

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LOS LIBERTADORES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**FACTORES DE RIESGO DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES. UN
ANÁLISIS DESDE LA PSICOLOGÍA FORENSE**

Asesor:

WILLIAM ALEJANDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ

Autor

LEIDY KATHERINE PESCADOR VARÓN.

TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE PSICOLOGA

Bogotá, 2014

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo otorgado por el Docente William Alejandro Jiménez Jiménez, por darme la oportunidad de trabajar con él para realizar este trabajo, por el esfuerzo que a diario me brinda para mi crecimiento profesional, su confianza y su paciencia.

Agradezco a los directivos, coordinadores y profesores de las Instituciones educativas, que nos permitieron realizar la prueba en sus instalaciones.

Le doy gracias a Dios por permitirme vivir este proceso educativo, por ser mi guía y darme tranquilidad en los momentos de tristeza, estrés y conflictos que en ocasiones se presentaban.

A la Institución Universitaria Los libertadores por permitirme creer como profesional y conocer todos los docentes que de una u otra forma han sido de gran ayuda para mis conocimientos.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres José Heralfo Pescador y Luz Dary Varón, por su amor y apoyo incondicional, por sus consejos, alegría, compañía y por la confianza que me brindaron en mi carrera profesional.

A mis hermanas Kelly Johana y Stephany Julieth que me acompañaron en el proceso de mi trabajo y por confiar en mí siempre.

A Stive Alexander Gaitan que estuvo en todo mi proceso académico y me apoyo en todas las decisiones que tome para mi crecimiento profesional.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INDICE DE TABLAS	7
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
PROBLEMA:	
- Planteamiento del problema	14
- Pregunta problema	15
- Justificación	15
- Objetivos:	16
• Objetivo general	
• Objetivo específico	
CAPITULO I MARCO TEORICO	
1.Suicidio	17
1.1.Concepto	18
1.2.Teorías explicativas de la conducta suicida	20
1.3.Clasificación	21
1.4. Dimensión del problema	24
1.4.1Estadísticas del suicidio en Colombia 2000-2013	25
1.5. Marco empírico	31

1.6. Epidemiología	31
1.7. Criterios diagnósticos CIE 10 de la conducta suicida	35
1.8. Factores de riesgo	38
1.9. Factores precipitantes	43
1.10. Factores protectores	43
CAPITULO II IDEACIÓN SUICIDA	
2. Concepto	44
2.1. Clasificación	45
2.2. Epidemiología	47
2.3. Marco empírico	49
CAPITULO III ADOLESCENTES	
3. Concepto	53
3.1. Cambios físicos durante la adolescencia	56
3.2. Desarrollo cognoscitivo	56
3.3. Desarrollo emocional	59
3.4. Desarrollo social	63
CAPITULO IV PSICOLOGIA FORENSE	
4. Concepto	66
4.1. Actividades de la evaluación psicológica forense	67
4.2. Autopsia psicológica	68
4.2.1. Concepto de autopsia psicológica	68
4.3. Diferencia de evaluación clínica y evaluación forense	69

CAPITULO V: INVENTARIO DE IDEACIÓN SUICIDA

POSITIVA Y NEGATIVA PANSI

5. Concepto	72
5.1. Clasificación	73
5.2. Marco empírico	75
5.3. Pruebas psicométricas que miden la conducta suicida	79

CAPITULO VI: LINEAMIENTOS ETICOS DEL PSICOLOGO Y

NORMA JUDICIAL EN COLOMBIA

6. Lineamientos éticos del psicólogo	81
6.1. Ley 890 de 2004 sanción a la inducción o a la ayuda al suicidio en nuestro país señalada en el Código de Procedimiento Penal de Colombia	83

CAPITULO VII: METODOLOGÍA

Diseño	84
Tipo de estudio	84
Paradigma epistemológico	85
Muestra	85
Participantes	85
Procedimiento	86
Instrumento	86
Identificación de conceptos	86

CAPITULO VIII RESULTADOS

8.1. Presentación de resultados	87
---------------------------------	----

CAPITULO IX DISCUSIÓN DE RESULTADOS

9. Discusión	98
--------------	----

REFERENCIAS	102
--------------------	-----

CAPITULO X ANEXOS

Cuestionario PANSI	110
--------------------	-----

Consentimiento Informado	112
--------------------------	-----

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Suicidios en Colombia 2000-2010 Instituto Nacional Medicina Legal y Ciencias Forenses	30
Tabla 2. Clasificación de factores de riesgo modificables e inmodificables de Alcantar (2011)	38
Tabla 3. Diferencia evaluación clínica y evaluación forense según Echeburua, Muñoz y Loinaz (2011)	71
Tabla 4. Distribución de la muestra según sus edades (n=124)	88
Tabla 5. Características estadísticas de la muestra	89
Tabla 6. Frecuencia de respuestas por ítem y por opción de respuesta	90
Tabla 7. Análisis estadístico de correlación de variables inventario PANSI	91
Tabla 8. Análisis factorial de ideación suicida negativa	92
Tabla 9. Análisis factorial de ideación suicida positiva	93

RESUMEN

El suicidio es una problemática mundial, que está presente en la vida cotidiana de las personas afectando su entorno habitual, mostrando a los adolescentes como población más vulnerable a presentar este tipo de conductas para encontrar solución a sus problemas. En esta investigación se analizó los factores de riesgo presentes en la ideación suicida de 124 adolescentes de media vocacional, con edades comprendidas entre 14 a 18 años de los dos sexos, mediante la aplicación del Inventario PANSI en dos Instituciones Educativas de la localidad de Fontibón. Se realizó un estudio cuantitativo de diseño no experimental de tipo transversal descriptivo correlacional. Entre los resultados que se obtuvieron se evidencia correlación entre las variables que se midieron, considerando que los valores con puntajes más altos son las causas que llevan a que los adolescentes presenten conducta suicida. Para el análisis de resultados se utilizó el programa SPSS Windows 17, en donde se manifiesta como factores de riesgo más comunes en estas Instituciones: la tristeza, la soledad, la depresión, la ideación suicida y la desesperanza, acompañado de factores protectores como: la autoconfianza, la esperanza, la alegría, la satisfacción con la vida y el autocontrol. Enfocado hacia el campo de la psicología forense, se evidencia la ausencia de material teórico y empírico que argumente las evidencias encontradas en este estudio. Finalmente, se recomienda más investigaciones en el campo de psicología forense, debido a

que es muy poco los avances que existen en nuestro país respecto a la ideación suicida

Palabras claves: ideación suicida, adolescentes, factores de riesgo, factores protectores, psicología forense.

ABSTRACT

Suicide is a global problem, which is present in the daily lives of people affected their usual environment, showing adolescents as more vulnerable to submit this type of behavior to find solution to your problems population. In this research the risk factors discussed in 124 adolescent suicidal ideation vocational middle, aged 14 to 18 years of both sexes, by applying the Inventory ISSHL two educational institutions of the town of Fontibon. A quantitative study of non- experimental descriptive correlational cross-sectional design was undertaken. Among the results obtained correlation is shown between the variables measured, whereas the values with highest scores are the causes that lead to adolescent suicidal behavior present. Sadness, loneliness, depression, suicidal ideation and hopelessness, accompanied by protective factors such as: To analyze the results SPSS Windows 17 program, where it appears as the most common risk factors in these institutions used the confidence, hope, joy, life satisfaction and self-control . Focused on the field of forensic psychology, the lack of theoretical and empirical material asserting the evidence found in this study evidence. Finally, further research is recommended in the field of forensic psychology, because it is that very little progress in our country regarding suicidal ideation

Keywords: suicidal ideation, adolescents, risk factors, protective factors, forensic psychology.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una problemática mundial, que está presente en la vida cotidiana de las personas afectando su entorno habitual. Esta conducta se ha incrementado en las últimas décadas sobre todo en los adolescentes, ya que en esta etapa se presentan cambios fisiológicos y psicológicos, que llevan al individuo a convertirse en personas vulnerables a factores de riesgo que rodean la presencia de conductas negativas, las cuales están presentes en la sociedad, entre las más comunes se pueden encontrar: el consumo de sustancias psicoactivas, la depresión, los cambios de personalidad, entre otras; que comprometen su integridad física y psicológica llevándolos a pensar que el suicidio es la única salida a sus problemas (Villalobos y Galvis, 2009)

Debido a esto, la depresión ha venido desencadenando en la adolescencia problemas psicológicos y emocionales, los cuales llevan a que encuentren como única salida a sus dificultades la intención de suicidarse, ya que presentan pérdida de control en sus emociones y decisiones. Esto genera en el individuo desmotivación sobre su futuro, llevando a que aumente la desesperanza y desarrollen pensamientos negativos que pueden ocasionar comportamientos autoagresivos (Jackson, 1989)

Por otro lado, se puede evidenciar que los factores precipitantes con mayor incidencia en casos de suicidio se encuentran: las rupturas sentimentales que no finalicen

en buenos términos, el vínculo social influye significativamente en el desarrollo psicológico de la persona, ya que en ocasiones puede ser aceptado en un grupo social deseado por el individuo o por lo contrario sentirse rechazado, todas estas experiencias generan conductas depresivas con pensamientos suicidas, síntomas asociados al trastorno de ansiedad, entre otros; los cuales llevan que se generen este tipo de conducta (Villalobos y Galvis, 2009)

Así mismo, es de gran importancia evaluar cuáles han sido los impactos socioculturales, conductuales y psicológicos de la ideación suicida, para determinar cuáles son sus causas, consecuencias y posibles factores que intervienen en estos tipos de conductas. Partiendo de investigaciones previas de la OMS en el 2002, donde se menciona que el suicidio es una de las principales causas de mortalidad en el mundo, sobre todo en la población juvenil. Las causas más comunes son: la depresión, baja tolerancia a la frustración, falta de atención por parte de las familias, problemas sentimentales, rechazo en el contexto escolar, la violencia social que presenciamos a diario, antecedentes familiares relacionados con suicidio, el abuso de sustancias, entre otros (Soler y Gascón.2005).

De igual manera, es importante señalar que la conducta suicida tiene varios subtipos entre los más comunes se evidencian: la ideación suicida, suicidio frustrado, autolesiones y el intento de suicidio. Esta última ha mostrado un incremento paulatino y constante en la población adolescente, de diferentes países, y en Colombia se manifiesta con gran impacto. En el 2010 se registraron en nuestro país 1.2 % suicidios en ambos sexos, encontrándose el rango de edad más elevado entre 16 a 21 años. En los últimos años se aumentó en niños menores de 14 años (Gómez et al., 2002)

En relación con las cifras estadísticas del Instituto de Medicina Legal y ciencias forenses (ICML), en el año 2013 se han presentado entre los meses de enero y mayo 67 casos en niños, niñas y adolescentes de suicidio en Colombia. Entre ellos se encuentran 40 hombres y 27 mujeres, en un rango de edad de 15 y 17 años. El día en que más se presentaron los suicidios fueron los jueves, con 19 suicidios a las 6 de tarde y las 12 de la noche y el lugar más frecuente para cometer el acto suicida han sido sus residencias.

Por otra parte, es importante resaltar que la evaluación forense es primordial para identificar los trastornos que rodean este tipo de comportamientos y pensamientos negativos que elaboran las personas cuando no encuentran ningún tipo de salida a sus problemas, ya que se plantean estrategias para disminuir la conducta suicida y para realizar un correcto diagnóstico (Calderón y Vela, 2009)

Del mismo modo, la autopsia psicológica ha sido de gran ayuda para recolectar información que lleven a identificar las posibles causas que llevaron a que el individuo tomara la decisión de suicidarse, también permite evidenciar los comportamientos que rodean la personalidad de la persona y como estos afectan su diario vivir. Dentro de este proceso, se lleva a cabo una serie de entrevistas con los padres, amigos y en general todas aquellas personas que puedan aportar información que permita evaluar y llegar a una conclusión final acerca de este problema (Andrade, Téllez y Giraldo, 2013)

Debido a esta problemática en la OMS se ha establecido el 10 de septiembre como el día mundial de prevención del suicidio, patrocinada por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, el propósito es generar compromisos y tomar medidas prácticas

para la prevención, buscando promover en las personas que han intentado suicidarse, tratamientos y terapias efectivas que logren prevenir próximos pensamientos suicidas (Instituto Nacional de Medicina Legal y de Ciencias Forenses, 2012)

La presente tesis ha tomado como marco de referencia, la epidemiología actual que abarca el suicidio, en este caso los adolescentes que son los más vulnerables dentro de la sociedad, debido a que permite obtener las causas, consecuencias y factores que se asocian a esta conducta y llevan a que las personas tomen este tipo de decisión como una salida a sus problemas. Con ello podemos identificar qué medidas de intervención pueden ser aplicadas para evitar el aumento de suicidio en nuestro país.

PROBLEMA

Planteamiento del problema

Al intentar comprender el suicidio o el comportamiento que las personas tienen en base a este, se toma conciencia de su enorme complejidad, ya que se puede deducir que es un hecho o acontecimiento en el que se presentan componentes psicológicos, biológicos, sociológicos, culturales, entre otros, los cuales han llevado a que esto se convierta en una problemática de salud mental que se presentan a nivel nacional e internacional que afecta en mayor parte a nuestros adolescentes (Villalobos y Galvis, 2009)

Sin embargo, cabe resaltar que la palabra suicidio genera malestar en las familias o en las personas que están involucradas directa o indirectamente con este tipo de conducta, ya que por lo general la causa principal son los conflictos familiares o los cambios psicofisiológicos que presenta la persona durante todo el trascurso de su vida.

De igual forma, es importante evaluar cuáles han sido los impactos socioculturales y psicológicos de la ideación suicida partiendo de investigaciones previas que permiten replantear y orientar conocimientos desde el ámbito profesional, partiendo de saber cuáles son las causas, consecuencias y que factores intervienen en estos tipos de conductas

Pregunta problema

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en la ideación suicida en adolescentes de media vocacional con edades comprendidas entre 15 a 18 años, mediante la

aplicación del Inventario PANSI en dos Instituciones Educativas de la localidad de Fontibón?

Justificación

Por medio de esta investigación se pretende identificar a través del inventario de ideación suicida positiva y negativa PANSI cuáles son los pensamientos negativos y positivos que intervienen en la ideación o el acto suicida en los adolescentes y que impacto genera en su vida cotidiana.

Del mismo modo, se identifico que tan importante es el papel que cumple el grupo de pares, junto a la presión social que estos imparten y que influencia tienen al momento de tomar una decisión definitiva el adolescente.

Por otro lado, se puede destacar los conflictos que se presentan dentro del núcleo familiar también son influyentes dentro de esta problemática, desde aquí, se pueden identificar aspectos relevantes que son de gran ayuda para llegar al objetivo final; identificar los factores de riesgo que intervienen en el suicidio juvenil y como esto afecta su vida académica y social del adolescente.

Así mismo, es importante no solo identificar los factores de riesgo que rodean las conductas del adolescente y los diferentes pensamientos negativos que influyen en sus decisiones, sino también evidenciar los pensamientos positivos que tienen para prevenir el suicidio, y que métodos utilizan para no considerar el suicidio como única salida a sus problemas.

Objetivos

Objetivo general

Identificar cuáles son los factores de riesgo presentes en la ideación suicida de adolescentes de media vocacional, con edades comprendidas entre 15 a 18 años, mediante la aplicación del Inventario PANSI en dos Instituciones Educativas de la localidad de Fontibón

Objetivos específicos

Establecer qué influencia tiene la psicología forense en la prevención de la ideación suicida en adolescente.

Determinar mediante los resultados del inventario PANSI cuáles son los factores de riesgo que más se presentan en los adolescentes de las Instituciones Educativas de la Localidad de Fontibón.

Identificar mediante el inventario PANSI que factores protectores manifiestan los estudiantes de las Instituciones Educativas de la Localidad de Fontibón para prevenir el suicidio

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

Para comenzar, el siguiente capítulo se comprende toda la estructura que rodea el suicidio, junto con sus factores de riesgo, protectores, precipitantes y las estadísticas que se han ido reflejando en el transcurso de los años.

1. El suicidio

El suicidio se ha considerado un como problema socio-cultural que se manifiesta desde que el hombre es hombre. Los mayas creían que a través del suicidio se lograba llegar al cielo. En algunas culturas, como la romana el suicidio se considera una forma positiva de acabar con la vida para buscar la liberación de sus males. Otras religiones lo rechazan y consideran que la persona suicida no tiene perdón de Dios (Villagómez, Balcazar y Ramos, 2005)

A principios del siglo XX surgen dos grandes teorías del suicidio postuladas por Emilio Durkheim y Sigmund Freud. Para Durkheim el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada y está asociado al cambio de valores de la sociedad en particular. Por su parte, Freud se interesó en la conducta del inconsciente humano; planteando que el individuo suicida recibe influencia de su ira inconsciente, no expresada hacia una persona amada (Moron, 1992)

El suicidio se ha convertido en una problemática social, ya que abarca diferentes aspectos del individuo, incluyendo su cultura, emociones, y religión entre otras;

convirtiéndose en una urgencia de salud pública nivel mundial, que busca transformar el pensamiento de las nuevas generaciones y así evitar este tipo de conductas (Palacio, 2010).

1.1 concepto

El suicidio puede verse como una acción que atenta directamente contra la vida de una o más personas visto desde de un concepto pluralista, cultural y/o familiar, donde el único implicado no es el autor del suicidio, sino un número importante de personas que influyen en este comportamiento. El *individuo suicida* es aquel que no ha sabido aceptar los límites que la sociedad impone, haciendo que la persona tome decisiones extremas donde no encuentra ningún tipo de salida sino atentar en contra de su vida (Cortes, Aguilar, Medina, Toledo y Echemendia, 2010)

Por otro lado, Ulloa (1994, citado en Cruz, Roa y Sepúlveda, 2005) el suicidio es un proceso que inicia desde la infancia, de esta manera un adolescente no llega a ser suicida de manera repentina, por el contrario se pasa a través de un proceso que consta de tres etapas:

1. Etapa inicial: se produce por una serie de problemas emocionales y conductuales leves, que se presentan en la niñez temprana.
2. Etapa escalada: se produce al inicio de la adolescencia, donde se manifiestan nuevos problemas, en consecuencia de la edad, como: cambios corporales, rendimiento escolar, preocupación por la sexualidad, problemas familiares, etc. Provocando un sentimiento de soledad al sujeto.
3. Etapa final: antes de que el sujeto intente suicidarse, la comunicación se bloquea con sus padres y amigos, se presenta un distanciamiento con las personas que lo

rodea y aumenta el sentimiento de soledad, que finalmente puede llevar a cometer la conducta suicida.

Del mismo modo, Poldinger (1968, citado en Christensen 1995) señala que el suicidio en un proceso clínico constaría de tres etapas:

1. *Etapa de consideración:* se establece en torno a las fantasías y experiencias negativas que tiene la persona, por lo tanto, morir es una forma de resolver los problemas. Al inicio la idea suicida genera ansiedad, aun así se estructura y se interioriza.
2. *Etapa de ambivalencia:* se presenta la indecisión entre los pensamientos constructivos y destructivos, convirtiéndose en una etapa crisis, en esta etapa se manifiestan señales y advertencias de la intención de suicidarse.
3. *Etapa de decisión:* en esta etapa la persona muestra señales directas e indirectas, ideas y conductas concretas que conducen al sujeto a la consumación del suicidio.

Según la Organización Mundial de la Salud (2000, citado en Soler y Gascón, 2005) definió el suicidio como: Un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse auto lesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

La conducta suicida ha sido considerada una urgencia psiquiátrica, ya que se presentan síntomas psicopatológicos o trastornos de conducta, tales síntomas se consideran

como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, y su entorno social, requiriendo atención especializada inmediata (Bulbena, 1991, citado en Cruz, Roa Sepúlveda, 2005).

1.2. Teorías explicativas de la conducta suicida

Villalobos y Galvis (2009) mencionan las teorías que explican las posibles causas que llevan a los individuos a cometer actos suicidas como lo son: las teorías biológicas, socio- cultural, y psicológicas.

- *Las teorías biológicas:* la asociación entre las alteraciones de la serotonina y los actos suicidas, según estudios biológicos, son los hallazgos más importantes que podrían explicar la conducta suicida. La serotonina es el neurotransmisor que influye en el estado de ánimo y las emociones, las cuales pueden estar deterioradas y pueden provocar escaso control de impulsos, convirtiéndose en un factor predisponente del suicidio.
- *Teoría socio- culturales:* Durkheim afirma que el ser humano ha luchado por ocupar un lugar en la sociedad, logrando mantenerse, sobreviviendo como una de las especies más fuertes, por esta razón existe la necesidad de sentirse un elemento indispensable para la comunidad. La sociedad brinda la estructura para la supervivencia de los sujetos, y su tarea es crear y mantener aquellas normas morales necesarias para fortalecer dicha estructura, facilitando la planeación de los proyectos de vida, donde los individuos quieren ser aceptados en su entorno, y si en algún momento son rechazados o frustrados pueden ocasionar trastornos en la persona ocasionando conductas suicidas (Villalobos y Galvis, 2009)

- *Teorías psicológicas:* Beck (1980) argumenta que la ideación suicida es un continuo. Con esta ideación se pretende seguir viviendo o definitivamente acabar con la existencia. Si la ideación suicida busca seguir viviendo, tiene como fin lograr unos cambios interpersonales o hacer que otros individuos den la ayuda que se necesita. Si por el contrario la ideación busca acabar con la vida definitivamente su motivación puede deberse a escapar problemas emocionales, o evitar sentirse atrapado. Los intentos de suicidio motivados por el deseo de manipular son menos graves que los que están motivados por la desesperanza y la depresión. La desesperanza es el puente entre la depresión y el intento de suicidio. Estas personas presentan distorsiones cognitivas relacionados con la autoimagen, el entorno y el futuro, tienden a darle mayor importancia a los problemas, y se creen incapaces de resolverlos por sí mismos (Villalobos y Galvis, 2009)

1.3. Clasificación del suicidio

Schneiderman (1996, citado en Villagómez; Balcázar y Paz, 2005) clasifica la conducta suicida en cuatro: a) la conducta suicida impulsiva, b) la sensación de que la vida no vale la pena o depresión, c) una enfermedad grave, d) intento suicida como medio de comunicación.

Al mismo tiempo, Schneiderman (1996, citado en Villalobos y Galvis, 2009) habla de la existencia de diez características comunes que están presentes en todo acto suicida entre estas se encuentran:

1. El propósito del suicidio es buscar una solución a los problemas.

2. El objetivo es el cese de la conciencia, del contenido insufrible de la muerte.
3. El estímulo más frecuente es experimentar un dolor psicológico intolerable.
4. El estresor común son las necesidades psicológicas frustradas.
5. La emoción común es la indefensión y la desesperanza.
6. El estado cognitivo común hacia el suicidio es la ambivalencia.
7. El estado perceptivo común es la constricción: la persona percibe solamente una posibilidad ante los problemas.
8. La acción común en el suicidio es el escape de los conflictos.
9. El acto interpersonal común es la comunicación del intento.
10. La consistencia común es con los patrones de afrontamiento de larga duración.

De igual manera, Soler y Gascón (2005) dividieron el suicidio en cuatro subtipos entre ellos se encuentran:

- *Intento de suicidio*: Es un acto no común, iniciado y planeado que no finaliza en la muerte, quedando inconcluso, a través de autolesiones o ingiriendo dosis muy altas de medicamentos no diagnosticados por especialistas.
- *Suicidio frustrado*: se considera un suicidio frustrado cuando un evento imprevisto detiene la ejecución del acto.
- *Ideación suicida*: pensamientos constantes que tiene el sujeto sobre cómo acabar con su vida, cuando experimenta situaciones altamente estresantes, el diagnóstico clínico implica que el especialista determine la ideación persistente en dos semanas previas a la valoración.

- *Autolesión:* se cometen actos repetitivos que causan daños corporales sin presentar ideación suicida, los más comunes son: quemaduras, cortes en los brazos, y/o golpes con diferentes elementos, tales actos van acompañados de impulsos intrusivos e irresistibles de causarse daño físico, en estados disforicos.

Por otro lado, Goldney (1984, citado en Casullo 2005) clasifica el suicidio como un espectro que se divide en tres partes, es decir, las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), conductas suicidas fallidas (Parasuicidios) y los suicidios consumados:

- *La ideación suicida:* son los pensamientos y sentimientos negativos que tiene la persona de no querer vivir, elabora planes con el fin de cumplir su propósito, teniendo en cuenta los medios que necesita para consumir su objetivo, logrando así la autodestrucción.
- *Parasuicidios:* se le denomina así a los gestos, intentos manipuladores y actos fallidos de suicidio que ocurren cuando las personas tratan de acabar con su vida, y puede dejar como secuelas daños graves físicos o emocionales que pueden afectar su diario vivir.
- *Suicidio:* comprende la muerte que es producida específicamente por el occiso, de forma directa o indirecta, consciente de sus actos y con el deseo de darle fin a su vida.

De la misma forma, Durkheim (2008, citado en Palacio 2010) divide cuatro tipos de suicidio, en donde se expresa el pensamiento individual y la influencia que tiene la comunidad en nuestro comportamiento, entre estos tenemos:

El suicidio altruista: es decir, que la persona deja aparte su individualidad y piensa que su muerte favorece el bienestar de la comunidad a la que pertenece.

El suicidio egoísta: se presenta cuando el individuo busca su propio bienestar, centrándose en el yo, factor determinante en la modalidad de autosacrificio.

El suicidio fatalista: Esto es cuando la comunidad exige la muerte de un individuo, sin pensar en la opinión de la persona.

El suicidio anómico: Es donde la comunidad no está capacitada para crear y mantener normas, lo cual no puede tener control social.

1.4. Dimensión del problema

Según el anuario estadístico de la Organización Mundial de la Salud (2002, citado en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2012) en países europeos como Dinamarca, Islandia, Irlanda y Suiza, se suicidan un millón de personas al año aproximadamente, los datos de países latinos no se alejan de esta cifra. Los países del continente americano que reportaron mayor índice de suicidio en el 2002 fueron Estado Unidos, Canadá, Brasil, Cuba y Uruguay.

De la misma manera, OMS (2002, citado en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2012) a nivel mundial aproximadamente 3.000 personas se suicidan a diario, es decir una cada 30 segundos, y aproximadamente 60.000 presentan intentos suicidas, encontrándose como una de las causas principales la depresión. En las últimas décadas ha aumentado un 60% especialmente en países en desarrollo. Luego de los

homicidios y los accidentes, el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los 15 y los 34 años a nivel mundial. El suicidio en adolescentes se evidencia en un tercio de los países del mundo, razón que ha llevado a determinar que el grupo de mayor riesgo son los jóvenes.

Respecto a Colombia el intento de suicidio ha aumentado a 1.2 %. La población con mayor riesgo son adolescentes en un rango de edad entre 16 a 21 años. En los últimos años se aumentó en niños menores de 14 años (Gómez, et al., 2002)

1.4.1 Estadísticas de Suicidio en Colombia del 2000-2013 según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En el 2000, el 10,3% de las muertes violentas fueron suicidios, en este año se reportaron 2.070 casos, de los cuales 751 los cometieron sujetos con edades entre 15 a 24 años, hubo un descenso de 0.9% casos respecto al año anterior, con una tasa de 6 suicidios por cada 100.000 habitantes. El 79% de los casos se presentó en hombres y 21% en mujeres. De los 2.070 casos reportados 363 ocurrieron en Bogotá, 153 en el Valle del Cauca, 122 en Antioquia y 8 en Santander, el resto de casos se presentaron en menores cantidades en los demás departamentos del país (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2000)

Así mismo, en el 2001 se disminuyó en un 4.8% los casos de suicidio respecto al año anterior, según las estadísticas se presentaron 2.056 casos, 14 menos que el año 2000, el 77% se presentaron en los hombres, y el 23% en las mujeres. 181 de los casos fueron de sujetos que se encontraban entre los 15 a 17 años; el grupo etario con mayor índice de

suicidio fue de 18 a 24 años de edad con 568, se registraron 317 casos en Bogotá siendo el departamento con el mayor índice de suicidio según las estadísticas, 130 en Valle del Cauca, 125 en Antioquia, 93 casos en Bucaramanga y 67 en Barranquilla (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2001)

De la misma manera, en el 2002 se registraron 2.045 casos de actos suicidas consumados, 11 menos que el año anterior, con un descenso del 0.5%, el grupo etario con mayor índice registrado se encuentra entre los 15 y 24 años con 737, el 77% de los casos en total fueron realizados por hombres y el restante fueron llevados a cabo por mujeres. Las regiones con mayores casos reportados fueron Valle del Cauca con 309, Antioquia con 289, Bogotá con 287, Cundinamarca con 114, y Santander con 101 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2002)

Mientras que, en el 2003 disminuyó en un 5% los casos de suicidio respecto al año anterior, según las estadísticas se presentaron 1.938 casos, 107 menos que el año 2002, el grupo etario con mayor índice de suicidio fue de 18 a 34 años de edad, se registraron 304 casos en Bogotá, 135 en Valle del Cauca, 124 en Antioquia y 91 casos en Bucaramanga. 77% de las personas suicidas hacen parte del género masculino, es decir por cada mujer que se suicida lo hacen tres hombres (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2003)

Por otro lado, en el 2004 se disminuyó en un 6% los casos de suicidio respecto al año 2003. Según las estadísticas se presentaron 1.817 casos, 121 menos que el año anterior, 4 casos por 1000 habitantes, el 79% se presentaron en los hombres, y el restante en las

mujeres. 181 de los casos fueron de sujetos que se encontraban entre los 15 a 17 años; el grupo con mayor índice de suicidio fue de 18 a 24 años de edad, se registraron 270 casos en Valle del Cauca siendo el departamento con el mayor índice de suicidio según las estadísticas, seguido por 236 en Bogotá, 175 en Antioquia, 96 casos Santander y 80 en Cundinamarca (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2004)

De igual forma, en el 2005, hubo un descenso de 1.7% casos respecto al año anterior, se reportaron 1.786 casos, 31 menos que el año 2004, de los cuales 21.6% se presentaron entre las edades entre 15 a 24 años, siendo este el grupo etario con mayor índice de suicidio, con una tasa de 3.9 suicidios por cada 100.000 habitantes. El 79% de los casos se presentó en hombres y 4.1% en mujeres. De los 1.786 casos reportados 280 ocurrieron en Antioquia, 215 en Bogotá, 192 en el Valle del Cauca, 12 en Cundinamarca y 105 en Santander, el resto de casos se presentaron en menores cantidades en los demás departamentos del país (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2005)

Respecto al año 2006 se registraron 1751 casos de suicidio, 35 menos que el año anterior, en promedio 1 caso cada 5 horas, 1407 casos se presentaron en hombres y 344 en mujeres, el grupo con mayor casos reportados fue de 15 a 24 años de edad con 523 casos, la tasa del 2006 fue de 4.1%. Los departamentos con mayor cantidad de casos reportados fueron: 278 en Antioquia, 218 en Valle del Cauca, 118 en Bogotá, 113 en Santander y 106 Cundinamarca (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2006)

Por lo que respecta al 2007 se registraron 1771 casos de suicidio, 20 casos más que en el 2006, el grupo etario de 15 a 24 años de edad reporto 494 casos. 1439 caos fueron

reportados del género masculino y 332 del género femenino. Los departamentos con mayor cantidad de casos reportados fueron: Antioquia con 240, Bogotá con 220, Valle del Cauca con 206, Cundinamarca con 108 y Santander con 93 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2007)

Del mismo modo, en el 2008 se registraron 1.841 casos de suicidio, 70 casos más que en el 2007, el grupo etario de 15 a 24 años de edad reporto 395 casos. 1371 casos fueron reportados del género masculino y 302 del género femenino. Los departamentos con mayor cantidad de casos reportados fueron: Antioquia con 276, Bogotá con 264, Valle del Cauca con 244, Cundinamarca con 103 y Santander con 88 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2008)

Igualmente en el 2009, hubo un aumento de 4.1% casos respecto al año anterior, en este año se reportaron 1.845 casos, 5 más que el año 2008, de los cuales 42,2% se presentaron entre las edades entre 15 a 24 años, siendo este el grupo etario con mayor índice de suicidio. El 85% de los casos se presentó en hombres y 15% en mujeres. De los 1.845 casos reportados 292 ocurrieron en Antioquia, 254 en Bogotá, 190 en el Valle del Cauca, 117 en Cundinamarca y 98 en Santander, el resto de casos se presentaron en menores cantidades en los demás departamentos del país (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2009)

De igual modo, en el 2010 se registraron 1.864 casos de actos suicidas consumados, 19 más que el año anterior, con un incremento del 1.03%, el grupo etario con mayor índice registrado se encuentra entre los 20 y 24 años con 313 casos, 264 sujetos se suicidaron con

edades entre 15 a 19 años, el 82% de los casos en total fueron realizados por hombres y el restante fueron llevados a cabo por mujeres. Las regiones con mayores casos reportados fueron Antioquia con 312, Bogotá con 247, Valle del Cauca con 205, Cundinamarca con 116, y Santander con 94 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2010)

En lo que se refiere al año 2011, el 7% de las muertes violentas fueron suicidios, en este año se reportaron 1.889 casos, de los cuales 979 los cometieron sujetos con edades entre 15 a 34 años, hubo un incremento de 1.3% casos respecto al año anterior, con una tasa de 4 suicidios por cada 100.000 habitantes. El 80,6% de los casos se presentó en hombres y 19,4% en mujeres. De los 1.889 casos reportados 313 ocurrieron en Antioquia, 277 se reportaron en Bogotá, 184 en el Valle del Cauca y 106 en Santander, el resto de casos se presentaron en menores cantidades en los demás departamentos del país (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011)

Del mismo modo, en el 2012 se incrementaron en un 0.64% los casos de suicidio respecto al año anterior, según las estadísticas se presentaron 1.901 casos, 12 más que el año 2011, y se consideró la cuarta causa principal de muertes violentas, 174 de los casos fueron de sujetos que se encontraban entre los 9 y 17 años; el grupo etario con mayor índice de suicidio fue de 20 a 24 años de edad, se registraron 346 casos en Antioquia siendo el departamento con el mayor índice según las estadísticas, 244 en Bogotá, 172 en Valle del Cauca, 118 casos en Cundinamarca y 76 en Santander. La diferencia entre género se evidencio de manera notable, por cada 4 hombres una mujer se suicidio (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2012)

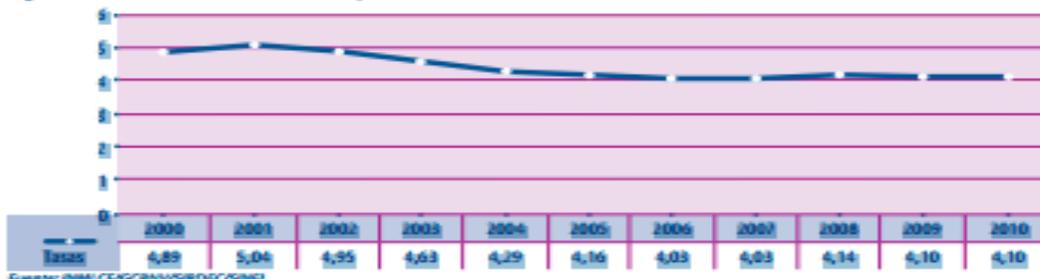
Por otra parte, en las cifras estadísticas del 2013 se han presentado entre los meses de enero y mayo 67 niños, niñas y adolescentes se han suicidado en Colombia. Entre 40 hombres y 27 mujeres, en un rango de edad entre los 15 y 17 años. El día en que más se presentaron los suicidios fue el jueves con 19 suicidios a las 6 de tarde y las doce de la noche. Los lugares que se han prestado para cometer el acto han sido sus residencias. Entre los departamentos que más han cometido este hecho encontramos: el Valle del Cauca ocupó el primer lugar con 9 casos, seguido de Antioquia con 8 casos y Bogotá con 7 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013)

Tabla 1. Suicidios en Colombia 2000-2010 según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2010)

Figura 1. Suicidios en Colombia, 2000 – 2010



Figura 2. Tasa de suicidios en Colombia por cada 100.000 habitantes. Colombia, 2000 - 2010



En síntesis, las estadísticas de las conductas suicidas desde el año 2000 a la actualidad, muestran cómo aunque el suicidio ha disminuido en cantidad total por año, la

tasa se mantiene, y en los últimos años el fenómeno comienza a evidenciarse en el grupo etario de 15 a 24 años de edad de manera considerable. Realizando la comparación por género, los resultados muestran que por cada 4 hombres 1 mujer se suicida, esta información se mantiene desde 2000.

Así como también se evidencia que las regiones con mayor índice de suicidios son Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca, con relación a los demás departamentos y ciudades y de Colombia.

Por otro lado, los factores más comunes que llevan a este tipo de actos son la falta de atención por parte de su familia, el rechazo en el colegio, la falta de trabajo, malas relaciones sentimentales, entre otras

1.5. Marco Empírico

En los últimos años diversos autores han recopilado aportes que han realizado diferentes profesionales desde diversas disciplinas, con el objetivo de obtener información sobre el proceso suicida, sus causas y la prevención.

Según Barbosa (2011) en una investigación que efectuó se basó en las estadísticas del 2004 al 2008 de intentos suicidas en la ciudad de Bogotá, afirma que se evidencia un incremento en mujeres, a diferencia las estadísticas de suicidios consumados reflejan que los hombres llevan a cabo estos actos en mayor proporción que las mujeres. La metodología que utilizó fue de corte cualitativo de tipo descriptivo, la muestra fue de 250 personas de ambos géneros de todas las edades, la información fue recopilada durante un periodo de seis años, de la cual concluyen que el rasgo común del suicidio es el ser un

“acto voluntario”, como causas principales encontraron las dificultades sentimentales, económicas y familiares, y respecto a la prevención se evidencio que no la ven como una estrategia eficaz.

De igual forma, González et al. (2010) realizaron un estudio en el departamento de Antioquia excluyendo la ciudad de Medellín, de tipo descriptivo, corte transversal, con el objetivo de evidenciar diferencias en las características sociodemográficas y clínicas entre hombres y mujeres. La muestra fueron 144 sujetos cuya causa de muerte fueron actos suicidas.

Durante los años 2006 y 2007, la información fue suministrada por los seres más cercanos al occiso (familiares, amigos y la comunidad), y por los registros de la historia clínica, acta de levantamiento del cuerpo, resultado de la necropsia, y ficha epidemiológica suministrados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses, dentro de los resultados se encontraron diferencias significativas independientes del género, a los hombres se les asocia con los actos suicidas producidos por arma de fuego, o bajo efectos del alcohol, a las mujeres se les relaciona con los suicidios en casa y dejar notas previas.

Por otra parte, Pérez, Téllez y Vélez (2012) se enfocaron en realizar un estudio para tratar de determinar la probabilidad de riesgo suicida y/o enfermedad mental y factores asociados en estudiantes de secundaria de tres colegios bogotanos. La población que encuestaron fueron 309 estudiantes en un promedio de edad de 9 a 17 años, se dividieron en un colegio privado al noroccidente y dos colegios públicos en el suroccidente de la ciudad, el estrato socioeconómico vario de 1 a 3. El método que utilizaron fue de corte transversal. Los resultados se obtuvieron como factores de riesgo más relevantes para la conducta

suicida y la enfermedad mental fueron la depresión, la baja autoestima, la disfuncionalidad familiar, el género femenino, la edad > 15 y la violencia intrafamiliar y las buenas relaciones familiares se asocian con menor riesgo.

De la misma manera, Pasturino, Vallarino y Lima (2004) realizaron un estudio en el país de Uruguay, la muestra seleccionada fueron 20 pacientes que estuvieron internados en el Hospital de Villaderbo, cuya causa de muerte fue producto de un suicidio.

La metodología que utilizaron fue de tipo descriptivo y retrospectivo de casos clínicos. Los resultados que pudieron evidenciar en el estudio fue el aumento de suicidios en un 44% con gran magnitud en hombres jóvenes (30-34 años) y métodos violentos en las mujeres, casi todos los pacientes no estaban trabajando, presentaron problemas familiares y tenían antecedentes de tentativas previas. El 75% presentaron depresión, trastorno de personalidad, consumo de sustancias psicoactivas, desesperanza y la soledad estos fueron los factores que más influyeron en la conducta tomada.

1.6. *Epidemiología*

La epidemiología ha aportado datos importantes para la investigación de la conducta suicida en los adolescentes, dado que se pueden identificar los factores de riesgo que se presentan en las personas con ideación suicida, diferenciándolas en variables socio demográficas, psicopatológicas y sociales. Casullo (2007) indica las epidemiologías que están presentes en el suicidio, incluyendo su socio demografía como la edad, género y estado civil, por último encontramos la salud mental, que tienen las personas con conductas suicidas, a continuación se presentan cada una:

- *El género:* Los hombres se suicidan utilizando elementos como las armas de fuego, el ahorcamiento y saltar desde lugares altos. En cambio, las mujeres utilizan como métodos sustancias psicoactivas o venenos.
- *Edad:* Se ve reflejado sobre todo en los adolescentes, seguido por los hombres y por último las mujeres.
- *Estado civil:* Las personas que tiene hijos y están casadas tienen menor riesgo de suicidio.
- *La salud mental:* En donde se observa el abuso de sustancias, los trastornos depresivos, la esquizofrenia y otros trastornos mentales.

De la misma manera, Frankl (1999) el intento de suicidio en adolescentes puede presentar varios motivos por los cuales el adolescente toma esta conducta como única salida a sus problemas, entre estas se manifiestan: la huida, el duelo, el castigo, el crimen, la venganza, la llamada de atención, el sacrificio y el juego:

- *La huida:* intento de escapar de una solución dolorosa o estresante mediante el atentado en contra de su vida, ya que ésta se percibe como insoportable.
- *El duelo:* se manifiesta cuando se atenta contra su propia vida, después de la pérdida de un elemento importante de la persona.
- *El castigo:* Inicia en el momento que el intento suicida se dirige a espiar una falta real o imaginaria. Aquí el joven se siente responsable por un acto negativo y desea autocastigarse para mitigar la culpa.
- *El crimen:* Cuando el joven atenta contra su vida, pero también desea llevar a otro a la muerte.

- *La venganza:* Se presenta cuando existe un remordimiento hacia otra persona o para infligirle la desaprobación de la comunidad.
- *La llamada de atención y el chantaje:* De manera que, se intenta ejercer presión sobre otro, por medio del intento de suicidio.
- *El sacrificio:* En donde se actúa contra la vida para adquirir un valor o un estado considerado superior, es morir por una causa.
- *El juego:* Común en los adolescentes, cuando se atenta contra la vida para probarse a sí mismo o a los demás que se es valiente y parte del grupo.

Por otro lado, Villalobos y Galvis (2009) refieren que los actos suicidas cuidadosamente elaborados son escasos. La mayoría de los suicidios se han presentado por fuertes impulsos repentinos de acabar con la vida, en consecuencia a ideaciones suicidas que hayan estado presentes con anterioridad.

1.7. Criterio Diagnostico CIE 10 de la Conducta Suicida

El suicidio no cuenta con un código independiente en los manuales diagnósticos de los trastornos mentales y del comportamiento. La CIE 10 (1992) vincula el suicidio con las autolesiones intencionales en los códigos (X60-X84), incluyendo envenenamiento, intento de suicidio, lesión autoinflingida (Soler y Gascón, 2005)

Pedreira 1995 (citado en Rodríguez, 1998) menciona que en el sistema de Clasificación CIE 10, existe una serie de criterios operativos que se relacionan con la conducta suicida, que poseen gran aplicación clínica.

1. Criterios operativos del suicidio:

A) Definición:

- Desenlace fatal.
- Auto-iniciación del acto, sin embargo la consumación no lo realiza el propio sujeto.
- Conocimiento de la persona frente a la consecuencia que trae la conducta que está ejecutando con el objetivo de morir. Para dicho razonamiento el niño con anterioridad ha adquirido el concepto de muerte, como un acontecimiento del que no se puede retornar.

B) Consideraciones:

- La intención de morir no es precisamente el objetivo que se quiere cumplir.
- El desenlace se obtiene gracias a la conducta realizada

2. Criterios de inclusión-exclusión:

- La exclusión, es el paso al acto de forma megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico
- La exclusión; se conoce como “erosión suicida
- La inclusión: es demostrar las conductas que el sujeto estaba realizando.
- La inclusión: manifiesta los métodos que se utilizan para llegar a la conducta suicida.

3. Criterios operativos de los intentos de suicidio

A) Definición.

- No ocurre un desenlace fatal.

- La auto-iniciación de la conducta se presenta por factores, tanto propios como ajenos a la persona.
- Conocimiento que tienen la persona sobre el desenlace fatal que tiene la conducta que acaba de iniciar.

B) Criterios de inclusión-exclusión.

- Paso al acto de manera megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión.
- Acto habitual: exclusión.
- Evidenciar que estaba haciendo el sujeto: inclusión.

4. Criterios operativos para evaluar la conducta parasuicida:

A) Definición.

- No se presenta desenlace fatal.
- La auto-iniciación se realiza con el objetivo de hacerse daño evidente por parte de la persona (cortadas, quemadas, etc.) ó ingestión de sustancias tóxicas
- Conocimiento que tiene la persona sobre la acción que va a realizar, y los resultados que puede tener cuando la ejecute, como causarse daño o presentar sobredosis, a consecuencia de la sustancia ingerida.

B) Criterios de inclusión-exclusión.

- En la inclusión se presentan conductas manipuladoras por parte de la persona
- En la exclusión se manifiesta conductas habituales como cortarse

1.8. Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica que posee el individuo o comunidad directamente relacionada con una elevada probabilidad de dañar la salud (Alcantar, 2002)

Según Gómez et al. (2002) los factores de riesgo se dividen en factores modificables y factores inmodificables; los modificables están relacionados con los factores psicológicos, psicopatológicos, sociales, los cuales pueden transformarse clínicamente. Los inmodificables se relacionan con el propio sujeto o el grupo social al que pertenecen, se caracterizan por que perduran en el tiempo y su cambio es independiente al clínico. Entre factores de riesgo importantes se encuentran existencia de trastornos mentales y haber tenido varias tentativas de suicidio previas.

Los factores de riesgos en el suicidio, son aquellos que determinan el grado de vulnerabilidad que presenta una persona para cometer el acto suicida, en ellos se incluyen situaciones contextuales, socioculturales y psicopatologías específicas (Alcantar, 2002)

Tabla 2. Clasificación de factores de riesgo suicida modificable e inmodificable de Alcantar (2002)

Modificable	Inmodificable
- Trastorno afectivo	- Heredabilidad
- Esquizofrenia	- Sexo
- Trastorno de ansiedad	- Edad:
- Abuso de sustancias	• Adolescentes y adultos jóvenes
- Trastorno de personalidad	• Edad geriátrica

-
- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| - Otros trastornos mentales | - Estado civil |
| - Salud física | - Situación laboral y económica |
| - Dimensiones psicológicas | - Creencias religiosas |
| | - Apoyo social |
| | - Conducta suicida previa |
-

Por otro lado, Moya (2010) menciona los diferentes factores de riesgo que se relacionan con la conducta suicida:

- a) *Factores individuales*: Asociado con Trastornos mentales como: depresión mayor, trastorno bipolar, psicóticos, abuso de sustancias psicoactivas, trastorno de ansiedad, conducta alimentaria, trastorno de personalidad.
- b) *Factores psicológicos*: las variables psicológicas que están asociadas a la conducta suicida son: rigidez cognitiva, impulsividad, la desesperanza, dificultad para resolver problemas, recuerdos autobiográficos negativos y el perfeccionismo. Estos varían según la edad de la persona.
- c) *Factores genéticos y biológicos*: se asocia con bajos niveles de serotonina y escaso control en los impulsos.
- d) *Enfermedades físicas o discapacidad*: son consecuencia de fuertes dolores de una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración o enfermedades mortales (sida, cáncer, etc.). Por lo tanto, son las que aumentan la conducta suicida en las personas.

- e) *Factores de riesgo familiares y contextuales*: Incluyen antecedentes familiares de suicidio, situaciones estresantes, con pérdida personales, financieras, acontecimientos negativos, problemas legales, violencia intrafamiliar, conflictos de familiares
- f) *Factores socio-familiares y ambientales*: el apoyo socio-familiar en donde se manifiesta con frecuencia la conducta suicida en personas solteras, divorciadas o que no tienen ningún apoyo social, debido a que sufren depresión y son vulnerables a consumir grandes cantidades de alcohol.
- El nivel socioeconómico, nivel educativo y laboral: en donde la pérdida de empleo y la falta de recursos, llevan a que la persona presente eventos estresantes que incrementa de dos a tres veces el riesgo de suicidio.

También se presenta el riesgo suicida en la etnia, la religión y los embarazos no deseados.

- g) *Historia de maltrato físico o abuso sexual*: Abusos sexuales y físicos que se presentan durante la infancia tienen gran influencia en la conducta suicida de las personas.

El abuso sexual se define como la utilización de un menor con la finalidad de satisfacer o gratificar sexualmente a un adulto o grupo de adultos. Este se puede presentar en forma de abuso sexual propiamente dicho, generalmente propiciado por una figura cercana, de autoridad o cuidador. Cuando es practicado por un familiar consanguíneo se conoce como incesto (Barney y Céspedes, 2009).

Las consecuencias a corto plazo son las que se tienden a presentar alrededor de los dos años posteriores al abuso, manifestándose con la presencia de trastornos de sueño, depresión, agresión, miedos, cefaleas, culpa, vergüenza, problemas escolares, comportamientos antisociales, tendencias suicidas y huidas del hogar. De igual forma a largo plazo también se evidencian consecuencias a raíz del abuso sexual, muchas de estas presentes a corto plazo pero con una temporalidad mayor; dentro de estas consecuencias están la ansiedad, trastorno de alimentación, cefaleas, aislamiento, baja autoestima, problemas en relaciones interpersonales, tendencia a la revictimización, abuso de drogas, comportamientos sexuales inadecuados y tendencias suicidas (Redondo y Ortiz, 2005).

- h) *Orientación sexual*: Los adolescentes homosexuales tienen gran riesgo de conducta suicida dado que temen al rechazo de sus iguales y a la discriminación social, que se presentan debido a trastornos de abuso de alcohol, depresión, ansiedad y la desesperanza.
- i) *Acoso por parte de iguales*: La crisis de identidad en los jóvenes, los sentimientos de rechazo, el temor, la vulnerabilidad, el bullying, induce a la conducta suicida.

El bullying es una agresión caracterizada por acoso físico, psicológico y verbal, sin que exista algún tipo de provocación que genere estos actos, los cuales se llevan a cabo con el propósito de establecer una relación de dominio, de agresor a víctima, teniendo como beneficio una gratificación social y/o individual (García y Orza, 1995. Citados por Bausela, 2008).

De la misma manera, Palacio y Pinilla (2011) mencionan tres tipos de bullying que son más frecuentes dentro de las instituciones educativas como los son:

- *El maltrato físico:* que se puede presentar de forma directa, a través de golpes, amenazas con armas o con cualquier tipo de objeto, como también de forma indirecta donde se presentan robos, daño de objetos personales, esconden objetos de los otros estudiantes, etc.
- *El maltrato verbal:* que se pueden evidenciar de forma directa a través de insultos, apodos y burlas basándose en el físico de la personas, o por su origen, raza, o por algún defecto físico evidente en este; el maltrato verbal también se da indirectamente, al hablar mal de alguien y hacer comentarios que no son coherentes.
- *El aislamiento social:* se presenta de forma directa donde se excluye a la persona y no se le deja participar en actividades del grupo e indirecta cuando se ignora a la persona y se le menosprecia.
- *El ciberbullying:* en donde se intimida a las personas por medio de la tecnología como (internet, redes sociales virtuales, telefonía móvil) para ejercer maltrato psicológico y continuado. Esta forma de maltrato es más común en la actualidad la cual ha traído consecuencias y pensamientos negativos a las personas que lo han vivido.

1.9. Factores precipitantes

Los factores precipitantes son ciertos eventos de la vida como acontecimientos estresantes, factores psicológicos vitales o el fácil acceso, medios o métodos de suicidio, que sirven como factor facilitador del suicidio (Moya, 2010)

Del mismo modo, los factores precipitantes se originan debido a la dificultad que tiene el individuo para tener influencia en los demás, manifestando una disfunción cognoscitiva que se presenta en diversos contextos, teniendo como resultado impulsividad a la hora de tomar decisiones y dificultad para generar soluciones. En esta situación el nivel de ansiedad es muy importante, debido a que es un paso a la conducta suicida (Alcantar, 2002)

Entre los factores precipitantes más frecuentes que provocan la ideación suicida se presentan: la humillación, problemas interpersonales, el aislamiento social, trastornos mentales, distorsiones cognitivas y la vulnerabilidad (Villalobos y Galvis, 2009).

1.10. Factores protectores

Son factores que disminuyen la tendencia al suicidio, en presencia de factores de riesgo, según Moya (2010) los divide en factores internos: personales y externos sociales o medioambientales.

1. *Personales*: se entienden por factores protectores personales la confianza en sí mismo, habilidades sociales e interpersonales, habilidades de resolución de problemas, flexibilidad cognitiva, empatía.

2. *Sociales o medio ambientales:* los factores medioambientales son considerados como aspectos externos al individuo, apoyo familiar y social, integración social, tener creencias religiosas y espirituales, tratamientos integrales en pacientes con cuadros de alcoholismo, patologías físicas o psicopatologías o largos e intensivos en pacientes con trastornos mentales, evitar el consumo de sustancias psicoactivas.

CAPITULO II: IDEACIÓN SUICIDA

Pese al fenómeno de la ideación suicida que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, ha ido generando una preocupación en todos los ámbitos de las ciencias, debido a que se generan consecuencias en las dinámicas psicosociales de la persona, llevándola a que presente este tipo de conducta como única solución a sus problemas (Cruz, Roa y Sepúlveda, 2005)

La mayoría de las personas que presentan estos comportamientos están abrumadas por problemas y tienen dificultad para encontrar soluciones. El problema principal no es que quieran morir sino que no encuentran motivos para seguir viviendo (Casullo, 2007).

2. Concepto

El intento suicida es un acto de autodestrucción con intención de ocasionar daños físicos y psicológicos en la persona, en este proceso se presenta pensamientos ambiguos para cumplir con el objetivo deseado. Stengel (1965, citado en Garcia, 2006)

Del mismo modo, Dieskstra (1993, citado en Garcia, 2006) menciona que el intento de suicidio es un acto planeado por el individuo que tiene como objetivo hacerse daño el mismo, sin resultados fatales.

Por otra parte, Kreitman (1969, citado en Alcantar, 2002) el intento de suicidio se identifica dentro de las conductas suicidas no fatales, es decir, los Parasuicidios. Es un acto no mortal, donde el individuo tiene la intención de autolesionarse o ingerir medicamentos con dosis muy elevadas a las sugeridas por un profesional, teniendo como objetivo acabar con su vida.

De acuerdo con esto, es importante tener presente el concepto de muerte, el cual se considera un fenómeno natural, irreversible, inevitable y que supone la finalización de la vida. Este concepto se adquiere entre los 12-13 años, cuando el adolescente adquiere el pensamiento abstracto, entendiendo este ciclo como el final de la vida, el cual es irreversible y biológico (Alcantar, 2002)

Por otro lado, Mardomingo, (1993 citado en Alcantar, 2002) menciona siete rasgos psicológicos que se presenta con frecuencia en la conducta suicida de niños y adolescentes: a) impulsividad, b) sentimientos de desesperanza, c) baja autoestima, d) estilo cognoscitivo rígido, e) baja tolerancia a la frustración, f) labilidad emocional y g) sentimientos de soledad y de tristeza.

2.1. Clasificación.

Marchiori (1998, citado en Garcia, 2006) menciona que la ideación suicida es un comportamiento que pone en riesgo la vida de la persona que lo ha intentado,

presentándose de diferentes maneras y con diversas características, clasifico esta conducta en cuatro fases:

1. *Intento gravísimo de suicidio*: Se asemeja al suicidio, pero no llega a tener consecuencias mortales, la mayoría de las veces por circunstancias externas al sujeto; aun cuando su proceso y secuelas alteran la integridad del individuo de manera importante. En esta fase se presentan altos niveles depresivos y un constante pensamiento de muerte.
2. *Intento grave*: las conductas y las armas o los medicamentos utilizados no pueden provocar lesiones letales ni graves para el individuo.
3. *Intento leve*: las armas o medicamentos utilizados con el objetivo de dar fin a la vida solo proporcionan heridas leves.
4. *Intento sin daño*: los elementos elegidos para cometer el suicidio, no ocasionan ningún tipo de daño.

Por otro lado, Silverman (2007, citado en Moya, 2010) señala tres aspectos claves que involucran la conducta suicida incluyendo el grado de intencionalidad y amenaza, que manifiestan las personas que llevan a cabo este tipo de conducta:

- *Ideación suicida*: Se incluye el grado de intencionalidad de la conducta, dividiéndola en: casual, transitoria, pasiva, activa, persistente.
- *Comunicación suicida*: manifiesta la amenaza y el plan suicida de forma verbal o no verbal.
- *Conducta suicida*: incluye lesiones, sin lesiones y resultado fatal.

De la misma manera, Clemente y Gonzales (1996, citados en Villalobos y Galvis, 2009) mencionan que los intentos suicidas pueden ser entendidos desde tres puntos de vista:

1. *Como síntoma de enfermedad mental:* están presentes la depresión, trastorno de personalidad, la psicosis, entre otras.
2. *Como estrés:* surgen de una situación ambiental altamente estresante de aparición reciente.
3. *Como crisis:* el sujeto presenta un problema que no encuentra salida, y ha surgido de varios meses atrás.

2.2. Epidemiología

En la epidemiología se puede encontrar los motivos por los cuales el individuo presenta ideación suicida. Hjelmeland y Hawton (2004, citado en Villalobos y Galvis, 2009) mencionan cinco grupos importantes que caracterizan a la persona con este tipo de acto:

1. *Búsqueda de cuidado:* en donde el individuo busca afecto, interés y ayuda por parte de otras personas importantes en su vida.
2. *Influir en los demás:* tiene intención de que las otras personas cambien su forma de pensar y de ser, haciéndoles sentir culpable por haberlo tratado mal.
3. *Escape temporal:* trata de evadir una situación que le resulta dolorosa y tormentosa.

4. *Salida final*: no aguanta una situación problemática por mucho tiempo, buscando como alternativa hacerle la vida más fácil a otras personas acabando con su vida.
5. *Perder el control*: se presenta cuando la persona no tiene control sobre su vida y no sabe cómo manejarlo.

Por otro parte, Jack y Williams (1991, citado en Casullo, 2007) mencionan que la auto-devaluación, entre el balance negativo del yo real y el yo ideal, están presentes en la ideación suicida, debido a que interactúan diversos mecanismos como: el miedo a lograr lo que se desea, miedo al fracaso, entre otro; llevando a que dividan los rasgos y estilos de la personalidad en seis partes, identificando las reacciones del individuo en los diferentes contextos:

1. *La ambición*: aquí se tienen en cuenta las metas y las aspiraciones que tiene el individuo a nivel familiar y personal, si no hay un buen balance entre estas puede conducir a situaciones suicidas.
2. *La impulsividad*: el fracaso a controlar los impulsos tienen gran influencia en los comportamientos suicidas o parasuicidas
3. *La apatía y el pesimismo*: aquí se presenta la incapacidad para elaborar proyectos de vida viables, desarrollando la rigidez en sus pensamientos, llevando a que no tenga un nivel de razonamiento adecuado.

4. *Rigidez cognitiva*: es un factor que limita las estrategias para afrontar y resolver problemas, manifestándose un aumento en el riesgo de suicidio ante situaciones generadoras de estrés emocional.

5. *Rechazo a recibir ayuda*: la desconfianza y el aislamiento llevan a que el individuo rechace todo tipo de ayuda y apoyo frente a problemas que estén presentando, ocasionando un alto riesgo suicida en la persona.

6. *Situaciones de estrés*: son situaciones personales que tienen gran influencia en la vida de la persona, causando estrés y fatiga emocional, reduciendo la motivación de realizar algunas actividades diarias.

2.3. Marco empírico

Durante décadas se han realizado diversos estudios que explican la ideación suicida, sus causas, características y los diferentes métodos que utilizan los individuos para cumplir con su objetivo:

Núñez y Olivera (2008) realizaron un estudio en personas con un rango de edad de 16 a 29 años, reportadas con intento de suicidio en las instituciones educativas del departamento del Huila que se encuentran en servicios de urgencias. La metodología que se utilizaron fue una entrevista semi-estructurada, diseño descriptivo, prueba de personalidad, evaluación de alcoholismo, inventario de depresión, evaluación de ideación e intento suicida.

Los resultados que se obtuvieron fueron que las personas con perfil multidimensional se caracterizan por adolescentes que viven en zonas rurales, mujeres amas de casa, adultos citadinos, personas solas, divorciadas, se presentan en todas las edades. Se presentan psicoticismo alto, neuroticismo bajo, sin problemas de alcohol, depresión leve o grave, sinceridad media. Se concluye, que las personas que han realizado intentos suicidas pertenecen a familias, en donde algún miembro ha presentado trastornos psiquiátricos, llegando a acabar con su vida de esta manera.

Del mismo modo, Cortes y Aguilar (2010) efectuaron un estudio sobre las causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes; se realizó en el Instituto Nacional de Higiene Epidemiología y Microbiología, en la ciudad de La Habana Cuba, escogieron una población entre 10 y 19 años, que hayan tenido ideación o intentos suicidas. La metodología que utilizaron se basó en medidas descriptivas de variables cualitativas, aplicaron la prueba de Chi cuadrado de Mantel y Haenszel para identificar asociación, con un intervalo de confianza de $\alpha=0,05$.

Como resultados de la anterior investigación se mostraron que las principales causas que llevan a tomar estas decisiones, son los problemas en la familia, en la escuela, malas condiciones económicas, las humillaciones, el maltrato físico y las relaciones de pareja. Por último, encontraron que las variables más asociadas en el intento suicida fueron la ideación y planes suicidas mostrando desesperanza y comunicación anticipada del intento.

Por otra parte, Arias y Marcos (2008) señala la modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo suicida, la metodología

que utilizaron fue una intervención educativa, que se divide en tres etapas: diagnóstica, de intervención propiamente dicha y de evaluación, cuya población utilizada fueron adolescentes, jóvenes y adultos con riesgo de conducta suicida en un promedio de edad entre 10 a 29 años, que se encontraban en consultorios médicos del Policlínico “Rafael Pantoja Ruiz”, se utilizó un cuestionario empleado antes y después de la intervención y se aplicó la prueba de Mc Nemar con un nivel de 95 % de significación.

Como resultados se obtuvieron que la familia es un gran factor que induce a la conducta suicida, dado a que los adolescentes y jóvenes pasan por conflictos familiares, los cuales llevan a que no se sientan comprendidos en el núcleo familiar y se genera desequilibrio emocional en ellos.

A diferencia de Jiménez y Ruiz (2011) se enfocaron en los desórdenes afectivos y la crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes, realizaron un estudio dentro de la Universidad de Oviedo, España, la población que utilizaron fueron adolescentes de 11 a 18 años, manejaron la metodología de variables socio demográficas básicas, focalizando todo su interés en el análisis de variables socio afectivas y emocionales, para identificar búsqueda de atención, problemas de relación, indicadores de depresión y ansiedad, las conductas delictivas y otros trastornos del comportamientos. Para la medición utilizaron el instrumento Youth Self Report (Y.S.R.)

Los resultados que se obtuvieron muestran que la adolescencia media (12 a 13) es vulnerable a presentar conductas agresivas, problemas de relación con sus pares, crisis de identidad, insatisfacción institucional y búsqueda de atención.

En los capítulos anteriores se indago sobre 2 temas que son un problema en la sociedad, los cuales han ido creciendo a medida que pasan los años, se tuvieron en cuenta sus conceptos, clasificación, marcos empíricos, epistemologías y el impacto que ha generado en la humanidad. En relación con esto el capítulo siguiente se enfocara en los adolescentes, debido a que son la población más vulnerable a cometer este tipo de comportamientos. Se hablara de los diferentes cambios físicos que pasa la adolescencia y como estos son importantes para la personalidad, la forma de pensar y de comportarse dentro de la sociedad.

CAPITULO III: ADOLESCENTES

La adolescencia es la etapa de la vida en donde se refleja cambios físicos, psicológicos y emocionales que pueden generar problemas en el comportamiento y afectar el vínculo social que rodea a la persona (Alba, 2010).

Por otro lado, la adolescencia inicia con la pubertad, en donde ocurren una serie de cambios físicos, sociales y emocionales. Entre los físicos se encuentran el aumento de peso, cambio en las proporciones corporales, forma del cuerpo, y madurez sexual (Papalia y Wendkos, 1997)

Según Papalia y Wendkos (1997) en la antigüedad se consideraba que un niño pasaba a ser adulto cuando aprendía un oficio o cuando su cuerpo tenía transformaciones importantes que cambiaban su apariencia acercándose a la de un adulto.

3. Concepto

La palabra “adolescencia” se deriva del verbo “adolescere”, es decir crecer, relacionado con el cambio del desarrollo humano y sus experiencias familiares, sociales, culturales y educativas que rodean al joven. Los cambios puberales que se presentan en la adolescencia no ocurren únicamente como resultado de la adaptación a la transformación corporal, sino que comprende el paso hacia una independencia psicológica y social, cambiando su sentido de pertenencia: lo que conlleva a una dificultad para encontrar un lugar en la sociedad es decir una identificación casi exclusiva en su entorno familiar y cultural, en donde es importante su imagen corporal, sus relaciones interpersonales, el medio y su situación económica (Alba, 2010).

Según La Organización Mundial de la Salud OMS (2002, citado en Alba 2010) determina la adolescencia como la etapa en la que el individuo alcanza la capacidad de reproducirse, sin dejar a un lado los patrones psicológicos de la infancia, adquiriendo independencia económica transcurre entre los 10 y 19 años de edad.

De igual forma, Morris (1997, citado en Alcantar 2002) señala que la adolescencia es un periodo de sufrimiento y estrés, que impiden el seguimiento de reglas establecidas por los adultos, revelándose contra ellos, y en donde solo se desea hacer su voluntad.

Por otro lado, Astua (1998, citado en Campos, Padilla y Valerio, 2004) la adolescencia se divide en tres fases: a) la edad temprana, b) adolescencia media y c) la adolescencia tardía.

Adolescencia temprana: esta etapa va de los 10 a los 13 años, en donde los adolescentes presentan cambios de hábitos y modos de conducta y entran a ser importantes su grupo de pares.

Adolescencia media: comprende entre los 13 y 17 años, esta etapa se caracteriza por un aumento en sus sentimientos y la importancia que toma la aceptación social, especialmente en grupo de pares.

Adolescencia tardía: comprende entre los 17 y 19 años, muestra gran importancia la relación con su familia y sus padres. Sienten mayor seguridad con su imagen física, y los valores adquiridos en sus hogares la aceptación de sus pares ocupa un segundo lugar iniciando la búsqueda de una relación sentimental con otra persona.

Sin embargo, Campos, Padilla y Valerio (2004) refieren que durante estas etapas el adolescente presenta ocho características principales:

Proyecto de Vida: comienza desde que el adolescente organiza su vida en función de sus sueños, algunos de ellos aparecieron en la niñez, el adolescente planea diferentes estrategias para lograrlos; aunque su propio esfuerzo es vital, su familia y el entorno forman parte fundamental para llevarlos a cabo.

Sexualidad: en esta etapa surge con mayor fuerza la necesidad de establecer relaciones afectivas con otras personas. A medida que se genera la maduración sexual aparecen las primeras eyaculaciones y menstruaciones en el adolescente.

Crecimiento y Desarrollo: el crecimiento se presenta desde el momento de la fecundación, pero en esta etapa se acelera y el desarrollo adquiere características

específicas, como el incremento de la estatura, el peso, cambios en su cuerpo y sus tejidos.

Búsqueda de identidad: se manifiesta en la búsqueda de ser YO, el adolescente tiene en cuenta sus habilidades, debilidades, y mantiene una lucha para adquirir independencia y autonomía en su familia. Adquiere una serie de valores, los cuales aplica en todo su entorno.

Creatividad: el adolescente alcanza un alto nivel de energía que se canaliza en actividades que le permiten desarrollar su capacidad creativa sus pensamientos, sentimientos y emociones, que logran mejorar su autopercepción.

Autoestima: crece las necesidades de saber que piensan de el, y de sentirse a gusto con su propio cuerpo, sus afectos y sus ideas. La relación con sus pares es primordial en esta etapa.

Juicio Crítico: en esta etapa aumenta la capacidad de criticar y juzgar el mundo que lo rodea, sus valores y pensamientos se vuelven más sólidos desarrollando así una identidad más amplia y firme en la sociedad.

Proceso Educativo: está presente desde la etapa intrauterina, continúa con la educación informal en casa, luego con la educación formal en colegios y universidades, la suma de los aprendizajes adquiridos le permiten integrarse a la vida y descubrir su propio “yo”, desarrollando una comprensión más amplia de los acontecimientos.

3.1. Cambios físicos durante la adolescencia

Los cambios biológicos que indican el final de la niñez, comprenden el repentino crecimiento del adolescente, la menarquía, la presencia de espermatozoides en los varones, la maduración de órganos reproductores y el desarrollo de las características sexuales secundarias (Papalia y Wendkos, 1997)

De igual manera, la pubertad inicia cuando la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven, que comienzan a segregar hormonas, la relación entre los genes, salud y ambiente, son factores determinantes para el desarrollo adecuado del sujeto en esta etapa (Papalia y Wendkos, 1997)

El crecimiento inicia en las niñas entre los 9 a los 14 años de edad y en los niños se presenta desde los 10 a 16 años. En ambos géneros durante este proceso se presenta crecimiento en el tronco y sus piernas, el cuerpo del niño tiende a ser más fuerte y musculoso, crece el corazón, y se eleva la oxigenación de la sangre. Las niñas acumulan más cantidad de grasa en sus brazos, caderas, pecho, y piernas (Papalia y Wendkos, 1997)

3.2. Desarrollo Cognoscitivo

Mediante los procesos cognoscitivos el sujeto adquiere conciencia y conocimientos acerca de un objeto, entre estos procesos se encuentran la percepción, sensación, asociación, condicionamiento, pensamiento, concepción de ideas, raciocinio, solución de problemas y memoria (Papalia y Wendkos, 1997)

En relación con Piaget, fue el pionero en hablar de desarrollo cognoscitivo, para quien la cognición integra una conducta de estructuración que relaciona el concepto sujeto-objeto, este autor explico el desarrollo cognoscitivo a través de 4 etapas: a) sensoriomotriz, b) preoperacional, c) operaciones concretas y d) operaciones formales (Alcantar, 2002)

1. *Etapas sensoriomotriz:* inicia desde el nacimiento hasta los 2 años, las respuestas al ambiente son de tipo reflejo, a medida que el niño crece se vuelven más complejas, en esta etapa el funcionamiento cognoscitivo se ve restringido a sucesos específicos.

De la misma manera, Piaget divide la etapa sensoriomotriz en seis sub-etapas que varían según el desarrollo del niño:

- *Sub-etapa 1* (desde el nacimiento hasta el primer mes): el niño ejercita sus reflejos innatos y obtiene control sobre sí mismos. No coordinan sus sentidos, ni comprenden los objetos que observan.
- *Sub-etapa 2* (se presenta desde 1 a 4 meses): los niños replican los comportamientos que perciben como placenteros que han descubierto al azar (como la succión). Empieza a coordinar la información sensorial.
- *Sub-etapa 3* (4 a 8 meses): Los niños se interesan más en el ambiente, repiten acciones que encuentran interesantes y prolongan las experiencias excitantes. Pueden buscar un objeto escondido pero a medias.
- *Sub-etapa 4* (8 a 12 meses): Los niños coordinan lo que aprenden previamente para lograr sus metas. Las conductas se vuelven más meditadas y con propósitos más definidos. Pueden anticipar eventos y desarrollar la permanencia del objeto.

- *Sub-etapa 5* (12 a 18 meses): Los niños sienten curiosidad a medida que sus acciones varían los resultados, exploran su entorno para descubrir cuando un objeto, evento o situación son nuevos. Intentan nuevas actividades y utilizan el ensayo y error para solucionar problemas.
 - *Sub-etapa 6* (18 a 24 meses): en esta etapa su sistema simbólico les permite pensar en eventos, los cuales representan por medio del lenguaje y anticipan las consecuencias que trae cada acción sin tener que realizarlas.
2. *Etapa Preoperacional* (de los 2 a los 7 años), los niños desarrollan un sistema representativo y emplean símbolos, para identificar a las personas, lugares y hechos que lo rodean, utilizan el lenguaje para comunicarse.
 3. *Etapa de Operaciones Concretas* (de los 7 a los 12 años), se utiliza la lógica, para resolver problemas, comprender conceptos matemáticos, y aplican estas operaciones en eventos y objetos concretos.
 4. *Etapa de Operaciones Formales* (de los 12 a la edad adulta), los adolescentes pueden emplear soluciones lógicas en conceptos abstractos o concretos. Se proyectan hacia el futuro, y pueden tener presente sus recuerdos del pasado, razona mediante metáforas o analogías. Pueden pensar libremente. Las operaciones formales tiene cuatro características interrelacionadas.: a) relación de lo real, con lo posible, b) capacidad para hacer análisis combinatorios, c) capacidad para el razonamiento proporcional y d) capacidad para el pensamiento hipotético- deductivo.
 5. *Principios del desarrollo cognitivo:*

Según Piaget (1963, citado en Papalia y Wendkos, 1997) este proceso se produce, por medio de dos pasos: la asimilación en donde se toma nueva información del mundo y la acomodación, en el cual se cambia algunas ideas para tener nuevos conocimientos. Pone en marcha tres principios que son heredados y están presentes en las etapas del desarrollo, afectando la interacción con el ambiente, estas son:

- *La organización cognoscitiva:* Es la disposición de crear sistemas que integren los conocimientos que el sujeto tiene acerca del ambiente. El desarrollo avanza desde organizaciones sencillas a otras más complejas.
- *Adaptación:* aquí las personas ponen en marcha la información que adquieren a diario, para sobrevivir en el entorno.
- *Equilibrio:* es una búsqueda constante que tiene el niño para balancear su mundo y el universo exterior que lo rodea.

3.3. Desarrollo emocional

Según Gesell (1958, citado en Alcantar, 2002) este proceso involucra todas las relaciones interpersonales que presenta el adolescente en su vida cotidiana, teniendo en cuenta sus rutinas, intereses, cuidado personal, actividades en su hogar, escuela y la comunidad. Para Gesell una emoción es el sentimiento de una actitud motriz, dentro de ellas está la ira, la calma, el miedo y el cariño, que se producen en respuesta a situaciones inmediatas, que reflejan las experiencias de la vida

De igual forma, Gesell (1958) explica el crecimiento emocional en grandes desarrollos que varían cada año de acuerdo a la madurez que tiene la persona:

- *10 años:* se tiene en cuenta la opinión de los padres, es una persona positiva, simple, directa, infantil. La ira no es frecuente pero si violenta, el sentido del humor es amplio y hay poca relación con los adultos.
- *11 años:* los niños son más sensibles, orgullosos, rencorosos, están poco dispuestos a cooperar. Presenta preocupaciones y temores, pueden relacionarse con otras personas de forma cortés, honrado, sincero.
- *12 años:* a esta edad son extrovertidos, expansivos, entusiastas y generosos. En su hogar son más comprensivos y razonables. Tienen muchos temores, disminuye sus preocupaciones y sus celos. Les encanta las cosas que le gustan y no le agradan las cosas que no le gustan. Trata con respeto a las otras personas.
- *13 años:* son reflexivos, tranquilos, reservados, dueños de sí. Tienden a ser sensibles y vulnerables. Se irritan con facilidad. Su cambio de humor es menos frecuente, inclinándose al sarcasmo. En ocasiones esta de mal humor y prefiere estar solo.
- *14 años:* es expansivo, extrovertido, entusiasta y lleno de energías. Le gusta competir con los demás, tiene amor propio. Se manifiesta de forma verbal y no física, o en ocasiones prefiere retirarse para no entrar en discusión.
- *15 años:* es más seguro de sí mismo y sutil. Su conducta es menos extrovertida, se muestra de malhumor, inquieto, insatisfecho y apático. No le gusta expresar sus sentimientos. Son maduros y tienen conciencia de muchos problemas, pero se les dificulta encontrar soluciones. Se pueden sentir inconforme consigo mismo y con los demás.

- *16 años*: es alegre, amistoso, positivo, extrovertido y se halla bien adaptado y equilibrado con los demás. Toman las cosas con calma, enfrenta los problemas de una forma más seria y creen que no hay que preocuparse ni apartarse por ellos. Algunos adolescentes se vuelven analíticos con sus emociones. Les interesa mucho saber si son capaces de dominar sus emociones o si las emociones los dominan a ellos. Controlan su ira (Alcantar, 2002).

Por otro lado, Izard y Malatesta (1987, citado en Papalia y Wendkos, 1997) los seres humanos tienen las mismas emociones básicas (tristeza, alegría y temor) que motivan el comportamiento humano. Estas emociones están acompañadas de procesos corporales que surgen como respuesta a situaciones y experiencias vividas. Sin embargo, las personas muestran sus emociones de diversas maneras, según los eventos que las generan y la forma en que actúan frente a estas consecuencias. Las reacciones emocionales están ligadas a las percepciones cognitivas (eventos, personas), que forman un elemento fundamental en la personalidad del individuo

Por otra parte, Freud (1900) sostiene que el individuo repite experiencias anteriores del género humano a partir de su desarrollo psicosexual y establece cinco etapas durante el desarrollo de la personalidad (Papalia y Wendkos, 1997)

1. *Etapas oral* (del nacimiento a los 12 o 18 meses): se refleja como principal fuente de placer en los bebés, las actividades que realiza con la boca, como chupar y comer. Sin embargo, los bebés que reciben mucho placer oral, hasta el punto de no querer

abandonar esta etapa, pueden convertirse en personas comelonas o fumadores compulsivos, en su edad adulta.

2. *Etapa anal:* va de los 18 meses a los 3 años de edad, en esta etapa la principal fuente de placer para el niño es la retención y expulsión de sus heces, el movimiento de sus intestinos producen gran alivio. Cuando no hay un entrenamiento preciso en la enseñanza de ir al baño, puede ocasionar que el niño retenga sus heces y los expulse en horas inapropiadas. Y dado a esto, puede traer consecuencias en su adultez como convertirse en una persona con gran obsesión por la limpieza y el orden, adquiere dependencia de horarios y rutinas para realizar sus actividades a diario.
3. *Etapa fálica:* comprende de los 3 a los 6 años, en la primera infancia la fuente de placer no es el ano sino los genitales. Durante esta etapa se refleja el complejo de Edipo en los niños, porque sienten gran atracción hacia sus madres y la Electra en las niñas. Se manifiestan altos niveles de ansiedad por parte de los niños. En la adultez, el superego se vuelve flexible y realista. En ocasiones las mujeres tienden a cambiarse de ropa seis veces al día y los hombres pueden atormentarse por peleas que no tienen mayor trascendencia.
4. *Etapa de Latencia:* va desde los 6 a 12 años, en esta etapa los jóvenes han superado sus complejos de Edipo y Electra, adoptando sus roles de género. Debido a esto pueden desarrollar súper egos y habilidades para acercarse a la sociedad.
5. *Etapa genital:* comprende de la adolescencia a la edad adulta, los cambios fisiológicos de la pubertad, estimulan la libido, energía básica que estimula la sexualidad, los impulsos sexuales que se presentan en la etapa fálica reprimidos en

la latencia, reaparecen y se expresan mediante conductas aprobadas por la sociedad, esta etapa es el último periodo psicosexual, antes de entrar en la edad adulta.

3.4. Desarrollo Social

Los niños en la edad de 10 a 12 años, se encuentran más apegados a su familia, y los prefieren más que sus amigos. A los 13 años disminuye el tiempo que pasan con su familia. A los 14 años los jóvenes experimentan una fuerte necesidad de despegarse de su familia, cuando cumplen 15 años la familia pasa a estar en un segundo plano, entran en la etapa de ser reservados y distantes con su familia. Desean ser libres e independiente, y para muchos sus amigos pasan a ser más importantes. Y a los 16 años hay reconciliación familiar, tienen menos discusiones, menos hostilidad y más aprecio, la mayoría se siente a gusto con la libertad que han logrado, sus relaciones familiares son más amistosas (Alcantar, 2002).

Por otra parte, Erikson (1950, citado en Papalia y Wendkos, 1997) el desarrollo psicosocial, se relaciona con el desarrollo de la personalidad que tiene el individuo desde su infancia, destacando la influencia de la sociedad y la cultura en los diferentes conflictos que se presentan en cada etapa de la vida humana. Estas manifestaciones van cambiando a medida que la persona va madurando. Menciona cinco etapas psicosociales que se presentan desde la infancia:

1. *Confianza básica versus desconfianza*: del nacimiento hasta los 18 meses, los bebés desarrollan el sentido de si, para saber cuánto puede confiar en las personas y los objetos que lo rodean. Necesitan entender la diferencia entre la confianza (que

permiten establecer las relaciones íntimas) y la desconfianza (que les ayuda a protegerse de sí mismo y de los demás). Si predomina la confianza los niños adquieren la virtud de la esperanza, de lo contrario tendrán dificultades en el establecimiento de las relaciones íntimas.

2. *Autonomía versus vergüenza y duda*: de los 18 a los 3 años: A medida que los niños maduran (cognoscitiva, física y emocionalmente), quiere independizarse de todas las personas, toman autonomía en sus actividades diarias y no les gusta que los ayuden. La vergüenza y la duda ocupan un papel importante en el aprendizaje del niño, dado a la desconfianza que se crea por la limitada libertad que les dan sus padres, para realizar sus actividades, generan sentimientos de vergüenza porque creen que no están listos para hacerlo todo y tienen que seguir una serie de reglas impuestas en su hogar.
3. *Iniciativa versus culpabilidad*: va de los 3 a los 6 años, el niño manifiesta su iniciativa cuando descubre nuevas cosas por su propia cuenta y no se deja abrumar por el fracaso, experimenta la culpa cuando desean realizar algunas actividades como hablar o cantar, pero descubren que requieren aprobación social, y otras no como tomar un objeto de su casa, este conflicto es la base de la tercera crisis que se presenta en el desarrollo de la personalidad.
4. *Industriosidad versus inferioridad*: va de los 6 años hasta la pubertad, el niño debe aprender las costumbres de la cultura a la cual pertenece para sobrevivir y no enfrentarse a sentimientos de inferioridad.
5. *Identidad versus confusión de identidad*: de la pubertad a la edad adulta temprana, el adolescente determina por medio de sus experiencias, habilidades y necesidades,

el sentido de sí mismo, para adoptarlos a las exigencias de la sociedad. La confusión de la identidad representa un grave peligro en esta etapa, puesto que genera un tiempo más prolongado de lo normal para que el adolescente alcance la edad adulta.

De igual manera, el grupo de amigos entran a formar un papel importante en el desarrollo social del individuo. Debido a esto, los adolescentes sienten la necesidad de ser aceptados por su grupo de pares, con respecto a sus decisiones, opiniones, incluyendo su forma de vestir y de pensar. Continuamente están en un proceso de cuestionamiento frente a su comportamiento si es el adecuado o no, en ocasiones se les dificulta tolerar las críticas, llevando a que haya malas entre estos (Alcantar, 2002)

En el capítulo anterior se indagó sobre la adolescencia, donde se tuvo en cuenta los diversos cambios y desarrollos que se presentan en esta etapa y cómo influyen en el comportamiento del individuo dentro de la sociedad, en ocasiones ciertos cambios pueden ocasionar problemas que afectan el bienestar del individuo, llevando a buscar ayuda de un profesional. En relación con esto el siguiente capítulo se enfocará en la psicología forense, ya que es un campo de gran ayuda para obtener información sobre la Salud mental de la persona y así poder implementar un plan de intervención, con el objetivo de prevenir pensamientos negativos que pueden llevar a tener ideaciones suicidas.

CAPITULO IV: PSICOLOGIA FORENSE

En el siglo XX surge grandes avances en la psicología forense, debido a que se explicaron los diferentes campos de intervención que tiene el psicólogo dentro del campo judicial. También se creó el uso de los test, que sirven para observar los diversos comportamientos que presenta el individuo dentro de la sociedad. Lo cual, es un factor importante para el trabajo del psicólogo forense.

En la actualidad la evaluación psicológica forense ha tenido gran avance en nuestro país, debido a que, es utilizada para investigaciones judiciales, con el objetivo de brindar información precisa y consistente sobre la salud mental del sujeto dentro de los tribunales de justicia, también mide la responsabilidad y peligrosidad criminal, la orientación terapéutica, las víctimas, los testigos y los testimonios (Calderón y Vela, 2009)

4. Concepto

Según Calderón y Vela (2009) define la evaluación forense como informes que están sujetos a demandas establecidas por los jueces o fiscales según su propio criterio, con el objetivo de abordar aspectos de credibilidad e inimputabilidad, entre otras. Dentro del contexto se relaciona que la evaluación forense se diferencia de otras áreas de la psicología, debido a las metodologías que emplea.

Por otro lado, Urra (1993, citado en Calderón y Vela, 2009) explica la psicología forense como la rama de la psicología legal que ayuda a la autoridad judicial, con el fin de determinar el estado mental que tiene la persona sindicada, sentenciada, presunto incapaz o el ofendido, siendo esto una de las áreas de su intervención.

En esta misma línea, para Meyer (2001, citado en Saborío, 2005) la evaluación psicológica forense es una actividad que requiere de una serie de conocimientos y habilidades que hacen de este un procedimiento especializado, los cuales se dividieron en cinco partes: (a) comprender la personalidad, la psicopatología y los trastornos neurológicos que se presentan en la cognición y el comportamiento del individuo; (b) tener conocimiento previo sobre las áreas de psicología, estadística y metodología de la investigación; (c) reconocer los diferentes tipos de información obtenidos por los diversos métodos de evaluación; (d) comprender las fortalezas y debilidades que presentan cada método; (e) la habilidad interpersonal de comunicar los resultados a las personas evaluadas, y las fuentes de referencia que fueron utilizadas en la investigación.

4.1. Actividades de la evaluación psicológica forense

Según Ávila (1986, citado en Jiménez, 2009) señala diversas actividades que se realizarán a la hora de realizar una evaluación psicológica forense entre estas están presentes:

- Evaluación del testimonio
- Evaluación de la competencia para someterse a juicio
- Evaluación de imputabilidad de los hechos
- Evaluación de la competencia para ostentar la guarda y custodia
- Evaluación del daño psicológico sufrido por la víctima de abusos sexuales, agresiones, separaciones y malos tratos

4.2. Autopsia psicológica

La autopsia psicológica en la actualidad cumple un papel fundamental en el ámbito jurídico, debido a esto se ha ido vinculando como un procedimiento importante que a clara muertes dudosas. Sin embargo, en nuestro país la falta de autopsias psicológicas frecuentes, influye en que no se puedan detectar las variables asociadas al suicidio, encontrándose sin datos porcentuales en los registros de Medicina legal Forenses (2009, citado en Andrade, Téllez y Giraldo, 2013)

4.2.1. Concepto de autopsia psicológica

En la autopsia psicológica se hace una investigación psicobiografica, teniendo como objetivo recolectar información vital que lleve a encontrar cuales fueron los desencadenantes para que el individuo tomara la decisión de suicidarse, también se observa los patrones comportamentales de rodean su personalidad y como estos afectan el nivel físico, social, familiar y psicológico en la vida cotidiana (Andrade, Téllez y Giraldo, 2013)

Por otro lado, Gómez y Sanz (2000, citado en Andrade, Téllez y Giraldo, 2013) definen la autopsia psicológica como un método de análisis, que puede dar respuesta a los motivos psicosociales que llevan a la muerte por suicidio.

Del mismo modo, Delgado, Esbec y Revuelta (1994) menciona siete condiciones que se necesitan los expertos, en diversas áreas como: Técnicos criminalista, peritos, médicos forenses y profesionales judiciales, para realizar una autopsia psicológica entre estas se encuentran.

- Valorar los distintos riesgos que rodean a la persona, que pueden llegar a ser desencadenantes del suicidio
- Entender el estado mental que presenta el individuo en el momento de su muerte
- Identificar el nivel y el estilo de vida de la persona antes de suicidarse
- Conocer los conflictos que rodean el individuo a nivel emocional y motivacional y como estos afectan su vida diaria
- Recolectar información para estructurar el perfil de la víctima
- Reconocer si durante la vida del individuo, su familia o amigos percibieron algunas señales que indicaran la conducta suicida
- Establecer si estos eventos parasuicidas y presuicidas aparecieron previamente

De la misma manera, Andrade, Téllez y Giraldo (2013) señalan que la autopsia psicológica cuenta con dos utilidades prácticas: a) sirve como instrumento de investigación, para aclarar el tipo de muerte dudosa, por medio de la recolección de datos psicológicos del individuo, de igual manera se utiliza para estudios de victimología y vulnerabilidad psicosocial; b) instrumento psicológicos, ayuda a la prevención del riesgo suicida, que están presentes en la preparación del duelo de los familiares.

4.3 Diferencia entre evaluación clínica y evaluación forense

Según Jiménez (2009) menciona que la evaluación clínica es un proceso por medio del cual, los clínicos obtienen información clara y precisa de sus pacientes, y de esta manera puede tomar decisiones sobre que tratamiento realizar.

Igualmente, Melton, Petrila, Poythress y Slobogin (1997, citado en Saborio, 2005) mencionan que las evaluaciones psicológicas forenses difieren significativamente de las evaluaciones clínicas tradicionales en sus objetivos, alcances, producto de la evaluación, el papel de evaluador y la relación entre el evaluador y el evaluado.

Por otro lado, Echeburua, Muñoz y Loinaz (2011) relacionan la evaluación psicológica clínica y la forense, debido a que comparten un interés común, el cual se encarga de la valoración del estado mental del individuo. Señalan que la evaluación clínica tiene como objetivo llevar a cabo una intervención terapéutica, y la evaluación forense analizar las consecuencias jurídicas de los trastornos mentales. Los instrumentos más utilizados en los dos ámbitos son los autoinformes y las entrevistas semiestructuradas.

Del mismo modo, Ackerman (2010, citado en Echeburua, Muñoz y Loinaz, 2011) la diferencia que existe entre la evaluación clínica y la evaluación forense, se presenta en el ámbito forense un reducido número de sesiones, debido a la limitación temporal de la intervención, y que no siempre puede acceder a todos los elementos implicados (ambos progenitores, víctima y victimario, etc.) para completar la información que se necesita. La población es más variada en el área clínica, ya que se encuentran niños de dos o tres años hasta ancianos de 90 años. En el entorno forense hay más personas analfabetas funcionales o inmigrantes.

Tabla 3. Diferencia entre evaluación clínica y evaluación forense según Echeburua, Muñoz y Loinaz (2011)

	<i>Evaluación forense</i>	<i>Evaluación clínica</i>
Objetivo	Ayuda a la toma de decisiones judiciales	Diagnóstico y tratamiento
Relación Evaluador- sujeto	Escéptica pero con establecimiento de un rapport adecuado	Ayuda en el contexto de una relación empática
Secreto profesional	No	Si
Destino de la Evaluación	Variable (juez, abogado, seguros...)	El propio paciente
Estándares y Requisitos	Psico-legales	Médico-psicológicos
Fuentes de Información	Entrevista. Test. Observación. Informes médicos y psicológicos. Familiares. Expedientes judiciales	Las mismas (excepto los expedientes judiciales) y el historial clínico
Actitud del sujeto hacia la evaluación	Riesgo de simulación o de disimulación o de engaño (demanda involuntaria)	En general, sinceridad (demanda voluntaria)
Ámbito de la Evaluación	Estado mental en relación al objeto Pericial	Global
Tipo de informe	Muy documentado, razonado técnicamente y con conclusiones que contesten a la demanda judicial. Documento legal.	Breve y con conclusiones. Documento clínico

Intervención en la sala de justicia	Esperable. En calidad de perito	No esperable. En calidad de testigo-perito
-------------------------------------	---------------------------------	--

Teniendo en cuenta el capítulo anterior una de las técnicas que se pueden utilizar dentro del campo forense, para indagar sobre los diversos factores de riesgo que rodea al individuo y ocasionan ideaciones suicidas, es el inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa PANSI, el cual tiene una gran confiabilidad y validez en diversos países.

CAPITULO V: INVENTARIO DE IDEACIÓN SUICIDA POSITIVA Y NEGATIVA

PANSI

Este inventario ha sido utilizado en diversos países para comprobar su validez y fiabilidad en las conductas suicidas que tienen los adolescentes, debido a pensamientos negativos y positivos que presentan constantemente, llevando a que tengan intención de suicidarse como única salida a sus problemas.

5. Concepto

Osman et al. (1998) diseñaron un cuestionario que contiene de 14 ítems, este instrumento mide la frecuencia con que se presenta la ideación suicida en los adolescentes y adultos, incorporando pensamientos positivos y negativos de riesgo. Este inventario positivo y negativo de Ideación suicida (PANSI), se divide en dos sub-escalas: positivos ideación (PANSI-PI; seis puntos) y la ideación suicida negativo (PANSI-NSI; ocho ítems). Cada elemento consta de cinco opciones de respuesta de auto-evaluación anotado en una escala de 0 (nunca) a 5 (siempre). Las puntuaciones totales en las sub-escalas puede ser

calculado mediante la suma de todos los elementos. Las puntuaciones más altas representan ideación positiva respecto al suicidio y la ideación suicida negativa respectivamente. Se pide a los encuestados que informe la frecuencia de su ideación suicida durante unas 2 semanas de plazo. Llegaron a la conclusión de que el PANSI es un instrumento válido y fiable para la detección y el riesgo de la ideación suicida, y que factores están presentes en los jóvenes para tomar esta decisión.

5.1. Clasificación

Villalobos y Galvis (2010) explica las dos subescalas que se evalúan en el cuestionario PANSI, a) pensamientos negativos y b) pensamientos positivos:

Pensamientos negativos

Mide los pensamientos que hacen referencia a la conducta suicida, tales como el fracaso, la desesperanza, la baja autoeficacia, la frustración o la tristeza.

Ítems del factor de ideas suicidas negativas

1. ¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?
3. ¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?
4. ¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?
5. ¿Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?
7. ¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?

9. ¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?
10. ¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?
11. ¿Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?

Pensamientos positivos o pensamientos de protección frente al suicidio

En ellos se destaca la presencia de razones protectoras para no realizar un acto suicida, se presenta el sentido de control, la autoconfianza, las expectativas positivas, la alegría y la satisfacción con la vida.

Ítems del factor de ideas suicidas positivas

2. ¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?
6. ¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tu querías?
8. ¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?
12. ¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?
13. ¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?
14. ¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?

Del mismo modo, Villalobos y Galvis (2010) menciona que para realizar un análisis estadístico es adecuado utilizar el análisis factorial exploratorio (AFE), con el fin de evaluar la validez de la prueba. AFE, se usa para tratar de descubrir la estructura interna de un número relativamente grande de variables y factores asociados a estas. Es el tipo de análisis factorial más común.

5.2. Marco empírico del Inventario PANSI

Durante años se han realizado diversos estudios cuyo objetivo es demostrar la fiabilidad y validez de esta prueba en adolescentes con riesgo suicida de diferentes países, en donde se ha demostrado que este cuestionario es confiable para su aplicación, debido a que muestra con qué frecuencia se presenta la ideación suicida, los pensamientos positivos y negativos que rodean al individuo para que tengan este tipo de comportamiento.

Villalobos y Galvis (2010) se enfocó en realizar la traducción de inglés a español del inventario PANSI para comprobar su validez y fiabilidad dentro de nuestro país, debido a esto, ejecuto un estudio de tipo instrumental, donde utilizo una población de 643 estudiantes de colegios y universidades de San Juan de Pasto, la cual dividió en dos factores el primero pertenece a las ideas suicidas negativas, el segundo a los pensamientos positivos que tiene el individuo ante el suicidio, en los resultados se utilizó el SPSS 13 para Windows, en donde se encontró que en el análisis factorial exploratorio se explica el 64% de la varianza, y se ha demostrado coeficientes de consistencia interna superiores a 0.8 y buena evidencia de validez de constructo.

De esta manera, utilizo la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, para obtener la correlación de las variables, en la cual tuvo como resultado un coeficiente de 0.932, mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett le arrojó ($\chi^2 = 5581.48$; $gl=91$; $p<.001$) (Villalobos y Galvis, 2010).

Al analizar las estadísticas de los ítems del factor de ideas suicidas negativas encontró que las más comunes son: la depresión, la desesperanza, ideas suicida, autoestima baja y altos indicadores de gravedad que inducen a las conductas suicida, realizo la siguiente tabla:

Ítems del factor de ideas suicidas negativas

Ítems	Carga factorial
5. ¿Pensaste en matarte por qué no pudiste hacer Algo que era importante en tu vida?	.880
10. ¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	.872
7. ¿pensaste en matarte por qué no encontraste Una solución a un problema personal?	.861
9. ¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?	.859
11. ¿Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?	.836
3. ¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	.834
1. ¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?	.821
4. ¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?	.664

Fuente: Villalobos y Galvis (2010)

Por otro lado, analizó los factores de ideas suicidas positivas en donde se encuentra los pensamientos protectores para prevenir la ideación suicida, entre los más comunes se encontraron: el sentido de control, la autoconfianza, las expectativas positivas, la alegría y la satisfacción realizó la siguiente tabla:

Ítems del factor de ideas suicidas positivas

Ítems	Carga factorial
12. ¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?	.848
14. ¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?	.808
6. ¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tu querías?	.777
8. ¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	.771
13. ¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?	.666
2. ¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	.546

Fuente: Villalobos y Galvis (2010)

De la misma manera, realizó la correlación entre escalas y variables relevantes, en donde se evidencia que las escalas y subescalas del PANSI tienen relaciones positivas con en factores como la depresión, la desesperanza e ideas suicidas, mientras que tienen relaciones negativas se presentan en la escala de autoestima.

Tabla: Correlaciones entre escalas del PANSI y variables relevantes

	CESD	BHS	AER	IS-CESD
PANSI Ideas Negativas	.476	.377	-.371	.571
PANSI Ideas Positivas	.471	.462	-.475	.324
PANSI Total	.534	.478	-.495	.472

Nota: CESD = Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos; BHS = Escala de Desesperanza de Beck; AER = Escala de Autoestima de Rosenberg; IS-CESD = Escala de Ideas Suicidas de Roberts (citado por Villalobos y Galvis, 2010).

Finalmente Villalobos y Galvis (2009) concluye que el PANSI es una prueba psicométrica que se puede utilizar en adolescentes y jóvenes.

Por otro lado, Chang, Lin y Chou (2009) se enfocaron en traducir la versión en Inglés de la PANSI al chino (PANSI -C), de tal manera realizaron un estudio en Jóvenes taiwaneses, cuya muestra utilizada fueron 2.341 adolescentes entre las edades de 12 a 19 años, quince escuelas (siete escuelas medias y ocho escuelas secundarias) las cuales se seleccionaron al azar de una lista de escuelas de la ciudad de Taipei.

El diseño que manejaron para evaluar la validez y fiabilidad de la prueba fue un diseño longitudinal y prospectivo, la tasa de respuesta fue 93.71%. El instrumento que se administró para evaluar la fiabilidad fue el test-retest y para evaluar la validez se aplicó un año más tarde el mismo cuestionario, pero agregaron una nueva pregunta ¿han tenido intento de suicidio durante 2 semanas anteriores? Los estudios han demostrado que 70-91 % de los jóvenes de la comunidad que han experimentado ideación suicida o intento de suicidio tienen algún trastorno psicológico (en el estado de ánimo, ansiedad, comportamiento perturbador o consumo de sustancias psicoactivas), que han sido

identificados como factores de riesgo. Por último, se demostró que esta prueba tiene gran fiabilidad y validez en un país asiático.

De la misma manera, Osman et al. (1998) realizaron dos estudios para evaluar la frecuencia con que se presenta los pensamientos positivos y negativos que se relacionan con la conducta suicida. En el primer estudio se manejó un inventario de 20 ítems, se utilizó una población de 150 hombres y 300 mujeres estudiantes, se realizó un análisis factorial exploratorio eje principal con rotación varimax. Los dos factores, se retuvieron. En el segundo estudio, se realizó un análisis factorial confirmatorio, en una muestra de 84 hombres y 202 mujeres. También se examinaron las pruebas preliminares de la validez concurrente y predictiva. En conclusión estos estudios sugieren que el inventario es un auto-reporte desarrollado para evaluar la frecuencia de pensamientos positivos y negativos relacionados con la conducta suicida.

Teniendo en cuenta que el inventario del PANSI, no es el único que mide la ideación suicida, se puede evidenciar diversas pruebas, test e instrumentos que permiten identificar la causalidad del problema y que factores de riesgo influyen para que la persona tome la decisión de suicidarse. A continuación se hablara de algunas pruebas psicométricas que son utilizadas para medir este tipo de conducta pero no fueron utilizadas en el trabajo de grado.

5.3 Otras prueba psicométricas que miden la conducta suicida

Este inventario se puede apoyar de diferentes pruebas psicométricas que miden los diversos factores de riesgo que rodean la conducta suicida, y así obtener más información

sobre los pensamientos y sentimientos que rodea al individuo, entre los más comunes se presentan:

Escala de desesperanza de Beck

Identifica personas con trastorno psicótico con riesgo suicida. Es una escala auto administrada de respuestas dicotómicas. Consta de 19 ítems. En donde se tiene en cuenta la duración e intensidad del deseo que tiene la persona de morir. Se divide en 3 factores: preparación, deseo activo de morir, deseo pasivo de morir (Mingote y Jiménez, 2004).

Escala de ideación suicida de Beck

Esta prueba evalúa la intencionalidad suicida que tiene la persona y que acciones presenta. Contienen 19 ítems, donde tienen 3 opciones de respuesta que indican que tan alto es el grado de la intencionalidad suicida (Mingote y Jiménez, 2004).

Escala de intencionalidad suicida de Beck

Evalúa las características de la tentativa suicida que tiene la persona, entre ellas el pensamiento que tiene la persona sobre la vida y la muerte, conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol, entre otras. Se recomienda aplicarlo a personas que hayan tenido una tentativa suicida. Consta de 20 ítems, valorados en una escala de 3 puntos. Está formada en tres partes: objetivas, subjetivas y aspectos (Mingote y Jiménez, 2004).

Escala de evaluación del suicidio

Evalúa el riesgo de suicidio en personas que han intentado suicidarse. Consta de 20 ítems puntuados de (0-4) y sigue un formato tipo Likert, basada en una entrevista que puede durar entre 20 a 30 minutos (Villalobos y Galvis, 2009).

Inventario de razones para vivir

Evalúa creencias, intereses, expectativas en conductas suicidas que pueden ser adaptativas o amortiguadores (Villalobos y Galvis, 2009)

**CAPÍTULO VI: LINEAMIENTOS ÉTICOS DEL PSICÓLOGO Y NORMA
JUDICIAL**

6. Lineamientos éticos del psicólogo del código Deontológico y Bioético del Ejercicio de la Psicología Colombiana

Todo profesional de la psicología está obligado a conocer los términos en los que la normatividad tiene lugar, por ello es importante estipular cada uno de los artículos que se encuentran expuestos en Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología Colombiana (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2009) y serán la base fundamental para el desarrollo de la presente investigación, entre los que se encuentran los siguientes:

Artículo 1°. En el cual se pone de manifiesto la finalidad del psicólogo a la hora de aplicar sus conocimientos de forma válida, ética y responsable a favor de los individuos, los grupos o las organizaciones en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte

de conocimientos, técnicas y procedimientos que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad.

Artículo 2°. Los psicólogos deben estar regidos bajo los principios universales; para esta investigación se estará permeado bajo el principio de responsabilidad, confidencialidad y bienestar del participante; es importante aquí establecer que la información suministrada por el participante se registrará bajo el uso del consentimiento informado (entregado en este caso a las y los tutores).

Artículo 3°. Permite considerar al psicólogo como aquel agente capaz de contribuir a la comprensión de diversos fenómenos sociales por medio de la investigación científica.

Artículo 4 y 5. Él psicólogo podrá realizar su investigación por medio de grupos interdisciplinarios o instituciones las cuales sirvan de apoyo para el estudio a realizar.

Artículo 25. Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la Psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores.

En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía.

Artículo 49. Los profesionales serán los responsables del estudio, la metodología, materiales empleados, conclusiones y resultados así como la correcta divulgación de la información.

Artículo 51. Al llevar a cabo una investigación científica, el investigador deberá tener en cuenta que aquello que se desee investigar será importante y contribuirá de alguna manera a los participantes, además la información recogida durante el proceso deberá ser comunicada a los participantes y sus tutores para que tengan conocimiento de lo que se realizó.

Artículo 52. En los casos de menores de edad y personas incapacitadas, el consentimiento respectivo deberá firmarlo el representante legal del participante.

Artículo 56. En esta investigación, el psicólogo tiene derecho a la propiedad intelectual, y a la divulgación o publicación de la misma siempre y cuando manifieste su autorización.

Artículo 60. Solicitar la autorización pertinente cuando la investigación se lleve a cabo en una Institución, respetando los procedimientos de la misma. En el informe final, deberá dar crédito a las instituciones y personas que colaboraron para su realización.

Los anteriores artículos citados demuestran cómo se debe llevar a cabo los distintos procesos que se pueden abordar desde la psicología.

6.1. Ley 890 de 2004 sanción a la inducción o a la ayuda al suicidio en nuestro país señalada en el Código de Procedimiento Penal de Colombia

Considera que este artículo es de gran importancia para esta investigación, dado que el intento de suicidio no es un delito en Colombia, ya que se puede reflejar que existen pocas normas en nuestro país que castiguen este tipo de conducta.

El código de Procedimiento Penal de Colombia [29; Ley 890 de 2004, 14] menciona:

Artículo 107: *La inducción o la ayuda al suicidio*, El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.

Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años (Ortega, 2004)

CAPITULO VII

METODOLOGÍA

Diseño

Para los propósitos de la presente investigación, se utilizó un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo correlacional, ya que de acuerdo a lo planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2010) es descriptivo cuando se busca especificar las propiedades y las características de las personas y al mismo tiempo correlacionar por que se busca conocer la relación que existe entre dos o más conceptos bajo un mismo contexto.

Tipo de estudio

Para el desarrollo del proyecto, se realizara una investigación cuantitativa, ya que se puede obtener datos numéricos exactos de las variables que estamos analizando.

Para esto, se llevó a cabo un diseño descriptivo, debido que se va a relacionar los factores de riesgo que están presentes en la ideación suicida de los adolescentes de las Instituciones Educativas de la Localidad de Fontibón, de grados 10, colegios Distritales, no probabilístico, con el objetivo de identificar como estos afectan su vida y que factores protectores utilizan para prevenir el suicidio.

Paradigma epistemológico

De acuerdo a lo planteado en el objetivo y en los lineamientos del problema de investigación del presente estudio, el paradigma sobre el cual se soporta el desarrollo y fundamentación es el paradigma Empírico- analítico, ya que este permite describir, explicar y predecir sucesos mediante mediciones formales no contradictorias (Inche et al., 2003)

Muestra

Para esta investigación, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia, porque de acuerdo a lo planteado por Casal y Mateu (2003) este tipo de muestreo se caracteriza por la ausencia de métodos aleatorios y en donde la muestra tiene características similares a la población objeto de estudio

Participantes

Los participantes de la presente investigación fue un grupo de adolescentes conformado por 124 estudiantes de dos colegios Distritales de la localidad de Fontibón, de los grados décimo y undécimo con edades comprendidas entre 14 a 18 años.

Procedimiento

El procedimiento utilizado para la aplicación del inventario PANSI consistió en dos fases: una primera fase de acercamiento a las Instituciones Públicas y solicitud del permiso para la aplicación del inventario y una segunda fase la aplicación a los adolescentes.

En la primera fase, el acercamiento se hizo a dos Instituciones de Educación secundaria ubicados en la localidad de Fontibón durante el mes de Noviembre. Luego de haber hablado con las directivas y haber explicado los alcances de la investigación, se contó con la autorización para la aplicación del inventario PANSI a los estudiantes de decimo y undécimo grado.

Ya en la segunda fase, se asistió a los colegios en el mes de Enero para la aplicación del inventario PANSI a los estudiantes de decimo y undécimo grado, para así obtener los datos de un total de 124 estudiantes activos de ambas instituciones. La aplicación del inventario se realizó de manera individual y auto aplicada en cada uno de los salones de los estudiantes, en un promedio de 30 minutos.

Instrumento

Como único instrumento de evaluación se utilizó el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (Positive and Negative Suicidal Ideation – PANSI).

El PANSI (Osman et al., 1998) Es un instrumento que consta de 14 ítems, 6 de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (factores de riesgo), se evalúa que tan a menudo se presentan estos pensamientos en las últimas dos semanas. Se dividen en escalas de 5 puntos que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (siempre).

Identificación de Conceptos

Edad:

Según Frankl (1999) es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona, se divide en etapas de la vida humana reflejándose en la Infancia (desde el nacimiento hasta los 9 años), la adolescencia (desde los 10 hasta los 19 años, pero que está dividida en dos períodos: la Adolescencia temprana, desde los 10 hasta los 14 años y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años), la etapa adulta que inicia a los 20 y termina a los 59 años, por último la adulta mayor que comienza a los 60 años y termina al finalizar la vida.

Género:

Es una categoría taxonómica que se ubica entre la familia, reflejando los diferentes comportamientos, actividades y atributos que la sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (Frankl, 1999)

Factor de riesgo

Es cualquier característica que posee el individuo o comunidad directamente relacionada con una elevada probabilidad de dañar la salud, determinando el grado de vulnerabilidad que presenta una persona para cometer el acto suicida, en ellos se incluyen situaciones contextuales, socioculturales y psicopatologías específicas (Alcantar, 2002)

Factor protector

Son factores que disminuyen la tendencia al suicidio, en presencia de factores de riesgo, según Moya (2010) los divide en factores internos: personales y externos sociales o medioambientales.

Ideación Suicida: Es un acto de autodestrucción con intención de ocasionar daños físicos y psicológicos en la persona, en este proceso se presenta pensamientos ambiguos para cumplir con el objetivo deseado Stengel (1965, citado en Garcia, 2006)

CAPITULO VIII

RESULTADOS

Partiendo de los supuestos adquiridos en esta investigación, en donde se buscó identificar cuáles fueron los factores de riesgo presentes en la ideación suicida de adolescentes de media vocacional, con edades comprendidas entre 15 a 18 años, mediante la aplicación del Inventario PANSI en dos Instituciones Educativas de la localidad de

Fontibón, se llevó en una primera instancia para el desarrollo de los resultados un análisis descriptivo de las variables de estudio y luego un análisis desde el SPSS versión 17

Con relación a las características de la muestra estudiada, se evidencia que la muestra estuvo conformada con un total de 124 adolescentes, en donde el rango de edad estuvo entre los 14 y 18 años. En la tabla 4 se presenta con detalle la distribución de edades de los adolescentes.

Tabla 4. Distribución de la muestra según sus edades (n=124)

sujeto	Edad								
1	15	26	15	51	16	76	18	101	17
2	15	27	15	52	16	77	17	102	16
3	15	28	15	53	16	78	17	103	16
4	17	29	17	54	16	79	17	104	18
5	15	30	16	55	16	80	17	105	15
6	15	31	14	56	17	81	17	106	15
7	15	32	16	57	16	82	17	107	16
8	16	33	16	58	16	83	17	108	18
9	15	34	16	59	16	84	18	109	15
10	16	35	16	60	16	85	17	110	16
11	15	36	16	61	16	86	17	111	18
12	15	37	16	62	17	87	17	112	16
13	15	38	16	63	17	88	17	113	16
14	15	39	16	64	16	89	16	114	17
15	15	40	16	65	16	90	16	115	18
16	15	41	16	66	17	91	17	116	16
17	17	42	16	67	16	92	17	117	18
18	15	43	16	68	16	93	17	118	18
19	15	44	16	69	16	94	17	119	18
20	15	45	15	70	18	95	17	120	17
21	15	46	16	71	16	96	16	121	18
22	15	47	16	72	16	97	17	122	17
23	16	48	16	73	17	98	17	123	18
24	15	49	16	74	16	99	16	124	17
25	17	50	16	75	16	100	16		

De igual forma, en la tabla 5 se presenta las propiedades descriptivas del estudio de la variable edad con relación a la muestra estudiada. Se encontró que de los 124 adolescentes estudiados, el género femenino tuvo la mayor frecuencia (77 mujeres) a comparación del género masculino (47 hombres). Con relación a lo descriptivo de los géneros, estas propiedades están enfocadas a los valores de tendencia central como lo son la media, la moda y la mediana, junto con los valores máximos y mínimos de las edades por género acompañado de los valores relacionados con la varianza y desviación muestral.

Tabla 5. Características estadísticas de la muestra

	N	media	mediana	Moda	v. máximo	v. mínimo	varianza	d. estándar
Hombre	47	16,22	16	16	18	14	0,92349479	0,97137571
Mujer	77	16,1472	16	16	18	15	0,78023275	0,88910009

Por otra parte, para dar inicio a la presentación de los resultados y sus respectivo análisis desde el SPSS versión 17, en la tabla 6 se presenta la frecuencia de respuesta por cada uno de los adolescentes en las 14 preguntas del inventario. A partir de lo obtenido en estos resultados, se evidenció una alta tendencia hacia la respuesta 0 (Nunca) en la muestra estudiada, lo cual indica q los adolescentes de las Instituciones Educativas de la Localidad de Fontibón presentan ideación suicida, pero no han intentado ejecutarlo.

Tabla 6. Frecuencia de respuestas por ítem y por opción de respuesta

	0	1	2	3	4
pregunta 1	78	26	18	2	-

pregunta 2	4	15	60	41	4
pregunta 3	96	18	9	1	-
pregunta 4	80	23	15	3	3
pregunta 5	91	14	17	2	-
pregunta 6	7	11	46	39	21
pregunta 7	80	26	13	3	2
pregunta 8	4	7	22	42	49
pregunta 9	87	21	14	1	1
pregunta 10	91	25	5	1	2
pregunta 11	79	24	15	3	3
pregunta 12	4	13	28	40	39
pregunta 13	2	6	11	25	80
pregunta 14	1	3	12	41	67
TOTAL	704	232	285	244	271

Análisis Factorial Exploratorio del SPSS Windows 17

Para el análisis de resultados se utilizó el Análisis Factorial Exploratorio del programa SPSS Windows versión 17, con el fin de obtener datos estadísticos de las variables utilizadas en la prueba aplicada en las Instituciones Educativas de la localidad de Fontibòn.

De esta manera, En la Tabla 7. Se puede evidenciar que existe correlación entre las variables, debido a que se utilizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, donde se obtuvo un coeficiente de .829 el cual se acerca a grado 1, indicando que existe asociación entre las variables utilizadas. Por otro lado, en la prueba de esfericidad de Bartlett se obtuvo como resultados ($\chi^2:702.18$; gl: 91).

Tabla 7. Análisis estadístico de correlación de variables inventario PANSI

Correlación de variables		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.829
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	702.218
	gl.	91

Los siguientes resultados se obtuvieron de una escala de 0 a 1 en donde se toma como valor principal el 1, por que muestra la validez entre las variables que fueron utilizadas en el inventario de ideación suicida positiva y negativa el PANSI, ya que los valores que más se acercan al 1 son los factores que utilizan los adolescentes para ejecutar o prevenir la conducta suicida.

Por otro lado, en la Tabla 8 se evidencia el análisis factorial de los ítems de ideación suicida negativa, en donde prevalecen los pensamientos negativos que tienen los adolescentes de las Instituciones Educativas de la Localidad de Fontibòn, frente a la conducta suicida, ya que la consideran como única salida a sus problemas. Entre los factores de riesgo con más puntuación se evidencia la tristeza en un rango de .962, la soledad y la depresión con puntuación de .961, entre las puntuaciones intermedias se refleja la ideación suicida con valores de .895 a .749 y por último se encuentra la desesperanza con .642.

Tabla 8. Análisis factorial de ideación suicida negativa

Ítems	Análisis factorial
4. ¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?	.962
11. ¿Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?	.961
7. ¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?	.895
1. ¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?	.800
9. ¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?	.790
5. ¿Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?	.789
10. ¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	.749
3. ¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	.642

De igual manera, en la tabla 9 se puede evidenciar el análisis factorial de la ideación suicida positiva, en donde se relejan los pensamientos de protección que utilizan los adolescentes de las Instituciones Educativas Distritales de la Localidad de Fontibòn, para prevenir la ideación suicida, entre las puntuaciones más altas se encuentra la autoconfianza con un valor de 1.101, la esperanza con 1.054, la alegría con un rango de 1.048, entre las puntuaciones intermedias se evidencia la satisfacción con la vida con un .954 y en la calificación baja se presenta el autocontrol con .821 a .819

Tabla 9. Análisis factorial de ideación suicida positiva

Ítems	Análisis factorial
12. ¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?	1.101
6. ¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tú querías?	1.054
8. ¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	1.048
13. ¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?	.954
14. ¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?	.821
2. ¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	.819

CAPITULO IX

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo fue identificar cuáles fueron los factores de riesgo presentes en la ideación suicida de adolescentes de media vocacional, con edades comprendidas entre 14 a 18 años, mediante la aplicación del Inventario PANSI en dos Instituciones Educativas de la localidad de Fontibón. Dentro de los resultados que se obtuvieron se encontró que de los 124 adolescentes estudiados, el género femenino tuvo la mayor frecuencia (77 mujeres) a comparación del género masculino (47 hombres).

Para este proyecto fue importante aplicar este Inventario, ya que es un instrumento que mide la ideación suicida en adolescentes, los cuales son el tipo de muestra que se utilizó. Se consideró el instrumento más viable para la aplicación en las Instituciones, debido a que se han realizado diversos estudios con diferentes versiones en países como Estados Unidos, Taiwán y Colombia que confirman la validez y confiabilidad que tiene esta prueba en sus resultados.

Se encontró que los factores de riesgo presentes en las conducta suicida en los adolescente son similares entre los países y los resultados que se obtuvieron en este trabajo, entre los más comunes se manifiesta: la desesperanza, la soledad, la tristeza y la pérdida de control, los cuales son las causas que más intervienen para que la persona tome este tipo de conducta buscando solución a sus problemas. Por otro lado, se obtiene los factores protectores que son utilizados para prevenir la ideación suicida, predominando el autocontrol, la alegría y la satisfacción con la vida.

Paralelamente, para la investigación de los resultados se utilizó el programa SPSS Windows 17, con el objetivo de obtener el análisis factorial exploratorio de la prueba, en donde se evidencio que existe correlación entre las variables que se midieron, alcanzando un puntaje de .829, el cual se logra con la medición de una escala de 0 a 1 en donde se toma como valor principal el 1. De esta manera, se confirmó la validez que tuvo la prueba aplicada en las Instituciones Educativas de la Localidad de Fontibón mostrando que los valores con puntajes más altos son las causas que llevan a que los adolescentes presenten conducta suicida.

En un proyecto citado con anterioridad de Villalobos y Galvis (2010) llamado “Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI, en estudiantes Colombianos” obtuvieron como resultado que los adolescentes de nuestro país si presentan ideación suicida, esto se debe a que se presentan diversos factores de riesgo que incentivan la conducta suicida entre los más comunes se encuentran: la depresión, la desesperanza, las ideas suicidas y la baja autoestima, en comparación con los resultados obtenidos en este trabajo las causas que más llevan a los adolescentes de las Instituciones Educativas Distritales de la Localidad de Fontibón a tomar este tipo de conducta como salida a sus problemas se encontraron con puntuaciones altas: la tristeza con un puntaje de .962, la soledad y la depresión con valoración de .961, la ideación suicida con valores de .895 a .749 y por último la desesperanza con .642

Por otro lado, Villalobos y Galvis (2010) muestran que los factores protectores que previenen la ejecución de la conducta suicida en los adolescentes tienen puntuación alta en la prueba, entre los más comunes encuentran: el sentido de control, la autoconfianza, las expectativas positivas, la alegría y la satisfacción. Comparado con los resultados de este trabajo se evidencia que: la autoconfianza con un valor de 1.101, la esperanza con 1.054, la alegría con un rango de 1.048, son las conductas que más utilizan los adolescentes de las Instituciones Educativas Distritales de la Localidad de Fontibón para prevenir la ideación suicida, seguido por la satisfacción con la vida con un .954 y el autocontrol con .821 a .819.

De la misma manera, Núñez y Olivera (2008) realizaron un estudio en personas entre el rango de edad de 16 a 29 años, reportadas con intento de suicidio en las

instituciones educativas del departamento del Huila. Encontrando como resultado que los factores de riesgo que más se presentan en esta población son: personas que tienen antecedentes familiares con suicidio o que han presentado trastornos psiquiátricos, la depresión, problemas de alcohol y la baja autoestima. Comparado con este trabajo se puede evidenciar nuevos factores de riesgo tanto psicológicos y familiares que incentivan a los adolescentes a presentar conductas suicidas.

Por otra parte, Pérez, Téllez y Vélez (2012) se enfocaron en realizar un estudio para determinar la probabilidad de riesgo suicida y los factores asociados en estudiantes de secundaria de tres colegios bogotanos. La población que encuestaron estuvo en un promedio de edad de 9 a 17 años. Entre los resultados que se obtuvieron como factores de riesgo más relevantes para la conducta suicida fueron: la depresión, la baja autoestima, la violencia intrafamiliar y como factores de protección se evidenciaron las buenas relaciones familiares.

Con respecto a lo anterior, se puede mencionar que existen diversos factores de riesgo que rodean la conducta suicida, entre los más importantes se encuentran: los vínculos familiares, sociales y emocionales, debido a que tiene gran influencia para que se tome este tipo de decisión, se puede evidenciar también que la población más vulnerable para cometer este tipo de conducta son los adolescentes, ya que se encuentran más propensos a problemas que los rodean a diario y no buscan salidas adecuadas para solucionarlos.

Finalmente, es necesario tener en cuenta los factores protectores que se pueden utilizar para prevenir este tipo de conducta, ya que así se puede disminuir esta problemática que se encuentra a nivel mundial y se le da más valor a la vida.

Ahora bien, con relación al componente forense, se evidencia que en los estudios desarrollados anteriormente junto con los obtenidos en esta investigación, hay consenso en torno a los factores de riesgo y de protección que tienen los adolescentes en torno a la ideación suicida. Sin embargo, los aportes desde la psicología jurídica como campo de aplicación de la psicología como ciencia son poco visibles. De acuerdo con lo planteado por Sierra, Jiménez y Buela-Casal (2006), los alcances que tiene la psicología forense en su práctica profesional esta, entre otros, el de

Establecer unas pautas más idóneas para evaluar la conducta humana dentro del ámbito judicial (teniendo en cuenta los distintos factores que afectan dicha conducta, como por ejemplo la salud mental, motivación, consecuencias, contexto social, responsabilidad, seguridad, antecedentes culturales, etc (pág. 74)

Así, desde la psicología forense lo que se busca es aportar la mayor cantidad de evidencias posibles que sean de utilidad para el sistema de justicia. En este orden de ideas, Urra (2002, citado por Jiménez, 2008) expone que la actuación del psicólogo forense se encuentra establecida dentro de los siguientes lineamientos: exploración, evaluación diagnóstico de las relaciones, pautas de interacción, personalidad, inteligencia, aptitudes, actitudes, entre otras características de la persona implicada en un proceso judicial.

En este orden de ideas, lo que se busca concientizar desde la psicología forense hacia la problemática del comportamiento del suicidio y su manifestación de los factores de riesgo y protectores que conducen a la ideación, es en torno a dos factores propios de la evaluación psicológica forense: por un lado la peligrosidad y por el otro la reincidencia (en caso que el acto suicida sea fallido).

Por ello, al hablar de peligrosidad el cual es entendida como la tendencia de cometer actos peligrosos, manifestada en conductas que sean dañinas para sí mismo o para otros, durante un periodo de tiempo determinado (Jiménez, 2001, citado por Jiménez, 2008). De igual forma, con relación al factor de reincidencia, surge como variables de análisis un listado de factores que están presentes en la comisión de un hecho delictivo. Por ejemplo, Grath (1991, citado por Sánchez y Dubroca, 2001) afirma que estas son algunas de las variables que conducen a la reincidencia: 1. No tener un empleo; 2. Pertenecer a clase socioeconómica baja; 3. Inexistencia de los lazos familiares; 4. La presencia de parafilias; 5. Historial penal; 6. Uso de la fuerza para cometer los actos delictivos y 7. No estar casado.

De igual forma coincide De Castro & Ponce (2009, citados por Amar y Tirado 2011), al afirmar que la psicología forense está dedicada al peritaje, en busca de responder a las preguntas de la justicia encaminada hacia los siguientes objetivos: a la inimputabilidad, a la perturbación y capacidad psicológica de los actores jurídicos, a la veracidad del testimonio, a la peligrosidad y a la reincidencia, al análisis de los factores de atenuación o agravación punitiva.

En este orden de ideas, el hablar de la problemática de la ideación suicida dentro del contexto forense, y teniendo como base los datos obtenidos en la población adolescente objeto de estudio de la presente, resulta inequívoco pensar que efectivamente hacen falta tomar medidas que permitan minimizar el riesgo desde lo forense (es decir desde la evaluación y su intervención legal) para aportar datos desde la evidencia al Sistema Jurídico Colombiano y determinar las repercusiones de este tipo de conductas en el contexto socio-jurídico.

De esta forma, resulta de manera interesante el abordar la ideación suicida desde la psicología forense por que permite comprender la dinámica del este tipo de conducta, y teniendo como base un sustento clínico, fundamentar el actuar profesional del psicólogo forense no solo en mirar hacia la evaluación de las conductas manifiestas, sino de la minimización de las mismas a partir de la predicción.

RECOMENDACIONES

Surge como necesidad la puesta en marcha y su continuación en la aplicación del inventario PANSI con fines forenses a la población juvenil colombiana, para extender los propósitos de la investigación y determinar en un n muestral mas significativo para la población el mayor y menor ocurrencia de los factores de riesgo y protectores.

De igual forma, y a partir de los datos obtenidos en los 124 adolescentes en donde se encontraron la ocurrencia de unos factores de riesgo muy marcados a partir del análisis

factorial desarrollado, ampliar la muestra a nivel distrital y nacional para así poder realizar comparaciones de los resultados entre los colegios públicos y privados para determinar si existen diferencias o no de acuerdo a tipo de plantel educativo.

Simultáneamente, se recomienda continuar con la aplicación del inventario PANSI con fines forenses y determinar el factor de ocurrencia de la ideación suicida para servir como una prueba objetiva que permita minimizar los índices de peligrosidad y de reincidencia en la comisión de las conductas atípicas que atentan contra la integridad física y psicológica de sí mismo.

Finalmente, se recomienda establecer políticas de salud y profundizar en las existentes que estén encaminadas a la prevención del riesgo suicida en los adolescentes, basado desde el contexto normativo de la justicia colombiana y sustentado dentro del ejercicio de la psicología forense como ciencia auxiliar del Derecho, a partir de la aplicación del PANSI para apoyar los procedimientos de evaluación e intervención en busca de mejorar la calidad de vida del adolescente colombiano.

REFERENCIAS

Alcantar, M.I. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. México. Facultad de psicología. Recuperado de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_isabel_alcantar.pdf

Alba, L. (2010). *Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención*. Bogotá (Colombia). Facultad de Psicología Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/V51n1/Universitas%20M%E9dica%20Vol.%2051%20No.%201/Salud%20de%20la%20adolescencia.pdf>

Amar, J y Tirado, D. (2011) *Definiendo la Psicología Forense*. En: *Psicología Forense: Estudio de la mente criminal*. Edith Aristizabal y Jose Amar (Compiladores). Colombia: Ediciones Uninorte.

Andrade, J., Téllez, C y Giraldo, L. (2013). *La Autopsia Psicológica en Colombia: Exploración Psicobiografica del Suicidio*. Universidad de San Buenaventura Medellín. *Revista Internacional de Psicología*, 12 (2), 13-24. Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/70/67>

Arias, M; Marcos, S. (2008). *Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo*. Santiago de Cuba. Policlínico Rafael Pantoja Ruiz, Palma Soriano, 13 (1), 3-5. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000100005

Bausela, E. (2008). *Estrategias para prevenir el bullying en las aulas*. Madrid. *Psychosocial intervention*, 17(3), 364-370. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592008000300011&script=sci_arttext

Barbosa, L. (2011). *Suicidio: un reto para las comunidades educativas*. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342012000200016>

Barney, G y Cespedes, J. (2009). *Abuso Sexual Infantil*. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: [http://www.asociacionpaideia.org/descargas%20documentos/2011/Guia%20para%20docentes%20\(Republica%20Dominicana\)%20Deteccion%20de%20Abusos.pdf](http://www.asociacionpaideia.org/descargas%20documentos/2011/Guia%20para%20docentes%20(Republica%20Dominicana)%20Deteccion%20de%20Abusos.pdf)

Calderón, M y Vela, C. 2009. *Evaluación Psicológica Forense de niños (as) de 3 a 10 años en Proceso de Investigación en el Departamento Médico Forense del Instituto Nacional de Ciencias Forenses –INACIF*. Universidad de San Carlos de Guatemala Escuela de Ciencias Psicológicas. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2761.pdf

Campos, M., Padilla, S y Valerio, J. (2004). *Prevención de suicidio y Conductas Autodestructivas en Jóvenes*. Costa Rica. Ed. Liceo Aserri. Recueperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ay/ay3n1-2/art4.pdf>

Casal, J. y Mateu, E. (2003). *Tipos de muestreo*. Revista epidemiológica de medicina preventiva,(1), 3-7. Recuperado de <http://minnie.uab.es/~veteri/21216/TiposMuestreo1.pdf>

Casullo, M. (2007). *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social*. Buenos Aires. Facultad de Psicología. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862005000100017&script=sci_arttext

Centro de escritura javeriano (2011). *Normas APA*. Recuperado de http://centrodeescritura.javerianacali.edu.co/index.php?option=com_content&view=article&id=138:normas-apa&catid=45:referencias-bibliograficas&Itemid=66

Chang, H., Lin, C y Chou, K. (2009). *Chinese Version of the Positive and Negative Suicide Ideation: Instrument Development*. Journal of Advanced Nursing 65(7), 1485–1496. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/24441239_Chinese_version_of_the_positive_and_negative_suicide_ideation_instrument_development/file/72e7e516ff1b399e80.pdf

Christensen, C. (1995). *Intencionalidad suicida*. Trabajo de tesis. Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología.

Conger, J. (1980). *Adolescencia. Generación presionada*. México: Harla.

Cortes, A., Aguilar, J., Medina, R., Toledo, J y Echemendia, B. (2010). *Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes*. Habana, Cuba. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, 8 (1), 15-23. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000100003&script=sci_arttext

Cruz, F., Roa, V y Sepúlveda, G. (2005). *Intento Suicida en Niños y Adolescentes*. Revista Gaceta médica espirituaana. (9), 23 – 35. Recuperado de: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/cruz_f/sources/cruz_f.pdf

Delgado, S., Esbec, E y Revuelta, J. (1994). *Psiquiatría Legal y Forense*. Tomo I, cap. 50. España: Editorial Colex. Recuperado de: <http://www.casadellibro.com/libro-psiquiatria-legal-forense/9788478791880/470255>

Echeburua, E., Muñoz, J y Loinaz, I. (2011). *La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro*. International Journal of Clinical and Health Psychology. 11(1), 141-159. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33715423009>

Frankl V. (1999). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Ed. Herder Barcelona. Recuperado de: <http://www.casadellibro.com/libro-el-hombre-en-busca-del-sentido-ultimo-el-analisis-existencial-y/9788449307041/654873>

García, N. (2006) *Ideación e Intento Suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas*. México. Recuperado de: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_nayeli.pdf

Gesell, A. (1958). *El adolescente de 10 a 16 años*. Argentina: Piados. 4ª edición

Giraldo, J. (2009). *Colegio colombiano de Psicólogos, Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología en Colombia*. Bogotá, Colombia. Ed. Javegraf.

Gómez et al., (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXI (4), 283-298. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v31n4/v31n4a02.pdf>

González et al., (2010). Suicidio y género Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 29(2), 252-267. Recuperado de: http://www.buscandoanimo.org/Descargas/Biblio/Autopsia/08_Suicidio%20y%20g%E9nero%20en%20Antioquia%20-%20Gonzalez.pdf

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta edición. México: Mc Graw Hill.

Inche et al., (2003). *Paradigma cuantitativo: un enfoque empírico- analítico*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Industrial data, 6 (1), 23-37. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81606104>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2000). *Los suicidios*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2000/Suicidios.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2001). *Suicidios en Colombia*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2001/Suicidios.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2002). *Los Suicidios en Colombia entre el libre albedrío y la prevención*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2002/Suicidios.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2003). *Conducta Suicida según ciclo vital*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2003a/Suicidio.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2004). *Suicidio*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2004/Suicidio.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2005). *Filicidio-suicidio. Un reto por estudiar*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2005/Suicidio.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2006). *El suicidio y su prevención*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2006/Suicidios.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2007). *Epidemiología de los suicidios en Colombia*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2007/Suicidio.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2008). *Suicidio en Colombia*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2008/Suicidio.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2009). *Suicidio en Colombia, Epidemiología*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2009/Suicidio.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2010). *La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2010/SUICIDIO.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2011). *Comportamiento del Suicidio en Colombia*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2011/6-F-11-Suicidio.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2012). *Violencia autoinfligida desde el sistema médico-legal colombiano*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2012/5%20suicidio%20forensis%202012.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis. (2013). *Suicidio*. Recuperado de: www.medicinalegal.gov.co/2013

Izard, C., Malatesta, C. (1987). *Perspectivas sobre Desarrollo Emocional: evidencia para la teoría de la emoción discreta*. New York. Ed. Handbook of infant development.

Jackson, S. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Ed. Turner. Recuperado de: <http://www.casadellibro.com/libro-historia-de-la-melancolia-y-la-depresion/9788475062570/506560>

Jiménez, M y Ruiz, C. (2011). *Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes*. España. Universidad de Oviedo. 11 (1), 33-56. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen11/num1/281/desordenes-afectivos-crisis-de-identidad-ES.pdf>

Jiménez, M. (2009). Evaluación Psicológica Forense. *Revista licenciatura criminal*. <http://www.marisolcollazos.es/psi-crimi-II/Evaluacion-psicologica-forense.html>

Jiménez, W. (2008). *Evaluación Psicológica forense en la Seguridad Ciudadana*. Psicología Colombiana - Sociedad Colombiana de Psicología. Boletín No. 25. Pp.12 – 16

Moya, C. (2010). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf

Mingote, J y Jiménez, M. (2004). *Suicidio: asistencia clínica: guía práctica de psiquiatría médica*. España. Ediciones Díaz de Santos. S.A. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/111471575/Suicidio-Asistencia-clinica-Guia-practica-de-psiquiatria-medica>

Moron, P. (1992). *El suicidio*. México. Lito arte S.A. Recuperado de: [http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=YkXpHvT9GXcC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Moron,+P.+\(1992\).+El+suicidio&ots=33QeOv3eF&sig=z5_ZK1dBwLQRmCDqaGPKfsQlieY#v=onepage&q=Moron%2C%20P.%20\(1992\).%20El%20suicidio&f=false](http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=YkXpHvT9GXcC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Moron,+P.+(1992).+El+suicidio&ots=33QeOv3eF&sig=z5_ZK1dBwLQRmCDqaGPKfsQlieY#v=onepage&q=Moron%2C%20P.%20(1992).%20El%20suicidio&f=false)

Morris, C. (1997). *Psicología*. Un nuevo enfoque. México: Prentice Hall.

Núñez, N y Olivera, S. (2008). *Perfil multidimensional de personas que han realizado intento de suicidio*. Neiva –Colombia. Universidad Sur Colombiana. 4(10), 85-100. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111670005>

Osman et al., (1998). *The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: development and validation*. Psychological Reports. 61 (4), 783–793. Recuperado de: [http://www.researchgate.net/publication/10965614_The_Positive_and_Negative_Suicide_Ideation_\(PANSI\)_inventory_psychometric_evaluation_with_adolescent_psychiatric_inpatient_samples](http://www.researchgate.net/publication/10965614_The_Positive_and_Negative_Suicide_Ideation_(PANSI)_inventory_psychometric_evaluation_with_adolescent_psychiatric_inpatient_samples)

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Ortega, J. (2004). *Código de Procedimiento Penal*. Colombia. Ed. Temis S.A

Palacio, J., Pinilla, N., Pretelt, J y Sachica, M. (2011). *Sentencia T-905/11*. Corte Constitucional Colombia.

Palacio, A. (2010). La Comprensión Clásica del Suicidio. De Emilse Durkheim a nuestros días. *Revista AfectivoSocietatis, Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia Medellín*. Colombia, 7 (12). Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/afectivosocietatis/article/viewFile/6318/6520>

Papalia, D., Wendkos, S. (1997). *Desarrollo Humano*. Bogotá, Colombia. Ed. McGraw-Hill, Interamericana, S. A.

Pasturino, B., Vallarino, V y Lima, M. (2004). Estudio sobre suicidios consumados. Población usuaria del Hospital Viladerbo. Uruguay. *Revista psiquiátrica*. 68 (2) 147-161. Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/03_estudio.pdf

Pedreira, M. (1995). *Las Conductas Suicidas en la Infancia y la Adolescencia*. España. Manuales Universitarios. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=CNZR9LgdtwsC&pg=PP13&lpg=PP13&dq=Las+Conductas+Suicidas+en+la+Infancia+y+la+Adolescencia.+pedreira>

Pérez, I., Téllez, D y Vélez. A. (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 41(1) 26-47. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80624093004.pdf>

Saborio, C. (2005). *Estrategias de evaluación psicológica en el ámbito forense*. Costa Rica. 22 (1). Recuperado de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152005000100004

Sánchez, M y Dubroca, I. (2001). *Evaluación psicológica Forense*. Fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia. Volumen 1. España: Amarú ediciones.

Sierra, J., Jiménez, E. y Buela, G. (2006). *Psicología Forense: Manual de técnicas y aplicaciones*. España: Biblioteca nueva

Soler, P y Gascón, J. (2005). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. 3. Ed. España. Ed. Ars Médica. Recuperado de: <http://www.suicidioprevencion.com/pdf/RTM3.pdf>

Redondo, C y Ortiz, M. (2005). El abuso sexual infantil. *Revista Bol Pediatría*. (45): 3-16. Recuperado de: http://www.sccalp.org/documents/0000/1023/BolPediatr2005_45_003-016.pdf

Rodríguez, J. (1998). *Psicopatología del Niño y del Adolescente*. España. Universidad de Sevilla. Recuperado de: [http://books.google.com.co/books?id=SCdQBkxcgOYC&pg=PA188&lpg=PA188&dq=Rodr%C3%ADguez,+J.+\(1998\).+Psicopatolog%C3%ADa+del+Ni%C3%B1o+y+del+Adolescente](http://books.google.com.co/books?id=SCdQBkxcgOYC&pg=PA188&lpg=PA188&dq=Rodr%C3%ADguez,+J.+(1998).+Psicopatolog%C3%ADa+del+Ni%C3%B1o+y+del+Adolescente)

Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. España. Ed. Masson. Recuperado de: <http://books.google.com.co/books?id=wEpxUYmKIKUC&printsec=frontcover&dq=libro+vallejo+introduccion+a+la+psicopatologia+y+psiquiatria+1991&hl=es&sa=X&ei=xeE5U7bnD8bhsASb3oCACg&ved=0CDsQ6AEwAg#v=onepage&q&f=false>

Villagómez, R., Balcázar, A y Paz, R. (2005). *Suicidio en jóvenes*. Revista. Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México, 2, 54 –55. Recuperado de: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48-2/RFM48204.pdf>

Villalobos y Galvis, F. (2009). *Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior (Tesis doctoral, Universidad de Granada, España)*. Recuperada de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf>.

Villalobos y Galvis, F. (2010). *Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa – PANSI, en estudiantes colombianos*. Universidad de Nariño, 9(2), 509-520. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a17>

**CAPITULO X
ANEXOS**

CUESTIONARIO PANSI



Sexo: Mujer _____ Hombre: _____ Edad: _____ Institución: _____

Curso: _____ Jornada: _____

Recibe un cordial saludo.

Esta hoja contiene una serie de afirmaciones referentes a tu forma de pensar y sentir respecto de distintos temas. Lee atentamente cada una y decide en qué grado estás de acuerdo o en desacuerdo con una X. La respuesta se puede elegir entre cinco alternativas. Responde cada frase en la forma en que más se acerque a tu manera habitual de pensar y sentir. En las últimas dos semanas.

RECUERDA

Esta encuesta es anónima y que no hay respuestas buenas o malas, por eso te pedimos que respondas de la forma más honesta posible.

***TODA LA INFORMACION DILIGENCIADA EN ESTE FORMULARIO ES DE
CARACTER CONFIDENCIAL.***

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has considerado seriamente matarte porque no pudiste cumplir con lo que otras personas esperaban de ti?					
2. ¿Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?					
3. ¿Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?					
4. ¿Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar					

muerto?					
5. ¿Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?					
6. ¿Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tú querías?					
7. ¿Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?					
8. ¿Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?					
9. ¿Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?					
10. ¿Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?					
11. ¿Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?					
12. ¿Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?					
13. ¿Sentiste que valía la pena vivir la vida?					
14. ¿Tuviste confianza en lograr tus metas en el futuro?					



Fundación Universitaria Los Libertadores

Consentimiento Informado

Fecha: _____

Yo _____ identificado con
C.C. _____ de _____ y con T.D. _____ por medio del presente
autorizo la aplicación del "*inventario de Ideación suicida Positiva y negativa -
PANSI*", por parte de la psicóloga practicante **Leidy Katherine Pescador Varón**.

Por otro lado, certifico que me fue explicado el objetivo de la aplicación del
cuestionario y que el alcance de estos resultados será únicamente académicos; por
ende, tengo claridad que participar en el mismo no es válido como actividad para
redención de pena o algún otro procedimiento similar.

Por todo esto, acepto participar y en constancia de lo anterior firmo.

Firma

Nombre Completo:

C.C.:

TD: