallego, V, L.	Suicidio abordado por varias disciplinas	2009
Soledad en la Adolescencia: Análisis del concepto	Carrascal, G.	Problemas en la juventud	2009
El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales	Ballesteros,P M.	Suicidio en jóvenes	2010
Codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes acogidos en centros de protección	Fernández,J,M.	Proyección e interpretación del pensamiento	2010
Elementos para una Política Pública desde la Percepción del suicidio en Nariño. Pasto: Universidad de Nariño	Ojea R, D, E.	Estudio del fenómeno suicida en cuento a la forma política	2010
Centros de atención diurna para las personas mayores	Rodríguez,M, T.	Estrés y depresión	2010

LA REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO UN ESCAPE DE LAS CRITICAS SOCIALES

Síndrome del intestino irritable y otros trastornos relacionados	Schneider, R.	La negación	2010
El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis	Grau, F, C.,	Estudio relacionado a pacientes que han presentado cuadros depresivos	2011
Que hacer cuando los adolescentes se deprimen y contemplan el suicidio	Gerali, S.	Depresión a temprana edad	2012
El psicólogo en casa	Musso, A.,	El catastrofismo	2012
¿Toda la vida por delante? Violencia contra adolescentes y jóvenes en Colombia primer semestre en el año 2013	Mancera, L, N.	Boletín informativo de suicidios en jóvenes	2013

ABORDAJE DEL TEMA

En este tipo de investigación los métodos de observación permiten dar un desarrollo de técnicas en las cuales por medios informáticos y documentales una serie de perspectivas de la psicología en donde se abordan un interés de iniciativas de estudio en cuanto al objeto de planteamientos teóricos y diseños de investigación que aplican un contenido de calidad sobre las aportaciones del tema abordado, la utilidad del nivel de abordaje y dinamismo de las consultas bibliográficas y revistas científicas dan una metodología general de las acciones, gracias a este proceso investigativo por lo general es más abstracto y susceptible en los conocimientos de los métodos de presentación breve en el complemento directamente empírico y propósitos de la comprensión del problema planeado en donde las hipótesis y métodos trascurren un soporte de calidad en la investigación.

En esta investigación se realiza un análisis de los textos y revistas científicas que realizan varios autores sobre el comportamiento suicida, de acuerdo a estos aportes de varios autores se hace un bosquejo de una posible prueba que puede llegar a conocerse en nuestro país ya que por medio de una serie de ítems se logra determinar el grado de depresión y ansiedad que puede tener una persona en ambientes estresantes.

Para (Serrano, 2007) “El suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial en jóvenes entre 15 y 27 años de edad.” Este factor es considerado como un problema integral en la que las motivaciones son la causa principal de denominaciones hacia la depresión, el riesgo de las conductas suicidas se presentan generalmente como un resultado disfuncional en donde siempre gira los resultados negativos. Por ende esta investigación se enfatiza sobre las principales causas y consecuencias que altera el comportamiento del sujeto en donde se tomara un rango determinado de edad 17 a 27 años ya que la estadística de depresión que se le aplicara a los jóvenes permitirá ver el grado de depresión o alteraciones emocionales, cabe resaltar que no hay suficientes estudios en Colombia sobre esta problemática que cada vez más está afectando la percepción de los jóvenes.

Tabla 2:

Pruebas realizadas a jóvenes con problemas depresivos

Nombre de la prueba	Rango de edad	Autor	Año en que se empezó a aplicar
Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)	7- 17 años	Edmundo Arévalo Luna	1994
EL inventario de síntomas (SCL-90-R)	13-65 años	María Martina casullo Marcelo Pérez	2008
Inventario de afrontamiento de la depresión (CDI)	9-24 años	Vásquez, C Ring, J	1996
Escala de ideación suicida	14- 19 años	Arontemkin Beck Kowacs Weisman	1979
Escala de depresión de Hamilton	Población en general	M, Hamilton	1986

Investigaciones que argumentan el comportamiento suicida

Todos los seres humanos tienen actualmente unas consecuencias tanto físicas como mentales, especialmente en la adolescencia, ya que es la etapa más vulnerable. De acuerdo a las investigaciones sobre el comportamiento suicida, este genera unas características que son cada vez más asociadas a la soledad, dicha emoción se ve como un problema que cada día es mas frecuente en la sociedad adolescente, las personas actualmente no quieren reconocer sus sentimientos porque les da miedo afrontar sus sentimientos de aislamiento, es decir que el aumento de mortalidad se presenta por factores de riesgo ya que cada vez que el ser humano se siente vulnerable crea unas alteraciones mentales, según García & castillo, (2009) “se presentan enfermedades cardiovasculares, trastornos de alimentación, depresión y abuso excesivo de alcohol,” la soledad se enfatiza en los efectos de bajo nivel educativo, calidad de vida, conflicto armado y conflictos familiares, estas características afectan el campo de desarrollo en la niñez y en la etapa adulta ya que esta ligado a los comportamientos que son devastadores en la necesidad de los factores que acontecen una soledad profunda, la cual conlleva a unos cambios significativos de transiciones en la vida diaria. La soledad es cada vez más propensa a la necesidad de cada uno, porque crea un sinnúmero de causas que producen consecuencias físicas y psicológicas en la adolescencia.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEL CICLO VITAL

Para Fernández, (2010), los comportamientos suicidas crean enigmas sobre los fenómenos que encierra la conducta humana, por ende, las ciencias humanas llevan a unas profundas investigaciones sobre cómo el suicidio llega a formar una gran particularidad; constituyendo algunos cambios en las actitudes que conducen a unos planteamientos en donde la sociedad comenta y llega a alterar el comportamiento en jóvenes de 17 a 27 años. Según Doménech, (2005) las conductas suicidas, son un acto de autodeterminación en la expresión del sufrimiento humano como una propuesta asociada, en la que los adolescentes tienen un impacto sobre la opinión pública. Los cambios autodestructivos que son complejos, abarcan unos factores motivacionales que consumen notables limitaciones, donde la cultura siempre encierra concepciones sobre la muerte dando una noción sobre castigo o solución, las cuales forman ciertas circunstancias derivadas en la forma en la que se ha visto el suicidio como una privación del fenómeno que desarrolla una enajenación mental.

MARCO TEÓRICO

CONCEPTO DE SUICIDIO

Los pensamientos suicidas implican una serie de aspectos donde se generan efectos a partir de las situaciones conflictivas, presentándose depresión y un desahogo emocional, por ende las emociones y nuestro comportamiento son una guía fundamental de articulación de varios razonamientos y pensamientos que acercan a un estado global en las cuales genera unas habilidades de comportamientos que utilizan unas dimensiones de dicotomías racionales y emocionales instauradas en unos procesos de adaptabilidad a un entorno para podernos desenvolver en cuestiones de concepciones; para poder manejar y romper los prejuicios negativos y tradicionales en el abordaje de un tema específico y entender el funcionamiento de nuestras emociones para desarrollar un sistema educativo acerca de una interpretación de situaciones diferentes en nuestros procesos mentales, se llevan a cabo por una adquisición de sentido nuevo en donde se abordan un sin número de información para obtener un funcionamiento de procesos que lleva a nuestra propia mente, Arcero, (2003)

Los factores de afrontamiento que construyen una visión compuesta de consistencias predominantes negativas del suicidio, se crean mediante la necesidad interna de determinación de una conducta que se suele crear por medio de una dirección que determina al individuo a ciertos estímulos selectivos, es por ello que los actos suicidas son sucesos intencionados, en donde siempre se encuentran manifestaciones de deseos de evasión hacia los problemas ocasionados al fracaso, la

importancia de rasgos de personalidad suelen estar basados a experiencias o sentimientos aislados; en donde frecuentemente hay una susceptibilidad de tendencias suicidas.(Gerali, (2012).

Para Gonzalo, (2003) los estados de ánimo se caracterizan principalmente por una serie de alteraciones del humor, los principios de los diversos episodios en los códigos de diagnóstico se presentan durante dos semanas, el sujeto presenta pérdida de apetito, pérdida de peso, falta de energía, dificultad en concentrarse o toma de decisiones, estos cambios de ánimo se demarca en la depresión ya que por medio de unos resultados negativos alteran el pensamiento y el comportamiento, estas conductas se presentan tanto en jóvenes como en adultos, esto se debe a que frecuentemente se recibe información que suele transformarse por corrientes eléctricas de nuestro cerebro, creando así unos cambios comportamentales que alteran el estado de ánimo.

A partir de 1996 al 2006 medicina legal realizó 20 mil necropsias aproximadamente; en donde muestra que el predomina en jóvenes. En Colombia 100.000 habitantes en su mayoría adolescentes en Bogotá muestra una significancia en los años 1.999 al 2008, en donde 558 personas de 14 a 26 años han atentado contra su vida, García, (2008).

Para García, (2008), este estudio corresponde a una exploración exhaustiva a los accesos del objeto de estudio; en donde permite realizar una visión de la realidad y crear una realización de registros, en donde se ven los hallazgos proporcionados en la

interacción dialéctica de los significados del acto humano, para dar así una representación conceptual de las relaciones en las partes constituyentes.

A partir del diseño metodológico en la prueba realizada por Ballesteros & Gutiérrez, (2010) se crea una explicación, donde se muestran las propiedades del fenómeno cultural, esto se permite ver cómo la sociedad constituye sus propias ideas en cómo ven el suicidio, para ello se da una muestra según la edad. Los participantes fueron estudiantes de la Universidad Sur Colombiana, en donde se tomaron jóvenes de 17 a 21 años de todas las carreras, el 79 % los jóvenes pertenece a una misma religión católica. Los estudiantes de dicha institución afirman que han conocido a alguien que se ha suicidado, el 24% ha tenido pérdidas recientes, el 35% comentan que han tenido pensamientos suicidas, el 13% ha manifestado haber tenido intentos de suicidio con un gran número de casos en las facultades de psicología y medicina, la constitución de las perturbaciones psíquicas crean conceptos del suicidio en donde el contexto socio histórico y cultural se encuentra ligado socialmente a las acciones del individuo.

Se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol, Krug & Dahiberg, (2003).

Así, la conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, que viven solos o carecen de apoyo social y principalmente en los hombres, en los primeros meses de la pérdida (separación, divorcio o viudedad), Krug & Dahiberg, (2003).

Por otra parte, no está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en las distintas culturas. Así, en Pakistán existen tasas más altas de suicidio entre las mujeres casadas que entre los hombres casados o las mujeres solteras, y en China, las mujeres casadas mayores de 60 años presentan tasas más altas de suicidio que las viudas o solteras de la misma edad, Costable, (2008).

CONCEPTO DE MUERTE

La concepción de muerte, está relacionado a la transformación de niveles de conciencia que crea una identificación estructural de distinciones desarrolladas a los contrastes o formas de sucesos que representa claramente un proceso de transición, en donde las experiencias juegan un papel fundamental de lógicas descriptivas que conllevan a una serie de amenazas vitales, para (Grof,2009,p.52), “la apreciación de muerte es primordial, ya que la comprensión de la naturaleza humana sería incompleta e insatisfactoria”, los efectos que son notoriamente intolerantes de frustraciones paradójicas crean una frecuencia impulsiva que caracteriza una posibilidad de diversas dificultades, en donde los efectos combinados de acontecimientos como la muerte de amigos y familiares pueden llegar a alterar significativamente el estado de ánimo del individuo y con ello desencadenar conductas suicidas

Según un artículo realizado por Fernández & Malpica, (2010), la codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes acogidos en centros de protección en España los comportamientos suicidas crean enigmas sobre los fenómenos que encierra la conducta humana, por ende las ciencias humanas

llevan a unas profundas investigaciones sobre cómo el suicidio llega a formar una gran particularidad; en donde se constituyen algunos cambios en las actitudes que conducen a unos planteamientos que la sociedad comenta, por ende las conductas suicidas son un acto de autodeterminación en la expresión de un sufrimiento humano como una propuesta asociada en la que los adolescentes tienen un impacto sobre la opinión pública. Los cambios autodestructivos que son complejos, abarcan unos factores motivacionales que consumen notables limitaciones, donde la cultura siempre encierra unas concepciones sobre la muerte dando una noción sobre castigo o solución, las cuales forman ciertas circunstancias derivadas en la forma en la que se ha visto el suicidio como una privación del fenómeno que desarrolla una enajenación mental.

Para Iglesias, (2009) el suicidio poco a poco ha creado en los jóvenes una forma vulnerable en los aspectos como en las ciencias religiosas o situaciones familiares en el cual se pueden producir un debilitamiento en la relación de la libertad personal. Para André, (2011) las ideas suicidas conlleva unas explicaciones en la depresión y la agresión exteriorizada por las vivencias del abandono o inutilidad que tiene el individuo, en sí se suele desencadenar una utilización de aceptación de dificultades que son consideradas directamente como una independencia en la aplicación amplia del fenómeno suicida, los actos o tentativas sobre sí mismo se genera una denominación a la orientación de ámbito en aislamiento de autodestrucción, amplios métodos que son proporcionados a las estadísticas sobre las conductas suicidas y dificultades que son inherentes de las posibles fallas que suelen ser consideradas en la investigación

de factores socioculturales que lleva a una realización ininterrumpida de la prioridad introductoria en la interpretación derivada sobre el suicidio en jóvenes de 15 a 24 años, convirtiéndose en la causa más alta en España.

EPIDEMIOLOGIA DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Según Silva,(2007) El método epidemiológico permite plantear una serie de hipótesis en donde la recopilación de diferentes datos investigativos acerca del suicidio brinda procedimientos y formas de intervención sanitarias acerca de las acciones específicas de diversos casos donde se presenta la sociedad hoy en día.

Los datos recolectados en de enero a diciembre del 2013 se han presentado muertes de personas entre los 4 a los 34 años de edad, según las cifras presentadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal se presentan 912 suicidios en Colombia, en los datos de medicina legal se puede observar que el mayor índice de suicidio se presentan en los hombres que en las mujeres, la causa más frecuente es por métodos de asfixia.

Tabla 3:

Muertes Violentas según manera, grupo de edad y sexo de la víctima Colombia. Enero - Diciembre 2013

Rango de edad	Hombre	mujer
00 a 04	0	0
05 a 09	2	0
10 a 14	31	26
15 a 17	67	40
18 a 19	86	24
20 a 24	220	46
25 a 29	162	36
30 a 34	143	29
35 a 39	104	24
40 a 44	86	24
45 a 49	100	18
50 a 54	90	17
55 a 59	73	14
60 a 64	58	13
65 a 69	52	3
70 a 74	38	5
75 a 79	24	2
80 y mas	28	0
Total	1.364	321

Fuente: Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses INMLCF/ Grupo Centro de Referencia

Nacional sobre Violencia- GCRNV

EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO INFANTIL

La irregularidad de los suicidios consumados en niños de 0 a 14 años son poco frecuentes pero los poco datos presentados apuntan a que los factores sociales y familiares suelen ser la principal causa, los sentimientos de abandono, de pérdida, resentimiento a sus padres suelen desencadenan al niño una profunda depresión y posteriormente atentar contra su propia vida, Vallejo, (2010).

Para Grusovin, Makome & Verhey, (2009) la utilización de niños y niñas suicidas se presenta más que todo en Afganistán ya que grupos terroristas usan a los menores de 11 años como escudos humanos y lanzando ataques frecuentes a la fuerza pública y militar estos niños están siendo engañados por medio de dinero rápido, amenazas contra familiares, juguetes y viajes.

Algo que está sucediendo en Colombia es que el gran número de resistencia en la que reiteradamente los grupos guerrilleros como el ELN, M19 y las FARC están siendo marcados por la gran integración de filas en donde el Ejército Nacional de Colombia denuncia que al menos unos 3.000 menores con edades de 10 a 16 años se encuentran agrupaciones de 8.000 militantes a nivel general, para el instituto Colombiano del bienestar familiar (ICBF) señala que aproximadamente 6.000 menores están siendo raptados de sus hogares y posteriormente entrenados para manejo de armas y activación minas quiebra patas Vallejo,(2010)

EPIDEMIOLOGIA DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Tabla 4:

Casos de Suicidios ocurridos en Colombia, según razón del Suicidio y sexo de la victima - Año 2013 enero a julio

Razón del suicidio	Hombres	Mujeres	Total
Conflicto con pareja o ex pareja	87	18	105
Desamor	34	6	40
Económicas	46	10	56
Enfermedad física	35	3	38
Enfermedad mental	43	18	61
Escolares/ Educativas	3	2	5
Jurídicas	6	-	6
Laborales	4	1	5
Maltrato físico –sexual-psicológico	1	3	4
Muerte de un familiar o amigo	14	4	18
Otros	30	10	40
Sin información	465	105	570
Total	768	180	948

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses-Centro de Referencia Nacional
Año 2013 enero a julio

Según el artículo realizado por Liuba & Peña, (2002) el Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes los comportamientos suicidas en un hospital en la Habana (Cuba), mas la recolección de datos de muertes violentas del mes de enero a diciembre del 2013 de medicina legal, se observó que tanto en Cuba como en Colombia, los pacientes con ideación suicida en rango de edad de 17 a 24 años son el mismo.

De acuerdo a este estudio de Liuba & Peña, (2002) se resalto que tanto en Colombia como en Cuba las ideaciones suicidas son frecuentes en jóvenes, los factores de tristeza, insomnio, conflicto de pareja, problemas económicos y enfermedades mentales son las mas marcadas. De Acuerdo con estos elementos, en la distribución de intento suicida predominan los síntomas psicopatológicos y problemas de pareja; el resultado es bastante interesante ya que 77 pacientes tienen un perfil de carencia y estabilidad emocional, inseguridad, frustración y depresión entre otros.

El estudio realizado en Cuba fue el siguiente: Se escogieron 80 pacientes con síntomas psicopatológicos de un hospital militar, se realizó un control de datos en los cuales fueron: a) edad, b) sexo, c) escolaridad d) estado civil; la prueba asignada fue la 16PF, la cual permite dar información descriptiva de la frecuencia de personalidad de los sujetos; el resultado final arrojó una distribución con intento suicida de 87,65%, el

nivel de escolar se realizó en niveles medio a 50 pacientes 60,98%, nivel superior de 23 pacientes cuyo porcentaje es de 28,84; estado civil predominó la soltería dando como resultado de 69, 55% y seguido a esto el estado civil de casado con 25 pacientes dando como porcentaje de un 30, 49% ; los conflictos se presentan más en los sujetos con escolaridad, dando así un número de 60 pacientes y su porcentaje es de 71, 68%. En base a esto, el nivel emocional es supremamente bajo, con esto quiero decir que los pacientes están inmersos a la tensión provocada de necesidades no resueltas, ya que la mayoría de intentos de suicidio se presentan en personas solitarias Liuba & Peña, (2002).

TEORÍAS QUE EXPLICAN POSIBLES FACTORES CAUSALES DEL SUICIDIO

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES. DISTORSIONES COGNITIVAS

Es de suma importancia conocer sobre los diferentes puntos de vista de diferentes enfoques ya que permiten crear una planificación de las funciones relacionadas con el sustrato cognitivo en donde la aplicación de los aspectos conductuales y emocionales representan unos sucesos de programas de acción que resulta en el desarrollo de análisis en donde abarca los aspectos estructurales de los análisis de aprendizaje y resultados dimensionales en los conceptos de la modificación de ambiente cultural, Gómez & Maldonado,(2005).

Principalmente las distorsiones cognitivas son un conjunto de alteraciones emocionales en donde generalmente desencadenan unos pensamientos automáticos

que forman unos contenidos proporcionalmente depresivos y ansiosos, para Barceló, (2005) las distorsiones cognitivas evocan una autoestima baja en donde frecuentemente crean unas barreras que impiden una conducta asertiva, teniendo en cuenta lo anterior se nombraran las corrientes más significativas:

LAS EXIGENCIAS/ PERFECCIONISMO:

Específicamente son caracterizaciones que interfieren con una tarea concreta, un ejemplo claro que brinda Clanninger, (2002) es cuando un sujeto que se siente incapaz de cumplir con una tarea es porque las exigencias que la persona se propone no las acata con cabalidad ya que son demasiado estrictas para él.

EL CATASTROFISMO:

Para son elementos o tendencias negativas que juzgan una serie de catástrofes sin motivo alguno, por ejemplo cuando una persona presenta un error en cualquier tarea se desespera y se estresa ya que para él es una fatalidad extrema, musso, (2012).

LA NEGACIÓN:

Para son acontecimientos de frecuentes sentimientos negados, es decir que la persona no admite los problemas o debilidades que tiene. Ejemplo en todo me va bien, no me importa lo que digan mis amigos ni mi familia ya que soy una persona perfecta, Schneider, & Blanco, (2010).

SOBREGENERALIZACIÓN:

“son acontecimientos negativos en una pauta o desgracia.” ejemplo si no rezo los lunes me va mal toda la semana”, Caballero, (2008).

ETIQUETAS GLOBALES:

Son cualidades o características que se seleccionan a partir de rasgos de personalidad permitiendo definir, juzgar a otras personas e incluso así mismos, Gómez, (2014).

PENSAMIENTO POLARIZADO:

Son pensamientos de percepción negativos en donde el sujeto deja de lado sus actividades por que lo ven como una forma aburrida y agotadora, por ejemplo dejo de estudiar para poder estar más tiempo en mi casa, Popkat, (2005).

SESGO CONFIRMATORIO:

Según Riso, (2006) son desviaciones metódicas de ideas para que logren encajar con otras ideas, por ejemplo si veo un pájaro recordare lo que hice el día de hoy.

LEER EL PENSAMIENTO

(Proyección o interpretación de pensamiento): es una forma de interpretación de ideas en donde el sujeto siempre cree saber lo que la otra persona piensa, ejemplo mis compañeros de trabajo piensan que yo soy una persona callada, Fernández, (2010).

PERSONALIZACIÓN:

Para la personalización es una forma de asimilación individualizada de experiencias o componentes de lo que el núcleo social piensa ya sea para bien o para mal, por ejemplo cuando una madre regaña a su hijo por perder la maleta, ella piensa que es por falta de autoridad ya que sus compañeras se lo habían advertido, Brennan, (1999).

FILTRAJE (O ATENCIÓN SELECTIVA):

“En un momento determinado se centra interés en aspectos únicos y limitado de lo que se experimenta en la vida diaria.” Ejemplo cuando una persona centra su atención en varios puntos de vista y escoge lo que mejor le conviene, Myers,(2004)

Es de suma importancia conocer sobre los trastornos mentales sobre la parte depresiva ya que permite tener conceptos más amplios sobre las alteraciones que pueden llegar a referirse hacia la parte emocional. Atienza & Gámiz, (2012).

Tabla 5:

Trastornos relacionados con el estado de ánimo que pueden llevar a comportamientos auto infligidos o conducta suicida

Nombre Trastorno	Característica principal	Numero criterios diagnostico
Tr. Limite de la personalidad	Un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales	Para su diagnóstico se evalúan 9 criterios.
Tr. Distímico	Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día	Para su diagnóstico se evalúan 8 criterios
Tr. Estado de animo	En el cuadro clínico predomina una notable persistencia de alteración en el estado de animo	Para su diagnóstico se evalúan 5 criterios
Tr. Esquizoafectivo	Un periodo continuo de enfermedad durante el que se presenta en un momento un episodio depresivo	Para su diagnóstico se evalúan 4 criterios
Tr Episodio depresivo mayor	Cambio de actividad previa uno de los síntomas debe ser por 1) estado de ánimo depresivo, 2) perdida de interés y capacidad de placer	Para su diagnóstico se avalúan 9 criterios
Tr. Episodio mixto	La alteración de estado de ánimo es suficientemente grave provoca un importante deterioro laboral y social.	Para su diagnóstico se evalúan 3 criterios
Tr. Bipolar I	Los síntomas afectivo provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social	Para su diagnóstico se evalúan 5 criterios

Según el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV, ahora su nueva versión DSM V, existen trastornos relacionados con la conducta suicida y con la depresión donde su componente principal es el componente emocional y afectivo, que puede generar algún tipo de conducta, auto agresiva, impulsiva, o suicida, que afecte altamente la funcionalidad de la persona.

Para Quintanar, (2008) la conducta suicida se suele desarrollar por medio de un agudo sentimiento de desesperación en donde por medio de la culpabilidad, angustia frecuente e impotencia crean en el sujeto una serie de ideas suicidas en donde constantemente hay unas manifestaciones depresivas y adicciones, cabe recalcar que la exploración de los documentos científicos que se catalogaron en esta investigación sobre los trastornos mentales asumen una continuidad instrumental del abordaje sobre los intensas preocupaciones destructivas que aquejan cada vez mas al adolescente de hoy en día .

Las familias que atraviesan por una etapa de duelo tienden a presentar enfermedades tanto físicas como psicológicas, en la mayor parte de los casos se presentan eventos patológicos a causa del duelo de un ser querido, en todas las edades se puede presentar un incremento de riesgo elevado de estrés y conductas depresivas, el incremento de mortalidad y morbilidad en las familias cada vez va aumentando a causa de la depresión, Castillo, (2001).

DEPRESIÓN MAYOR

Para Woolis, (2010) es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general⁴⁰. Aparece en todos los rangos de edad, aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años. La OMS (2009) asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión.

Esta asociación de los trastornos depresivos con el riesgo de suicidio se ha mostrado estadísticamente significativa, sobre todo en poblaciones de edad avanzada y más en mujeres que en hombres, aunque para este último análisis el número de estudios fue pequeño, Jordán & Medina, (2006).

El trastorno bipolar generalmente se crea por episodios afectivos en la cual el perfil cognitivo no es consistente en la disminución del volumen cerebral. Para la psiquiatría los estados maniacos y depresivos genera un impacto negativo en donde la presencia de síntomas anímicos crean marcadores de rasgos en la que suele desencadenar unos patrones asociados en los procesos de atención para así dificultar las tareas de abstracción y flexibilidad, Grecco, (2009).

Durante los episodios depresivos “alrededor del 20% de pacientes con atención primaria presentan cuadros depresivos y el 6% de hombres como mujeres tienen una tasa de morbilidad baja” Bravo, (2010), es decir que las características básicas en la

actividad física y mental frecuentemente se asocia a una serie de caracterizaciones por episodios repetidos en pautas depresivos.

De acuerdo a Grecco, (2009) la bipolaridad tipo I, es un trastorno afectivo que se presenta por una serie de cambios reiterados en la que manifiesta una sintomatología que disminuye cada vez mas la pérdida de interés en las actividades habituales, la relación de las emociones conlleva una depresión profunda, es por ello que las emociones y nuestro comportamiento son una guía fundamental de articulación de varios razonamientos y pensamientos que acercan a un estado global, para crear unas habilidades de comportamientos que utilizan unas dimensiones de dicotomías racionales y emocionales para llegar a crear unos procesos de adaptabilidad a un entorno para podernos desenvolver en cuestiones de concepciones; según Goleman, (2012) para poder manejar y romper los prejuicios negativos y tradicionales en el abordaje de un tema específico y entender el funcionamiento de nuestras emociones para desarrollar un sistema educativo acerca de una interpretación de situaciones diferentes en nuestros procesos mentales, llevando a cabo una adquisición de sentido nuevo para abordar un sin número de información para obtener un funcionamiento de procesos que lleva a nuestra propia mente. Por ende, se trata de caer en cuenta de que cuando sentimos una emoción, no estamos necesariamente atrapados en un proceso mental incomprensible e incorporable, sino que estamos ante unas posibilidades de darnos cuenta cómo funciona nuestra mente, paso a paso ante una situación determinada.

Más concretamente, préstamos atención a todos nuestros componentes del proceso emocional que giran en un proceso de análisis para modificar unos efectos de percepción o interpretación de nuestra propia realidad.

TRANSTORNOS QUE ALTERAN EL ESTADO DE ÁNIMO

TRASTORNOS PSICÓTICOS

Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia presentan mayor riesgo de suicidio, fundamentalmente los hombres jóvenes durante la primera etapa de la enfermedad, los pacientes con recaídas crónicas y en los primeros meses después de un alta hospitalaria. El riesgo de suicidio en estos pacientes es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de todas las personas con esquizofrenia harán un intento de suicidio a lo largo de su vida. Sin embargo, debido a que este trastorno es relativamente poco frecuente en la población general (1%), no contribuye de forma importante en la tasa de suicidio global Alcocer, (2010).

Para Sacks, (2011) los pacientes con alucinaciones auditivas no tienen un mayor riesgo de suicidio que otros pacientes psicóticos. Sin embargo, dado que algunos parecen actuar en respuesta a dichas alucinaciones, es importante identificarlas y evaluarlas en el contexto de otras características clínicas.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Según Rodríguez & Vetere, (2011) pueden asociarse con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. Sin embargo, no está demostrado si los trastornos de ansiedad representan factores de riesgo independientes o si se asocian a otras comorbilidades, como la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En un estudio se observó que una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (especialmente cuando se acompañaban de comorbilidades, como depresión o ansiedad) tenían antecedentes de ideación o conducta suicidas, lo que supone una tasa cuatro veces superior a la de la población femenina general. Dentro de estos trastornos, la anorexia nerviosa es la que presenta un mayor riesgo de suicidio, sobre todo en mujeres durante la adolescencia tardía Mijan, (2004).

ABUSO DE ALCOHOL Y DE OTRAS SUSTANCIAS

Ejerce un papel muy significativo ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. No es sólo un factor de riesgo sino también un factor precipitante, existiendo una asociación estadísticamente significativa con la conducta suicida. Las estimaciones sugieren que el riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general y este abuso suele

asociarse con otros procesos comórbidos y en general, después de años de enfermedad Pérez, (2004)

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad, fundamentalmente si hay presencia de trastornos comórbidos. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general Linehan, (2012).

FACTORES PSICOLÓGICOS.

La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio. Los intentos previos son el predictor más fuerte de riesgo suicida. Durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20-30 veces. La población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas son los ancianos, debido a la mayor intencionalidad, métodos más letales y menor probabilidad de sobrevivir a las secuelas físicas del intento Luciani, (2010).

Datos de un metanálisis muestran como los intentos previos son el factor más importante de los cinco estudiados (depresión, abuso de alcohol/sustancias, situación laboral o estado civil). Por otro lado, conforme la ideación suicida se alarga en el tiempo sin acompañarse de intentos ni planes, disminuye el riesgo de suicidio Luciani, (2010).

EDAD

Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada, teniendo en cuenta que antes de la pubertad la tentativa y el suicidio son excepcionales debido a la inmadurez cognitiva de la persona. Dentro de estos grupos, los ancianos presentan tasas de suicidio tres veces superiores a los adolescentes debidos, entre otros factores, a que usan métodos más letales Aramini, (2011).

SEXO

De acuerdo a la información general que ha realizado medicina legal en el año 2013, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. Sin embargo, en China e India, las tasas son similares entre hombres y mujeres, debido posiblemente a la baja condición social y a otros factores asociados a las mujeres.

También a nivel mundial los hombres presentan métodos más letales que las mujeres, y como en el caso anterior, China e India presentan excepciones: China con la ingestión de plaguicidas e India con el suicidio a lo bonzo, Gerali, (2012)

Estudios investigativos realizado por Restrepo, (2006) los factores que caracterizan la acción suicida, se encuentra la muerte de un ser querido, dificultades económicas y la ruptura de pareja. Esto permite hacer una reconstrucción de la incidencia en los eventos relacionados en la ciudad de Medellín, sobre el suicidio en jóvenes. En la

recolección de datos sobre los diferentes cambios comportamentales del sujeto, se tomó la historia familiar y personal en la que se logra evidenciar que algunos individuos que se suicidan tenían mayores intentos suicidas; el grupo que se estudió, reveló que la mediana fue un número mínimo de 0 y máximo de 6, esto quiere decir que en la historia, en las familias existe un factor que está relacionado a trastornos de ansiedad y depresión. De acuerdo con el diagnóstico realizado en la autopsia psicológica, el 89% tenía un trastorno mental, la determinación de los factores asociados con el suicidio, se observó que se deben a que crean una confusión; pero para ello se empleó una significación de 0.20 para las variables de confusión.

Para Oblitas & Iglesias (2000) los eventos vitales como la muerte de un ser querido, dificultades económicas y ruptura con la pareja afectiva arrojan cada día mas una serie de variables en los modelos de regresión logística relacional.

De acuerdo a este estudio realizado por Restrepo, (2006), en Antioquia se logra evidenciar que durante seis meses previos, las características significativas en la historia personal y familiar, el grupo control demostró que 37% tenían algún trastorno mental. Según las escalas de frecuencia que se obtuvieron se presenta que el fenómeno de suicidio en jóvenes se debe a la asociación de diversos eventos vitales tales como problemas interpersonales y financieros.

Para Krug & Dahiberg, (2003) a partir de los 15 a los 34 años aproximadamente, se muestran unas tasas de suicidio que ha realizado medicina legal, en esta ciudad, se aclara que los sesgos que mide la información narrada por los familiares dan una idea

que las proporciones del daño emocional que han estado presentando en los adolescentes, las investigaciones se han estado involucrando en factores personales e incidentes que han presentado en hasta diciembre del 2002.

FACTORES GENÉTICOS Y BIOLÓGICOS

Para Grignon, (2005) en la población general la conducta suicida se asocia con una disfunción del sistema serotoninérgico central, habiéndose encontrado bajos niveles de serotonina y de metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes que se habían suicidado. Además, existe una correspondencia directa entre bajos niveles de la serotonina y escaso control de impulsos. Desde el punto de vista biológico, los factores relevantes en relación con la conducta suicida serían aquellos que reducen la actividad serotoninérgica, como:

1) Factores genéticos: polimorfismos en el gen de la enzima triptófano hidroxilasa-TPH o del gen del receptor 5-HT_{2A}; 2) factores bioquímicos: bajos niveles de proteína transportadora de serotonina, bajos niveles de monoamino oxidasa en sangre, altos niveles de receptores 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A} postsinápticos, bajos niveles de colesterol en sangre² o una disminución del ácido homovalínico en el líquido cefalorraquídeo. Por otro lado, dos marcadores se han asociado de forma significativa con la ideación suicida: ambos residen en los genes GRIA3 y GRIK2 y codifican los receptores ionotrópicos del glutamato Mingote, Jiménez & Suárez, (2004).

Estudios realizados en gemelos sugieren que hasta un 45% de las diferencias encontradas en la conducta suicida de los gemelos son explicadas por factores genéticos. Estas estimaciones de heredabilidad de la conducta suicida son similares a las encontradas en otros trastornos mentales, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, Canales, (2013).

ENFERMEDAD FÍSICA O DISCAPACIDAD

El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc), se relacionan con mayor riesgo de suicidio. La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, aunque el suicidio rara vez se produce sólo por una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales Berger, (2009).

Los enfermos de cáncer presentan similar prevalencia de ideación suicida que la población general aunque con mayores tasas de suicidio Canales, (2013).

En el caso del SIDA, una revisión del año 2011 encontró que los pacientes con VIH presentan elevados índices de conducta suicida lo que requiere la vigilancia rutinaria y el seguimiento como aspectos fundamentales de la atención clínica. Sin embargo dada la mejoría en su pronóstico desde la introducción de los antirretrovirales en 1996, la tasa de mortalidad por suicidio disminuyó notablemente (Berger, 2009).

FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES Y CONTEXTUALES

HISTORIA FAMILIAR DE SUICIDIO

Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y cuando el intento o el suicidio consumado se han producido en un familiar de primer grado. La mayor concordancia se produce entre gemelos monocigóticos Quintanar, (2008).

Estudios realizados en niños adoptados mostraron que aquellos que llevaron a cabo un suicidio tenían frecuentemente parientes biológicos que también lo habían hecho. Sin embargo, los aspectos no biológicos de la conducta suicida también tienen un papel importante, ya que los hijos adoptados suelen acoger el rol de la familia de adopción, tanto más cuanto antes se ha producido dicha adopción Marre & Bestard, (2004).

EVENTOS VITALES ESTRESANTES

Para Zafra, (2013) las situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.

FACTORES SOCIO FAMILIARES Y AMBIENTALES

Apoyo socio familiar

De acuerdo a los estudios realizados por medicina legal en el año 2013 a principios del 2014 se ha observado una asociación estadísticamente significativa entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, aunque la fuerza de esta asociación es menor que para la depresión o el abuso de alcohol, Jordán (2006).

Para Costable, (2008) aun no está demostrado que el matrimonio sea un factor protector en las distintas culturas. Así, en Pakistán existen tasas más altas de suicidio entre las mujeres casadas que entre los hombres casados o las mujeres solteras, y en China, las mujeres casadas mayores de 60 años presentan tasas más altas de suicidio que las viudas o solteras de la misma edad.

NIVEL SOCIOECONÓMICO, SITUACIÓN LABORAL Y NIVEL EDUCATIVO.

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio Gallego, (2009).

Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio, Gallego (2009).

ETNIA

No existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio. Así, se ha estudiado que poblaciones de jóvenes aborígenes australianos y esquimales presentan tasas de suicidio superiores a las de la población no aborigen. Por su parte, en EE.UU. hay mayores tasas en jóvenes nativos americanos, aunque estas diferencias podrían deberse al “contagio” entre grupos aislados, más que a culturas diferentes Rodríguez, (2001).

Para Rodríguez, (2001) las poblaciones de emigrantes presentan primero las tasas de suicidio del país de origen y, con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de residencia. Otros estudios, por el contrario, observan que los emigrantes presentan tasas de suicidio del país de origen a lo largo de su emigración, atribuyendo el comportamiento suicida a factores culturales originarios.

RELIGIÓN

La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes, Quintanar, (2008)

EXPOSICIÓN (EFECTO “CONTAGIO”)

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto o “contagio”) determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en “racimo”, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes, Gallego, (2009).

OTROS FACTORES DE RIESGO

Historia de maltrato físico o abuso sexual

Para Doménech, (2005) los abusos sexuales y físicos, más concretamente los producidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida. Las comorbilidades son frecuentes en personas con abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida.

La relación existente entre la violencia de género y el suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes estudios. Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida la conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato Doménech, (2005).

También se ha visto una asociación entre agresor y suicidio, ya que datos de 2010 nos muestran que, en España, el 21,9% de los agresores realizaron un intento de suicidio y el 16,4% lo consumaron tras agredir a su pareja con consecuencias mortales.

ORIENTACIÓN SEXUAL

Aunque la evidencia es limitada, parece existir un mayor riesgo de suicidio en homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes, debido a que en ocasiones sufren discriminación, tensiones en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que aumenta el riesgo suicida, Morán, (2004).

Por otra parte, los homosexuales presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza que la población general de iguales, siendo estos los verdaderos factores de riesgo de suicidio; si estos factores son controlados, la orientación sexual podría ser un factor de riesgo mucho más débil Morán, (2004).

ACOSO POR PARTE DE IGUALES

En adolescentes, el acoso se ha asociado con altos niveles de estrés, así como con ideación y conducta suicidas, Castillo (2011).

Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos

Un fácil acceso a medios para llevar a cabo un suicidio aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso del pensamiento a la acción suicida. Así, el método suicida en EE.UU. suele ser con armas de fuego, en China mediante plaguicidas y en el resto del mundo mediante ahorcamiento Castillo, (2011).

FACTORES PRECIPITANTES

Ciertos sucesos de la vida, como acontecimientos vitales estresantes, factores psicológicos individuales o el fácil acceso a medios o métodos de suicidio, pueden servir como factores facilitadores del suicidio Gómez & Pérez (2009).

Para Gómez y Pérez (2009) las personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo, pueden presentar una ideación o conducta suicidas después de un evento precipitante, como por ejemplo, la humillación (en adolescentes), tensiones en las relaciones interpersonales (tanto en adolescentes como en adultos) y el aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes).

FACTORES PROTECTORES

Son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio en presencia de factores de riesgo. Su conocimiento es muy importante y se pueden dividir en:

Personales:

- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas
- Tener confianza en uno mismo
- Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales
- Presentar flexibilidad cognitiva
- Tener hijos, más concretamente en las mujeres.

Sociales o medioambientales

- Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad
- Integración social
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos
- Adoptar valores culturales y tradicionales
- Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

Para André, (2011) la evaluación del riesgo suicida es una parte fundamental en el manejo y la prevención de la conducta suicida, tanto en atención primaria como en atención especializada.

Para Arcero, (2013) el porcentaje de pacientes a los que se les realiza una adecuada evaluación tras un intento de suicidio varía entre el 60% y el 95%. Por otra parte, en un estudio realizado en España se observó que, aunque el porcentaje de evaluación de las personas que habían realizado un intento de suicidio era del 94,9%, no se registró toda la información en los informes clínicos de manera completa.

La estimación del riesgo de suicidio es un proceso complejo debido a la propia naturaleza de la conducta suicida y a las dificultades metodológicas que subyacen a su

investigación. Así, actualmente no existen indicadores específicos de la conducta suicida o factores de riesgo con poder predictivo Silva, (2003).

De acuerdo a Silva, (2003) las dos herramientas básicas para la evaluación del riesgo de suicidio son la entrevista clínica y las escalas de evaluación, aunque éstas no sustituyen al juicio clínico, sino que son un apoyo o complemento.

NIVEL SOCIOECONÓMICO, SITUACIÓN LABORAL Y NIVEL EDUCATIVO.

En el mundo desarrollado, la pérdida de empleo y la pobreza se asocian con un mayor riesgo de suicidio, pudiéndose considerar la pérdida de empleo o la jubilación, eventos estresantes, incrementándose dos o tres veces el riesgo de suicidio, Garrido (2008).

Trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés también presentan un alto riesgo de suicidio, Garrido, (2008).

Para Moreno, (2008) no existen pruebas concluyentes de que la raza o etnia tengan influencia sobre la tasa de suicidio. Así, se ha estudiado que poblaciones de jóvenes aborígenes australianos y esquimales presentan tasas de suicidio superiores a las de la población no aborígen. Por su parte, en EE.UU. hay mayores tasas en jóvenes nativos americanos, aunque estas diferencias podrían deberse al “contagio” entre grupos aislados, más que a culturas diferentes.

Se ha observado que poblaciones de emigrantes presentan primero las tasas de suicidio del país de origen y, con el paso del tiempo, adoptan los valores del país de

residencia. Otros estudios, por el contrario, observan que los emigrantes presentan tasas de suicidio del país de origen a lo largo de su emigración, atribuyendo el comportamiento suicida a factores culturales originarios Moreno, (2008).

La afiliación y la actividad religiosa parecen proteger del suicidio, ya que las personas ateas parecen tener tasas más altas. Los países con prácticas religiosas prohibidas (como la antigua Unión Soviética) presentan las mayores tasas de suicidios; después seguirían los budistas e hinduistas (con creencias de reencarnación) y, por último, los protestantes, católicos y musulmanes, Rodríguez, (2001).

EXPOSICIÓN (EFECTO “CONTAGIO”)

La exposición a casos de suicidio cercanos (efecto “contagio”) a determinado tipo de informaciones sobre el suicidio en los medios de comunicación, se ha asociado también a la conducta suicida. Un tipo particular son los suicidios en, por comunidades, más frecuentes entre jóvenes Moran, (2004).

EL SUICIDIO DESDE DIFERENTES CORRIENTES PSICOLÓGICAS

Para Gallego,(2009) El suicidio es un fenómeno que tiene que ser abordado desde diferentes disciplinas, primero tener en cuenta cual es la significación teórica del suicidio, el sentido que se tiene de la vida y el trabajo que se ha realizado desde las narrativas sobre esta temática. Otro aspecto importante es el factor psicológico y su relevancia en la posible presencia de trastornos de la personalidad, y por último, un

factor social donde emergen problemáticas sociales y las historias de vida del suicida contada o narrada por el otro.

EL SUICIDIO DESDE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS

El suicidio desde las diferentes disciplinas ha sido interpretado como un fenómeno que se manifiesta en la sociedad, en la familia y en el individuo mismo como factores generadores de consecuencias y miradas que se han hecho desde disciplinas como la psicología, la sociología, las ciencias políticas y económicas, la etiología y la biología, quienes han centrado parte de su atención en fundamentar desde las diversas teorías el porqué, el cómo, dónde y a quienes perjudica dicho fenómeno Cadena & Arceo, (2003).

El suicidio desde una perspectiva psicoanalítica

El suicidio desde la teoría Psicoanalítica desde el punto de vista de Freud,(1915) (citado por Moreno, 2008) es por un acto por el cual las instituciones son responsables de que niños, adolescentes y adultos creen traumas que conllevan acabar con sus vidas, del mismo modo todas las instituciones centran su interés en prevenir el suicidio mediante propuestas que abarcan al grupo y no al individuo desde su deseo de vivir, considerando que esto es el soporte para decidir si continuar o no viviendo, desde la teoría de las pulsiones el pionero del psicoanálisis postula que el sujeto tiene tendencia a la auto-aniquilación y que por medio de sucesos involuntarios como la torpeza del ser humano y accidentes cotidianos, el suicidio tendría una visión inconsciente, que no deja

huella alguna de auto-aniquilación y que es considerada como un hecho inevitable, cuando en realidad el sujeto no siente ganas de vivir y procura cruzarse con una de estas dos eventualidades para no ser señalado por una sociedad culturalmente creyente de la vida.

El suicidio desde una perspectiva sistémica

En este enfoque se crean una serie de continuidades en cuanto a las frecuencias y momentos evolutivos del núcleo familiar, donde también se desarrolla una serie de esquemas conceptuales y se hace un abordaje de las crisis paradigmáticas o problemas micro, meso, macro y mega político Klaus ,1977(citado por Arnoletto, 2007).

Las diferentes connotaciones de los estigmas sociales en la familia sobre el fenómeno suicida crean una realidad de condiciones frecuentes en las situaciones constantes de transformaciones estructurales del sistema, es decir que cuando se habla de “sistema” se toman los fenómenos sociales y naturales de las causas y efectos cambiantes del ambiente (Paniagua, 2005,).

En este nuevo enfoque se crea una percepción de sistemas puramente conceptuales en donde las construcciones naturales y humanas crean en las familias una funcionalidad de experiencias vividas ya sea en el entorno físico y social (Espinal, Gimeno & Gonzales, 2004).

El suicidio desde una perspectiva humanista

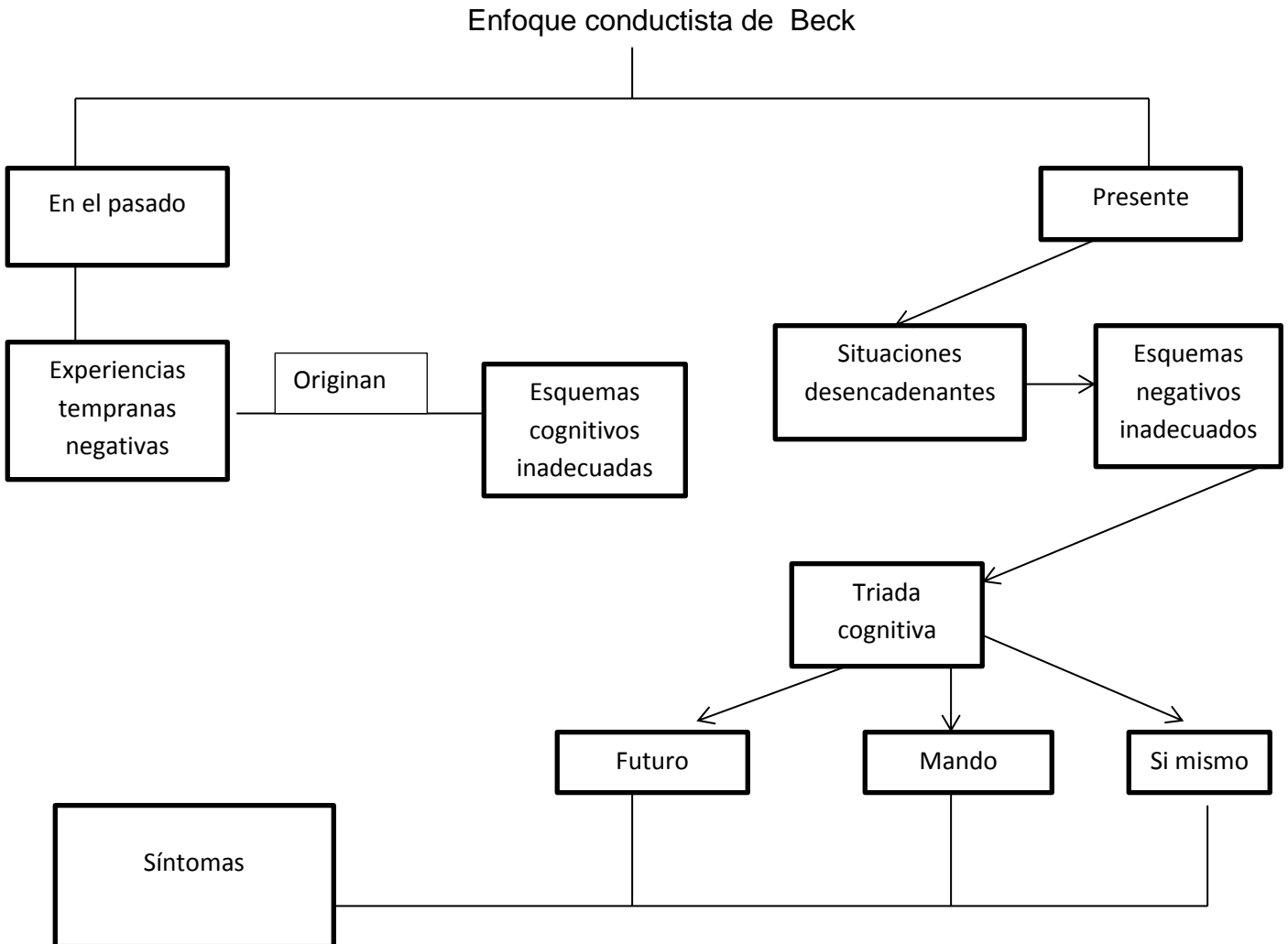
Desde una perspectiva vista por (Lacroix, 1994) es un pensamiento filosófico y moral, esta corriente humanista toma lo moral como una visión de plenarias seguidas por una serie de trasformaciones a nivel personal, cuando se habla de suicidio se determina que el sujeto está inmerso en una abstracción afectada de impresiones constantes en la cual logra desembocar unas patologías tales como la locura, demencia, neurosis y psicosis.

Los comportamientos constantes de aprender ser continuamente de la mirada humanista desmesuran una moral ideal de las funciones diversas en las alternativas hacia las interpretaciones del individualismo y compatibilidad en cuanto a la satisfacción relativa de los problemas planeados, en cuanto a las representaciones transicionales de los métodos sintomáticos sobre la percepción del hombre establecen unos límites de impresiones llanamente como una forma de necesidades morales en los métodos de una negación de la realidad (Restrepo, 2006).

La depresión desde las explicaciones cognitivas

El concepto de depresión en cuanto a las explicaciones cognitivas se caracterizan por medio del condicionamiento operante y reforzamientos (Isabel, 2007), para los conductistas los cambios en las interpretaciones cognitivas suelen ser causadas por una serie de eventos atribuidos a las experiencias de vida, por lo tanto los cambios constantes de castigos forman unos patrones específicamente en los reforzamientos sociales ya que la persona gira entono al dinero, prestigio y al amor (Fernández, 2005,)

Figura 1: estructura de las triadas de Beck



El enfoque conductista es de suma importancia ya que Para Beck, 1956 (citado por Isabel, 2007) la terapia cognitiva principalmente se desarrolla por medio de los entonos cambiantes en donde es fundamental conocer sobre la construcción del entorno y capacidades adaptativas que crean los elementos de alteración emocional y conductuales en donde se catalogan por:

- a) Etapa de infancia: las personas crean esquemas elementales en la cual se forma una organización de sistemas cognitivos
- b) Pensamientos constantes: las personas crean representaciones mentales para formar procesos de razonamiento previos a cualquier situación.
- c) Errores frecuentes: las personas suelen cometer errores por las distorsiones cognitivas.
- d) Eventos estresantes: son acontecimientos vitales en donde los esquemas son generalmente disfuncionales

Ejemplo de la teoría cognitiva de Aaron Beck adaptado por Isabel (2007)

Según este modelo cognitivo que fue planteado por Beck la persona durante el proceso interpretativo de las estructuras en los esquemas de información presenta una forma de contingencias depresivas en las actitudes adaptativas y dogmáticas en la toma de decisiones.

La triada cognitiva es una forma de interpretación en las experiencias o estructuras de las acciones que realizamos día tras día (Moreno, 2008), la conducta principalmente se refleja por medio de unos patrones cognitivos en la que forman unos esquemas constantes de la reproducción en los aprendizajes frecuentes, por medio de esto se genera una serie de patrones y componentes de malestar en donde constantemente la persona llega a una profunda depresión (Riso, 2006,)

La depresión desde un enfoque conductista

Por medio de la técnica de observación en las personas con ideas suicidas el enfoque conductista basa el método comportamental por una serie de refuerzos en donde las rutinas que hace frecuente la persona están poco reforzadas y conllevar al paciente a una profunda depresión ya que constantemente hay un discernimiento en las muestras de autorrefuerzos de la vida diaria, es decir durante la acumulación de una serie de pensamientos negativos desencadenan una reducción frecuente de energía y confianza en donde la tensión subjetiva crean diversos límites en donde se ve afectado el núcleo familiar ya que este vínculo entre padre e hijo se ve afectado y genera en dicho ambiente un estrés frecuente, la persona que este con pensamientos depresivos frecuentemente se aísla ya que se suele crear unas predisposiciones en las reactivaciones emocionales, el factor más frecuente que se ve afectado son las capacidades para resolver los conflictos, para el sujeto siempre se va a ver enfocado unas tensiones amenazadoras en el nivel de poder resolver las situaciones adversas, este factor suele disminuir considerablemente las habilidades cognitivas.

El proceso de la terapia cognitiva según Beck 1956 (citado por Moreno 2008) es un proceso activo en donde los efectos de la conducta simple están estructurados al entorno en el que se encuentra la persona, por ende las técnicas terapéuticas permiten identificar las tensiones y falsas creencias, en este enfoque se analiza y estructura la forma del condicionamiento estructural en donde se basa los resultados de modificación ambiental.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

Durante el análisis documental se pudo establecer que los índices depresivos son factores importantes en las conductas auto lesivas y comportamiento suicida y están fundamentadas en tres ejes principales, factores sociales o ambientales, factores psicológicos y factores biológicos, las diferentes teorías están orientadas a conocer y explicar las causas de estos factores y su relación con el suicidio, es por esta razón que es de gran importancia conocer diferentes postulados y saber si su explicación tiene una base social o ambiental, una base psicológica o una base biológica, si analizamos nuestro contexto podemos evidenciar diferentes situaciones que nos llevan a diferenciar la posibilidad a desarrollar diferentes trastornos relacionados con la cultura, la edad, el sexo y dificultades sociales y ambientales, así mismo esta investigación provee de herramientas como la creación de ítems donde mediante las nociones del documento permite facilitar una amplia percepción de la descripción física, en cuanto a los conceptos depresivos y auto lesivos en la persona, los métodos de la identificación documental permiten dar una clara profundidad de los posibles hechos que afectan las condiciones tanto físicas como social en las relaciones que tradicionalmente afecta el cuerpo, ya que hay alteraciones emocionales y con ello síntomas de tristeza y de preocupaciones frecuentes en la etiqueta de las situaciones que no han podido afrontar, por ende es de vital importancia enfocar las investigaciones sobre el nivel depresivo de la persona ya que por medio de esta serie de preguntas nos dan una clara percepción

del nivel de ansiedad o comportamientos pueden llegar a alterar el comportamiento de la persona, por ende las recolecciones de ítems realizados crean una serie de factores que sirven para investigaciones futuras para ello es importante tener en cuenta:

No existe suficiente documentación a nivel nacional que permita hacer una caracterización del comportamiento suicida en los colombianos.

Se debe tener en cuenta para próximas investigaciones ya que no existe este tipo de intervención en la población de mayor vulnerabilidad como lo es la del conflicto armado.

Se puede analizar los textos o fuentes y relacionarlas con otro tipo de investigaciones.

Para la psicología no es solo importante leer al sujeto a través de su historia, sino comprender como este sujeto va cambiando su comportamiento y puede ejercer ciertas conductas que muchas veces conllevan a terribles errores tales como el suicidio.

Cuando a las personas se les pregunta cómo son, estas comienzan empleando una serie de historias narradas acerca de su vida, en este sentido Bruner (2006) considera que la narrativa es a la vez un modo de discurso y una forma de organizar la experiencia, la legitimidad de la narración se basa en lo veraz que pueda ser, que su contenido sea toma como posible en la vida “algo que me podría pasar a mí”.

Para (Bruner, 2006) la psicología cultural es una psicología interpretativa, prácticamente en el mismo sentido en que la historia, la antropología y la lingüística son disciplinas interpretativas. Pero eso no significa que carezca de principios o de métodos, su objetivo se centra en, crear significados en contextos culturales.

Recomendaciones

Una vez terminada la tesis se pretende que a futuro los jóvenes que lleguen a investigar sobre este factor del comportamiento suicida logren profundizar sobre lo que está pasando a las jóvenes de hoy en día, ya que cada vez más va aumentando el número de personas que atentan contra su propia vida.

De acuerdo a la escala realizada en esta investigación se logre extender los conocimientos necesarios para crear un test en nuestro país para así lograr detectar a tiempo una voz de auxilio.

Por medio de varios investigadores de diversas carreras intensificar un modelo de software para determinar los picos de ansiedad y depresión con datos exactos y sin margen de error.

Realizar una estandarización que logre medir las posibles patologías que puede presentar el paciente en momentos de profunda depresión.

Referencias

Arceo, C, B, J., Cadena, P, E. (2003). *El suicidio “un fenómeno de origen multifactorial.”*

Tabasco. Ed. Universidad Juárez Autónoma.

Asun, D., Tapia, P, N. (2001). *Manual de sondeos de mercado.* Buenos Aires. Ed.

Promer

André, C. (2011). *Los estados de ánimo el aprendizaje de la serenidad.* Barcelona. Ed.

Kairós

Atienza, M, F, J & Gámiz, G, L, M. (2012). *Promoción de la salud.* Madrid. Ed. Copyright.

Arnoletto, E, j. (2007). *Curso de teoría política.* Córdoba. Ed. Eumed.

Aramini, M. (2011). *Bioética.* Bogotá. Ed. San pablo

Alcocer, A. (2007). *Clasificación multiaxial de trastornos psicóticos en niños y adolescentes.* Madrid. ED. panamericana

Almaraz, J, C. (2013). *La teoría de la sociología.* Madrid. Ed. CIS

Ballesteros, P, M. Gutiérrez, M, E. Sánchez, M, M. Herrera, M, N, E. Gómez, S, P. Izzedin, B, R. (2010). *El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales*. Vol. 39 núm. 3. Julio / septiembre. Bogotá. Revista Colombiana de Psiquiatría.

Barceló, G, M. (2005). *¿Por qué he dicho blanco si quería decir negro?* Barcelona. Ed. GRAÓ.

Benítez, J, M., Fernández, S., Robles, I., Masmela, M, S., Jaramillo, L, C., Valencia, G, J., Acosta, P, C., Duque, O, J. (2003). *Características neuropsicológicas del trastorno bipolar*, Vol. XXXII, Núm.4, Antioquia, Asociación Colombiana de psiquiatría.

Berger, R, L. (2009). *Psicología del desarrollo*. Madrid. Ed. Panamericana

Brennan, J, F. (1999). *Historia y sistemas de la psicología*. México DF. Ed. Pearson.

Bravo, B, A, M. (2010). *La familia en la historia*. Madrid. Ed. Encuentro.

Bruner, J. (2006). *Actos del significado*. Madrid. Ed. Alianza

Buenham, G., Lfata, R., Doocy, S., Roberts. (2006). *Cifras de mortalidad en Iraq tras la invasión de 2003: 654.965 iraquíes muertos a consecuencia de la guerra*. Recuperado el 15 de marzo de 2014 de <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=39504>

Carrascal García, G. & Castillo Caro, C, V. (2009). *Soledad en la Adolescencia: Análisis del concepto*. Vol. 9 No 3. Sep. / Dic. Bogotá. Revista Aquichán

Caballero, C. (2008). *Búsqueda del comienzo*. Cuernavaca. Ed. Copyright

Castillo, S, L. (2001). *Desconstruyéndose y Reconstruyendo para el ser*. Buenos Aires. Ed. Dunken.

Canales, J.L. (2013). *Suicidio: decisión definitiva al problema temporal*. Cuernavaca. Ed. Copyright.

Casos de Suicidios ocurridos en Colombia, según razón del Suicidio y sexo de la víctima. (2013 enero – julio). Colombia. Boletín informativo, 1.

<http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/inml/Imagenes2013/septiembre/suicidio%202013.3.pdf>

Cubero, R. (2005). *Perspectivas constructivistas. La intersección entre el significado, la interacción y el discurso*. Barcelona. Ed. Graó.

Corral, I, A & Crespo, G, I. (2003). *los adolescentes en el siglo XXI*. Barcelona. Ed. UOC

Cifuentes, O, S, L. (2013). *Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013*. Bogotá. Grupo centro de referencia Nacional sobre Violencia, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Costable, P. (2008). *Destellos de luz de Afganistán a Pakistán, India, Cachemira*. Barcelona. Ed. Icaria.

Clanninger, S, C. (2002). *Teorías de la personalidad*. México DF. Ed. Pearson

Doménech, LL, E. (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia*. Barcelona. Ed. Servei.

Echeverri, PS. (2005). *la medicina como institución: entre la veracidad y el suicidio*. Bogotá. Ed. Kimpres Ltda.

El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. (2004). Recuperado el 12 de mayo del 2014, de <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>

Fernández, J, M.; Malpica, B, M, J. (2010). *Codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes acogidos en centros de protección*. Vol. 9 núm. 3. España. *UniversitasPsychologica*.

Fernández, M, E. (2005). *Introducción a la gestión*. Valencia. Ed. UPV

Fernández, P, V., Domínguez, T, G., García, G, A., Bujedo, G, J. (2005). *Procesos psicológicos básicos un análisis funcional*. Madrid. Ed. Pearson.

García, V, J. (2008). *Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica en Medellín*, No. 37 vol. 1 Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Gallego, V, L. (2009). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao. Ed. Deusto

García, V, J. Palacio, D, C. Arias, O, M, S. Calle, J. Restrepo, D. Vargas, G. “y” López, C. (2007). *Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente*. Vol.36. No. 4. Bogotá: *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

Garrido, J. (2008). *Las cien causas de la riqueza y la pobreza*. Santo domingo. Ed. Data

García, C & Castillo. C, C, V. (2009). *Soledad en la adolescencia del concepto*. Bogotá.

Revista Achichán. Vol. 9 No 3. Sep. /Dic

Gergen, K. (2007). *Construccionismo Social, aportes para el debate y la práctica*.

Bogotá. Ed. Uniandes.

Gómez, C, A, I & Maldonado, C, E, C. (2005). *Bioética y educación*. Bogotá. Ed

universidad del Rosario.

Gómez, S, R. (2014). *Gestión y psicología en empresas y organizaciones*. Madrid. Ed.

ESIC.

Grau, F, C., Curto, M, P., Valles, M, M., Fortuño, LL., Riobó, A, N., Argento, A, B.

(2011). *El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis*. Indey. Enferm. Vol. 20 No. 3. Granada Jul. Set. 2011.

Gerali, S. (2012). *Que hacer cuando los adolescentes se deprimen y contemplan el*

suicidio. Miami. Ed. Vida.

Gonzalo, D, M. (2003). Variabilidad del estado de ánimo y consistencia situación

emoción-cognición conducta en jóvenes adultos. Salamanca. Ed. Webus

Goleman, D, S. (2012). Emociones destructivas como entenderlas y superarlas.

Barcelona. Ed. Kairós

Gómez, J, F & Pérez, M, E. (2009). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia.*

Madrid. Ed Arán.

Grecco, H, E. (2009). *La bipolaridad como Don.* Barcelona. Ed. Kairós.

Grignon, L, C. (2005). *Antropología neurofiosofica.* Barcelona. Ed. Copyright

Grof, S. (2009). *Psicología transpersonal.* New York. Ed. Kairós.

Grusovin, K., Makome, A., Verhey, B. (2009). *La infancia y los conflictos en un mundo en transformación.* New York. Ed. UNICEF.

Isabel, P. (2007). *¡No puedo más!* Madrid. Ed. las rozas

Iglesias, Y. (2009). *Una mirada a la parodia de la novela sentimental en la celestina.*

Madrid. Ed. Iberoamericana.

Jordán, L, E, M & Medina, G, F, M. (2006). *Autoestima e inteligencia emocional*. Bogotá.

Ed. Gamma.

Krug, G, E. & Dahiberg, A, J. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud.

Washinton, D, C. Publicación científica y técnica.

Lacroix, M. (1994). *El humanicidio*. Bilbao. Ed. sal terrae

Liuba, Y., & Peña, G. (2002). *Comportamiento del intento suicida en un grupo de*

adolescentes y jóvenes. Vol. 31 No.3. Jul. / Sep. Habana. Revista Cubana de

Medicina Militar

Linehan, M, M. (2012). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad limite*.

Barcelona. ed. paidós

López, A, & Gallardo, B. (2005). *Conocimiento y lenguaje*. Valencia. Ed. PUV.

Luciani, J, J. (2010). *Como superar la ansiedad y la depresión*. Barcelona. Ed. Amat

Mancera, L, N., Lozada, M, L, S., Bernal, V, L, V., Mora, I, R. (2013). *¿Toda la vida por delante? Violencia contra adolescentes y jóvenes en Colombia primer semestre en el año 2013*. Boletín epidemiológico trimestral, Vol. 6, No 7, Pp. 1-4

<http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/Imagenes2014/cuadros.pdf>

Moreno, C, A. (2008). *Depresión y sus mascararas*. Buenos aires. Ed. Panamericana

Marre, D & Bestard, J, C. (2004). *La adopción y el acogimiento presente y perspectivas*. Barcelona. Ed. Copyright.

Molina, S, L & Marti, L, M. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona. Ed. Amat.

Morán, E, R. (2004). *Educandos con desordenes emocionales y conductuales*. Puerto rico. Ed. Data.

Mijan, A, D, L, T. (2004). *Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria*. Barcelona. Ed. Glosa.

Mingote, A, C, J., Jiménez, A, M, A., Suárez, R.O. (2004). *Suicidio asistencia clínica*. Madrid, Ed. Díaz de santos.

Musso, A., Gadoni, O. (2012). *El psicólogo en casa*. Barcelona. Ed. De Vecchi

Myers, D, G. (2004). *Psicología*. Buenos Aires. Ed. Panamericana

Oldham, M, J., Skodol, E, A., Bender, S, D. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona. Ed. Masson.

Ojea Rosero D, E. & Villalobos Galvis, F, H. (2010). *Elementos para una Política Pública desde la Percepción del suicidio en Nariño*. Pasto: Universidad de Nariño, Revista Colombiana de Psicología

Oblitas, G, A, L. & Iglesias, B, E. (2000). *psicología de la salud*. México D.F. Ed. Plaza y Valdés

Paúls, G, B. (2005). *Comportamiento y lenguaje*. Valencia. Ed. PAV

Paniagua., C, G. (2005). *Principales escuelas del pensamiento administrativo*. Costa rica. Ed. Ened.

Pérez, C, P. (2004). *Tratado set de los trastornos adictivos*. Buenos Aires. Ed. panamericana

Popcat, K.G. (2005). *¡Dios mio, ayúdame! Este estrés me esta matando*. Bogotá. Ed. Norma

Quintanar, F. (2008). *Comportamiento suicida*. Santa Cruz. Ed. Pax

Restrepo, C, L. (2006). *Investigación y Sociojurídica en Colombia*. Medellín. Ed. Sello Editorial Universidad de Medellín.

Rodríguez, M, T. (2010). *Centros de atención diurna para las personas mayores*. Buenos Aires. Ed. Panamericana.

Rodríguez, B, R & Vetere, G. (2011). *Manual de terapia cognitivo conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires. Ed. Polemos.

Rodríguez, C, J,M. (2001). *Temas de sociología*. Madrid. Ed. Huerga y Fierro

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá. Ed. Norma

Sacks, O. (2011). *Alucinaciones*. Barcelona. Ed. Anagrama

Silva, A, R. (2003). *Conducta antisocial un enfoque psicológico*. México, D, F. Ed. PAX

Schneider, R. & Blanco, E, H. (2010). *Síndrome del intestino irritable y otros trastornos relacionados*. México. Ed. Panamericana.

Serrano, A, L, M. (2007). *Adolescencia, Desarrollo Emocional*. Bogotá. Ed. ECOE

Silva, A. (2003). *Conducta suicida: un enfoque psicológico*. Santa Cruz. Ed. Pax

Vallejo, M, D, A. (2010). *La cocaína el combustible de la guerra*. Bogotá. Ed. Amason

Valles, J. (2008). *Teoría de la Narrativa, una perspectiva sistemática*. Madrid. Ed. Kairós.

Weinberg, R, S, & Gould, D. (2010). *Fundamentos de psicología del deporte y ejercicio físico*. Madrid. Ed. Panamericana

Woolis, R. (2010). *Cuando un ser querido sufre una enfermedad mental*. México DF.
Ed. copyright

Zapata, A, D. (2005). *Herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas*. México D.F. Ed. Pax.

Zafra, O, A, (2013). *Tipos de investigación en el ámbito de la actividad física y la salud.*

Madrid. Ed. Díaz de Santos