LA ESCUELA COMO ESPACIO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS AUTOLÍTICAS: ESTUDIO APLICADO EN ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE PALMIRA (V) AÑO 2015

HARVEY CANDELO QUINTERO

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

RED DE UNIVERSIDADES ESTATALES DE COLOMBIA (RUDECOLOMBIA)

PROGRAMA DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

POPAYÁN

2020

LA ESCUELA COMO ESPACIO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTAS AUTOLÍTICAS: ESTUDIO APLICADO EN ESCOLARES DEL MUNICIPIO DE PALMIRA (V) AÑO 2015

HARVEY CANDELO QUINTERO

Tesis como requisito para optar al título de

Doctor en Ciencias de la Educación

Directora

MARY EDITH MURILLO FERNÁNDEZ

PH.D.

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

RED DE UNIVERSIDADES ESTATALES DE COLOMBIA (RUDECOLOMBIA)

PROGRAMA DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

POPAYÁN

2020

Nota de aceptación:

Aprobado por el Comité de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad del Cauca y Rudecololombia para optar al título de Doctor en Ciencias de la Educación

_____
Jurado

_____
Jurado

_____
Jurado

Popayán, abril 30 de 2020

A mi madre…

A mi hijo…

A mi Luciana…

A mis temores…

Agradecimientos

Agradezco a todas y cada una de las personas que contribuyeron para alcanzar este sueño: Al Dr. Luis Evelio Álvarez por haber creído en la importancia del tema, a la Dra. Mary Edith Murillo Fernández por no dejarme desfallecer, su ánimo y orientación fueron vitales para asumir el reto de investigar a fondo una problemática silente y presente, a Cris por el apoyo incondicional, cuando estuve a punto de abandonar el camino me brindaste el empuje para continuar el recorrido y no claudicar. A los alcaldes que contribuyeron con las comisiones de estudio y reconocieron que Palmira necesitaba trabajar el tema.

Agradecimiento especial a los estudiantes de la Institución Educativa Técnica Comercial del Valle, fueron el mejor aporte para hacerle frente al flagelo del suicidio.

Índice

Contenido	**Pág.**
Lista de figuras	9
Lista de tablas	10
Lista de anexos	11
Resumen	12
Introducción	14
Capítulo 1	17
Antecedentes investigativos del estudio y principales teóricos de la suicidiología	17
Delimitación de la revisión del estado del arte	17
Hallazgos finales	23
Capítulo 2	29
Generalidades y epidemiología del suicidio	29
Antecedentes históricos del suicidio	29
Una mirada global del suicidio	33
El suicidio en Colombia	34
El suicidio en Palmira	36
Los factores de riesgo suicida	39
Los factores protectores ante el suicidio	42
Conceptos claves en suicidiología	42
Capítulo 3	46
Teorías de soporte de las conductas autolíticas	46
Perspectivas sociológicas	50

Perspectivas psicológicas 54

Perspectiva biológica 58

Sistemas ambientales y afrontamientos 69

Otros factores de riesgo ambientales 75

Transiciones y crisis de la vida 80

Estilos de afrontamiento 86

Estrategias de afrontamiento 87

Modelos que sustentan el suicido 89

Capítulo 4 100

Metodología de investigación 100

Historia de vida 102

Pregunta de investigación 115

Objetivos de investigación 117

Objetivo general 117

Objetivos específicos 117

Sujetos empíricos de la investigación 118

Diseño de investigación 118

Recolección de datos 118

Instrumentos de medición 119

Consideraciones éticas 122

Procedimiento estadístico 123

Capítulo 5 125

Resultados 125

Capítulo 6 154

Conclusiones 154

Conclusiones generales 154

Conclusiones a manera de sugerencia 156

Conclusión programa escolar de prevención del suicidio en adolescentes 156

Lista de referencias 179

Anexos 196

Lista de figuras

Contenido **Pág.**

Figura 1. Tasa mundial de suicidios 196

Figura 2. Tasa de suicidios en Colombia 197

Figura 3. Suicidios por departamento en Colombia 198

Figura 4. Suicido consumado por género 199

Figura 5. Intento de suicidio 200

Figura 6. Ideación autolítica en la escuela 201

Lista de Tablas

Contenido **Pág.**

Tabla 1. Suicidios e intentos en Palmira 202

Tabla 2. Encuestados por género y carácter de la institución 202

Tabla 3. Entrevistados por género y carácter de la institución 203

Tabla 4. Padres, pares y docentes entrevistados 203

Tabla 5. Eventos vitales estresantes en hombres 204

Tabla 6. Eventos vitales estresantes en mujeres 204

Tabla 7. Nivel de afectación de eventos estresantes 205

Tabla 8. Nivel de autoestima 205

Tabla 9. Nivel de depresión 206

Tabla 10. Apoyo social 206

Tabla 11. Nivel de desesperanza 207

Tabla 12. Solución de problemas sociales 207

Tabla 13. Ideación suicida 208

Tabla 14. Razones para vivir 208

Lista de anexos

Contenido	**Pág.**
Anexo A. Consentimiento informado padres de familia	209
Anexo B. Consentimiento informado participantes	210
Anexo C. Transcripción de algunas entrevistas	211
Anexo D. Pruebas psicométricas aplicadas	278

Resumen

El fenómeno creciente de las conductas autolíticas (Entendidas como aquellas conductas de autodestrucción que terminan en el suicidio), genera preocupación cuando se analizan las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) las cuales anotan que para la década del 2020 las víctimas por este fenómeno podrían superar 1.5 millones; lo más preocupante son los intentos de suicidio que superan de 15 a 25 veces las estadísticas de suicidios consumados.

En Colombia los análisis de la última década de la etiología suicida, publicados en la revista Forensis, del instituto de medicina legal, que realiza estudios detallados de las muertes en el País, muestran aumento del índice de suicidio en el grupo poblacional comprendido entre los 5 y los 29 años, de este grupo aproximadamente un 72% corresponde a niños, adolescentes y jóvenes escolarizados en educación básica, media y primeros años universitarios. Para Colombia la cifra de intentos se estima entre 8 y 10 intentos por cada suicidio consumado.

Ante estas situaciones se planteó la presente tesis doctoral titulada “ *La escuela como espacio de prevención de conductas autolíticas: Estudio aplicado en estudiantes del municipio de Palmira (V)Año 2015”,* cuyo propósito fue realizar un estudio de la literatura en conjunto de las conductas autolíticas en escolares en el municipio de Palmira (V), entender cómo se preconfigura el pensamiento suicida, cuáles son sus factores de riesgo y de prevención, para ser comprendidas y abordadas desde la escuela y plantear estrategias de intervención escolar que puedan contribuir a la disminución de este fenómeno social.

Abstract

The growing phenomenon of autolytic behaviors (understood as those self-destructive behaviors that end in suicide), generates concern when analyzing the statistics of the World Health Organization (WHO, 2004) which note that for the decade of 2020 the victims of this phenomenon could exceed 1.5 million; the most worrisome are the suicide attempts that exceed 15 to 25 times the statistics of completed suicides.

In Colombia, the analysis of the last decade of suicidal etiology, published in the Forensis journal of the Institute of Legal Medicine, which conducts detailed studies of deaths in the country, shows an increase in the suicide rate in the population group between 5 and 29 years old, of this group approximately 72% corresponds to children, adolescents and young people enrolled in basic, secondary and early university education. For Colombia the number of attempts is estimated between 8 and 10 attempts for each completed suicide.

Faced with these situations, the present doctoral thesis entitled "The school as a space for the prevention of self-induced behaviors: A study applied in the municipality of Palmira (V)" was proposed, whose purpose was to conduct a study of the literature on autolytic behavior in school children in the municipality of Palmira (V), to understand how suicide thoughts are preconfigured, what their risk and prevention factors are, to be addressed from school and to propose school intervention strategies that can contribute to the reduction of this social phenomenon.

Introducción

La realización del proyecto de tesis doctoral en la temática de las conductas autolíticas, que pueden conducir a que los estudiantes lleguen a desencadenar conductas graves, como la tentativa suicida o el suicidio consumado; es de gran pertinencia para la situación actual que viven las instituciones educativas tanto oficiales como privadas del municipio de Palmira (V), ya que la tendencia que se comenzó a detectar desde el año 2009, es al incremento potencial año tras año, así lo demuestra la elevación de la tasa de suicidio consumado por cada 100.000 habitantes, reportadas por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, del 4,53 % en el año 2009 al 5,2 % en el año 2015 y con tendencia al aumento. Del total de suicidios consumados un 55% corresponden a jóvenes entre los 14 y 24 años de edad, grupo etario que obedece a la etapa de escolarización en los niveles secundaria, media y superior, aspecto que marca la relevancia del estudio desde la óptica escolar y que sus resultados deben ser extendidos, no solamente a las instituciones educativas básicas, sino también a las universidades e institutos de formación técnica, y en general en todo el país y de seguro brindará aportes en el orden internacional, ya que cuando se contrastan los estudios municipales con las estadísticas de la organización Mundial de la Salud OMS (2015), se encuentra una correcta pertinencia; puesto que el fenómeno afecta a los escolares a nivel mundial. No pretende ser la tesis una panacea que solucione la erradicación de las conductas autolíticas en centros educativos de todo nivel, pero si pretende brindar las herramientas teóricas y metodológicas para implementar una propuesta educativa, que minimice los factores de riesgo de conductas autolíticas y pueda permitir que los espacios escolares contribuyan a la prevención del suicidio, flagelo que arrebata año tras año las vidas principalmente de niños y jóvenes en edad escolar.

Desde las ciencias de la educación se han realizado un sinnúmero de investigaciones asumidas desde varios campos del saber, pero aplicadas en educación, en ella han confluido otras ciencias como la medicina, la psicología, el trabajo social, la sociología y la antropología, las investigaciones han sido muy cuantitativas desde las clinimétricas hasta las comprensiones de corte eminentemente estadístico, algunas vinculando componentes sociales, biológicos, genéticos, patológicos y hasta endocrinológicos, pero existen aún vacíos desde la comprensión conjunta de los factores Bio-psico-sociales que se presentan en las escuelas y sus factores de riesgo, lo que ha conllevado a la aplicación de factores protectores que no revisten una verdadera prevención en las aulas y que por el contrario, se corre el riesgo de acrecentar los peligros de presencia de conductas autolíticas. La novedad de esta investigación parte del conocer, para comprender las dinámicas que los estudiantes viven a diario en sus contextos escolares, de comprender cómo afrontan sus problemas, de cómo manejan las relaciones y cómo interactúan frente a las presiones sociales y sus dinámicas individuales, estos procesos fueron guiados a la luz de dos teóricos influyentes en los estudios de la suicidiología uno de ellos muy reconocido por sus teorías frente a la sociología y al mayor estudio realizado sobre suicidio en 1897, el sociólogo francés Emile Durkheim, con su teoría del suicidio como causa de las presiones sociales y la teorías de la ecología del desarrollo humano del Psicólogo Ruso Urie Bronfenbrenner quien en 1979, realiza un estudio sobre el individuo como unidad creciente y dinámica con el medio social, sin embargo ambos ignoraron que los individuos, principalmente los escolares, corresponden a características individuales que de formas diferentes, influyen en la adaptación, el afrontamiento y las interrelaciones entre sí mismos y los sistemas, y que vienen pre fijadas desde la primera infancia. Siendo este uno de los principales aportes del presente estudio, que permite establecer una nueva perspectiva y diseñar una propuesta educativa en la búsqueda de minimizar la presencia creciente de las conductas autolíticas en escolares.

Esta tesis doctoral consta de seis capítulos, en el primero el lector encontrará un resumen de los antecedentes investigativos, así como los referentes de los principales autores en el tema del suicidio, con el propósito de ilustrar los factores de investigación presentes en el suicidio en escolares, en el segundo capítulo se hace referencia a las generalidades del suicidio, partiendo de los antecedentes históricos y detallando la epidemiologia del suicidio hasta los factores de riesgo y los protectores con el fin de contextualizar la problemática de incremento de los suicidios, en el tercer capítulo se desarrollan las teorías que soportan el suicidio, los sistemas ambientales y de afrontamiento, en el cuarto capítulo se desarrolla el diseño metodológico con un enfoque hermenéutico que pretende ilustrar las intervenciones realizadas, en el quinto capítulo se encuentra el análisis de resultados obtenidos mediante la observación, comprensión de situaciones y entrevistas a jóvenes con intentos de suicidio previo y en el último capítulo las conclusiones a las que llegó el estudio y una serie de recomendaciones y sugerencias para futuras investigaciones que puedan complementar esta tesis doctoral.

Finalmente, en los anexos se han relacionado los instrumentos de psicometría empleados para la investigación, las entrevistas, así como los consentimientos informados de padres de familia y constancias de los centros educativos que participaron en el proceso de investigación de la tesis doctoral.

Capítulo 1

Antecedentes investigativos del estudio y principales teóricos de la suicidiología.

Para desarrollar el proyecto de la tesis doctoral, se realizó una revisión de libros, trabajos, tesis, publicaciones e informes técnicos en bases de datos y bibliotecas, con el propósito de conocer las investigaciones que se han desarrollado sobre el tema de las conductas autolíticas que llevan al suicidio. De las revisiones se seleccionaron aquellas que por su enfoque guardan relación directa con los objetivos del presente proyecto o que brindan aportes significativos en el tratamiento del tema desde la escuela.

Delimitación de la revisión del estado del arte

La temática de las conductas autolíticas representa una serie de situaciones sociales que van desde los paradigmas hasta el ocultamiento de información por tratarse de un tema con mucho estigma social, las familias que atraviesan por situaciones de duelo por suicidios de integrantes de la familia, prefieren ocultar y enmascarar las realidades que circundan el hecho, motivados por temores a los comentarios sociales y al intenso dolor que representa una pérdida por suicidio. Las investigaciones al tema del suicidio son complejas teniendo en cuenta la anterior situación, por ello es fácil encontrar información pertinente a estadísticas generales del suicidio y su caracterización, pero pocas se enfocan en aspectos relacionados con la familia y la escuela, primeros espacios de la socialización. En la estructuración de la presente tesis doctoral fue necesario realizar revisiones minuciosas en un estado del arte sesgado por la estadística.

Para la revisión del estado del arte se consideraron los siguientes aspectos:

1. Se seleccionaron los estudios y publicaciones que involucraran conductas autolíticas y suicidio desde el año 1980 hasta el 2015
2. Se revisaron publicaciones de tesis doctorales, de maestría, algunos estudios de pregrado y artículos de investigaciones relacionadas con las palabras claves: suicidio, adolescentes, escuela y prevención, conductas autolíticas, familia.
3. Se consideraron las investigaciones que abordan las conductas que llevan al suicidio teniendo en cuenta referentes como historia, clasificación, características, factores protectores, factores de riesgo y conductas suicidas en niños, adolescentes y contexto escolar.
4. Se analizaron los resultados de un estudio de estado del arte en suicidio realizado en México correspondiente a 32 investigaciones sobre la temática en el periodo comprendido entre 1980 a 2014.
5. Se realizaron revisiones de publicaciones y tesis doctorales en idioma inglés, empleando la ayuda técnica de traductores en red, la traducción por contexto y la ayuda de un licenciado.
6. Se emplearon las bases de datos E-libro, Ebsco, Medline, Publindesh, Jstor y durante la pasantía internacional la base de datos Cumed, con palabras claves: Suicido en adolescentes, escolares, suicidio y familia, suicidio y prevención, suicidio y escuela.

En el estudio mexicano se identificaron 11 categorías: ideación suicida e intento suicida, pensamiento suicida, tentativa suicida, suicidio, depresión, diferencias de género, identidad homosexual, daños a la salud mental, significados del intento de suicidio, tipo de recursos con los que cuentan quienes han y no han intentado suicidarse; estas correspondieron a literaturas de tipo convencional, en cuanto a las literaturas no convencionales o denominadas en el estudio literatura gris caso de tesis, los objetivos en su mayoría se centraron en la identificación de factores de

riesgo asociados con la conducta autolítica suicida: intentos de suicidio, ideación suicida, factores protectores y de riesgo, y estrés en dos grupos, uno con y otro sin riesgo suicida, en su mayoría han estado orientadas a factores de riesgo, sólo en tres documentos se identificaron factores protectores (9.37% del total de artículos y tesis analizadas). Con relación a los instrumentos empleados, se encontró que se aplicaron psicométricos tal es el caso de las escalas de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos y la Escala de Ideación Suicida de Roberts, así como algunos instrumentos clinimétricos como la escala de Birleson para evaluar depresión y el cuestionario de reporte personal para Adolescentes de Conners-Wells, cuestionarios conformados por diversas escalas y encuestas como la encuesta nacional de adicciones y el examen médico automatizado. El empleo de estos instrumentos da cuenta de la gran variedad de formas para recolectar información, casi todas dirigidas a la identificación de factores de riesgo (intento suicida, depresión, conductas alimentarias de riesgo, etc.) presentes en las diferentes muestras analizadas.

De otra parte, según el estudio mexicano, los estudios cualitativos han permitido conocer los significados que los individuos dan a las denominadas prácticas sociales del intento de suicidio y los argumentos teóricos que subyacen. Los estudios de corte cuantitativo permitieron la cuantificación de la ocurrencia del fenómeno suicida en hombres y mujeres entre los 15 y 25 años, facilitando la identificación de factores de riesgo comunes con otros espacios geográficos y poblaciones; tal es el caso de una mayor prevalencia del comportamiento suicida en mujeres, esto es, ideación e intento suicida, mientras que, en el caso de los hombres, el número es reducido, aunque aumenta en el caso del suicidio consumado.

El estudio considera necesario un abordaje interdisciplinario e intersectorial del suicidio debido a la complejidad del fenómeno.

Se llega a la conclusión que, desde hace varias décadas, los estudios sobre suicidio sólo han enfocado sus esfuerzos en torno a factores de riesgo, dejando en segundo plano la identificación de factores protectores y en menor proporción factores de intervención y prevención. Es por ello que la investigación concluye entre otros aspectos, que el estudio de los factores protectores y de prevención desde la escuela podría contribuir, a explicar por qué algunos sujetos frente a las mismas situaciones negativas de vida no presentan conductas autolíticas y hacen uso de estrategias para hacerles frente y, a proponer proyectos de promoción de la salud mental que tomen en cuenta los factores protectores.

Para Colombia se tomaron en cuenta las publicaciones del Instituto Colombiano de medicina legal y ciencias forenses desde el año 1999, en atención a que solamente desde este año se encuentran disponibles las publicaciones estadísticas y epidemiológicas del suicidio y comportamiento suicida en la revista electrónica anual Forensis y, solo hasta el año 2013, se encuentran análisis estadísticos parciales de intento de suicidio para el Distrito capital de Bogotá.

De las dieciséis publicaciones revisadas se puede concluir al igual que los estudios mexicanos del suicidio, que en Colombia prevalece la tendencia de ser más alto el índice de intentos en mujeres (80%) y reducido en hombres (20%), en cuanto a suicidio consumado las cifras se invierten.

Con respecto a rango de edades son más afectados los grupos comprendidos entre los 14 y los 24 años, edades que corresponden a periodos de escolarización.

Las publicaciones son de corte cualitativo y cuantitativo, pero concluyen en la necesidad de intervención interdisciplinar con mayor compromiso en las categorías escuela – familia y se consideran más los factores de riesgo que los protectores y preventivos.

Se revisaron publicaciones de investigaciones en Colombia, en los departamentos que han realizado estudios con mayor relevancia en la temática del suicidio, tal es el caso de Valle del cauca, Quindío, Cundinamarca y Antioquia. Encontrando debilidad en cuanto a estudio de factores protectores, los cortes investigativos prevalecientes son más epidemiológicos con aplicación de escalas predictoras de riesgo suicida.

Se revisaron 55 investigaciones teniendo presente las categorías conductas autolíticas, suicidio, niños, adolescentes, familia, escuela y prevención de las cuales 24 correspondieron a tesis y 31 a publicaciones en revistas, libros e informes técnicos.

Los estudios abarcan metodologías tanto de orden cuantitativo y cualitativo, aplicando instrumentos de medición y predictores de conducta suicida y factores de riesgo asociados, convergen en denotar que la adolescencia y la juventud son las etapas de mayor crisis y tendencia hacia las conductas suicidas, afectando principalmente a escolares.

En cuanto al género se denota la tendencia mundial que demuestra estadísticamente que las mujeres presentan mayor proclividad a los intentos que al suicidio consumado.

Los estudios contemplan el abordaje de teorías del suicidio desde lo psicológico que van desde las pulsionales hasta las relaciones objetales.

Se encuentra que en términos generales el suicidio se ubica como la tercera causa de muerte en adolescentes y jóvenes y que los elementos sociales y contextuales familiares, escolares tienden a ser el mayor enfoque en cuanto a factores protectores.

Se denota que los países de habla hispana que más han dedicado estudios al tema de suicidio en adolescentes son México, España, Colombia, Cuba, Perú y Costa rica.

De acuerdo con la revisión de los documentos en inglés se encontró que las investigaciones se agrupan en las siguientes categorías:

Factores de riesgo, predictores, pruebas psicométricas, teorías del suicidio, estadística, internet, casuística, etiología, duelo, depresión, notas suicidas, identidad sexual y adolescentes.

Las teorías que sustentan el suicidio desde las investigaciones revisadas se basan principalmente en las teorías psicodinámicas, biológicas y sociológicas.

Las tendencias de las investigaciones se pueden agrupar en tres grandes ejes:

Estadística y caracterización, en la que predomina el análisis de los grupos etarios, se encuentran situaciones como el aumento de un 300% de suicidio en adolescentes desde 1950 hasta 1990, convirtiéndose en la tercera causa de muerte, el grupo etario comprendido entre los 15 y los 24 años es el de mayor riesgo, los suicidios consumados tienen mayor tendencia en hombres que en mujeres, siendo el porcentaje del 85% correspondiente a hombres, se converge igual que los estudios de habla hispana, que las mujeres presentan mayor porcentaje en cuanto al intento de suicidio siendo representado por un 91%.

Etiología del suicidio, segundo eje de las investigaciones que concibe al suicidio como un fenómeno mundial de origen multifactorial, permeado altamente por patologías de orden mental, pero lo circundan aspectos que involucran factores psicológicos y biológicos de la conducta, se clasifica en cuatro tipologías a saber: el egoísta, el anómico, el altruista y el fatalista.

El tercer eje está referido a factores protectores y de riesgo, que han permitido establecer una clasificación en cuatro grados de riesgo así: Nivel bajo, nivel medio, nivel alto y nivel severo, se han establecido síntomas y condiciones para cada nivel de riesgo y se han estructurado tablas para la ubicación y diagnóstico de los pacientes, así mismo de los aspectos más relevantes que permitirían evitar la aparición de una conducta suicida.

En cuanto a la metodología más empleada es la cualitativa encontrando que un 50% de los trabajos tuvieron esta tendencia, seguido por la cuantitativa con un 29% y la mixta 21%, resaltándose que los diseños cualitativos, descriptivos fueron los más comunes y el enfoque metodológico de mayor tendencia es la fenomenología, recurriendo a la entrevista, análisis de historias de vida y casuística.

Hallazgos Finales:

Al realizar análisis de los tres compendios del estado del arte, (los estudios del estado del arte mexicano, los estudios de habla hispana y los estudios en idioma inglés), se concretan en los siguientes hallazgos:

1. La mayoría de los estudios son de corte cualitativo, empleando como instrumentos metodológicos las psicometrías; a través de formatos predictores validados de la conducta suicida y que forman parte de la psicometría, adicionalmente aparece la entrevista en profundidad como otra herramienta trascendental en el rastreo de las causas del suicidio. El diseño metodológico más empleado es la hermenéutica.

2. EL análisis descriptivo-analítico, permite la aplicación y desarrollo de las diferentes teorías que entretejen el suicidio como fenómeno, siendo esta otra de las preponderancias metodológicas.
3. Los estudios de corte cuantitativo en menor proporción, llevan inmerso el análisis estadístico y epidemiológico, la construcción de curvas y análisis de datos.
4. Se encuentran algunos estudios de orden antropológico, principalmente los que asumen el estudio de jóvenes, imaginarios y cultura.
5. En las revisiones del estado del arte se encuentra el abordaje de las siguientes teorías, como las más comunes:
    1. Teoría Sociológica
    2. Teoría Psicoanalítica
    3. Teoría biológica

De estas teorías se denota que las de mayor preponderancia son las teorías psicoanalíticas, seguidas de la biológica y en menor proporción la sociológica.

En cuanto a los modelos explicativos de las conductas suicidas y derivados de los enfoques de las anteriores teorías, se encuentran los siguientes:

1. Modelo arquitectónico
2. Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio
3. Modelo basado en el estado de la mente
4. Modelo cúbico
5. Modelo de sobreposición
6. Modelo de estrés-diátesis

Hay muchos teóricos que han intentado explicar el comportamiento del suicidio y está fuera del alcance de este trabajo mencionar a todos aquellos que han impactado la comprensión del fenómeno, sin embargo, hay teóricos que se destacan en los trabajos revisados y continúan siendo referentes en la suicidiología, entre ellos, Emile Durkheim quien en 1897 en su obra: El Suicidio intentó explicar el suicidio mediante el uso de estadísticas y métodos de análisis sociológicos, consideró que el suicidio podría explicarse mejor mediante el examen de los fenómenos sociales o los individuos en la sociedad, en lugar de estudiar los componentes psicológicos o biológicos individuales. Durkheim no consideró que el suicidio provenía de dentro del individuo, sino que provenía o que era construido dentro del contexto de la sociedad. El suicidio es visto como el resultado de un desequilibrio entre los individuos y la sociedad. A través de su investigación desarrolló cuatro tipos de suicidio, el suicidio egoísta, altruista, anómico y fatalista.

De igual manera, Sigmund Freud quien es conocido en la psicología por sus teorías sobre la importancia del inconsciente y cómo el inconsciente afecta el comportamiento humano. Aunque Freud no teorizó específicamente sobre el suicidio en profundidad, sus teorías siguen influyendo en la investigación de las conductas suicidas. Freud creía que los seres humanos tienen un instinto o pulsión de muerte o un deseo interior de morir. El suicidio y el comportamiento suicida son parte de este instinto de muerte, pero se vuelve contra sí mismo como un asesinato.

De otra parte, Karl Menninger quien, Influenciado por los escritos de Freud, también teorizó sobre el suicidio y los comportamientos suicidas y abordó el fenómeno con más enfoque que Freud. Menninger era un psicoanalista que consideró que el suicidio y el homicidio estaban relacionados a través de tres deseos inherentes a todos; las personas que desean matar, el deseo de ser asesinado y el deseo de morir. En el libro de Menninger, El hombre contra sí mismo (1966), postula que en cada suicidio todos los tres deseos están presentes. La tendencia instintiva

destructiva se vuelve hacia adentro de lo que es la diferencia entre suicidio y homicidio. Menninger estaba preocupado con los motivos inconscientes de la persona y en su libro recrea al lector a través de cada uno de ellos y cómo el elemento se relaciona con el inconsciente. La premisa básica de Menninger es que cuando las tendencias o impulsos autodestructivos exceden los impulsos constructivos, el resultado es el yo de destrucción, es decir, el suicidio.

Así mismo Erik Erikson conocido por su aporte de las ocho etapas del desarrollo psicosocial. Erikson (1968) creía en el concepto de epigénesis. La epigenética afirma que hay crisis psicológicas o pasos críticos relacionados con cada etapa de desarrollo y que para pasar a la siguiente etapa se debe resolver las crisis psicológicas o dominar los desafíos presentados en la etapa actual. Erikson identifica los pasos críticos de acuerdo a los rangos de edad. Entre las edades de 8-12, el niño va a través de lo que él llama "industria vs. inferioridad". En esta etapa el niño se preocupa por hacer las cosas bien y hacerlas bien. Los niños aprenden la responsabilidad y tratan de ganar independencia. La adolescencia temprana y tardía (de 13 a 22 años) está marcada por "identidad versus confusión”. El adolescente se preocupa por hacer la pregunta " ¿Quién soy yo?” después de esta etapa es la transición a la edad adulta temprana que Erikson denominó "intimidad vs Aislamiento”. Identificó que la tasa de suicidios es la tercera causa de muerte entre los 15-24 años y la cuarta causa principal de muerte para los 10-15 años de edad, etapa en la que esta tesis doctoral está trabajando. Así mismo, desarrolló la teoría de que la intencionalidad suicida en adolescentes comienza durante la etapa de "industria vs. inferioridad" y continúa a lo largo de la etapa de "intimidad vs. aislamiento". Postuló que aquellos que exhiben comportamiento suicida están estancados en el desarrollo; por lo tanto, los adolescentes que intentan o cometen suicidio tienen dificultad para hacer la transición a la siguiente etapa de desarrollo.

En este sentido, Edwin Schneidman fue un suicidiólogo moderno que estimuló la dirección de la investigación actual para dar vuelta hacia el descubrimiento que la mejor ruta para entender el suicidio no es a través del estudio de la estructura del cerebro, ni el estudio de las estadísticas sociales, ni el estudio de las enfermedades mentales, sino el estudio de las emociones humanas descrito en un lenguaje sencillo, en palabras de la persona suicida. Schneidman cree que la clave para entender la tendencia suicida es a través de la lengua franca, las palabras cotidianas utilizadas por los que experimentan el fenómeno.

Convoca científicos para estudiar el suicidio desde la perspectiva individual y llama a la fenomenología como el enfoque para estudiar el fenómeno de las conductas suicidas.

Finalmente se estudió a Aaron Beck quien es un psiquiatra americano que es ampliamente conocido como el padre de la terapia cognitiva. Clínicamente, observó que las personas deprimidas que exhiben ideación suicida ven sus problemas de vida cotidiana como demasiado serios y sin salida. Beck considera que la construcción de la desesperanza es el vínculo entre la depresión y el suicido. Beck, con la ayuda de otros, desarrolló muchas herramientas confiables y válidas específicamente para medir la depresión (Inventario de depresión de Beck), suicidio (Escala de Ideación Suicida), y desesperanza (Escala de desesperanza). Fue uno de los primeros y quizás más prolíficos investigadores en definir operacionalmente términos relacionados con suicidiología y encontró que la desesperanza es 1,3 veces más importante que la depresión en la explicación de la ideación suicida. La investigación de Beck sobre la desesperanza contribuye en gran parte en la comprensión de los factores relacionados con el comportamiento suicida. Su investigación demuestra que la desesperanza es un predictor de este tipo de comportamientos.

En cuanto a las categorías, la revisión de los estados del arte permite encontrar vacíos de desarrollo en las siguientes categorías: Riesgos ambientales, factores de disposición, afrontamientos y relaciones entre pares y familia. Estas categorías se abordarán en el marco teórico.

Capítulo 2

Generalidades y epidemiología del suicidio

Antecedentes históricos del suicidio

Lizarazo (2007), realiza un barrido histórico acerca del suicidio, destacando que es un fenómeno que nació con el inicio de la humanidad y su camino en la historia del hombre puede iniciar en Mesopotamia con un mito que reza que el primer mortal fue esculpido con sangre del dios suicida Bel y el rey de Uruk (2650 ac) quien posteriormente se quitó la vida. En el antiguo Egipto, apareció la primera carta suicida, firmada por un consejero faraónico y Cleopatra VII (69-30 ac) hizo leyenda, cuando se dejó morder por un áspid (serpiente) para evitar ser dominada por el triunfo de Octavio.

Los criterios respecto al suicidio han variado de una época a otra y, por supuesto, de una cultura a otra. En la Europa antigua, sobre todo durante el imperio romano, el suicidio se permitía e incluso era considerado un acto honroso. De igual forma, en algunas doctrinas como el estoicismo, se admitían muchas razones legítimas para su aplicación, por ejemplo: el filósofo Séneca lo enalteció como un acto último de una persona libre al cortarse las venas; Cicerón lo encontraba honorable entre políticos e intelectuales o cuando se realizaba en defensa del honor, aunque en líneas generales lo condenaba; Platón, en cambio, consideraba el suicidio como una ofensa contra la sociedad, pero lo justificaba cuando sucedía en respuesta a acontecimientos muy graves; finalmente, Aristóteles lo consideraba como un acto de cobardía y lo rechazaba rotundamente.

Hipócrates fue el primero en hablar del suicidio en forma de síntomas autodestructivos. Entre las grandes personalidades del mundo antiguo que se quitaron la vida, encontramos a Saúl primer rey de Israel, citado en el antiguo testamento, Alejandro magno que se enveneno. Durante el imperio romano, el suicidio era aceptado y se consideraba un acto honroso, es de resaltar el papel que juega la cultura en este fenómeno, por ejemplo, en Japón se reconocía legalmente que cuando un jefe moría o era derrotado, sus fieles debían acompañar su espíritu al reino de los muertos, matándose; además, los nobles japoneses, en caso de desgracia, practicaban el harakiri, acto ritual que se ha extendido hasta nuestros días. También durante la II Guerra Mundial, los pilotos kamikazes japoneses consideraban como un gran acto de honor el llevar a cabo misiones suicidas de bombardeo estrellando sus aviones contra los objetivos militares enemigos.

En la cultura judía, era costumbre que una mujer se suicidara tras la muerte de su esposo. También los monjes budistas chinos se inmolaban del mismo modo para conseguir el bienestar de la comunidad. En Latinoamérica los mayas y los aztecas utilizaban el suicidio como ofrenda a sus dioses, especialmente el suicidio por fuego, la mitología maya contaba con Ixtab, la diosa del suicidio, la cual era representada suspendida del cielo con una cuerda alrededor de su cuello y con síntomas de putrefacción en su rostro. Los suicidios en la mitología griega contribuyen a consolidar una simbología que contenía sentimientos de venganza, decepción (Egeo se quitó la vida por creer a Teseo muerto). Culpabilidad (Yocasta lo hizo al descubrir su incesto) y locura (Áyax al no obtener las armas de Aquiles), entre otros. El suicidio en la Grecia clásica, fue objeto de reflexión filosófica.

En la edad media, aparecen filósofos como San Agustín, quien consideraba el suicidio como un gran pecado. Varios de los primeros concilios de la iglesia cristiana decretaron que a quienes cometieran suicidio no se les podrían aplicar los rituales ordinarios de la iglesia tras su muerte, ni

podían ser sepultados en los cementerios y la iglesia católica romana condenó la práctica del suicidio. En las legislaciones medievales se ordenaba la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver sufría todo tipo de humillaciones, los cuerpos eran abandonados a las orillas de los caminos para que fueran devorados por las aves de rapiña y los familiares del suicida eran desterrados.

En la literatura universal, en especial la inglesa, el suicidio es un tema frecuente y es presentado como una respuesta ante la culpa o el desamor. Al respecto, Shakespeare desarrolló el suicidio en varios de sus dramas, cuyo ejemplo más relevante se encuentra en su obra Romeo y Julieta.

El término suicidio comenzó a usarse en España, en la crítica que fray Fernando de Ceballos, realizó a Voltaire en su obra "La falsa filosofía y el ateísmo". En el siglo XVIII se inició la visión del suicidio como enfermedad mental y se expusieron 2 tesis fundamentales: La de Pinel, quien consideró el suicidio como un síntoma de melancolía, y la de Esquirol, que lo atribuyó como una enfermedad o un delirio agudo, aunque precisó que también puede estar provocado por las múltiples incidencias y problemas de la vida.

De acuerdo con la definición de E. Schneidman (1999), el suicidio es el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar para siempre con la presión de una angustia que el individuo evidencia como insoportable.

Sigmund Freud analizó el suicidio desde el punto de vista del psicoanálisis y lo definió como un fenómeno fisiológico, inducido por factores, como el contexto o el ambiente donde el individuo habita. En 1897 el psicólogo francés Emile Durkheim, precursor de la sociología moderna, en su obra El suicidio señaló que estas conductas son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Las sociedades presentan ciertos síntomas patológicos, ante todo

la integración o regulación social, ya sea excesiva o insuficiente, del individuo en la colectividad; por tanto, el suicidio sería un hecho social.

La palabra suicidio resulta de 2 palabras latinas sui (uno mismo) y caedere (matar) y, por ende, su significado literal es la acción de matarse a sí mismo. Se podría definir como toda aquella conducta que va encaminada hacia la autodestrucción, por acción u omisión del propio sujeto, aunque sea difícil comprobar la intencionalidad, en dependencia de lo que la persona sepa del móvil de su conducta.

La complejidad y multidimensionalidad de la conducta autolítica ha motivado una gran diversidad de enfoques, tipologías, teorías y modelos explicativos, los cuales han permitido abordar su estudio y comprender la amplia diversidad al interior del mismo.

Los estudios acerca del suicidio han planteado diversas posiciones, desde la tesis de Pinel y Esquirol hasta las de Jousset y Moreau de Tour, además de otros, quienes concibieron el suicidio en el siglo XIX como una patología de carácter psiquiátrico que obedece a desórdenes mentales específicos y claramente delimitados. En contraposición a esta visión encontramos la visión sociológica, y en ella se destaca el estudio realizado por Emile Durkheim en 1897, para quien el suicidio va más allá de las concepciones meramente individualistas y de carácter patológico, siendo un acto social, sugiriendo que los niveles de integración y de regulación social son los causantes del suicidio social. Durkheim estableció cuatro tipos de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista. (Durkheim, 2006).

Una mirada Global del suicidio

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas generando actitudes favorables y desfavorables, desde su calificación como actos sublimes hasta el señalamiento de cobardía.

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

A escala global, el suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad, pero las pérdidas van mucho más allá. En la Región del Pacífico Occidental representa el 2,5% de todas las pérdidas económicas debidas a enfermedades. En la mayoría de países de Europa, el número anual de suicidios supera al de víctimas de accidentes de tránsito. En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000).

Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se encuentran en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países musulmanes y unos cuantos países asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países africanos. (Fig 1). Se calcula que por cada muerte atribuible a esa causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y

mentales, pero no se dispone de datos fiables sobre el verdadero alcance. Las tasas tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años" (Informe OMS 2004).

El suicidio en Colombia

Poco a poco, el suicidio se ha venido identificando como un problema de salud pública en Colombia, pasando de ocupar en 1982 el puesto número treinta de todas las muertes, para ocupar el veintidós en 1996 y el cuarto lugar entre todas las muertes violentas. Esta situación involucra a diversos grupos de la población, en especial a jóvenes adolescentes y adultos mayores. (Forensis 1999). (Fig. 2)

Se calcula en Colombia una prevalencia de vida de intentos suicidas del 5%, en personas mayores de 18 años, con cerca de 5 suicidios diarios y la mitad de las personas con conductas suicidas han tenido intentos previos.

En los últimos cinco años se ha presentado un aumento creciente de las cifras de suicidio en el país, las cifras indican que el 54% promedio de los suicidios corresponden a jóvenes, estas cifras corresponden a los resultados estadísticos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, encontrándose también que en promedio el 82% de las muertes por suicidio corresponde a hombres y el 18% a mujeres, para una razón de proporción de 4:1 respectivamente; en cuanto a cifras por edades, el rango de edad con mayor número porcentual es entre los 15 y los 17 Años, si se totalizan los grupos de edad entre los 5 y los 24 años, se encuentra que en este gran

grupo se eleva el pico de número de casos superando el 54 %, lo que nos lleva a encontrar que la población de jóvenes en Colombia presenta una situación crítica frente al suicidio.

De acuerdo con la variable de escolaridad, las victimas por suicidio se concentran con mayor proporción en el nivel de educación básica primaria, seguida de secundaria, se encuentra que a mayor nivel educativo menor es la tendencia suicida. En cuanto al estado conyugal se encuentra que se suicidan más las personas solteras que aquellos que tienen una pareja, en cuanto al factor de ocupación se encuentra una gran vulnerabilidad entre los campesinos, seguido de grupos étnicos y personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con el tipo de mecanismo utilizado los hombres tienen una mayor tendencia a recurrir al ahorcamiento y uso de armas de fuego, mientras las mujeres recurren a la intoxicación y heridas cortantes, según la razón que motiva al suicidio en atención a los resultados de la necropsia psicológica, los suicidios en Colombia obedecen en primer lugar a conflictos de pareja que involucran desamor, maltrato físico, sexual y emocional, en segundo lugar a enfermedades físicas y mentales y en tercer lugar a dificultades de orden económico.

Los meses de mayor índice suicida son julio y diciembre. En cuanto a los días de la semana son los fines de semana, especialmente domingo, el día de mayor porcentaje en número de suicidios, seguido por sábados, lunes y miércoles.

En cuanto a la hora de mayor número de casos se encuentra en el rango de la 18:00 hasta las 24:00, es decir en horas de la noche. El sitio más preferente para cometer el acto suicida es la casa de habitación de la víctima.

En las ciudades se presenta un 76% de suicidios, mientras que en el sector rural solamente llega a un 24 %. La ciudad con mayor porcentaje de suicidios es Armenia. (Fig. 3)

El suicidio en Palmira (Valle).

El municipio de Palmira, localizado en el Departamento del Valle del Cauca, es el segundo municipio en importancia después de Santiago de Cali, capital del departamento, Palmira es reconocida a nivel nacional como la capital agrícola de Colombia y ha sido denominada la villa de las palmas, de donde proviene su nombre, sus pisos térmicos variados entre el valle y la montaña, permiten el cultivo de frutas, hortalizas, legumbres y procesamiento de diferentes productos agrícolas así como la ganadería y producción de especies menores, cuenta con multiplicidad de pequeñas, medianas y grandes empresas.

En su región se encuentra la zona franca del pacífico, en la cual tienen asiento diferentes empresas tanto nacionales como extranjeras encargadas de la producción industrial con estrategias de calidad y exportación de productos a otros países.

Así mismo cuenta con el aeropuerto internacional Alfonso Bonilla Aragón que presta sus servicios a la ciudad de Cali.

El municipio es líder en la producción de caña de azúcar y sus derivados, cuenta con varios ingenios azucareros en los cuales se emplean un alto porcentaje de habitantes del municipio

El casco urbano de la ciudad se encuentra en expansión con la modernización arquitectónica de las construcciones y el auge de planes de vivienda en conjuntos cerrados y edificios de apartamentos, En la actualidad ya se registran varios centros comerciales y cuenta con una población promedio de 308.000 habitantes.

En materia de educación se registra una población estudiantil promedio de 45.000 estudiantes con cobertura educativa en 27 instituciones educativas oficiales, con 118 sedes que dan cobertura en la cabecera urbana y rural del municipio, así mismo cuenta con 8 instituciones universitarias dos de ellas de carácter oficial y varias instituciones de formación técnica para el trabajo y el desarrollo humano.

Es considerado un municipio de paso ya que, por su ubicación geográfica, oportunidades de empleo y excelentes carreteras, acoge ciudadanos de otros departamentos y países, en la actualidad la inmigración de venezolanos en el municipio es alta.

Pero a pesar de las excelentes condiciones tanto de urbe, como de empleo, Palmira, maneja estadísticas alarmantes de muertes violentas, así como suicidios y tentativas suicidas elevadas, ubicándola con tasas promedio por número de habitantes que supera a las grandes capitales como Cali, Bogotá, Medellín y Barranquilla.

Frente al tema que nos atañe, Palmira tiene una estadística creciente de suicidios y tentativas suicidas, principalmente entre población escolarizada, en los dos últimos años ha tenido un aumento en el grupo etario comprendido entre los 14 y 24 años de edad, con tendencia a mayores porcentajes de hombres en suicidio consumado y mayor porcentaje de intentos en mujeres.

Pese a ser un municipio grande, solamente cuenta con un hospital y tres clínicas privadas,

Eso hace que muchos de los intentos de suicidio no alcancen a ser trasladados a estos centros asistenciales y por consecuencia son atendidos en casa, haciendo que las cifras estadísticas reales no puedan ser confrontadas con el problema presente.

Aunque las entidades prestadoras de salud, tienen programas denominados PYP (Prevención y promoción de la salud), frente a la temática de ideación, intento y suicidio consumado no se

cuenta con programas específicos, a esto se suma que son pocos los profesionales en psiquiatría y no se cuenta con una clínica de atención de este tipo de situaciones, los pacientes por consiguiente son trasladados a la ciudad de Cali, en donde los cupos disponibles son escasos, esto conlleva a la reincidencia de muchos pacientes en cometer nuevos intentos de suicidio.(Tabla 1)

Situación en las Instituciones educativas

Palmira cuenta con 27 Instituciones educativas oficiales y 183 instituciones de educación privada, El sector oficial maneja una matrícula promedio de 45.000 estudiantes desde los grados preescolar a once y el sector privado un promedio de 20.000 estudiantes en los mismos grados.

Lo que nos deja una población atendida de 65.000 estudiantes, desde los 5 años hasta los 18 años de edad, la estadística de tentativas suicidas, cutting, autoagresiones y en general conductas autolíticas se acerca a un numero de 3.500 estudiantes por año, en acuerdo a los diferentes reportes que se obtienen de los centros asistenciales, bienestar familiar, comisaria de familia, casa de justicia, puestos de salud y EPS, las causas en los reportes varían desde situaciones de violencia y conflicto intrafamiliar hasta casos de Bullying y ciberbullying, pero no se ha realizado un estudio que permita establecer las causas más relevantes que llevan a los estudiantes a incurrir en conductas autolíticas , ni se realizan actividades tendientes a hacerle frente a esta situación problema. El sector oficial es el más desfavorecido frente a planes de intervención, por cuanto no disponen de psicoorientadores, pese a que la ley reglamentó que debe ser nombrado uno por institución educativa, los colegios privados por lo contrario cuentan con un psicólogo, que brinda orientación a padres y estudiantes.

Las instituciones educativas oficiales solo cuentan con el apoyo de tres profesionales del comité de permanencia escolar (COPE), nombrado por la secretaria de educación municipal y que tratan de brindar ayuda, pero no alcanzan a cubrir la totalidad de sedes educativas oficiales (118).

Día tras día el fenómeno de las conductas autolíticas es más visible en las instituciones, sin importar el sector (Público o privado), los casos de tentativas suicidas se acrecientan cada vez más en la educación primaria y los maestros no logran realizar una intervención eficaz y oportuna, en tanto no poseen formación adecuada para ello, ni cuentan con profesionales de apoyo que pudiesen intervenir la situación.

De otra parte, en las instituciones educativas se presentan una serie de factores que pueden detonar situaciones de riesgo para la aparición de conductas autolíticas, como también, pueden encontrarse factores protectores, que pudieran contrarrestar los anteriores.

Los Factores de Riesgo Suicida

Los factores de riesgo más frecuentemente asociados con el suicidio son: (Lagomasino y Stern, 2005)

1. Factores neuroquímicos / biológicos:
    - Disminución de la función de serotoninérgica en la corteza prefrontal ventral (área relacionada a la inhibición de conductas) que representa mayor impulsividad y agresividad.

- Enfermedades físicas como: cáncer, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, insuficiencia renal crónica, lupus, ulcera péptica, epilepsia, accidente cerebrovascular, diabetes juvenil, enfermedad de Parkinson, traumas craneoencefálicos, tumores cerebrales, trauma de medula ósea, esclerosis múltiple, enfermedad de Huntington, esclerosis lateral amiotrófica.
- Diagnósticos psiquiátricos: Episodios depresivos mayores, trastornos del sueño (insomnio), esquizofrenia (principalmente en periodos pos psicóticos), trastornos afectivos bipolares (especialmente tipo I), trastornos de ansiedad, uso y abuso de sustancias psicoactivas (más del 50% de los intentos suicidas son realizados bajo efectos de alguna sustancia, especialmente el alcohol), trastornos de la conducta alimentaria, y trastornos generales de la conducta.

2. Factores sociodemográficos:
    - Edad avanzada
    - Género masculino
    - Historia familiar de suicidio
    - Intento suicida previo
    - Vivir en áreas urbanas
    - Vivir solo
    - Ser soltero (a), divorciado (a), viudo (a)
    - Patrón estacional

3. Factores psicológicos / personalidad:

    - Haber recibido una crianza punitiva
    - Pérdida afectiva significativa en la infancia
    - Impulsividad - agresividad
    - Inconformidad con el género, con la identidad sexual, con la orientación sexual
    - Sentimientos de desesperanza, desesperación, culpa, vergüenza, humillación
    - Personalidad límite – antisocial- narcisista- histriónica

4. Factores sociales, económicos y culturales:

    - Aislamiento social
    - Historia de abuso sexual
    - Relaciones sociales negativas
    - Acontecimientos vitales vividos como negativos
    - Experiencias traumáticas
    - Desempleo
    - Cambios de domicilio
    - Migración - desarraigo
    - Ausencia de convicción religiosa
    - Deterioro de las relaciones familiares– problemas de pareja
    - Haber tenido pérdidas económicas
    - Disponibilidad de armas de fuego.

Los factores protectores ante el suicidio

1. Patrones familiares:
    - Buena relación con los miembros de la familia, apoyo de la familia
    - Estilo cognoscitivo y personalidad
    - Buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, en su propia situación y logros obtenidos.
    - Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes, receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas, receptividad hacia conocimientos nuevos.

2. Factores culturales y sociodemográficos:
    - Integración social, por ejemplo, participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.
    - Buenas relaciones con sus compañeros; buenas relaciones con sus profesores y otros adultos; apoyo de personas relevantes. (Protocolo. Suicidio, 2010 OMS)

Conceptos claves en suicidiología:

La tesis tiene en cuenta las siguientes categorías, sus definiciones han sido contextualizadas y tomadas del Glosario de Términos Suicidiológicos del Prof. Dr. Sergio Andrés Pérez Barrero. Presidente de la sección de suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. Fundador de la sección de suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Miembro del Grupo de la OMS para la prevención del suicidio. Estos conceptos revisten vital importancia para la tesis, en tanto

forman parte de la estructura general que se soporta en las hipótesis y forman parte de los ejes teóricos de la suicidiología, representan un lenguaje técnico que debe ser aclarado para comprender el contexto.

Conducta autodestructiva o autolítica:

Término colectivo, dado a un grupo de actos realizados por un sujeto que implican daño o riesgo de daño tales como quemarse a sí mismo con cigarros, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

Estresores:

Son los factores precipitantes de un acto suicida, común para todos los seres humanos pero que, en determinados individuos, puede desencadenar dicho acto. Entre los más frecuentes se pueden citar los conflictos amorosos, castigos o reprimendas de los padres en los adolescentes, pérdida de una relación valiosa, etc. Pueden considerarse como factores precipitantes o desencadenantes.

Factores protectores del suicidio:

Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicida, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento del dolor en una enfermedad terminal, el tratamiento de las enfermedades depresivas, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda en personas competentes, etc.

Idea suicida:

Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir las siguientes formas de presentación:

El deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida. Es común la expresión ¨la vida no merece la pena vivirla¨, ¨para vivir así es preferible estar muerto¨.

La representación suicida consiste en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado), la idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, responde que no sabe cómo. La idea suicida con un método indeterminado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de quitarse la vida responde que, de cualquier forma, ahorcándose, quemándose, pegándose un tiro, precipitándose, sin mostrar preferencia por uno de ellos aún.

La idea suicida con un método determinado sin planificación en la cual el sujeto expresa sus intenciones suicidas mediante un método específico, pero sin haber elaborado una adecuada planificación.

La idea suicida planificada o plan suicida en la que el individuo sabe cómo, cuándo, dónde, por

qué y para qué ha de realizar el acto suicida y toma, por lo general las debidas precauciones para no ser descubierto.

Prevención del suicidio:

Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria. También se subdivide en antevención, intervención y postvención o prevención directa, indirecta y general.

Prevención directa. Es el conjunto de medidas que ayudan a abortar o resolver mediante soluciones no autodestructivas, el proceso suicida.

Prevención indirecta. Es el conjunto de medidas encaminadas a tratar los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades físicas que conllevan suicidio, las situaciones de crisis, la reducción del acceso a los métodos mediante los cuales las personas se pueden autolesionar, etc.

La prevención general es el conjunto de medidas de apoyo o sostén psicológicos, sociales, institucionales, que contribuyen a que los ciudadanos estén en mejores condiciones de manejar los eventos vitales psicotraumáticos y mitigar los daños que ellos pudieran ocasionar.

Suicidio:

Según la clasificación NASH, es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se auto agrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

Suicida:

Termino con múltiples significados entre los que se incluye el que ha terminado su vida por suicidio, el que ha realizado intentos de suicidio de carácter grave con peligro para la vida, el que realiza actos temerarios con peligro para la vida o para su integridad física, psicológica o su desarrollo social.

Capítulo 3

Teorías de soporte de las conductas autolíticas

Partimos de los planteamientos realizados por Emile Durkheim, quien fue un sociólogo francés y positivista, estaba influenciado por Auguste Comte, teórico de suma importancia para la época. Logró que la sociología se aceptara de manera más respetable y acertado al demostrar que esta empleaba métodos y técnicas de investigación igual que lo hacían las ciencias naturales. Logró demostrar cómo la sociología podía estudiarse a través de la lógica de los métodos, al hacer que sus estudios y metodologías fueran objetivos y garantizar que la investigación fuese confiable y cuantitativa. Durkheim empleó el método comparativo cuando emprendió su investigación, lo que le involucraba comparar las tasas de suicidio de diferentes países europeos en el siglo XIX. Consideró que estas estadísticas eran hechos sociales recopilados de cada país y que ilustraban un reflejo fiel y certero de cuántas personas se habían suicidado. Durkheim consideró después de su investigación que las tasas de suicidio no estaban determinadas por el estado psicológico de una persona, sino por su relación con la sociedad, considero que la escuela no podía disminuir estas tasas en tanto forma parte de la estructura y como tal reproduce los sistemas sociales y los mecanismos de presión social.

A partir de su investigación, Durkheim pudo identificar dos hechos sociales que consideró determinantes a la tasa de suicidios de los países europeos; estos fueron la integración y control social.

La integración significaba cómo una persona estaba conectada, involucrada y unida a la sociedad, y el control social significaba la libertad que una persona sentía que tenía, así como las regulaciones y controles que se le imponían. Empleó estas dos ideas para mostrar que hay cuatro tipos esenciales de suicidio en la sociedad, todos vinculados a la integración y el control: suicidio egoísta causado por una integración social demasiado pequeña, suicidio altruista causado por demasiada integración social, suicidio anómico que es causada por muy poca regulación moral y suicidio fatalista causado por demasiada regulación moral.

Los analistas y expertos de la sociología encontraron críticas al método de Durkheim cuando declararon que él trató el suicidio como una simple estadística de hechos sociales cuando por lo contrario deberían ser considerados como una construcción social. Consideraron que las estadísticas fueron interpretadas por una serie de personas que no lograban acercarse a una reflexión sobre la realidad de los suicidas.

Otros positivistas como Gibbs y Martin (1964) predijeron que en las sociedades donde había poca integración de estatus, las tasas de suicidio serían más elevadas; esto respaldó la perspectiva de Durkheim e hizo de su investigación y metodología algo confiable, válida y también representativa.

Una visión que se opone a esto es la de Douglas (1967) y Atkinson (1978), estos fueron dos sociólogos críticos que analizaban más el significado del acto personalmente y proporcionaban más datos cualitativos. Como crítico, Douglas rechazó las categorías de suicidio de Durkheim y afirmó que cada caso de suicidio era el resultado de diferentes causas y no podían agruparse ya que cada caso posee un contexto diferente. No estuvo de acuerdo con las estadísticas y planteó

que fueron el resultado de la interpretación de los forenses y, por lo tanto, muchas no son válidas en la medida en que no concuerdan con lo real de cada caso. Atkinson plantea un enfoque diferente, consideró que nunca se podrá identificar exactamente la tasa de suicidios y, por lo tanto, el análisis es la forma en que el médico forense clasifica las muertes mediante el uso de métodos cualitativos y de comprensión de la etnometodología, en donde la realidad social es una construcción de sus miembros.

Otro punto de vista es el de Taylor (1999), quien argumentó que las estadísticas son inválidas, ya que descubrió que el forense asumió para el estudio factores tales como historia de enfermedades mentales, como una gran posibilidad que condujo al suicidio, lo que Taylor no consideraba correcto. Él consideró que no se puede encontrar un patrón entre los suicidios ya que cada caso es individual y único, y no es posible agruparlo para generar estadísticas. Sin embargo, trató de encontrar el trasfondo que origina el suicidio y explicó las causas empleando cuatro tipos, estos fueron suicidios sumisos, donde la persona está segura de sí misma: no siente razón para vivir y está seguro de que quiere morir. Los suicidios de talatación, en los que la persona no está segura de sí misma, esto podría significar que tiene dudas sobre sí mismo o sobre lo que otros piensan de él y creen que el azar decidirá si deben vivir o morir; este intento de suicidio se trata de asumir riesgos. Sacrificio, es cuando la persona no está segura de los demás y tienen claridad que tiene que aniquilarse, esta podría ser su forma de comunicación y hacen que busquen culpar a otros por su muerte, para que puedan padecer la culpa.

Finalmente, el apelar, que es cuando la persona no está segura de los demás ya que duda de su importancia para la sociedad e intenta suicidarse para resolver su incertidumbre haciendo que los demás cambien su comportamiento, esto se ve como un acto de desesperación y esperanza al combinar desear morir y desear que las cosas cambien para mejor.

Este estudio tiene muchas críticas ya que no se puede probar si estos son tipos adecuados de clasificación y los casos individuales pueden ser una combinación de tipos, pero no hay una manera real de establecerlos en algún grupo. Este estudio no puede ser representativo, ya que solo se utilizó una pequeña muestra de estudios de casos y no se tuvo en cuenta las estructuras sociales más complejas.

Desde los tres enfoques sociológicos del suicidio es fácil ver que todos son criticados entre sí y que a la vez poseen puntos de vista similares como Douglas y Taylor, también tienen mecanismos muy diferentes de abordar este estudio y demostrar que no existe forma real de saber qué enfoque es el correcto, pero todos los enfoques utilizan métodos útiles para estudiar el suicidio y son todos válidos en su propio enfoque.

Es de considerar que el suicidio en adolescentes es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años y la cuarta causa de muerte entre personas de entre 55 y 70 años, y parece estar en aumento. Solo las muertes accidentales y el homicidio lo preceden. Algunos expertos creen que muchas muertes "accidentales" son en realidad suicidios. Según un estudio del año 1991 del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, el 27% de los estudiantes de secundaria pensaba en el suicidio, el 16% tenía un plan específico para quitarse la vida y el 8% lo intentaba. El suicidio afecta a adolescentes de todas las razas y posición social. Los hombres se suicidan con más frecuencia que las niñas. Podría ser porque es más fácil obtener los métodos para el suicidio, los hombres generalmente emplean métodos letales y las niñas a menudo usan métodos de intoxicación.

En los últimos 15 años, la tasa entre las mujeres apenas ha cambiado, pero la tasa entre los hombres se ha triplicado. El suicidio adolescente ahora se considera un problema mundial de salud mental según la OMS.

En relación con lo anterior, los teóricos de diversas disciplinas han desarrollado una amplia gama de posibilidades para el comportamiento suicida. Los campos de la psicología y la sociología fueron dos de los más destacados al tratar de descubrir las causas del comportamiento suicida. Emile Durkheim, fue el primero en estudiar la relación entre el suicidio y la integración de los individuos en la sociedad. El trabajo de Durkheim fue muy importante y tuvo tal impacto que luego condujo a la formación del campo de estudio de la suicidiología.

Históricamente, el estudio del suicidio desde una perspectiva psicológica no se trató como un campo de estudio en sí mismo. En cambio, las teorías sobre la depresión y las teorías psicológicas se aplicaron a la conducta suicida en un intento de explicar el fenómeno. Solo durante la segunda mitad del siglo XX, los teóricos psicológicos se dieron cuenta de la importancia de estudiar el suicidio como una entidad en sí misma. Aunque varias otras disciplinas también contribuyeron al estudio del comportamiento suicida, las perspectivas sociológicas, psicológicas y biológicas son las más estructuradas para el estudio del fenómeno, veámoslas a continuación:

Perspectiva sociológica

Las teorías de Durkheim y Bronfenbrenner giran en torno a la influencia de la sociedad en el individuo. Cuando las presiones sociales se vuelven insoportables, el individuo puede recurrir a conductas autolíticas.

La teoría de Durkheim

Durkheim (1951) argumentó que el suicidio está determinado por el grado de integración social que experimenta el individuo. Por lo tanto, las presiones e influencias de la sociedad desempeñan un papel trascendental en la participación del individuo en el comportamiento suicida, identificó los siguientes cuatro tipos básicos de suicidio para explicar las diferencias en los patrones de suicidio, veamos en detalle cada uno de ellos:

a) suicidio egoísta

Cuando las personas luchan por integrarse en la sociedad y les resulta difícil conectarse o ser dependientes de la comunidad, pueden recurrir al suicidio egoísta. Este tipo de suicidio podría ser particularmente relevante en adolescentes, principalmente entre los adolescentes escolarizados. Factores como el Bullying y ciberbullying pueden conducir a sentimientos de aislamiento, que es un factor de riesgo conocido para el comportamiento suicida de los adolescentes (Stillion et al., 1989) y que para el caso de esta tesis es el más prevaleciente entre los escolares que fueron encuestados y entrevistados.

b) suicidio altruista

El suicidio altruista tiene lugar cuando la persona está excesivamente integrada en un grupo y siente que ningún sacrificio es demasiado grande para el bienestar del grupo. Uno de los ejemplos más relevantes de suicidios altruistas actuales es la ocurrencia de atentados suicidas, que han sido especialmente prominentes en Palestina, Israel y Rusia desde la década de 1980, y han escalado en países como Irak, Pakistán y Arabia Saudita después de la declaración de guerra contra el terrorismo por los Estados Unidos de América en 2001 (Hafez, 2005).

c) suicidio anómico

Cuando un individuo lucha para lidiar con una crisis de una manera racional, una alteración repentina en la relación entre ellos y la sociedad causa aún más estrés. Incapaz de resolver el problema creciente, el individuo apela al suicidio como un método para escapar. Este tipo particular de suicidio también tiene relevancia para este estudio. Cuando los adolescentes se enfrentan al suicidio de un integrante de la familia o un amigo, tienen el reto de asumir con éxito los sentimientos de conmoción, enojo y culpa.

d) suicidio fatalista

Este tipo de suicidio es causado por una excesiva regulación social que restringe la libertad de un individuo. Las víctimas sienten que no tienen un futuro posible y, por lo tanto, pierden la esperanza. Este tipo de suicidio tiene igualmente relevancia en el comportamiento suicida de adolescentes, donde la estricta regulación social de las mujeres por parte de sus padres y familias puede aumentar el grado de vulnerabilidad al comportamiento suicida.

Limitaciones de la teoría de Durkheim

Aunque la perspectiva de Durkheim acerca del suicidio parece ser aplicable incluso en las sociedades actuales, la teoría ha sido criticada y discutida por excluir variables como el apoyo social y las disposicionales, que incluyen características de la personalidad, psicopatología o afrontamiento individual que pueden incidir en el comportamiento suicida (Maris, et al. 2000).

La teoría de Bronfenbrenner

Bronfenbrenner (1979) se focalizó en la interacción entre el individuo y su medio ambiente, alegando que el comportamiento es el resultado de la interacción entre estos sistemas. Bronfenbrenner explicó esta interacción al identificar varios sistemas sociales en los que los individuos forman parte, que incluyen lo siguiente:

a) El Microsistema que incluye relaciones interpersonales, actividades y roles con los que el individuo está directamente involucrado.

b) El mesosistema que representa las interacciones entre diferentes sistemas de los que el individuo forma parte, como el trabajo, el vecindario y la vida social.

c) El Exosistema que representa contextos en los que el individuo no está directamente involucrado, pero que todavía está indirectamente influenciado por estos sistemas.

d) El Macrosistema que incluye la sociedad o cultura más grande de la cual el individuo forma parte e interactúa en ella.

Limitaciones de la teoría de Bronfenbrenner

Tanto Durkheim como Bronfenbrenner incluyen la importancia de las relaciones interpersonales como un medio de apoyo, y describen al individuo como "una entidad creciente y dinámica que progresivamente se mueve y reestructura el medio en el que reside" (Bronfenbrenner, 1979.) Sin embargo, esta inclusión no compensa la falta de consideración en profundidad de las características individuales que pueden influir en la adaptación, el afrontamiento y las interrelaciones entre el individuo y los sistemas pertinentes.

Psicología educativa

ESCUELA Y PREVENCIÓN CONDUCTAS AUTOLÍTICAS

La psicología educativa forma parte de las subespecialidades de la psicología general, cuyo objetivo principal es el conocimiento de los mecanismos mediante las cuales se produce el aprendizaje humano dentro de las instituciones educativas, comprende el estudio contextual de las formas en que los estudiantes obtienen el conocimiento y el proceso por el cual desarrollan el aprendizaje. De otra parte, el campo de acción de la psicología educativa, comprende también el desarrollo de los planes de estudio los modelos de gestión educativa, los modelos educativos, los recursos didácticos y lo cognoscitivo en general (Hernández 1991).

Para poder comprender las características importantes del aprendizaje, la psicología educativa desarrolla y aplica una serie de teorías sobre el desarrollo humano.

Estas teorías comprenden las teorías del aprendizaje de Piaget, la teoría sociocultural de Vygotsky, la teoría del aprendizaje social de Bandura, la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, la teoría del desarrollo infantil de Steiner y la pedagogía de Montessori.

Frente a los procesos presentes en las conductas autolíticas la psicología educativa tiene en cuenta las distintas capacidades individuales de los estudiantes, sus estados de afrontamiento y la capacidad de sobreponerse ante situaciones problemas, se incluye además la inteligencia, los niveles de motivación, la creatividad y la capacidad de comunicación; en esta subdivisión de la psicología es muy importante el desarrollo de la motivación.

La psicología educativa permite la aplicación de instrumentos de psicometría para la detección de situaciones de pensamiento, ideación e intento suicida en escolares lo que da la oportunidad del establecimiento de alertas tempranas que desde el aula de clase brindan a los maestros la posibilidad de detectar signos y síntomas, establecimiento de factores de riesgo y así mismo de factores de protección.

Para la presente tesis se tuvieron en cuenta instrumentos de psicometría, técnicas de afrontamiento y el establecimiento de vínculos que son empleados en el campo de la psicología educativa para contextualizar el entorno escolar y descubrir problemáticas en compañía de maestros y padres de familia.

Perspectivas psicológicas

Debido a que las perspectivas psicoanalíticas y conductistas forman la base de la psicología, solo estas dos perspectivas se esbozaran brevemente.

Perspectiva psicoanalítica

Aunque Sigmund Freud nunca estudió el suicidio como una entidad en sí mismo, hizo varias contribuciones a la comprensión del comportamiento suicida a través de su trabajo.

Freud (citado en Stillion et al., 1989) sugirió la existencia de un instinto de muerte, o "thanatos", un impulso instintivo hacia la muerte, en oposición al instinto de vida, o "eros". A lo largo de la vida de un individuo, hay una fricción constante entre el instinto de vida y la pulsión de muerte. El instinto de muerte es principalmente masoquista y el individuo intenta externalizar el instinto en forma de agresión, convirtiendo el masoquismo en sadismo. Cuando las normas culturales se oponen a la agresión, el instinto regresa al sí mismo y se convierte en autodestructivo, que luego puede convertirse en un comportamiento suicida.

Algunos de los trabajos de Freud describen los mecanismos psicológicos involucrados en convertir la hostilidad contra sí mismo. Planteó que las personas se identifican e internalizan los objetos de su amor de forma ambivalente, lo que significa que pueden dirigir sus propios

impulsos agresivos contra el objeto amoroso interiorizado que tanto aman. Esto causa disonancia acompañada de un gran estrés psicológico dentro de la persona y puede aumentar la vulnerabilidad del individuo a participar en un comportamiento suicida (Gilliland y James, 1997). Otra contribución que hizo Freud al estudio del suicidio es el mayor énfasis en la personalidad humana, el argumento consiste en tres entidades que interactúan, a saber: el yo o el ego el superego o superyó y el id. El yo o el ego representa el placer y las necesidades básicas de supervivencia, como la agresión y la reproducción, el superyó representa la conciencia y el yo ideal. La tercera entidad juega un papel de mediación entre los dos opuestos y se conoce como el ego. Desde la perspectiva psicoanalítica, el comportamiento suicida es explicado por un superyó súper desarrollado que produce perfeccionismo al intentar abrazar al yo ideal. Esto, a su vez, conduce a sentimientos graves de fracaso y culpa cuando el intento falla, y puede provocar que el individuo recurra a conductas suicidas (Stillion et al., 1989).

Perspectiva de comportamiento

La concepción fundamental de la perspectiva del comportamiento es que este se aprende o se adquiere por instrucción o imitación. Al estudiar la capacidad de aprendizaje conductual de los estudiantes universitarios, Seligman (1975) y sus colegas descubrieron que el impacto de la pérdida o la falla importante para resolver un problema conduce a la aparición de síntomas depresivos, lo que hace que los estudiantes sean más vulnerables al riesgo suicida. Por lo que, de acuerdo con la perspectiva del comportamiento, no aplicar estrategias de afrontamiento eficientes cuando se enfrenta con un factor estresante puede aumentar la vulnerabilidad del individuo a la conducta suicida.

Veamos a continuación otras perspectivas que complementan las investigaciones de los suicidiólogos y que complementan la psicológica:

Perspectiva interpersonal:

Esta perspectiva ve al suicidio como un defecto en el manejo de los conflictos interpersonales o intrapsíquicos. La persona experimenta diferencias interpersonales que la llevan a vivenciar sentimientos de conflicto y ambivalencia sobre la importancia de continuar viviendo. Desde esta teoría el suicidio es la única forma de resolver estos problemas.

Perspectiva de los Constructos Personales (Kelly, G)

Esta perspectiva afirma que las personas tienen una forma de adaptarse al medio que las rodea, en función al desarrollo cognitivo que posee cada individuo y que se toma como parámetro para procesar sus experiencias; se fundamenta en la idea que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta condición la que orienta y/o modifica la conducta.

Perspectiva de la Desesperanza Aprendida (Seligman, M)

Se fundamenta en la idea de que la percepción continuada, de no correlación entre los objetivos propuestos y los resultados de sus actos, puede provocar en la persona un sentimiento de impotencia e incapacidad de control. “El aprendizaje e interiorización de la carencia de control en los resultados de las propias conductas, provoca tres déficits en la personalidad: motivacional, cognoscitivo y emocional y éste déficit puede ser expresado a través de cuadros depresivos”.

Perspectiva Cognitiva (Beck)

Tiene su origen en la idea de que los hombres, en función de sus experiencias, crean unas categorías mentales a partir de las cuales perciben, estructuran e interpretan la realidad, y desde ellas orientan la conducta; es decir, el sujeto lleva a cabo conductas concretas, en función de percepciones determinadas de la realidad. Lo que ocurre con los niños que reproducen las experiencias que encuentran en sus entornos familiares.

Perspectiva biológica

Desde una perspectiva biológica, los cambios fisiológicos en el cerebro y los factores hereditarios pueden contribuir al comportamiento suicida. Varios estudios de adopción, gemelos y familiares han confirmado que el comportamiento suicida es familiar y hereditario (Brent y Mann, 2005). Al estudiar los factores causales de la depresión, varios estudios han descubierto vínculos entre los síntomas depresivos y la desregulación de los neurotransmisores, las disfunciones en el sistema endocrino e incluso el sueño irregular y los ritmos circadianos. Se ha identificado una gran cantidad de síntomas depresivos como factores de riesgo de suicidio; sin embargo, no todas las personas deprimidas se suicidan.

La perspectiva desde la escuela

El concepto de escuela se deriva del latín schola que hace referencia al espacio o edificio en el cual asisten los seres humanos para aprender, pero más que el espacio de edificio está referido al entorno en el cual se desarrolla un aprendizaje, en el que se emplea una metodología que

responde a los lineamientos de un modelo pedagógico y que se estructura en el desarrollo de unas competencias básicas y avanzadas de aprendizaje, adicionalmente es un espacio de construcción de la socialización, en la cual se producen intercambios humanos intencionados hacia el aprendizaje de nuevos conocimientos, al desarrollo de habilidades y competencias socio afectivas, comunicativas y cognitivas, que facilitan la estructura de identidad de los alumnos y de la misma escuela como entidad encargada de convocar y estimular la adhesión a la participación social y comunitaria.

Desde esta perspectiva la escuela juega un papel trascendental en la prevención de conductas autolíticas, contrario a lo que Durkheim (1876) planteaba, la escuela más allá de la reproducción de un sistema y de unas normas sociales, tiene la posibilidad de modificar y corregir esquemas de desarrollo de personalidad de los educandos, de la familia, de interactuar e incidir en ella, convirtiéndola en una especie de filtro social, en el que es posible reestructurar y corregir fallas en los procesos de formación y de crianza, la escuela es la posibilidad de los niños y jóvenes de subsanar frustraciones, de reencontrar el afecto y de compartir emociones.

En la escuela el maestro tiene la posibilidad de encontrarse con sus estudiantes en mayor proporcionalidad de tiempo del que ellos pueden compartir con sus progenitores, por consiguiente, existe una interacción directa, una relación de segundo hogar, en el que el ejercicio de la ciudadanía los prepara para la convivencia en sociedad, les brinda la oportunidad de expresión, de catarsis personal, a través de la cual los docentes con las herramientas de la psicología educativa logran permear, influir y modificar parámetros conductuales y de personalidad, orientados hacia el cumplimiento de un proyecto de vida y de autorrealización de los estudiantes, pero debe tenerse presente que de no orientar este proyecto y centrarse solo en los aspectos cognitivos, puede llegar a convertir la escuela en un factor estresor, que lejos de

desarrollar técnicas de afrontamiento ante situaciones difíciles o repentinas puede incidir en un reforzamiento de la depresión y angustia en los educandos, aspectos que aumentarían la posibilidad de pensamiento hacia las conductas autolíticas y estaría cumpliéndose el planteamiento de Durkheim sobre la escuela como un agente más de la sociedad que incide en el suicidio.

Por tanto la escuela juega un papel trascendental en la constitución de factores protectores frente al suicidio, permitiendo a los estudiantes adquirir estrategias de resiliencia en la manera de enfrentar y asumir situaciones problema hacia la búsqueda de salidas eficientes y acertadas, pero de no desarrollar las estrategias podrían desencadenar efectos contrarios y coadyuvar a situaciones de crisis que pueden tener desenlaces fatales, es por ello que la presente tesis brinda la oportunidad a la escuela de establecer una estrategia pedagógica que aporta al fortalecimiento de la prevención de conductas autolíticas con la participación de equipos comunitarios e interdisciplinares.

Naturaleza de las conductas autolíticas

Los adolescentes a menudo se lesionan repetidamente sus extremidades tanto superiores como inferiores. Por lo general, tienden a elegir una zona visible o de fácil acceso, como los antebrazos o la parte anterior de los muslos. Habitualmente, también se hacen daño en varias ocasiones, lo que resulta en extensas y marcadas cicatrices de episodios anteriores. Los afectados suelen estar preocupados con pensamientos relacionados sobre las lesiones que se auto realizan. González (2005)

ESCUELA Y PREVENCIÓN CONDUCTAS AUTOLÍTICAS

Los estudios psicológicos no tienen una claridad exacta del por qué las personas se autolesionan, pero como generalidad las autolesiones pueden ser por los siguientes factores:

- Una forma de reducir la tensión, la ansiedad o los sentimientos negativos
- Una forma de autocastigarse por las faltas percibidas
- Una forma de resolver las dificultades interpersonales, al intercambiar el dolor emocional por el dolor físico que experimentan al realizar heridas en su cuerpo.
- Una forma de solicitar ayuda

Un alto porcentaje de adolescentes no consideran que su tendencia a autolesionarse sea una situación problema y por lo tanto la tendencia es a no buscar o aceptar ayuda profesional y mucho menos de la psicología, pues muchos consideran que solo se acude al psicólogo ante situaciones de patologías mentales, en el presente estudio muchos de los estudiantes entrevistados manifestaron que solo quienes “padecen una locura van al psicólogo”

- Evaluación psicológica

Para lograr diagnosticar una conducta autolítica, los profesionales de la psicología deben precisar si la conducta tuvo la intención de causar la muerte (comportamiento suicida o intencionalidad suicida) o no (autolesión no suicida). Para hacerlo, los psicólogos evalúan las intenciones, las razones y el estado de ánimo de los adolescentes. Los escolares que se infligen autolesiones no suicidas pueden afirmar que se dañan a sí mismos para obtener alivio de los sentimientos negativos en lugar de suicidarse. O pueden usar repetidamente métodos que probablemente no causen la muerte. Sin embargo, Los adolescentes que se autolesionan pueden intentar suicidarse. Por lo cual, los Psicólogos dialogan con familiares, amigos y personas

cercanas al adolescente que se autolesiona, sobre los cambios en su estado de ánimo y su estrés para poder evaluar la aparición o no de decisión de riesgo suicida.

Tipos de lesiones autolíticas en escolares:

Las lesiones autolíticas más comunes entre adolescentes son los cortes superficiales que se realizan en las caras internas de los antebrazos y de las piernas, para ello los escolares recurren al uso de cuchillas de afeitar, agujas, compases de los kits de geometría, vidrios, hojalatas, cuchillas de los sacapuntas, bisturís, escalpelos, navajas, cuchillos y hasta punzones; cuando los cortes son realizados en las caras externas, son el indicador de la aparición de factores estresantes que pudieran ser de peligro por la carga emotiva intensa que ello representa, pueden realizarse quemaduras igualmente en brazos y piernas, para ello recurren a cigarrillos, pipas metálicas o encendedores, pueden también recurrir a golpes en los nudillos de las manos, al estrellarlos contra superficies sólidas, auto flagelar la espalda mediante lazos o cables, llenar el cuerpo con piercing en zonas dolorosas, ingerir medicamentos no recetados con el objetivo de intoxicarse, consumir sustancias ilícitas con el propósito de huir de la realidad, suprimir la circulación sanguínea realizando laceraciones en el cuello mediante cuerdas o cables, participar de situaciones extremas o retos, aun con la claridad que terminarán sufriendo lesiones físicas peligrosas.

Porque se presentan conductas autolíticas:

Las conductas autolíticas corresponden con sentimientos emocionales profundos, que regularmente se fundamentan desde la primera infancia. Los factores y mecanismos de crianza de los niños generan una serie de repercusiones que se fijan en el inconsciente, situaciones traumáticas, abuso, maltrato físico, psicológico y verbal, abandono, encierros o cautiverios, accidentes, factores genéticos y hereditarios de patologías mentales, retraso en el desarrollo psicomotor, aspectos de baja nutrición, pueden incidir en la generación de situaciones problema que llevan a los adolescentes a realizar conductas autolíticas. Entender cuál o cuáles factores están presentes dependerá de la estructuración de la personalidad de cada adolescente y de la facilidad de establecer canales de comunicación adecuados que permitan que el afectado realice catarsis y quiera contar sus experiencias y traumas. Los estudios generalizan las causas, pero el presente estudio logró encontrar 7 factores que se estructuran en la primera infancia: Ausencia de resiliencia, no tolerancia a la frustración, comunicación no asertiva de padres a hijos, ausencia de parámetros de disciplina y convivencia, no desarrollo de valores, ausencia de espiritualidad y dificultades del contexto externo o social.

Como prevenir situaciones de conductas autolíticas:

Para la prevención de conductas autolíticas en las escuelas es necesario acudir a los programas de prevención primaria. Se entiende la prevención primaria, como educación para la salud, y promoción de la salud, (PYP) pero excede los límites del presente trabajo, por lo que no se abordan las actuaciones en promoción de salud sino de una propuesta educativa. Si se analiza la prevención entendida como la detección oportuna del riesgo que algunos escolares tienen en la

aparición de conductas autolíticas que pueden desencadenar en tentativas de suicidio y suicidio consumado. En este marco se reflexiona sobre dos líneas de actuación dirigidas a:

1. La sensibilización de la comunidad educativa: que incluye la sensibilización de la población general, la identificación de la población de riesgo y la sensibilización de la familia

2. La formación de docentes y demás profesionales: incluye formación y actualización en conocimientos sobre suicidio, recursos y procesos de ayuda.

La sensibilización y concienciación dirigida a la comunidad educativa se realiza con el objetivo de desmitificar las conductas autolíticas y proponer actuaciones dirigidas al conocimiento de esta problemática. Actuaciones que ayuden a los estudiantes en riesgo, más que las reacciones habituales de miedo y la tendencia a ocultar este tipo de comportamiento.

Diversos estudios han concluido que las campañas de concienciación sobre depresión y sobre suicidio tanto en población general como en colegios, mejoran los conocimientos y las actitudes hacia la enfermedad mental y hacia las personas que padecen este problema.

Existe acuerdo en que éstas campañas de prevención mejoran la actitud de la población hacia la enfermedad mental y disminuyen el estigma (Mann, 2005).

La información a la comunidad educativa debe hacer referencia a qué se debe hacer y qué no, ante la detección de escolares con pensamientos y conductas autolíticas, romper los mitos y creencias acerca de estos comportamientos, ofrecer teléfonos y contactos claros, con la idea de comunicar que existen personas preparadas que pueden ayudar al estudiante que está pensando en el suicidio como una salida a una situación problemática en su vida.

El perfil de riesgo del adolescente difiere considerablemente a los que se presentan en otras edades. El ciclo vital por el que el adolescente atraviesa, se caracteriza por estar lleno de insatisfacciones, descubrimientos, desencantos, que en muchas ocasiones les lleva al consumo de sustancias psicoactivas como medida de evasión de realidades que a tan tempranas edades son difíciles de afrontar.

Es importante comprender y tener presente en estas edades algunos factores: Sociodemográficos y culturales. Como el bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo, la migración y el desempleo. Todo ello se resume en mayor dificultad para afrontar los problemas que la vida le presenta y que en muchas ocasiones se complican con el consumo de sustancias ilícitas.

Los profesionales que están en contacto directo con adolescentes y que mejor pueden detectar situaciones de riesgo son los docentes y psico orientadores que laboran en instituciones educativas, colegios, institutos y universidades.

En el caso de estudiantes, los indicadores que la OMS (2007) propone como factores a identificar por los profesionales de la educación están relacionados con: “La falta de interés en las actividades cotidianas. El descenso de las calificaciones. La disminución del esfuerzo o ausencias. Consumo excesivo de alcohol o drogas. Comportamiento inadecuado en clase, como violencia o agresividad. Y para identificar estos síntomas se debe: Facilitar la comunicación con los alumnos, de cara a poder detectar más fácilmente estados de riesgo. Estar atentos a los factores mencionados para poder realizar actuaciones de intervención o derivación efectivas”.

Con relación a la prevención de conductas autolíticas existen experiencias de intervenciones para la prevención del suicidio, en países anglosajones (Beautrais, 2007; Wyman, 2008), que trabajan con personas que establecen contacto con el medio de las personas con ideación e intencionalidad

suicida. Se trata de profesionales como bomberos, paramédicos, trabajadores de compañías de que integran brigadas de seguridad, profesores, que reciben entrenamiento en el reconocimiento de los signos y síntomas de ideación suicida, por los que una persona puede necesitar ayuda. Estas personas se denominan guardianes o primeros respondientes. Algunos programas españoles actuales de prevención de suicidio están incluyendo esta figura, con excelentes resultados (Álvarez, 2006).

Esto implica una respuesta de la sociedad como contexto de prevención y atención de conductas que han sido generadas por el mismo medio, por las presiones e influencias que la sociedad ejerce sobre el individuo en el comportamiento suicida, aspectos que coinciden con las teorías de Durkheim y Bronfenbrenner incluyen la importancia de las relaciones interpersonales como un medio, describen al individuo como "una entidad creciente y dinámica que progresivamente se mueve y reestructura el medio en el que reside" y que además se somete a la excesiva regulación social que restringe la libertad de un individuo.

Pero a la luz de estos planteamientos, la sociedad como origen de las causas que impulsan la aparición de conductas autolíticas, no estaría en condiciones de estructurar estrategias de prevención; por cuanto en sí misma es generadora de factores de riesgo, pero es en este punto en donde aparece la escuela, como agente regularizador y promotor de las normas y sinergias sociales, y es aquí en donde las teorías de Durkheim y Bronfenbrenner erraron, por cuanto no consideraron variables como el apoyo social y las variables disposicionales, que incluyen características de la personalidad, psicopatología o afrontamiento individual que pueden incidir en el comportamiento suicida y que varían de un individuo a otro según sus parámetros de crianza y su capacidad de adaptación a los contextos sociales. Es desde esta consideración que estructuro mi posición teórica, compartiendo en un primer momento la claridad de los autores

frente a la sociedad como generadora de estresores que impulsan al individuo a realizar conductas autolíticas e incluso a realizar tentativas suicidas o suicidio consumado, pero indudablemente el estudio permitió encontrar que los factores de crianza constituyen un predictor y fijador de conductas suicidas, ya que estructuran condiciones múltiples que en menor o mayor grado pueden ser afectados por las presiones sociales, por tanto, la escuela puede intervenir oportunamente y prevenir la aparición de manifestaciones autolíticas teniendo la claridad de los siete conceptos que emergieron durante la investigación y que se detallan en los resultados .

Efectos werther y papageno

Las conductas autolíticas y principalmente el suicidio, parecen ser unos fenómenos susceptibles de ser imitados. Al respecto se encuentran varios estudios que sugieren que los medios de comunicación por jugar un papel representativo en la sociedad ejercen una marcada influencia sobre el conjunto de actitudes, sistemas de creencias y comportamientos de la comunidad, así como cumplen un papel importante en la política, la economía y las prácticas sociales, podrían tener una influencia determinante tanto en la prevención, como en la conducta imitativa de los fenómenos autolíticos. Una de las primeras relaciones que se ha conocido entre las conductas autolíticas y los medios de comunicación, apareció con la novela de Goethe: Las penas del joven Werther, que fue publicada en 1774. En ésta novela, el joven protagonista se quita la vida disparándose tras una serie de problemas con un amor no correspondido. tiempo después de la publicación de la novela varias personas decidieron quitarse la vida, empleando el mismo método y bajo circunstancias problemáticas similares. Los analistas establecieron una relación causal

entre estos acontecimientos, considerando que la novela apareció al lado de los suicidas en todas las escenas, adicionalmente se descubrió que las personas se habían vestido con el mismo atuendo descrito del protagonista de la novela, y en las notas de despedida suicida hacían referencia a la inspiración que había generado la novela en la toma de su fatídica decisión. Ante estas circunstancias la obra fue retirada de circulación en varios países europeos. De esta situación se desprendió el concepto del "efecto Werther", acuñado en la academia por el sociólogo estadounidense David Phillips en el año 1974, quien realizó un estudio relacionado con las incidencias de la prensa entre 1947 y 1968, llegando a la conclusión que el número de suicidios consumados en Estados Unidos, se incrementaba al mes siguiente de que el diario New York Times publicara en la portada principal alguna noticia relacionada con suicidios. El "efecto Werther" también se conoce con el nombre "efecto Copycat" que traduce imitador. Estudios posteriores han demostrado que este efecto es más incidente cuando quien se quita la vida es una persona famosa o célebre.

Las investigaciones psicológicas al respecto han confirmado que el cubrimiento sensacionalista de las noticias sobre situaciones suicidas, evidentemente afecta a poblaciones emocionalmente vulnerables, tal es el caso de los niños, pero principalmente adolescentes, quienes al conocer de personajes que han decidido acabar con sus vidas, ante el sufrimiento por ciertas situaciones problemáticas, adicionalmente cuando descubren métodos para suicidarse, terminan imitando estas conductas. Pero también se ha descubierto que, con el proceso inverso, y estableciendo pautas de manejo asertivo de la comunicación, es posible prevenir el aumento de conductas suicidas, lo que se conoce con el nombre de "efecto papageno." Este nombre deriva del personaje homónimo de la flauta mágica de Mozart, quien en el momento de pensar en acabar con su vida fue disuadido por unos niños que le indicaron otras posibilidades frente a la vida. A la inversa, el

cubrimiento responsable, siguiendo unas pautas establecidas, puede tener un efecto preventivo sobre la conducta suicida, lo que le permitiría a la información convertirse en un efecto de orden protector.

A continuación, se desarrollan algunos aspectos teóricos, necesarios para la estructuración, identificación y comprensión de las conductas autolíticas.

Sistemas ambientales y afrontamientos

No parece lógico que un adolescente, que ha vivido durante tan corto tiempo, elija morir, pero en un gran número de veces los que no logran superar sus estados de angustia lo hacen y todo parte desde la influencia de los sistemas ambientales y de la forma en que afrontan las dificultades, igual ocurre con los adultos que no logran sobrellevar sus cargas emocionales y de adaptación ambiental, por tanto, es necesario dar una revisión a estos aspectos.

Sistema ambiental

Los estresores de la vida externa incluyen todas las demandas ambientales que el individuo puede enfrentar (Lepore, 1996), mientras que los recursos externos se refieren a las relaciones materiales o sociales que una persona tiene a su disposición para usar en el proceso de afrontamiento.

Recursos sociales

Los recursos sociales consisten en relaciones con familiares, amigos y otras personas allegadas. Rutter y Behrendt (2004) encontraron que el apoyo social se relaciona con menos sentimientos de aislamiento, mayores niveles de resiliencia y un funcionamiento adolescente más saludable. De manera similar, Delongis y Holtzman (2005) encontraron que los individuos empleaban una mayor variedad de estrategias de afrontamiento cuando se sentían apoyados por otras personas allegadas. Los recursos sociales se pueden subdividir en relaciones con la familia, los compañeros (la escuela) y el entorno social más amplio.

Relaciones familiares

Diversas investigaciones han confirmado que las relaciones familiares son la base más importante de apoyo para los adolescentes. También se converge en que el apoyo familiar puede actuar como un amortiguador contra la vulnerabilidad; sin embargo, con las estructuras familiares cambiando debido a la separación de padres, muchos adolescentes carecen de suficientes relaciones de apoyo disponibles en un tiempo que más lo necesitan. Las dificultades familiares, incluida la muerte, el divorcio, la separación y las relaciones inestables, han sido frecuentes en adolescentes que han intentado suicidarse (Hawton, 1986). Los cambios en la familia mononuclear tradicional se pueden considerar como uno de los principales factores que contribuyen al comportamiento suicida de los adolescentes. Cuando los padres se divorcian, un padre se va, o un padre pierde su trabajo, el adolescente puede sentirse culpable y puede recurrir a la conducta autolítica como una forma de castigo (Fergusson, et al., 2002), encontraron que los adolescentes que se involucraban en conductas autolíticas generalmente crecían en familias caracterizadas por un mayor nivel de disfuncionalidad que los adolescentes no suicidas. En una investigación sobre los intentos de

suicidio entre adolescentes, más del 75% de los sujetos participantes informaron haber tenido conflictos con sus padres en las 10 horas anteriores a los actos autodestructivos. Esto podría explicarse por los hallazgos de Greeff (2000), quien encontró que la satisfacción mutua con las relaciones familiares se origina en habilidades efectivas para resolver conflictos con éxito, por lo tanto, las habilidades eficientes de resolución de problemas y resolución de conflictos a través de la resiliencia, son vitales para el buen funcionamiento familiar.

Por otra parte, se encontró que la pérdida de un padre hasta la muerte o el divorcio, o el vivir separados de ambos padres biológicos, aumenta el riesgo de suicidio consumado. Cuando se enfrentan a tal situación y conflicto en el entorno familiar, "*los adolescentes sienten una sensación de impotencia y desesperanza, recurren al comportamiento suicida como un medio para escapar temporalmente del estrés prevaleciente y al mismo tiempo comunicar su angustia emocional*" (Pillay & Wassenaar, 1997, p 159).

Además de las familias disfuncionales que pueden crear conflictos en las relaciones, la falta de apoyo familiar también parece influir en la susceptibilidad de los adolescentes a participar en conductas suicidas. Simons y Murphy (1985) encontraron que los problemas emocionales y de ansiedad son un fuerte predictor de pensamiento e ideación suicida, y el apoyo de los padres tiene un impacto considerable en la extinción de los problemas emocionales y de depresión. El apoyo social inadecuado de familiares y amigos se ha relacionado con la desesperanza y la ideación suicida. Sun y Hui (2006) encontraron que los adolescentes que no se sienten identificados con sus familias tienen una mayor probabilidad de experimentar baja autoestima y ansiedad, lo que promueve síntomas depresivos, y podría desencadenar ideación e intento suicida, los jóvenes tienen más autonomía y menos supervisión y apoyo social de los padres, lo que puede llevar a la desconexión. El estrés que experimentan los jóvenes cuando hay falta de apoyo familiar puede

reducir significativamente su autoestima, lo que lleva a mayor estrés y el posible riesgo de intento de suicidio (Wilburn, et al, 2005), también encontraron que los adolescentes que percibían que su familia era indiferente, distante y controladora, tenían una mayor tendencia a suicidarse. Sin embargo, el apoyo familiar también puede jugar un papel importante como factor de disminución del estrés o factor protector, identificaron también la relación entre padres y familias como un factor de protección contra la ideación y los intentos de suicidio, la familia y el apoyo mutuo podrían ser recursos útiles para disminuir los intentos de suicidio.

Otros factores adicionales en el ámbito familiar del adolescente que pueden contribuir a las conductas autolíticas incluyen la historia parental de trastorno psiquiátrico, los factores culturales por su parte también pueden jugar un papel marcado en el suicidio adolescente.

Relaciones con los compañeros

Recientemente se ha descubierto que los problemas con las relaciones entre pares y los cambios o dificultades escolares como el bullying y ciberbullying tienen un papel contribuyente en las conductas autolíticas de los adolescentes (Johnson et al., 2002). Al estudiar los factores que contribuyen a los intentos de suicidio de los adolescentes determinaron que el conflicto entre hermanos, compañeros, amigos, parientes, maestros o parejas aumenta la vulnerabilidad de los jóvenes a participar en conductas autolíticas. Además, se encontró que más de la mitad de los adolescentes informaron interrupciones de relaciones, problemas interpersonales y dificultades con familiares o amigos como la razón por la cual intentaron suicidarse. De igual manera, descubrieron que dos de los factores desencadenantes más comunes que conducen a las conductas autolíticas de los adolescentes son el conflicto y la pérdida interpersonal, y con más auge cuando se combinan con el abuso de sustancias.

Además de las relaciones familiares y de pares, la relación entre maestros y estudiantes también parece ser un recurso social de gran importancia. Paulson y Everall (2001) encontraron que la reacción positiva de los docentes ante los pensamientos suicidas y conductas autolíticas de los estudiantes, les ayudó a mitigar el dolor de su angustia y depresión, mientras que las reacciones negativas y apáticas les dificultaban su capacidad de afrontamiento.

Mayor entorno social

Hay planteamientos de una relación entre el comportamiento suicida y las transformaciones sociales y políticas en varios países. Se sabe que Hungría y la Federación de Rusia han tenido algunas de las tasas más altas de suicidio a nivel internacional durante la década de los noventa (Krug et al., 2002). Estos países de Europa del Este han atravesado por grandes transformaciones sociales, en donde los sistemas políticos en apariencia poderosos e influyentes colapsaron, dejando el sistema social del país en un estado de anomia, o una falta de normas sociales y regulación social. El repentino colapso del sistema social dejó a la mayoría de los europeos del este abrumados por los cambios, aspectos para los cuales no estaban preparados). En un estudio comparativo, Huschka y Mau (2006) encontraron que la prevalencia de la anomia era más prominente en los países que sufrieron cambios trascendentales en el sistema político y económico; por lo tanto, las personas están más insatisfechas con su nivel de vida y tienen sentimientos más fuertes de insatisfacción. Al comparar las tasas de suicidio consumado y conductas autolíticas de países de Europa del Este con países de Europa occidental, se encuentra un aumento definitivo en las tasas de suicidio en los países de Europa del Este, en comparación con una disminución en las tasas de suicidio en los países de Europa Occidental.

Irlanda también es conocida por sus luchas políticas y religiosas, Lorenz (1992) descubrió que los individuos se involucraban en conductas autolíticas para oponerse a los sentimientos de

impotencia provocados por el desempleo, las deudas y las condiciones de hacinamiento en la vivienda. El sentimiento de impotencia se internaliza para estos individuos y, con un déficit en las habilidades de afrontamiento combinado con factores externos, intentan recuperar el poder agrediéndose a sí mismos, enviando el mensaje de que la injusticia que se les impone ya no es soportable y recurren a la ideación o al suicidio consumado. La transformación de las sociedades, la influencia internacional, la globalización, el auge de las tecnologías, la aculturación y los factores sociopolíticos a los que los adolescentes han estado expuestos en las últimas décadas pueden haber contribuido a un estrés elevado en los adolescentes.

Exposición al suicidio

Cuando una persona recurre al suicidio, los sobrevivientes a menudo presentan sentimientos de tristeza, conmoción, incertidumbre, incredulidad, negación, rabia e impotencia, que son síntomas conocidos de la etapa de duelo, cuando una persona se suicida, la culpa, la ira, el remordimiento emocional, así como el temor a la estigmatización social complican aún más el proceso de duelo. El suicidio de un adolescente es particularmente trágico para los sobrevivientes que se quedan atrás, no solo porque la persona es tan joven, sino también por la forma violenta y repentina en que termina su vida. Por lo tanto, la exposición al suicidio de un ser querido es especialmente difícil de controlar. Al estudiar los efectos psicológicos de la exposición al suicidio adolescente, Brent et al. (1992), determinaron que dicha exposición se asocia significativamente con la depresión mayor y los síntomas del síndrome de estrés postraumático, de los cuales al menos uno es un factor de riesgo conocido para el comportamiento suicida. También descubrieron que la

exposición al suicidio, o los intentos de suicidio por parte de jóvenes allegados o pares, son un factor de riesgo representativo para futuros intentos de suicidio en los sobrevivientes. Otros investigadores han descubierto que la pérdida de una fuente de apoyo social, incluido un amigo, puede crear una crisis repentina en el funcionamiento del yo, que afecta el control de los impulsos, el juicio, la cognición y las fantasías del adolescente. El giro puede conducir a sentimientos de depresión. Los estudiantes son significativamente más propensos a desarrollar síntomas depresivos y de angustia, a consumir sustancias psicoactivas y tener ideación e intento de conductas autolíticas cuando tienen una experiencia de primera mano con un compañero o amigo suicida. En el año 2008 Bridgend, una pequeña ciudad de 139.000 habitantes en Gales, ha volcado toda la atención de los medios después de que 17 adolescentes y jóvenes se suicidaran mediante ahorcamiento. Los primeros tres adolescentes que se suicidaron y dos de los pares posteriores se conocían entre sí, lo que podría sugerir que la exposición a los suicidios de otros adolescentes contribuyó a sus suicidios. Posibles situaciones correlacionadas adicionales entre los suicidios aún se están investigando, e incluyen sitios web de Internet, exposición a los medios de comunicación e imitación del comportamiento suicida de los demás, (Booth, 2008).

Otros factores de riesgos ambientales

La fuerte presión que se ejerce sobre los adolescentes para que tengan éxito conduce a niveles elevados de estrés, angustia y depresión. Esto puede causar problemas físicos y emocionales y una mayor vulnerabilidad a los pensamientos e intentos de conductas autolíticas. Algunos factores de riesgo que pueden contribuir directamente al comportamiento e ideación suicida de los adolescentes son los problemas de aculturación, estrés agudo, altos índices de criminalidad y violencia, transformación y presión socio-económica. Con los aumentos en los precios de los costos educativos y de vida, y el aumento de los niveles de desempleo y pobreza, los adolescentes

y jóvenes están bajo una alta presión financiera. La carencia de atención médica, problemas de vivienda y actos delictivos también contribuyen a los factores estresantes diarios que deben abordarse. La exposición a estos factores estresantes y las circunstancias adversas, así como las dificultades experimentadas en el dominio académico, juegan un papel contribuyente en las conductas autolíticas de los adolescentes. Un estudio multicultural de Marcenko et al. (1999) encontró que la ideación suicida adolescente era más elevada dentro de las familias de bajos ingresos. Un estudio internacional también confirmó que el riesgo de comportamiento suicida fue el doble entre personas con bajo nivel socioeconómico, logros educativos limitados y pobreza, en comparación con individuos de entornos más ventajosos (Bucca et al., 1994).

Diferencias de género en el suicidio adolescente

Las mujeres presentan niveles más altos de ideación suicida y cometen más intentos de suicidio que los hombres, pero los hombres se quitan la vida con más frecuencia que las mujeres. El mismo patrón se puede ver con los adolescentes. En todos los países donde se recopilan sistemáticamente datos relacionados con epidemiologia suicida, con la excepción de China, los adolescentes tienen una tasa de suicidio mucho más alta que las niñas, mientras que las niñas tienen una mayor prevalencia de ideación suicida e intentos de suicidio. Estudiando la ideación suicida en adolescentes, Marcenko et al. (1999) encontraron que el género es un predictor significativo de la ideación, con las mujeres elevando el porcentaje de ideación suicida. Este hallazgo es respaldado por los estudios de Simons y Murphy (1985), quienes encontraron que las mujeres tenían una ideación e intento suicida mucho más alta que los hombres.

A principios del siglo XXI, también se observó una tendencia marcada consistente en las diferencias de género en los suicidios de adolescentes. La OMS informó una razón de 4.6 muertes

masculinas por suicidio por cada suicidio femenino consumado, encontrando tasas de suicidio significativamente más altas para los hombres adolescentes en todas las ciudades participantes.

Factores raciales y culturales

Las culturas inter raciales son abundantes y complejas, pero la occidentalización, especialmente en las grandes ciudades, hace que las personas se alejen lentamente de algunos de los aspectos más tradicionales de sus culturas, reemplazándolas con prácticas y comportamientos más occidentales. De acuerdo con Bridge et al. (2006), estas transiciones rápidas entre culturas pueden hacer que los individuos se sientan alienados, causen conflictos intergeneracionales y pueden jugar un papel contribuyente en las tasas de suicidio adolescente.

Al comparar las tasas de suicidio por raza, Burrows y Laflamme (2006) informaron que las razas blancas, especialmente los hombres, tenían una tasa de suicidio consumado más alta que cualquier otra raza en el mundo, afirmaron que existen mayores tasas de suicidio entre los blancos, ya que presentan debilidades frente a las dificultades de adaptación en la vida. Esta falta de resiliencia y lucha para hacer frente a los problemas diarios puede desencadenar en conductas autolíticas. Sin embargo, estudios recientes han indicado que el comportamiento suicida entre los adolescentes de todas las razas ha mostrado un aumento definitivo.

Factores de disposición

Los factores de disposición son las características únicas que posee cada individuo que influyen en su grado de resistencia a los factores estresantes Compton (2005). La presencia de factores que aumentan la capacidad de recuperación del individuo, contribuyen al bienestar general del

individuo, mientras que otros factores o la ausencia de estos, pueden obstaculizar el proceso de afrontamiento adecuado y aumentar la vulnerabilidad. Los factores que pueden aumentar o disminuir el desarrollo de la resiliencia en adolescentes son los siguientes:

a) Resistencia

El primer factor considerado como un contribuyente a la resiliencia es la denominada resistencia, que se compone de compromiso, control y desafío (Kobasa, et al. 1982). En otras palabras, los adolescentes que perciben que tienen el control y utilizan los desafíos como medio para crecer, podrían enfrentar mejor los factores estresantes de la vida y tener una mejor sensación general de bienestar que aquellos que carecen de resistencia.

b) Locus de control interno

La percepción de que los eventos están controlados por factores externos, incluyendo factores como la suerte, el destino y la coincidencia, se refiere a tener un locus de control externo, mientras que tener un locus de control interno implica que el individuo percibe su comportamiento como el determinante del resultado de los eventos Smith (1993). Investigaciones sobre conductas autolíticas han relacionado la posesión de un locus de control externo con el comportamiento suicida King et al. (2001). Los estudios afirman que el aprendizaje y la implementación de un locus de control interno alivia la impotencia aprendida, disminuyendo así la posibilidad de desarrollar síntomas depresivos relacionados. Esto, a su vez, podría reducir la vulnerabilidad del adolescente a participar en conductas autolíticas.

c) Autoeficacia

La autoeficacia se refiere a la forma en que las personas perciben sus habilidades para desempeñarse en cualquier ámbito (Smith, 1993). Las altas expectativas de autoeficacia pueden contribuir a la voluntad del individuo para enfrentar desafíos, desarrollar resiliencia y promover un desempeño efectivo, mientras que un bajo sentido de autoeficacia puede desalentar al individuo a aceptar un desafío, creyendo que no podría negociar con éxito los problemas cotidianos y llegando a la depresión.

d) Optimismo

El optimismo está relacionado con una expectativa de resultados positivos en la vida diaria, si bien el pensamiento optimista también se ha identificado como un elemento importante en individuos que muestran resiliencia, una perspectiva pesimista de la vida puede provocar una regresión al uso de estrategias inadecuadas de afrontamiento, perdiendo cualquier posibilidad de optimismo Carver, et al (1989).

e) Sentido de coherencia

Antonovsky (1987) describe un sentido de coherencia como la percepción individual de su mundo como comprensible, manejable y significativo. Si los adolescentes pudieran entender los desafíos que enfrentan y aprender de ellos, podrían disminuir su vulnerabilidad a la influencia de los factores de riesgo suicida y otros factores estresantes que desencadenan conductas autolíticas.

f) Autoestima

Sun y Hui (2006) exponen que la autoestima es un mediador significativo entre los factores sociales y la ideación suicida, lo que implica que los adolescentes con una autoestima positiva

serían más resistentes a los estresores sociales, mientras que el estrés negativo y la baja autoestima son predictores significativos de ideación suicida.

g) Neuroticismo

El neuroticismo es un rasgo caracterizado por la tendencia a experimentar un rango más largo y más severo de afecto negativo en respuesta al estrés Bridge et al. (2006). Varias investigaciones han relacionado el neuroticismo con la proliferación de conductas autolíticas en los adolescentes.

h) Desesperanza

La desesperanza, está relacionada con un deseo de escapar de lo que un individuo considera un problema no solucionable, es una variable clave que vincula la depresión con el comportamiento suicida Beck (1996). La desesperanza en sí misma también es un síntoma conocido de la depresión y se ha relacionado directamente con las conductas autolíticas de los adolescentes y jóvenes.

i) Depresión

Numerosas investigaciones han identificado la depresión como el factor psiquiátrico más común relacionado con el riesgo de ideación y conducta suicida, más si se considera que la gran mayoría de los intentos de suicidio y suicidios consumados están precedidos por síntomas depresivos.
De hecho, la ideación suicida se considera un criterio para algunas formas de depresión (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2000).

j) abuso de sustancias

El uso de sustancias psicoactivas podría facilitar la transición de ideación suicida a intentos de suicidio, y probablemente suicidio consumado. En un estudio de King et al. (2001), se informó que todos los adolescentes participantes con ideación suicida o aquellos que habían intentado suicidarse habían participado del consumo o abuso de sustancias psicoactivas, incluidos cigarrillos y alcohol. En los estudiantes entrevistados en este proyecto se encontró que un porcentaje había consumido sustancias psicoactivas, siendo la más común la marihuana.

Transiciones y crisis de la vida

Además de los factores estresantes y recursos externos e internos, los adolescentes también enfrentan el reto de diferentes tipos de crisis y transiciones en las etapas de su desarrollo. Los diferentes niveles de evolución, incluido el desarrollo cognitivo, emocional y social, entre otros, son probablemente las transiciones más importantes que el adolescente debe dominar para evitar caer en crisis que pueden disparar conductas autolíticas.

Johnson et al. (2002) encontraron que los eventos estresantes de la vida mediaban la asociación entre las adversidades de la infancia y el comportamiento autolítico durante la adolescencia, y que los jóvenes que experimentan numerosas adversidades durante la infancia y la adolescencia tienen un riesgo particularmente elevado de comportamiento suicida, establecieron que la mayoría de los adolescentes habían experimentado uno o más eventos estresantes en la vida durante las semanas previas al intento de suicidio. Otros estudios también han encontrado asociaciones significativas entre ideación suicida o intentos y eventos de vida estresantes, afirman que los adolescentes tienen mayor riesgo de comportamiento suicida cuando son sometidos a eventos importantes de la vida negativos, incluyendo muerte, divorcio o extrema dificultad en la escuela, bullying y ciberbullying, experimentan estrés diario que los lleva a sentirse acongojados, abuso físico o sexual y recursos precarios.

La adolescencia como fase de desarrollo

La etapa o fase de desarrollo que conecta la infancia con la edad adulta se conoce como adolescencia y consiste en una conjunción compleja entre las fuerzas biológicas, psicológicas y sociales, todas ellas contribuyen a transformaciones únicas en el desarrollo individual de los seres humanos. A medida que estas fuerzas se influyen mutuamente, conducen a una diversidad de caminos de desarrollo y comportamiento de afrontamiento Hauser et al. (1991).

Definir la adolescencia mediante la edad ha resultado difícil, primordialmente porque cada individuo sigue su propio camino evolutivo único, aunque se acepta que la adolescencia tiene su inicio entre las edades de 11 y 14 años, y llega a su fin entre los 17 a 22 años. En el recorrido hacia una madurez exitosa, los adolescentes deben dominar ciertas tareas de las etapas, incluyendo el desarrollo de una identidad propia que caracterizará su personalidad, aceptar cambios físicos, desarrollar un comportamiento socialmente responsable y el desarrollo de habilidades cognitivas e independencia.

Desarrollo físico

En cuanto al desarrollo físico, los cambios más notables en la adolescencia temprana son el rápido crecimiento y el inicio de la pubertad o la maduración sexual. Los cambios puberales no solo difieren en la tasa de desarrollo, sino también entre los sexos. En el desarrollo puberal masculino, la hormona testosterona es la principal responsable de la maduración sexual, causando en primer lugar la maduración y crecimiento de los testículos, el escroto y el pene, y luego estimula el vello facial, púbico y debajo del brazo. El alargamiento y el desarrollo de la laringe produce una voz más grave y algunos adolescentes, especialmente los varones, pueden desarrollar problemas en la piel como el acné debido al aumento de los niveles hormonales.

En el desarrollo puberal de las mujeres, la glándula pituitaria estimula el aumento de producción de estrógeno, lo que hace que el tejido mamario se agrande y genera el aumento del tejido graso alrededor de las caderas y los glúteos (Rathus, 2003). Los estrógenos y andrógenos son las dos hormonas responsables del desarrollo de los órganos reproductores femeninos, mientras que la segunda estimula el crecimiento del vello púbico y del brazo. El signo más emblemático de la maduración sexual femenina es el inicio del primer ciclo menstrual.

Debido a que los adolescentes experimentan cambios físicos tan dramáticos durante la pubertad, a menudo les resulta difícil dominar y aceptar los cambios físicos, especialmente cuando se desarrollan prematuramente o en una etapa tardía en comparación con sus pares. En un estudio sobre la percepción de la imagen corporal de los adolescentes, se encontró que las mujeres estaban más insatisfechas con su imagen corporal y peso que los hombres, sin embargo, tanto hombres como mujeres eran más susceptibles a los sentimientos de depresión, ansiedad y angustia cuando no estaban satisfechos con su imagen corporal.

Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo durante la etapa de la adolescencia implica la evolución de pensamientos concretos a una forma de pensar más racional, así como el desarrollo de pensamientos abstractos Hacker (1994) afirma que los adolescentes muy a menudo focalizan sus pensamientos abstractos en desarrollo sobre sí mismos. Esta nueva autoconciencia puede elevar las preocupaciones sobre la carencia de sentido, el conflicto y la elección, lo que a su vez puede conducir a posibles sentimientos de aburrimiento, depresión, desesperanza y conducta autolítica. En oposición, cuando los adolescentes desarrollan la autoconciencia, podría conducir a una mejor comprensión de la empatía y tener un efecto positivo en el desarrollo de sus autos conceptos y autoimagen. El

final del desarrollo cognitivo hace que los adolescentes cuestionen cada vez más el significado de la vida y la muerte, a fin de infundir un sentido de esperanza y sentido en la vida.

Personalidad y desarrollo emocional

Uno de los teóricos de mayor trascendencia en el desarrollo de la personalidad es Erik Erikson, quien consideraba que hay períodos de desarrollo especiales en los que es más probable que se interioricen lecciones psicosociales específicas, por lo que dividió el ciclo de desarrollo humano en ocho etapas de desarrollo. Al explicar el desarrollo de la personalidad en la adolescencia, Erikson (citado en Marcenko et al., 1999, p.122) se centra principalmente en la formación de la identidad. Algunos adolescentes pueden tener problemas con este concepto y encontrarse a sí mismos, lo que Erikson llamó una "moratoria social", donde se retiran de sus responsabilidades sociales. Una falla adicional para desarrollar una identidad propia puede resultar en confusión de roles. Para superar esta crisis, los adolescentes deben desarrollar un sentimiento de identidad, que incluye poder determinar quiénes son, a qué grupo pertenecen y cuáles son sus propósitos en la vida.

Los adolescentes a menudo han sido descritos como emocionalmente inestables. La probabilidad de tener cambios de humor y arrebatos emocionales ha sido exagerada y podría explicarse por el aumento de los niveles hormonales, la presión creciente para conquistar la autoconciencia sobre su apariencia física y la confusión sobre sus identidades.

Desarrollo social

Los adolescentes asumen un amplio espectro de cambios sociales que deben dominar. Durante este tiempo, se alejan gradualmente de sus padres como la principal influencia en sus vidas, para dar una mayor participación con sus compañeros (Jackson y Rodríguez, 1993). Algunos conflictos pueden aparecer entre padres y adolescentes, debido a su relación variable. La necesidad de filiación y pertenencia a un grupo es importante para los adolescentes, por lo tanto, rebosan mucha importancia a las relaciones sociales con sus pares. Los hombres y las mujeres comienzan a interactuar a través de estos grupos, y el rechazo de un grupo puede tener una influencia severa en el adolescente ya que lo convierte en individuo vulnerable (Louw et al., 2007). Otros estresores sociales que pueden causar estrés en la adolescencia y juventud incluyen relaciones conflictivas y transformadoras, presión social para conformarse, diferencias en la posición socioeconómica, angustia y desesperación cuando una relación fracasa y sentimientos de inadecuación. Los adolescentes actualmente han tenido más contacto que nunca con otras culturas y sociedades a través de las redes sociales. Esta aceptación de una cultura más globalizada afecta particularmente a los adolescentes al desconectarlos de sus familias y los roles culturales más tradicionales que debían desempeñar. Los adolescentes expuestos a tales cambios sociales y políticos podrían encontrar significativamente más difícil desarrollar y adoptar sus identidades psicosociales. Los cambios rápidos y extremos que enfrentan los adolescentes durante esta etapa del desarrollo, así como sus experiencias cotidianas, les reflejan mucho estrés, lo que hace imperativo el desarrollo de estrategias de afrontamiento y la utilización de los recursos de resiliencia.

Otra forma de desarrollo social que es particularmente relevante para los adolescentes actuales es el avance de la tecnología, que ha tenido un profundo efecto en la socialización de los adolescentes (Anderson, 2002). Las interacciones con personas de todo el mundo son posibles con solo presionar un botón a través de Internet y celulares. Incluso las compras se pueden hacer

desde sus hogares. Aunque estas fuentes ilimitadas de información son muy útiles y agiles, también traen nuevas problemáticas con situaciones éticas y legales. Los juegos con contenido violento, pornografía y juegos de azar son solo algunas de las manifestaciones tecnológicas que los adolescentes pueden explorar sin supervisión de los padres. Por lo tanto, la participación de los padres en el uso de la tecnología es un factor crucial en la crianza responsable de los adolescentes.

Evaluación cognitiva y respuestas de afrontamiento

La percepción cognitiva de los estresores de los adolescentes y jóvenes determina el método de afrontamiento a utilizar. Folkman y Lazarus (1980) sostienen que el proceso de estrés consta de tres componentes: la percepción de una posible amenaza, la planificación de qué hacer con respecto a la amenaza y el proceso de representar el plan, que se refiere a hacer frente. Existe un consenso general de que el afrontamiento incluye el manejo de factores estresantes con el uso de ciertas estrategias y recursos. Aunque los recursos, como las relaciones interpersonales o los servicios psicológicos están disponibles, solo pueden ser herramientas útiles contra los factores estresantes cuando se persiguen activamente. Las estrategias de afrontamiento, por otro lado, están determinadas por la evaluación cognitiva del factor estresante, incluida la racionalidad y la flexibilidad del juicio del individuo, así como la expectativa de un determinado resultado. El afrontamiento se considera como un mediador importante entre los eventos negativos de la vida y el bienestar psicológico, por lo que el afrontamiento puede ser un determinante importante de la adaptación exitosa entre los adolescentes y jóvenes.

Estilos de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se dividen principalmente en dos grupos o estilos de afrontamiento: estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción. Después de evaluar cognitivamente la situación o problema estresante, el individuo decide qué estilo de afrontamiento o estrategias utilizar. Las estrategias centradas en el problema se utilizan para resolver problemas o atacar la fuente del estrés, mientras que las estrategias centradas en la emoción ayudan a aliviar la angustia emocional, que es causada por una situación estresante (Folkman y Lazarus, 1980). Las estrategias centradas en las emociones se pueden subdividir en estrategias cognitivas centradas en la emoción y conductuales centradas en la emoción. El afrontamiento cognitivo centrado en la emoción implica cambiar la mecánica en que el individuo piensa sobre el problema en cuestión, pueden comprometerse con pensamientos positivos o emplear atención selectiva, mientras que las estrategias conductuales centradas en la emoción implican hacer algo para sentirse mejor, pero no resolver el problema, los adolescentes que utilizan estrategias de resolución de problemas tienden a enfrentar mejor las situaciones que se presenten a lo largo de sus vidas que aquellos que usaron técnicas de afrontamiento centradas en las emociones, los adolescentes que generalmente usan un estilo de afrontamiento enfocado en el problema informaron menos síntomas depresivos en comparación con aquellos que continuamente evitaban o negaban problemas. Aunque varios otros estudios sobre adolescentes también han indicado que el uso de estrategias enfocadas en el problema promueve la salud mental positiva, las estrategias centradas en la emoción están asociadas con un ajuste psicológico débil, se ha encontrado que las estrategias centradas en la emoción son más efectivas cuando se desafían problema sin solución, como la muerte de un ser querido.

Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento se definen como “intentos conductuales o cognitivos para gestionar aquellas demandas que se evalúan como impuestos o que exceden los recursos de la persona” (Kraaij et al., 2003, p.186). Debido a que los factores de estrés varían en grado y contexto, es difícil categorizar estrategias de afrontamiento en grupos adaptativos e inadaptados, ya que una determinada estrategia puede ser desadaptativa en una situación, pero perfectamente adaptativa en la siguiente. En ciertas situaciones, algunas estrategias de afrontamiento sirven como componentes de protección, regulando los efectos negativos provocados por eventos estresantes y creando alternativas para resolver los problemas, mientras que otros pueden complicar los efectos del estrés y convertirse en factores de riesgo.

En un estudio sobre la relación entre la autoestima y el afrontamiento adolescente, Chapman y Mullis (1999) descubrieron que buscar distracciones, desarrollar apoyo social, desarrollar la autosuficiencia e involucrarse en actividades exigentes, eran las estrategias de afrontamiento que los adolescentes empleaban más, mientras buscaban profesionales. El apoyo, el uso del humor, la inversión en amigos cercanos y la búsqueda de apoyo espiritual, se identificaron como las estrategias que menos usaron. Los adolescentes que usaban un nuevo enfoque positivo y una reevaluación positiva cuando se enfrentaban a un factor estresante tenían significativamente menos síntomas depresivos y de ansiedad que los que usaban la autocensura. Los adolescentes parecen recurrir a estrategias de afrontamiento no productivas cuando sus intentos de resolver problemas no tienen éxito, y los que emplean estrategias más productivas también tienden a utilizar estrategias no productivas.

Se sabe que las habilidades deficientes y el déficit en las conductas de resolución de conflictos aumentan el riesgo de conductas autolíticas, por lo que se puede suponer que las habilidades de afrontamiento adecuadas o buenas y las conductas de resolución de conflictos, así como una gama de otras habilidades individuales y adaptativas, incluyendo creencias positivas y alta

autoestima puede actuar como un amortiguador contra las conductas autolíticas. El uso de habilidades inadecuadas de afrontamiento por parte de los adolescentes con ideación suicida podría tener un papel mediador entre los efectos inducidos por los acontecimientos de la vida y las evaluaciones cognitivas del adolescente. Los adolescentes tienden a adoptar conductas autolíticas cuando tienen capacidades inadecuadas para enfrentar los factores estresantes, utilizando así la forma elegida de comportamiento suicida como medio para llegar a los demás. Los estudios también han encontrado que los adolescentes con habilidades de resolución deficitaria de problemas, específicamente aquellos que no perciben alternativas o que resuelven dificultades, son más vulnerables al suicidio y que existe una relación significativa entre el afrontamiento y la posibilidad de suicidio entre los adolescentes (Kidd y Carroll, 2007). El empleo de alternativas de afrontamiento centradas en la emoción podría mediar los efectos de acontecimientos vitales estresantes y, en última instancia, conducir a la desesperanza, los adolescentes con ideación suicida y síntomas depresivos a menudo hacen uso de estrategias aislantes de afrontamiento, incluyendo pensar que las personas deberían ser capaces de manejar sus propios problemas. Los adolescentes suicidas con altos niveles de ideación suicida estarían menos inclinados a utilizar la búsqueda de ayuda como una estrategia de afrontamiento.

Modelos que sustentan el suicidio

Modelo cúbico (Shneidman, 1987)

Basándose en la lógica de la teoría de sistemas vivos y en la teoría de la personalidad de Murray, un marco sobre las necesidades psicológicas básicas del ser humano, Shneidman desarrolló la teoría cúbica del suicidio, representada gráficamente por un cubo compuesto por 25 mini cubos en cada plano (5 cuadrados en cada fila y en cada columna) Los tres planes visibles (superior,

frontal y lateral) representan los componentes fundamentales del suicidio: presión dolor y perturbación, siendo el suicidio el resultado final de la combinación de un máximo de dolor, perturbación y presión. En este cubo amplio solo hay una unidad: la llena que representa el suicidio y corresponde a estos tres máximos (con coordenadas 5 5 5). La prensa se refiere a las características del entorno interno y externo que afectan al individuo, induciendo reacciones personales. La prensa negativa está relacionada con el suicidio y puede ser objetiva o percibida (por ejemplo, ser rechazado o humillado, la pérdida de un ser querido, enfermedad terminal, impotencia o incluso éxito). El dolor corresponde al dolor psicológico que resulta de necesidades psicológicas que no fueron satisfechas. En la imagen, el dolor es progresivo de izquierda a derecha, poco dolor hasta dolor intolerable, más tarde llamado psiqueo, un nuevo término acuñado por Shneidman (1993). El autor enfatiza que algunas necesidades psicológicas están particularmente relacionadas con el suicidio (la necesidad de logro, autonomía, reconocimiento y evitación de la humillación, la vergüenza y el dolor) y da una importante declaración de intervención: las necesidades frustradas reparadas resultarán en la recuperación de la motivación. La perturbación se refiere tanto a la reducción del rango perceptual y cognitivo del individuo como a la tendencia o la precipitación a la autodestrucción. La perturbación incluye la constricción del pensamiento y la percepción con el campo de opciones circunscrito a dos (pensamiento dicotómico) que en el peor de los escenarios evoluciona a una opción.

Aunque Shneidman destacó que las tres características (presión, dolor y perturbación) están estrictamente interrelacionadas y, de alguna manera, se superponen (en el sentido de que, por ejemplo, el dolor es parte de la perturbación o el dolor y la perturbación es un tipo de presión), El autor defiende que el dolor es el aspecto central en el suicidio y, en consecuencia, la clave de la prevención es reducir este dolor psicológico.

Otra contribución importante de Shneidman fue lo que denominó común a los suicidios (1985, 1987). Sugirió el estudio de las características más frecuentes o comunes e identificó diez características psicológicas comunes, incluida la ambivalencia como el estado cognitivo común en el suicidio, un factor absolutamente crítico en la prevención clínica. Las características comunes del suicidio identificadas por Shneidman y los ejemplos utilizados para describirlas a través del habla directa de los pacientes pueden ser muy útiles para la educación de profesionales de la salud, concretamente para ayudar a los médicos a comprender y buscar a cada persona suicida como un caso único e idiosincrásico.

Modelo de trayectorias de desarrollo del suicidio (Silverman y Felner, 1995)

Este modelo es equivalente a la historia evolutiva del trastorno como una serie de procesos que conducen al suicidio y que se deben estar desplegando durante un determinado tiempo. El objetivo general de la prevención, para este modelo consiste en modificar aquellos procesos que conducen a un determinado trastorno. La vulnerabilidad personal resultaría de la exposición a los factores de riesgo, es decir, que, a mayor proporción de factores protectores, menor probabilidad de ser vulnerado. Desarrollos tempranos problemáticos, como el maltrato infantil, pueden determinar que un sujeto se haga vulnerable al suicidio, siendo posible intervenir sobre dicha vulnerabilidad mediante programas preventivos. En cada etapa de la vida del individuo, se encuentra la presencia de condiciones de riesgo suicida, se mantiene abierta la posibilidad de ser vulnerado e igualmente, se incrementa la capacidad de reaccionar frente a las condiciones de riesgo.

Modelo de sobreposición o superposición (Blumenthal y Kupfer, 1986):

Este modelo agrupa los factores de riesgo asociados a conducta suicida en 5 áreas: 1. trastornos psiquiátricos; 2. rasgos y trastornos de personalidad; 3. factores psicosociales y ambientales; 4. variables genéticas y familiares y 5. factores biológicos. Cada una de estas áreas corresponde a una esfera de influencia o de vulnerabilidad, pudiendo ser representadas de manera gráfica mediante una serie de diagramas de Venn entrelazados. La posible capacidad de intervención sobre estas esferas de vulnerabilidad, dota al modelo de un carácter preventivo, ya que la presencia de ciertos factores protectores como la flexibilidad cognoscitiva, esperanza, sólidos respaldos sociales y tratamiento psiquiátrico adecuado, contribuye a la conservación de una barrera protectora contra la conducta suicida.

Modelo de para-suicidio (Saraiva, 1999)

El modelo de Saraiva se basa en datos empíricos de un estudio con 165 personas que intentaron suicidarse. El autor cruza factores neurofisiológicos, cognitivos y sociales para explicar las diferencias entre los que intentan suicidarse con pocos intentos (uno o dos) (designado por "no recurrente") y muchos intentos (tres o más) (nombrados por "mayor recurrente") y el camino eventual al suicidio. El modelo de Saraiva podría ser renombrado por el modelo de rechazo y escape. Según este modelo, el núcleo de todas las conductas suicidas es el rechazo, que refleja un trastorno afectivo. El escape también es una característica común, sin embargo, hay cuatro tipos diferentes de escape según las características específicas del comportamiento suicida: (1) el escape circular, que corresponde a los intentos suicidas no recurrentes, (2) el escape elíptico, a los

que tuvieron tres o más intentos de suicidio (principales recurrentes); (3) el escape parabólico relacionado con el suicidio religioso o sacrificial y (4) el escape lineal para completar suicidios. La hostilidad es otro aspecto central del modelo. En los no recurrentes, la hostilidad parece reflejar una tendencia al conflicto interpersonal e intermitente mientras que en la hostilidad de grandes recurrentes parece expresar una angustia personal y permanente.

La amenaza emocional que sienten los no recurrentes origina la sensación de rebelión / rechazo. Un rechazo severo pero intermitente origina lo que Saraiva llamó por complejo de hostilidad interpersonal de apelación, que a su vez conduce a un escape circular, un escape que intenta lograr un cambio: la recuperación del rol y poder emocional perdido o amenazado. La sensación de abandono y un rechazo persistente se asocian a los principales recurrentes, lo que genera el complejo de apelación repetida: hostilidad general y el subsiguiente escape elíptico, que reclama un cambio en la vida como resultado.

Las dos líneas finitas (círculo y elipse) representan los resultados en la vida (la finitud de la vida); las líneas infinitas - parábola y línea - corresponden a la muerte, el suicidio altruista y el suicidio, respectivamente. El suicidio de sacrificio está asociado a un deseo de cambiar los que quedan atrás. El suicidio está asociado a la culpabilidad y al deseo de un escape lejano. La depresión y la impulsividad también son características comunes. De acuerdo con este modelo de depresión surge asociado a problemas sociales graves. La impulsividad derivada de la hostilidad es el desencadenante de todo comportamiento suicida.

Modelo arquitectónico (Mack y Hickler, 1981),

Este modelo está compuesto por: 1. Macrocosmos: o influencia que ejerce el sistema educativo, la cultura, los factores sociopolíticos y la actividad económica en los brotes de suicidio entre

escolares; 2. Vulnerabilidad biológica o factores genéticos; 3. Experiencias tempranas: influencias de diversos factores sobre etapas tempranas del desarrollo; 4. Organización de la personalidad: dimensión narcisista, desarrollo del yo y la autoestima; 5. Relaciones del individuo: con los padres, el grado de separación con respecto a ellos, identificaciones, lazos con otros adultos, relaciones con los amigos; 6. Psicopatología: cuadros depresivos y alcoholismo; 7. Ontogenia: relación existente entre el desarrollo y la muerte o el tipo de relación particular con la muerte; 8. Circunstancias vitales: factores precipitantes (como alcohol o drogas), y socio familiares (como traslados, conflictos y fracaso escolar).

Modelo psicológico interpersonal (Joiner, 2005)

La teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida (Joiner, 2005) destaca la diferencia clave entre la ideación suicida y el comportamiento suicida. La teoría de Joiner postula la interacción entre tres constructos fundamentales en la génesis del comportamiento suicida: sentido de pertenencia, pesadez e intrepidez de la muerte o dolor físico (Joiner, 2005; Ribeiro & Joiner, 2009, 2011). Específicamente, el modelo propone que la ideación suicida como deseo de suicidio (que es diferente del comportamiento suicida) es el resultado de la interacción de dos estados psicológicos percibidos: (1) el sentido de pertenencia y (2) el sentimiento de ser una carga para los demás: agobio. Cada uno de estos estados puede producir independientemente el deseo de suicidio, sin embargo, la interacción de ambos aumenta esta probabilidad.

De acuerdo con este modelo, un sentido de pertenencia bajo y una gran carga son los mediadores entre el dolor emocional y la desesperanza, considerados categorías más generales, y el deseo de morir o la ideación suicida. (3) El tercer constructo es la valentía aprendida sobre el dolor físico, la lesión física y la muerte. Esta capacidad adquirida explica el camino de la ideación suicida

severa al comportamiento suicida. Este concepto de la adquisición de la capacidad de autolesionarse letalmente en el modelo de Joiner explica el mayor riesgo de suicidio de los que intentan suicidarse recurrentemente y de los que participan en conductas de intento suicida.

Modelo motivacional-volitivo integrado (O'Connor, 2011)

El Modelo Integral de Actuación Motivacional-Volitiva (IMV) presentado por O 'Connor (2011) es un modelo de tres fases que incorpora componentes principales de diferentes modelos de comportamiento suicida considerados predominantes por él. El modelo IMV tiene la intención de hacer predicciones diferenciales de ideación suicida e intención y comportamiento suicida. El modelo distingue a los suicidas y a los que intentan suicidarse.

El comportamiento suicida es el resultado de una interacción compleja de factores, en la cual la intención suicida es el predictor proximal. A su vez, la ideación suicida es el resultado de la sensación de atrapamiento y la opinión de que el suicidio es la solución a una situación de la vida. Las percepciones de derrota y / o humillaciones se basan en la sensación de atrapamiento. Las transiciones entre etapas (desde derrota / humillación hasta sentimientos de atrapamiento, desde atrapamiento a intento suicida, desde ideación a comportamiento suicida) están determinadas por moderadores, específicamente por amenaza a los auto moderadores (por ejemplo, resolución de problemas sociales), moderadores motivacionales (por ejemplo, frustrados pertenencia, carga) y los moderadores volitivos (por ejemplo, impulsividad, acceso a los medios), respectivamente.

Modelo de diátesis-estrés

El modelo de estrés-diátesis desarrolló originalmente en el ámbito del enfoque cognitivo, en el que la vulnerabilidad corresponde a un déficit cognitivo en la resolución de problemas o la

rigidez cognitiva. Más tarde, el concepto de diátesis se extendió a otras características psicológicas y biológicas.

De acuerdo con el modelo actual de estrés-diátesis, el suicidio es el resultado de una interacción de características dependientes de rasgos y dependientes del estado.

Factores dependientes de los rasgos que implican características biológicas y psicológicas se puede explicar cómo una vulnerabilidad o predisposición (diátesis) para el comportamiento suicida.

Las características dependientes del estado, incluidas las características sociales o psiquiátricas, por ejemplo, corresponden a factores inducidos por factores estresantes y determinan el momento del acto suicida. La diatesis o la predisposición constitucional pueden resultar de la constitución genética o de una predisposición adquirida. En el marco del modelo de estrés-diatesis, los estudios neuropsicológicos del comportamiento suicida han estado proponiendo una relación causal entre el funcionamiento del cerebro y las conductas suicidas, identificando biomarcadores potenciales. A saber, los déficits en la atención, la memoria, la fluidez, la flexibilidad mental, la resolución de problemas y la toma de decisiones se han identificado como vulnerabilidades para los comportamientos suicidas (van Heeringen, Godfrin & Bijttebier, 2011). De acuerdo con esta conceptualización de los comportamientos suicidas, la prevención puede depender de la capacidad de cambiar características del cerebro, sin embargo, los resultados de diferentes estudios solo están parcialmente de acuerdo. Varias limitaciones metodológicas obstaculizan las conclusiones y se necesita más investigación (van Heeringen et al., 2011). Y así, el éxito de las estrategias de prevención está lejos de ser dependiente de los avances biológicos y los resultados del estudio del cerebro.

Modelo causal interdisciplinario (Maris, 1981, 1992)

De acuerdo con el modelo causal interdisciplinario multifactorial de Maris, la etiología del suicidio incluye cuatro dominios superpuestos: (1) psiquiatría, incluido el diagnóstico; (2) biología, historia familiar, genética y neuroquímica; (3) psicología, personalidad y (4) sociología, economía y cultura. El modelo interdisciplinario de Maris establece que los suicidios más comunes están determinados por una superposición de los cuatro dominios, Maris también explica que las variables no son exclusivas de un dominio y afirma la importancia de tener en cuenta la vida útil, utilizando el concepto de carrera suicida. El autor también enfatiza que muchas interacciones entre variables permanecen desconocidas (Maris et al., 1992).

Maris despliega su diagrama de Venn en un esquema de plan más complejo y completo denominado modelo general de conductas suicidas, donde se incluyen el concepto de carrera suicida y la intervención / prevención de conductas suicidas.

Modelo humano ecológico

La teoría de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1979) aplicada a los comportamientos suicidas es otro intento de crear un modelo integrado. La teoría ecológica humana proporciona un enfoque multidisciplinario, en el que los factores de riesgo relacionados con comportamientos suicidas se examinan en seis diferentes niveles o sistemas que interactúan: sistema individual, microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.

Modelo basado en el estado de la mente (Bonner y Rich, 1987):

Este modelo se sitúa en un paradigma biopsicosocial amplio, cuyo elemento fundamental es el denominado “estado de la mente”. Considera al suicidio como un proceso dinámico y circular, del que los individuos pueden salir o al que pueden volver a entrar. Reúne las variables en dos grupos: 1). Contexto social general: cambios sociales, competitividad, incomunicación, valoración social del suicidio y medios de comunicación. Se subdivide en: a. Contexto social inmediato: como acontecimientos vitales estresantes, grado de apoyo social, presencia de conducta suicida en el entorno y características sociodemográficas; y b. Entramado individual del sujeto: aspectos bioquímicos, enfermedades psiquiátricas, factores cognoscitivos, evolutivos y de personalidad, así como el nivel de tolerancia al estrés y los modos de afrontamiento del mismo; 2). Estado mental suicida: conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida (depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva del suicidio como medio para la resolución de problemas).

Modelo de filtro escolar en la prevención o consolidación de ideas e intencionalidades suicidas

Durante la primera infancia los niños aprenden por el sistema de imitación o modelamiento y por moldeamiento o instrucción, los padres de familia serán los primeros modelos que los niños tienden a imitar, a seguir como patrones, por tanto, un padre mentiroso, impulsará en su hijo esta tendencia, en cuanto tenga la oportunidad el niño se desenvolverá en su ambiente recurriendo a las estrategias de su patrón de vida aprendido de los progenitores. Un alto porcentaje de padres

que tuvieron dificultades en su niñez, por el sistema de moldeamiento o instrucción tienden a evitar ese tipo de dificultades en sus hijos y los orientaran en las direcciones acertadas, si desde pequeños los niños aprenden una cosmovisión de vida en la importancia del buen manejo de las emociones humanas, desarrollarán competencias de pensamiento lógico y afectivo y desarrollarán así mismo un interés particular por la vida, estos aprendizajes se tienden a desarrollar durante los primeros años de vida y el ambiente en que se desarrollan es el ambiente evidentemente familiar; pero en la medida en que el niño crece va interiorizando situaciones que determinaran la forma de afrontamiento ante ambientes estresantes o situaciones problémicas; al llegar la edad escolar se enfrenta a un nuevo ambiente, en donde la escuela prepondera el aprendizaje por moldeamiento e instrucción, convirtiéndose la escuela en un filtro que permitirá el paso de aquellas conductas positivas en el desarrollo y estructuración de la personalidad, pero si el filtro falla, permitirá que continúen las debilidades y con ello la potencialización de conductas negativas, que tomara una fuerza de avalancha al llegar la adolescencia, es aquí en donde la escuela juega un papel importante en la prevención y erradicación o potencialización de conductas autolíticas, si el maestro está en condiciones de adaptar, transformar y evidenciar cambios en las emociones y conductas negativas de los niños, estará brindando y forjando un ambiente propicio para que el niño logre superar sus frustraciones y desarrolle la resiliencia, pero si el maestro se limita a la función de instrucción académica, lo más seguro es que este niño sea un posible candidato a comportamientos autolíticos. La principal estrategia de la escuela debe ser la de formar en el afrontamiento de situaciones cotidianas en los niños, así evitará en el futuro conductas de acoso o autodestrucción, el filtro en consecuencia se estructura con una adecuada preparación del maestro para que, desde una participación asertiva, educación, familia y sociedad ajuste los contornos de un filtro capaz de depurar las transgresiones psicológicas y de conducta que ha desarrollado el niño en sus primeros años de vida. De no lograrlo la escuela se convierte en un detonante de

conductas autolíticas que al llegar al ambiente de sociedad no tendrá ninguna opción más que dela intervención profesional o la auto aniquilación.

El recuento teórico nos permite resumir que las teorías de Durkheim y Bronfenbrenner aunque con alguna limitación, en las características individuales que pueden influir en la adaptación, el afrontamiento y las interrelaciones entre el individuo y los sistemas pertinentes, son válidas para identificar factores que subyacen en la escuela que pueden contribuir en la prevención de conductas autolíticas, así mismo permiten afirmar que los riesgos ambientales dentro de las escuelas requieren el desarrollo de factores de disposición, afrontamiento y resiliencia, aspectos que se validaran en el desarrollo y análisis metodológico de esta tesis.

Capítulo 4

Metodología de investigación

En este capítulo, se describen los métodos de investigación que se utilizaron para recopilar y analizar datos del estudio. Esta descripción incluye una explicación del diseño de la investigación, los objetivos de investigación, el proceso de muestreo y las características de los participantes, los instrumentos de medición empleados, así como los procedimientos estadísticos seguidos para analizar los datos y las situaciones éticas que se consideraron para la recolección de la información.

Teniendo presente los resultados del estado del arte en la mayoría de investigaciones relacionadas con los propósitos de esta tesis, se abordó un diseño cualitativo, descriptivo, transversal que empleó la historia de vida y entrevistas.

El enfoque metodológico fue hermenéutico. La hermenéutica es una metodología de investigación cualitativa que surgió y sigue estrechamente ligada a la filosofía fenomenológica, una hebra de la filosofía continental. Aunque las raíces de la fenomenología pueden remontarse siglos atrás, se convirtió en un proyecto filosófico distinto a mediados de la década de 1890 con la obra de Edmund Husserl, Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty, Jean-Paul Sartre, Emmanuel Lévinas, Jean-Luc Nancy y Jean-Luc Marion. El argumento principal es que siempre estamos en el mundo y que nuestra única certeza es nuestra experiencia de mundo, para comprender así que la estructura de la conciencia puede servir de fundamento para todo el conocimiento.

El principio básico de la hermenéutica es que nuestra experiencia más fundamental y básica del mundo ya está llena de significado (Merleau-Ponty, 1962/2006; van Manen, 2014). Estamos inmersos en nuestro mundo e inmediatamente experimentamos nuestro mundo como significativo porque nuestro mundo -con sus otras personas, sus historias y culturas y sus acontecimientos- precede cualquier intento de nuestra parte de entenderlo o explicarlo. El propósito de la investigación hermenéutica es traer a la luz y reflexionar sobre el significado vivido de esta experiencia básica. Los investigadores tratan de describir los fenómenos tal como aparecen en la vida cotidiana antes de que hayan sido teorizados, interpretados, explicados y abstraídos de otro modo, mientras saben que cualquier intento de hacerlo es siempre tentativo, contingente y nunca completo. La hermenéutica como metodología está abierta a casi cualquier experiencia humana,

como aprender en línea (Adams, Yin, Vargas Madriz, & Mullen, 2014), intentar perder peso (Glenn, 2013) o ver fealdad (Goble, 2011).

La hermenéutica, entonces, se convierte en una cuestión no de "cómo" hacerlo sino de desarrollar una orientación particular al mundo. El filósofo chino Confucio escribió: "Escucho y lo olvido. Lo veo y lo recuerdo. Lo hago y lo entiendo”. Este es un adagio adecuado para el aprendizaje de la hermenéutica. Por mucho que podamos leer y estudiar textos, no podemos comenzar a comprender verdaderamente la hermenéutica hasta que prácticamente participamos en sus actividades. Esto implica formular preguntas, identificar y recopilar material experiencial y reflexionar sobre experiencias concretas. A través de los desafíos de hacer la fenomenología, comenzamos a desarrollar un sentido de lo que los movimientos nos acercan al fenómeno tal como se vive y que nos lleva a la teoría o la explicación.

El propósito de elegir la interpretación hermenéutica es lograr la profundidad de un fenómeno (Fleming, 2002), con el fin de ayudar a los estudiantes que se enfrentan a conductas de ideación e intento suicida, para comprender mejor su contexto.

Es una experiencia única y un tema sensible tanto para los que viven la experiencia como para los profesores de centros educativos que buscan ayudar al estudiante que intenta poner fin a su vida.

La hermenéutica ofrece otro método empírico para avanzar el estado de la ciencia más allá de lo meramente cuantitativo. Gadamer (1976) escribió: "Siempre hay un mundo ya interpretado, ya organizado en sus relaciones básicas, en los que la experiencia significa algo nuevo "

Historia de Vida.

"Una modalidad de investigación cualitativa encaminada a generar visiones alternativas de la realidad social mediante la reconstrucción de vivencias personales. Es un proceso de reconstrucción que compromete la vida y realidad del actor social produciendo una valoración social subjetiva frente a la sociedad y la cultura, ubicando las relaciones que ese individuo establece con otros grupos y organizaciones sociales y colocándose frente a diversas esferas de su vida personal, política y social. En la historia de vida se entrelaza el tiempo individual con el tiempo social relacionando elementos biográficos con elementos histórico sociales recorridos por el sujeto en su ciclo vital, individual o familiar". (Galeano & Vélez, 2000:39)

La historia de vida es un diseño de investigación a partir de la cual se busca realizar una comprensión del entorno, contorno y contexto social del investigado, a fin de determinar las características de su experiencia personal frente a la vida, su experiencia en grupos o instituciones, permite el abordaje del investigador de una manera dialógica, en la que poco a poco se van descubriendo los caminos que llevan a encontrar concepciones, experiencias, conjunto de creencias e ideologías.

La historia de vida demanda del investigador una ética de neutralidad, que evite la manipulación de los datos y el trazado de un camino, por el que investigador e investigado transitan en un discurrir dialógico, compartiendo experiencias consideradas hasta cierto momento como no trascendentales, pero que poco a poco marcan la pauta de orígenes, causas y consecuencias de problemáticas que permanecen ocultas en la historia personal, por diversos factores como la presión social, el temor, la debilidad, entre otras.

La historia de vida permite la reconstrucción de una biografía personal en la que salen a flote características y formas de pensar, sentir y actuar en las diferentes etapas del desarrollo de una persona y que se consideraban como no relevantes.

La realización de una historia de vida requiere de varias etapas, el punto de partida debe llevar al investigador al planteamiento de algunas hipótesis, deben de formularse preguntas que se relacionen con la temática de partida o de investigación, con el objetivo de evitar la pérdida de tiempo y la divagación en aspectos poco o nada relevantes; el investigador por consecuencia debe de ser un buen orador y conducir una entrevista agradable, que infunda la confianza suficiente para que el entrevistado pueda entrar en empatía y dar respuesta asertiva a lo que se pregunta.

El anonimato y la confidencialidad de la entrevista en la historia de vida son temas vitales y delicados, ya que una buena parte de entrevistados desearán permanecer en estado anónimo, por lo tanto, esta voluntad debe de preservarse.

Con relación al diseño de las entrevistas en la construcción de historia de vida se debe de tener en cuenta el tiempo programado, de tal manera que no sean tan largas que terminan extenuando al entrevistado o tan cortas que no permitan captar la información pertinente.

“Constituir una historia de vida es verdaderamente una aventura, y es importante aclarar desde el comienzo todo asunto susceptible de perjudicar un buen desarrollo del proyecto”. (Deslauriers, 2004: 44)

La razón principal para el uso de la narrativa en la investigación educativa es que los seres humanos somos organismos contadores de historias, organismos que, individual y socialmente, vivimos vidas relatadas. El estudio de la narrativa, por lo tanto, es el estudio de la forma en que los seres humanos experimentamos el mundo (…) la educación es la construcción y la

reconstrucción de historias personales y sociales; tanto los profesores como los alumnos son contadores de historias y también personajes en las historias de los demás y en las suyas propias (connelly y clandinin, citados por Sandin, 2003:147)

Al realizar un estudio en el ámbito educativo, sería entonces la historia de vida a través de su narrativa, uno de los pilares metodológicos en el proyecto, ya que la pretensión fue tratar de encontrar cuál es la etiología que prefigura la intencionalidad suicida en jóvenes escolares, es posible llegar a ella a través de un discernir del pensamiento de los jóvenes tanto individuales como grupales, para tratar de encontrar los hilos que tejen todo un entramado de factores que arrastran a la juventud actual a debatirse con la muerte y a partir de ello brindar estrategias que puedan prevenir este tipo de decisiones.

Se asume en consonancia la historia de vida como parte del diseño metodológico del proyecto, teniendo presente que la población en la cual se enmarca el trabajo investigativo, corresponde a jóvenes que cuentan con gran capacidad narrativa desde sus propias experiencias.

A continuación, se desarrolla el discernir hermenéutico de la investigación:

Las conductas autolíticas representan una situación dramática de carácter personal, familiar. institucional y social. Más que problemas de salud mental de carácter mundial se constituyen en una problemática de vida, en la estructuración de las conductas confluyen diversos factores de carácter biológico, psicológicos, sociales y patológicos, que llevan el camino hacia las tentativas suicidas y suicidios consumados, siendo los adolescentes el grupo etario que más se ve afectado en la urdimbre social de esta problemática. Pero en cuanto a salidas académicas que den postura de solución, nos vemos estancados en tres grandes posturas, una de carácter biomédico que brinda salidas desde la medicación de fármacos psiquiátricos hasta el manejo de estructuras

endocrinas, la postura psicológica que busca salida en la aplicación de instrumentos psicométricos y terapias que el sistema actual de salud convierte en dispendiosas y hasta intramitables por los tiempos de espera y la pérdida de tiempo en remisiones y autorizaciones administrativas y la postura que se despliega en esta investigación desde el contexto fenomenológico de la teoría de la conjunción y el diseño de una propuesta educativa que permita ejecutar una prevención de las conductas autolíticas en escolares, brindando a la escuela la posibilidad de convertirla en un contexto de la prevención por la vida.

En esta investigación se emplea la fenomenología hermenéutica, que pretende ir a “las cosas mismas”, Las conductas autolíticas se describen en esta investigación teniendo presente la vivencia interna de los estudiantes entrevistados, para ello se escucharon las historias de las vivencias de quienes realizaron varias conductas autolíticas, llegando algunos a atentar contra sus vidas, Aquí se recurrió a la observación sin teorías preconcebidas, es decir más allá de la psicologización de la ciencia y más allá de la perspectiva misma de quienes atentaron contra sus vidas, emergiendo de inmediato una serie de factores problema imbricados y derivados del acontecer cotidiano de los adolescentes:

Al realizar las entrevistas a profundidad y la construcción de las historias de vida de los escolares que cometieron conductas autolíticas y quienes llegaron a los intentos de suicidio, se encontraron los siguientes contextos problemáticos: situaciones de conflicto intrafamiliar que se hizo igualmente presente en las historias de vida de los estudiantes sin tentativas autolíticas, situaciones de abuso sexual, violencia intrafamiliar de carácter físico, psicológico y verbal, conflictos de pareja, desorientaciones frente a la identidad sexual, aparición de situaciones de fracaso escolar, bajo rendimiento académico, acoso y ciberacoso escolar, presiones de grupo frente a ciertas conductas, por ejemplo al consumo de sustancias ilícitas, presiones de resultados

académicos, siendo el ciberacoso uno de los factores de gran incidencia como producto de la presiones de la tecnologías de la información y la comunicación a través de las redes sociales, en donde experimentan situaciones de humillación por parte de los abusadores que permanecen ocultos en el anonimato que facilitan las redes, las mujeres son quienes en mayor porcentaje se ven afectadas por este tipo de situaciones, incrementando así la proclividad a cometer conductas autolíticas, aumentando con ello igualmente el riesgo de tentativas suicidas. Situación que se corrobora con lo planteado por el Instituto Colombiano de medicina Legal y Ciencias Forenses, en donde se indica el creciente fenómeno de suicidios consumados en niños, adolescentes y jóvenes, con alta tendencia entre los 9 y los 24 años de edad y las tentativas se multiplicaría por ocho entre los 14 y los 19 años, dejando entrever un crecimiento elevadísimo tanto en suicidios consumados como en tentativas suicidas, estas últimas con mayor porcentaje entre mujeres, lo que representa un 80% del total de intentos cometidos en Colombia. Estas situaciones se fundamentan en que la adolescencia es una etapa de crisis, de cambios no solamente hormonales y biológicos, sino también emocionales y contextuales, el tránsito de la educación primaria a la secundaria, genera cambios contextuales abruptos en los que el proceso de adaptación al nuevo sistema en algunos adolescentes es complejo, en otros lento y en algunos acelerado, a esto se le adiciona la consolidación de sus estructuras de personalidad, de su sexualidad, las altas exigencias de la sociedad, la elección de un proyecto de vida, la interacción escolar es una de las fases de mayor relevancia en esta etapa, por ello es vital que los adolescentes escolarizados reciban el apoyo a sus problemáticas a través de la elaboración de planes de atención, intervención y prevención de las conductas autolíticas y sus potencialidades riesgos de suicidio o tentativas suicidas. Es necesario y como producto de las entrevistas prestar especial atención a los estudiantes de las comunidades LGTBI (lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales), ya que entre los problemas derivados de la vida cotidiana de este colectivo de investigación,

quienes pertenecen a las comunidades LGTBI, afrontan permanentemente situaciones de estigmatización, rechazo social, discriminación, falta de apoyo y acoso, los estudios de medicina legal confirman que quienes pertenecen a estas comunidades triplican los factores desencadenantes en tentativas suicidas y suicidios consumados, ya que aumentan la tensión por las situaciones sociales homófobas, lo que se traduce en que el problema no lo constituye la orientación sexual sino el constante y creciente sufrimiento por realizar sus vidas en entornos sociales hostiles y lo más grave al no contar con cadena primaria de redes de apoyo, se calcula estadísticamente que un 30% de los suicidios cometidos por adolescentes corresponden a integrantes de las comunidades LGTBI, y que por situaciones de estigmatización social su familia oculta las verdaderas causas por temor al qué dirán y a los comentarios mundanos.

Esta relación de problemas que afectan a los adolescentes constituyen parte de lo que podría denominarse tras contexto, es decir lo que está más allá de las teorías clínicas del suicidio y sus conductas relacionadas, pero que algunos de estos problemas aparecen relacionados en procederes científicos de las teorías suicidiológicas, ejemplo de ello es la teoría interpersonal de Joiner o las de la ciencia psicopatológica en donde el cumulo de síntomas sistematizados, agrupados y plenamente diferenciados en grandes manuales diagnósticos tal es el caso del DSM V, para este tipo de patologías, en donde los síntomas no dejan ver la realidad del sufrimiento cotidiano de nuestros escolares, se encuentra la radiografía desde las manifestaciones clínicas pero no la realidad profunda y oscura que experimentan quienes padecen la problemática. Convirtiéndose los síntomas en los problemas primarios a resolver y dejando de lado esas comprensiones que ebullen, si tan solo se acercara el investigador clínico, a las razones humanas que subyacen en el trasfondo de los diagnósticos superficiales, con los que encasillan a los adolescentes, en la metáfora del árbol de problemas, por más que se poden las ramas de los

síntomas, seguirían cada día profundizándose las raíces de las verdaderas causas que serían las circunstancias de vida problémicas, que subyacen lo meramente visible de las conductas autolíticas en los adolescentes. Las moratorias sociales presentes en la falta de oportunidades de estudio para algunos y de trabajo para otros, los problemas económicos familiares, la incidencia de la política, las decepciones, la perdida de horizontes y la deconstrucción de proyectos de vida, son parte de esas circunstancias que los encasillamientos diagnósticos que la ciencia no percibe y no comprende.

Esta búsqueda de los problemas cotidianos con los adolescentes, en los sentidos de vida de sus realidades, hace encontrar que en la maleta de problemas que carga todo suicida, lleva consigo factores de riesgo y situaciones de la vida cotidiana, producto de los contextos biográficos de los factores de crianza, más los aspectos detallados por las ciencias clinimétricas, y en la medida en que transcurre su diario vivir, dicha maleta se va llenando, hasta que por su propio peso decide dejarla quitándose la vida.

Algunos estudios referentes a estos mundos de la cotidianidad y al cruzar la información de las historias de vida permiten encontrar constructos de cientificidad que son distales como es el caso del diagnóstico psiquiátrico, la baja de serotonina, los genes, el colesterol, los triptófanos, entre otros, que no pueden explicarse desde la fenomenología del comportamiento de lo cotidiano, pero existen otros proximales como la desesperanza, las crisis existenciales, al que los estudiantes desde la cotidianidad denominan como “vacío tropical alborotado”, el sentirse abatidos, el sentirse como obstáculo en la vida de sus padres, de esto se desprende que el suicidio presenta dos grupos de factores de riesgo, el primero se relaciona con los diagnósticos psiquiátricos que incluyen toda una gama de patologías mentales como la depresión, la esquizofrenia, la bipolaridad, entre otros y el segundo se relaciona con la multiplicidad de problemas cotidianos.

En los suicidios consumados se puede encontrar como causa los problemas de la vida cotidiana sin diagnóstico psiquiátrico y es muy extraño encontrar diagnósticos psiquiátricos sin problemas de la vida cotidiana. Con esta reflexión es preciso poder decir que no se puede hablar de suicidio de carácter endógeno, sino que las tentativas suicidas y los suicidios consumados es la reacción a crisis bien sea de carácter distal o proximal y que se relacionan directamente con los aspectos biográficos de la vida cotidiana o intrahistóricos de cada individuo, se desprende además de esta comprensión de las causas del suicidio, que existe una relación entre los dos factores de causas, lo complejo es poder encontrar el tipo de relación que existe, pues algunos investigadores determinan que las causas del suicidio son los trastornos mentales y otros que consideran los problemas de la cotidianidad como estresores, al buen estilo de la copa de la interpretación gestáltica, hay quienes ven la copa y hay quienes ven dos rostros. Por lo general cuando se detectan los problemas mentales los pacientes suelen ser medicados, porque se sigue pensando que la salud mental está en el trasfondo del suicidio y se descuida analizar el drama de la problemática vital de la vida cotidiana.

Podemos entonces comprender a la luz de estas reflexiones que las conductas autolíticas que pueden terminar en suicidio consumado, más que ser un problema de salud mental se trataría de un problema de drama existencial de la vida, teniendo presente este análisis, si se detectan situaciones de problemática cotidiana debe evitarse que se cristalice en un problema de salud mental y si se detecta primero el trastorno no debe olvidarse que sus raíces se profundizan en las experiencias vividas durante los primeros años y aunque se defienda en algunos casos la genética, es claro que los factores proximales la pueden exacerbar.

Dicho lo anterior, se desprende que el riesgo de conductas autolíticas y suicidas disminuirán, si estamos en capacidad de brindar acompañamiento suficiente o sentido de vida en el drama vital

por el que pueden atravesar los estudiantes en su tránsito en la escuela, ya que dependiendo de cómo ellos afronten estos dramas vitales, dependerá el grado de afectación de la salud mental y el mejoramiento de sus condiciones de vida, de manera tal que las estrategias a implementar deben sobrepasar lo individual subjetivo y llevarse a lo supraindividual, lo que involucra un alto compromiso social en la escuela como institución mediadora, entre la formación que los estudiantes reciben en casa y el aporte que se entrega a la sociedad, luego de recibir formación, no solamente en conocimientos, sino en ejercicio de ciudadanía y humanidad. Este proceso no involucra apartar la ayuda médica, pues en el caso de encontrar bases plenas de patologías mentales, el uso de fármacos seria ineludible y no estimular su consumo sería un acto de irresponsabilidad, pero olvidar las causa profundas del drama social seria doble acto de irresponsabilidad, pues el afectado quedaría a la deriva y a la dependencia de un fármaco, que el día que no logre menguar los efectos patológicos, de seguro asumirá conductas suicidas con resultados que pueden ser fatales.

El suicidio resulta ser el resultado de sumar los factores clínicos y los factores biográficos, pero entendiendo la perspectiva de los estudiantes que han llegado a los comportamientos autolíticos, desde lo contextual biográfico que teóricamente aquí se plantea, se llega a formular que las conductas autolíticas, son una salida a un diario vivir sobresaturado de situaciones problemas que se han estructurado en la cotidianidad misma, por lo que quien piensa en aniquilar su vida se encuentra en la ambivalencia entre morir, si continúan las situaciones que lo llevan al límite, o continuar viviendo si se lograran pequeños cambios que retrocedan el límite. De las conversaciones con los estudiantes se encontró que se autolesionan por que no encuentran satisfactorio vivir, por que a diario enfrentan el dolor, las humillaciones, la desesperanza, el vacío de la existencia, lo que les lleva a preferir la muerte a seguir sufriendo, si se lograran pequeñas

esperanzas en medio de tanto caos, seria apenas lógico pensar que nadie quiere perder su vida mientras la siente con esperanza de encontrar soluciones a sus conflictos internos.

La decisión de los adolescentes de quitarse la vida surge de un proceso intencionado, pensado, y planeado, y se relaciona con un cálculo de los resultados de su existir, si el resultado es negativo elucubra cómo acabar con su vida, pero queda en un estado de latencia hasta que una crisis incontrolable que le lleva a rebasar el límite de su dolor y lo conduce al suicidio, estos planteamientos se encuentran en la teoría de Shneidman, cuando argumenta el suicidio como un escape de un dolor psicológico intenso y es esto lo que ocurre con los escolares, luego de valorar su drama de vida encuentran que la salida que lo mengua es solo la muerte, es el equivalente a dar muerte a un yo interior que clama muerte al mismo yo que lo contiene. Lo que presupone que en un acto suicida el adolescente enfrentaría una situación de alteración de su juicio racional de la realidad, por lo que muchos teóricos lo asemejan con una actuación de componente psicótico, pero la realidad de ese momento es que el suicida es un mecanismo radical de acabar con un yo sobresaturado sin esperanza y vacío. Lo que pretende el suicida es realmente más allá de una trascendencia con la muerte, es buscar a través de ella ser salvado del sufrimiento, En esta perspectiva, los profesionales clínicos asumen que la muerte es la situación problema de los pacientes y la vida la solución, para los suicidas es todo lo contrario en la vida está el caos y en la muerte la solución. Por ello la escuela debe verter todo un potencial de prevención en generar alivio de los sufrimientos y de las situaciones desenfrenadas que acongojan a los estudiantes, haciendo especial énfasis en la vida biográfica de cada uno de ellos, pues si nos limitamos a la remisión clínica, la solución que se lograra es de carácter bioquímico, como aparente clave de solución y ya estamos haciendo énfasis que ese es solo una parte de un panorama muchísimo más amplio desde la importancia del vivir, asumir y modificar realidades cambiantes en cada ser. Una

metáfora que puede aplicarse en las situaciones que enfrentan los escolares es que sus vidas son como un edificio en llamas, quien está dentro del incendio prefiere saltar a terminar quemado por las llamas interiores. Suministrar solo tratamiento farmacológico es el equivalente a colocarle un traje a prueba de llamas, pero seguirá dentro del incendio, un tratamiento más asertivo sería rescatarlo del fuego y sacarlo del edificio en llamas o apagar el incendio

Luego de este discurrir se llega a los siguientes aspectos: los síntomas suicidas son problemáticas secundarias a manera de epi fenómenos que son los que enfrentan los adolescentes escolares en su experiencia cotidiana de vida, para poder llegar a una adecuada comprensión de las verdaderas causas de las conductas autolíticas debe de enfocarse en la búsqueda de los problemas vitales, que son la matriz de las conductas suicidas, es necesario reorientar las causas hacia el mundo de la vida de cada individuo, construyendo sus identidades biográficas en primera instancia y como complemento una revisión de las identidades psicopatológicas. Se llega a la comprensión de incorporar una perspectiva de contexto y existencia que inserte los problemas psicopatológicos en la importancia de comprensión de la experiencia vital de cada individuo, como estrategia de una mejor terapeuta en el tratamiento de las conductas autolíticas y en la mitigación de riesgos que llevan a los adolescentes frente al suicidio como salida de escape. Visto así la escuela debe estructurarse con una mayor sensibilización a diseñar programas de prevención de conductas autolíticas, minimizando el riesgo de suicidios consumados.

Situación problema

Durante el mes de octubre del año 2009, se presentaron en la Institución Educativa Técnica Comercial del valle, localizada en la ciudad de Palmira (V), 15 intentos de suicidio en estudiantes, lo que más llamo la atención del investigador es que de los 15 casos 10 correspondían a estudiantes de educación secundaria y 5 a primaria, entre estos uno de primer grado, con tan solo 5 años de edad. Al participar de una reunión de rectores oficiales, se encontró que situaciones similares se estaban presentando en las restantes instituciones educativas, tanto del sector oficial como privado y se estaba convirtiendo en una situación generalizada en el Municipio, por su parte los datos estadísticos de la secretaria de salud municipal corroboraban el incremento de esta situación; ante este hecho surgió la inminente necesidad de entablar un proyecto de investigación que pudiera dar cuenta de las causas y soluciones, frente a un problema que silentemente tomaba fuerza en la ciudad.

La coordinación de salud mental del Municipio, presentó para finales de 2019, resultados estadísticos que confirmaban la preocupación de un flagelo que comenzaba a afectar fuertemente a los adolescentes y adultos mayores, pero frente a las tentativas suicidas se encontró que eran muy marcadas en los escolares, surgió para ese entonces asociado a las tentativas, un fenómeno social instigado en las redes sociales, conocido como el cutting, practica de cortarse superficialmente las extremidades, principalmente las caras internas de las muñecas, adicionalmente algunas prácticas de autoflagelación como golpearse las manos, el tórax y el rostro.

Los padres de familia comenzaron a solicitar ayuda en los establecimientos educativos, pero en el caso de las instituciones educativas oficiales que atienden un gran volumen de estudiantes (45.000 por año), no se cuenta con la posibilidad de tener el apoyo de psicoorientadores, por

situaciones de escasez de recursos económicos y deudas del municipio con la Fiduprevisora, entidad que se encarga de administrar los fondos prestacionales docentes en el país.

Con motivación en estos aspectos se estructuró la presente tesis de grado y al revisar los estados del arte, se encontró un gran número de publicaciones, textos, tesis, libros, revistas científicas, entre otros documentos, que soportaban la situación de incremento del número de casos de suicidios en niños y jóvenes en edad escolar y de conductas asociadas, finalmente se encontró que este conjunto de conductas se denominan autolíticas, por ser parte de un daño que se causa a si mismo quien las practica. Se encontraron una serie de vacíos teóricos en lo pertinente a causas Bio – psico - sociales que soportaran el incremento de conductas autolíticas, con una mirada en la escuela y de factores tanto de riesgo, como protectores, que solamente se enunciaban, pero no se correlacionaban con el entorno y contexto escolar.

Ante estas situaciones se realizaron algunas preguntas de investigación como: ¿Cuáles son las causas del suicidio y tentativas suicidas?, ¿Existen otras conductas que conlleven a estos procesos?, ¿Se originan las conductas autolíticas en la escuela?, ¿Es posible prevenir este tipo de conductas?, así mismo surgieron varios interrogantes que se sintetizaron en la siguiente pregunta guía de investigación.

Pregunta de investigación

Para lograr los objetivos de este estudio, se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo prevenir desde la escuela el fenómeno de la ideación e intento de suicidio en estudiantes?

El propósito general del estudio, pretendió determinar qué nivel de ideación suicida está presente en un grupo de participantes y como mitigarlo o prevenirlo.

Este grupo fue seleccionado después de que la Secretaría de Educación de Palmira solicitara ayuda para determinar el riesgo particular y los factores de protección que los alumnos describen y que podrían contribuir a la conducta suicida y en general a las conductas autolíticas. Se observó un marcado aumento en el comportamiento suicida entre los adolescentes en todo el municipio y la investigación solicitada, formó parte de una iniciativa para identificar los posibles factores de riesgo involucrados en el comportamiento suicida, así como para planificar e implementar intervenciones educativas destinadas a reducir estos factores de riesgo.

Para la propuesta de investigación, teniendo en cuenta procesos metodológicos hallados durante la revisión de los estados del arte, se determinó seleccionar un grupo de estudiantes que hubiesen realizado diversas conductas autolíticas, incluso el haber intentado acabar con sus propias vidas y otro grupo de estudiantes reportados con situaciones de problemáticas generales, algunas de gravedad, pero que pese a las situaciones enfrentadas no decidieron cometer tentativas autolíticas; ello permitió encontrar una serie de categorías agrupadas en tres grandes ejes así: Conductas autolíticas, familia y escuela y factores protectores, de las cuales emergieron conceptos causas de conductas autolíticas en escolares y que contrastados con las teorías de Durkheim y Bronfenbrenner, indican que el comportamiento autolítico está determinado por el grado de integración social que experimentan los individuos en donde las presiones e influencias de la sociedad, desempeñan un papel trascendental en la participación del individuo en el comportamiento autolítico, la tesis permitió encontrar que a estos dos teóricos les faltó tener en cuenta las características individuales que pueden influir en la adaptación, el afrontamiento y las interrelaciones entre el individuo y los sistemas pertinentes, para el caso de la investigación: el sistema escolar, que potenciado en factores protectores, permite incidir directamente en la prevención del suicidio desde la construcción de este vacío, que se asume desde el desarrollo de la resiliencia, la tolerancia a la frustración, la comunicación asertiva, el desarrollo de una

disciplina intrafamiliar y escolar, la construcción de valores, el principio de espiritualidad y el contexto social. Estos aspectos se convierten en el eje de la prevención escolar y la propuesta desde la teoría que surge en la investigación denominada intersección, en donde además de las presiones sociales, es necesario considerar que cada estudiante posee aspectos individuales que diferencian su nivel de adaptación o resiliencia al contexto y sus formas de afrontamiento al sistema escolar.

La propuesta educativa se centra en brindar un aporte más allá de la simple enunciación de la teoría develada con esta investigación.

Objetivos de investigación

El proyecto se orientó en estudiantes adolescentes de Instituciones Educativas públicas y privadas del Municipio de Palmira. Este estudio formó parte de la preocupación de los impactos de los factores estresantes, los recursos y las estrategias de afrontamiento en el nivel de ideación suicida de un grupo de adolescentes de la Institución educativa técnica comercial del Valle de donde partió la idea inicial de realizar una investigación que determinara las causas de intento de suicidio en escolares, por el alto índice de ideación e intentos que se presentan en la institución y en el municipio en general.

Objetivo General:

Comprender las conductas autolíticas desde la escuela, para establecer factores de prevención en escolares.

Objetivos específicos

Los siguientes objetivos específicos fueron formulados para este estudio de investigación:

1. Hallar qué manifestaciones de conductas autolíticas se encuentran presentes en escolares

2. Determinar cómo se preconfiguran las conductas autolíticas encontradas en escolares.

3. Diseñar una estratégia de prevención de conductas autolíticas en el ámbito escolar

Sujetos empíricos de la investigación

Los sujetos empíricos de la investigación estuvieron representados por estudiantes de Instituciones educativas oficiales y privadas del municipio de Palmira (Valle) Colombia, pertenecientes a grados de la educación Básica primaria, secundaria y media, que realizaron intento suicida o algún tipo de comportamiento autolítico, con edades entre los 9 a 19 años y pertenecientes a los niveles de educación básica primaria, secundaria y media.

Para efectos de seguimiento por género se tuvo la precaución de contar con la presencia de hombres y mujeres en proporcionalidad y de diferentes grupos étnicos.

Diseño de investigación

Tratándose de una investigación que busca conocer y comprender las conductas autolíticas presentes en escolares, se aplicó un diseño mixto, con investigación de corte cuantitativo y cualitativo, para ello se aplicó en primera instancia un instrumento psicométrico con el objetivo de obtener un diagnóstico frente a aspectos de depresión, ideación suicida y acompañamiento de los estudiantes y en segunda instancia, se realizaron entrevistas a profundidad, con historias de vida, aplicadas a dos grupos de estudiantes, un primer grupo de estudiantes que habían realizado conductas autolíticas y un segundo grupo sin manifestación de este tipo de conductas.

Recolección de la información

Se aplicó una psicometría validada en San Juan de Pasto Por el Dr. Fredy Hernán Villalobos Galvis, como producto de su tesis doctoral realizada en la Universidad de Granada España, Facultad de Psicología, departamento de personalidad y evaluación y tratamiento psicológico, el instrumento se enfoca en la ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior.

El instrumento psicométrico está comprendido por ocho escalas Así: eventos vitales estresantes en adolescentes, escala de autoestima, depresión, apoyo social, desesperanza, Afrontamiento y solución de problemas, ideación suicida y razones para vivir.

El punto de partida se basó en la elaboración de un diagnóstico, para lo cual se empleó la ayuda de las escalas psicométricas, que se aplicaron en un total de 1600, a jóvenes escolares de las 27 instituciones educativas oficiales del municipio de Palmira y 5 privadas; tanto urbanas como rurales, aplicando 50 escalas por institución educativa.

Los rangos de edad de los participantes oscilaron entre 9 y 19 años y comprendió desde el grado quinto de Educación Básica Primaria hasta el grado once de educación media.

La aplicación de las escalas se realizó de manera aleatoria, involucrando a hombres y mujeres y en sus respectivas sedes educativas.

De los 1600 encuestados, 891 correspondieron a hombres y 709 a mujeres. (Tabla 2)

Los siguientes fueron los Instrumentos de medición aplicados:

1-Inventario de ideas suicidas positivas y negativas (PANSI) (Osman, Gutierrez, et al, 1998.). es un cuestionario conformado por 14 ítems, 6 de ideación suicida positiva (Factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (Factores de riesgo). Se evalúan en el espacio de las dos últimas semanas y se pregunta por qué tan frecuente la persona ha experimentado cada uno de los 14 pensamientos. Se debe responder haciendo usos de la escala de 5 puntos que oscila entre 0 (nunca) y 4 (Siempre).

2-Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD) (Radloff 1971) compuesta por 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta y evalúa síntomas de depresión: ánimo depresivo, síntomas somáticos, problemas sociales y bienestar.

3-Escala de desesperanza de Beck (BHS) (Weissman, Lester y Trexler 1974) Se compone de 22 ítems con respuesta de falso y verdadero, se evalúa la desesperanza en tres aspectos: futuro, pérdida de motivación y expectativas.

4-Escala de autoestima de Rosemberg (AER) (Rosemberg 1965) Empleada en la medición de la autoestima, contiene 10 ítems que se centran en los sentimientos de respeto y auto aceptación, los ítems están redactados de manera positiva y negativa equitativamente.

5- Escala de apoyo social (AS) (Matud, 1998). Mide la percepción global de apoyo social, compuesta por 13 ítems sobre la percepción de disponibilidad de personas que pueden brindar apoyo emocional e instrumental. Incluye información de los campos personal, laboral y familiar. Todos los ítems se agrupan en un solo factor cuyo alfa de Cronbach oscila entre 0,89 y 0,91.

6-Escala de eventos vitales estresantes para adolescentes (EEVA). La escala consta de 28 ítems, el encuestado debe especificar si los ha experimentado en los últimos seis meses y en caso afirmativo indicar en qué medida lo afectó, con una escala de Likert de 3 opciones.

7- Inventario de Afrontamiento o solución de problemas sociales (SPSI) (Dzurilla, Nezu y Maiden Olivares1977) Consta de 33 ítems, con dos factores de afrontamiento, el primero compuesto por la solución adecuada de problemas y el segundo por solución inadecuada.

8-Inventario de razones para vivir (RFL) (Linehan, Goodstein, Niielsen y Chiles, 1983) Evalúa creencias, expectativas e intereses como amortiguadores contra las conductas suicidas. Contempla 6 factores: Auto concepto, familia, amigos, miedo al suicidio, expectativas frente al futuro y recursos de afrontamiento.

De otra parte, se realizaron entrevistas con narrativa de historias de vida, a un grupo de 40 estudiantes 20 con problemáticas sociales y disciplinares, con manifestaciones de conductas autolíticas y 20 con situaciones problema sin reflejar conductas autolíticas, de los 40 estudiantes 25 correspondieron a hombres y 15 a mujeres, fueron seleccionados igualmente de instituciones educativas oficiales como privadas, 30 correspondieron a instituciones de carácter oficial y 10 a privadas. (tabla 3). Las entrevistas se realizaron en la sala de juntas de la institución educativa

técnica comercial del Valle, a efectos de garantizar un espacio amplio y de ambiente agradable para los entrevistados.

Para el ejercicio de verificación de información de entrevistas y a efectos de realizar triangulación de los contextos, se extendió la entrevista a un grupo de padres de familia, pares de los estudiantes y docentes, el total de entrevistados de verificación de información fueron 70, 40 correspondieron a padres de familia, 20 a pares de estudiantes y 10 a docentes. (Tabla 4)

Las entrevistas se orientaron con la metodología de entrevista a profundidad, la duración de cada entrevista fue variable y supeditada a los niveles de facilidad de diálogo del entrevistado, algunas entrevistas tardaron de una a dos horas y algunas llegaron a extenderse hasta cuatro horas, no se elaboró libreto previo; ya que el abordaje fue variable en cada caso particular, pero se partió de preguntas claves a saber:

1- ¿Si existió ideación o intento suicida o deseo de quitarse la vida?
2- ¿Qué problemática disparó la situación?
3- ¿Recurrió a buscar ayuda?
4- ¿Qué síntomas previos se presentaron u observó?
5- ¿Los comportamientos autolíticos resuelven la situación?
6- ¿Cree en algún tipo de castigo o temor?
7- ¿Cómo es la relación intrafamiliar?
8- ¿Qué situaciones le generan depresión?
9- ¿Cómo es la relación de pares?
10- ¿Qué aspectos positivos o negativos se resaltan de la niñez?

Con la técnica de la entrevista a profundidad, se estructuraron las historias de vida que cada participante hilvanaba, en la medida en que relataban sus experiencias, fue posible realizar caracterizaciones de como fue el transcurrir de la primera infancia, de las relaciones y dinámicas

intrafamiliares, de la incidencia y desenvolvimiento en los escenarios escolares y de sus relaciones entre pares, así mismo las estrategias de afrontamiento y las principales dificultades que experimentaron durante sus problemáticas.

Consideraciones éticas

Se tuvo presente la ley 1090 del 06 de septiembre de 2006 o código deontológico y bioético para la práctica y aplicación de investigaciones en Psicología, así mismo el código universal de ética en materia de aplicación de psicometrías y protocolos de investigación. La resolución 8430 de octubre 4 de1993 relacionada con normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Los siguientes procesos éticos fueron considerados durante el presente estudio: Después de seleccionar las encuestas pertinentes y obtener el consentimiento informado, necesario de los padres de familia para la aplicación de las psicometrías, de los alumnos y los rectores de las instituciones educativas, los alumnos completaron los cuestionarios en sus respectivas instituciones. Todos los participantes fueron informados sobre el propósito del estudio, la naturaleza anónima y confidencial de las escalas y el propósito de la información recopilada. También se informó a los participantes sobre su libertad para rechazar o dejar de participar en cualquier momento, y sobre lo que implicaría el procedimiento de presentación de informes de resultados. Cada estudiante presentó un consentimiento informado y autorizado por los padres de familia. Se contó con el visto bueno del comité de ética del Hospital Raúl Orejuela Bueno, institución que avaló la aplicación de los instrumentos.

Procesamiento de la información

Luego de la aplicación de los formatos de psicometrías, se realizó una base de datos en programa Excel. Para el procesamiento de la información se contó con la ayuda de un estadista, los análisis se realizaron teniendo presente el número de casos (N=1600) y factores de género, a efectos de establecer correlación con los datos estadísticos que se manejan desde Forensis.

Se calculó una correlación de momento del producto para explorar la relación entre la exposición al suicidio y la ideación suicida. En la investigación de la importancia de las diferencias de las estrategias de afrontamiento de los dos grupos intervenidos, se utilizó un análisis de varianza multivariante (MANOVA). De acuerdo con lo planteado por Howell (2007), un análisis de MANOVA es la técnica de análisis estadístico más apropiada cuando se presenta una variable independiente (ideación suicida) y varias dependientes. Tanto el nivel de significación del 5% como el 1% se usaron como criterio de importancia en el estudio actual.

En relación con los resultados estadísticamente significativos del estudio, el tamaño del efecto se determinó como un criterio estándar de importancia práctica mediante el uso de los siguientes valores guía, sugeridos por Cohen (Steyn, 1999): 0.1 = efecto pequeño, 0.25 = efecto medio y 0.4 = efecto grande en el caso de correlaciones, y 0.2 = pequeño, 0.5 = mediano y 0.8 = efecto grande para los diferentes puntajes.

Capítulo 5

Resultados:

La forma tradicional de abordar el fenómeno de las conductas autolíticas en la clínica asistencial y en la investigación desde lo académico, es a través del modelo biomédico. Frente a este modelo biomédico preponderante en nuestro sistema de salud mental y que afecta principalmente a nuestros escolares, esta tesis apostó por una defensa de un enfoque más profundo que brinde la posibilidad de prevenir las conductas autolíticas desde el ámbito escolar. Veamos los resultados:

En el análisis y sistematización de las psicometrías se encontró que los eventos vitales

estresantes (Tablas 5 y 6) más comunes entre los escolares son:

1. Violencia intrafamiliar.
2. Divorcio de los padres
3. Relaciones de pareja
4. Problemas en el colegio (Bullying), Pérdida de año
5. Abuso sexual
6. Cambio de domicilio
7. Muerte de un ser querido
8. Introversión
9. Problemas de droga y alcohol
10. Desplazamiento

Estos resultados desvirtúan la creencia de que el consumo de sustancias psicoactivas, son el mayor evento estresante entre escolares, ya que en las entrevistas surgió que estos eventos correspondían con situaciones de sufrimientos intensos, que habían marcado a los estudiantes durante sus primeros años de vida y que no lograron canalizarlos con nadie, adicionalmente se encuentra que estos eventos de sufrimiento impulsaron con el pasar de los años desequilibrios del juicio que terminaron con problemas de salud mental y el concebido tratamiento farmacológico. Se encontró además que los eventos estresantes afectan en mayor porcentaje a las mujeres que a los hombres, el 35% de los hombres encuestados respondieron que si les afecta ciertos eventos; el 51% de las mujeres respondieron ser afectadas por eventos estresantes (Tabla 7,) lo que al ser triangulado con las entrevistas y las estadísticas de medicina legal corrobora que las mujeres son

quienes presentan mayor tendencia hacia conductas autolíticas motivadas en eventos vitales estresantes.

Con relación a la autoestima se encuentra un porcentaje del 79% en hombres y 81% en mujeres, que logran manejar una adecuada valoración de sí mismos (Tabla 8). Al corroborar con los resultados de las entrevistas en el grupo con tendencia autolítica, se encontró que la autoimagen es pesimista y aparecen los contextos intrahistóricos de maltrato y eventos estresantes amplios en los primeros años de vida. Con respecto al grupo de estudiantes que no manifestaron conductas autolíticas, se encontró que en sus intrahistorias no existió afectación de evento vital estresante y su autoimagen por consecuencia fue elevada.

En lo pertinente a la depresión se encontró que los hombres manejan un nivel de depresión del 63% y las mujeres un 72%. (Tabla 9). Aspecto por demás elevado, tratándose de adolescentes que apenas comienzan una estructuración de vida, esto contradice los resultados estadísticos clinimétricos que solo marcaban en las revisiones de estado del arte. hasta un 30 % de nivel depresivo, los grupos de entrevistas corroboraron que el nivel depresivo estuvo presente en casi la totalidad de los participantes, considerado por quienes lo padecen como un estado e intenso dolor.

Con relación al apoyo social los resultados indican que los jóvenes tanto en hombres como en mujeres manifiestan encontrar buen apoyo social superando el 80% en promedio, este apoyo social está referido a pares y familiares diferentes al núcleo básico. (Tabla 10), pero al cruzar la información los resultados se confirman solo en el grupo que no realizó conductas autolíticas, el

grupo primario no encuentra apoyo social ni en su zona de desarrollo próximo ni en el exosistema social.

Con relación a la desesperanza se encontró un porcentaje del 20% en ambos sexos (Tabla 11) y con mayor tendencia en el cruce de resultados de las entrevistas, corroborando el indicador psicométrico y acentuándose con las entrevistas.

En cuanto a la solución de problemas sociales las cifras arrojaron que un 77% de los hombres y un 75% de las mujeres presentan dificultades en el manejo de situaciones problema que los desestabilizan emocionalmente, encontrando que los jóvenes resuelven problemas cotidianos desde un pensamiento concreto y no desde un pensamiento lógico. (Tabla 12), Esta tendencia se relacionó con los resultados de los grupos entrevistados, marcándose profundamente la ausencia de estrategias de análisis en los casos de dificultad de enfrentamiento de situaciones problema de la vida cotidiana.

Frente al nivel de ideación suicida se encontró que el 20% de los hombres presentan ideación suicida y en las mujeres es de un 34% (Tabla 13). Frente a los resultados clinimétricos concuerda plenamente incluso con las estadísticas y comprensiones de ideación de medicina legal, en cuanto a lo presente en el grupo de tendencia autolítica, el resultado fue similar, en el grupo de no tendencia autolítica la ideación fue escasa.

Con relación a las razones para vivir se denotó que el 30% de los hombres y el 34% de las mujeres, no encuentran un futuro próspero; indicando dificultades de acompañamiento y apoyo

de sus familias y futuro incierto con falencia de metas alcanzables. (Tabla 14). En este aspecto surgió la moratoria social, como aquel estado de improductividad, en donde los jóvenes ven un futuro incierto por falta de oportunidades y condiciones para estudio y trabajo.

Cabe indicar que, para la ejecución de entrevistas y construcción de historias de vida, se hizo necesario extender la entrevista a padres de familia y en algunos casos a amigos y docentes de los estudiantes participantes, ello permitió corroborar que los testimonios que ellos brindaban correspondían con las situaciones vividas en sus contextos, garantizando objetividad en el proceso de entrevista. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para facilitar el proceso de análisis y comprensión de realidades.

Este proceso tardo alrededor de Diez meses, los aspectos más relevantes fueron los siguientes:

Grupo Nro. 1:

Conformado por 20 jóvenes, de los cuales 10 eran mujeres y 10 hombres, el promedio de edad fueron 15 años, pertenecientes a diferentes instituciones educativas, estos participantes en su totalidad habían realizado intentos de suicidio, y reportados por el sistema de atención en salud, algunos con tratamiento de terapia psicológica, 6 de las diez mujeres habían realizado cutting (Cortes transversales en cara interna de brazos y algunas en las piernas) y solo un hombre había realizado esta acción.

Las entrevistas duraron en promedio cuatro horas por participante en algunos de los casos se dio la necesidad de programar hasta tres encuentros, por la complejidad de sus situaciones y en algunos por dificultades de tiempo.

Al realizar las historias de vida los aspectos comunes que les llevaron a tomar la determinación de intentar quitarse la vida y que se cotejaron con las coincidencias de las psicometrías fueron:

- Provenían de hogares recompuestos o disfuncionales, la totalidad con mujer cabeza de hogar
- El 60 % de los participantes reconocieron haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, siendo la más común la marihuana, pero sin que se convirtiera en un factor estresante predominante.
- El 100% manifestaron haber tenido conflictos al interior de la familia, principalmente con la madre, padrastros y en menor proporción con otro tipo de familiares, tal es el caso de abuelos y tíos.
- El 75% manifestó haber tenido situaciones problema con relaciones de pareja.
- El 10% manifestaron problemas de orientación sexual, aspecto que en pocos casos se tiene en cuenta en las revisiones clinimétricas y las estadísticas muestran un porcentual creciente de problemáticas en la orientación sexual de los adolescentes.
- El 90% tuvieron algún tipo de conflicto escolar, representado en bajo rendimiento escolar, ciber acoso y malas relaciones con sus compañeros y docentes
- El 80% manifestaron no tener la suficiente confianza para hablar de sus problemáticas con sus familiares.
- El 70% manifestaron desprecio por ideas o situaciones religiosas frente a la conducta suicida.
- El 100% manifestó haber tenido problemas de comunicación y rabietas con sus padres durante la primera infancia
- El 80% manifestó haber contados sus problemas a un amigo o compañero de escuela

- El 90% manifestó que buscaron ayuda antes de realizar el acto de intento sin haber obtenido alguna respuesta.
- El 100% manifestó no saber que hacer frente a la resolución de sus problemas.
- El 80% recordaron con desagrado situaciones vividas en la primera infancia
- El 10% por ciento manifestó haber tenido alguna situación de abuso sexual
- El 90 % manifestó sentir rechazo por sus progenitores
- El 60% manifestaron que asistían a la escuela por huir de los problemas familiares
- El 100% manifestó expresar estados de ánimo en redes sociales y no con sus padres

En la entrevista con padres de familia, se encontraron aspectos comunes como:

En su totalidad fueron mujeres cabeza de hogar, edad promedio 35 años, manifestaron tener dificultades de empleo, tener problemas de índole intrafamiliar, problemas con sus parejas, por razones de trabajo cuentan con poco o ningún tiempo para hacerse cargo directo de sus hijos, han delegado la crianza en otros familiares, no hablan con sus hijos de problemas de sexualidad, drogas o asuntos que les enseñan en las escuelas, tienen dificultades para revisar tareas escolares, poco asisten a los llamados a reunión de padres de familia, no conocen el tipo de amistades de sus hijos y no ejercen control de redes sociales, algunos pertenecen a determinadas religiones pero no asisten al culto con sus hijos, en cuanto a noviazgos la mayor preocupación se centra en que utilicen métodos de planificación familiar, no detectaron señales de aviso previas a los intentos de suicidio, la mayoría piensan que “el que se quiere matar no lo hace llamando la atención”. Estos

resultados permiten entrever la ausencia de factores de resiliencia, tolerancia a la frustración, fallas en la comunicación intrafamiliar y ausencia de parámetros de convivencia.

En cuanto a entrevistas de pares los resultados comunes fueron:

Sentirse identificados con sus pares, detectaron algún tipo de manifestación de los intentos de suicidio de sus amigos, algunos llegaron a recomendar esa salida, algunos hicieron comentarios por redes sociales de los estados de ánimo, pocos recurrieron a ayuda de terceros por lealtad con sus compañeros, confirmaron estados depresivos en sus compañeros, confirmaron los estados de conflicto intrafamiliar y el escaso apoyo y maltrato que reciben sus compañeros en casa.

Entrevista a docentes:

En la entrevista a docentes se encontraron los siguientes aspectos comunes: Los estudiantes tienen problemas de acompañamiento en casa, sus padres son separados y los chicos reciben maltrato intrafamiliar, son padres no comprometidos en el proceso de formación de sus hijos, los matriculan en la escuela y no vuelven sino a final de año escolar, no asisten a las citaciones y menos a las reuniones de padres de familia, los jóvenes son chicos con múltiples problemas y llegan a desahogarlos en clase, no dejan trabajar a sus compañeros y algunos se vuelven depresivos, presentan bajo rendimiento académico por lo general progresivo, en cada periodo pierden más asignaturas, muy pocos se acercan a comentar de sus problemas y cuando se les pregunta niegan y cierran cualquier posibilidad de diálogo, contravienen constantemente la norma escolar y algunos se aíslan o presentan serios problemas de asistencia, muchos desertan

del sistema o viven de colegio en colegio, con mayor facilidad quienes cursan en colegios privados. Son muchachos sumidos en la desesperanza sin acompañamiento y control familiar. Se encuentran aspectos comunes como la ausencia de compromiso, valores, disciplina, resiliencia y contexto familiares conflictivos.

Grupo Nro. 2

Conformado igualmente por 20 participantes, de los cuales 15 eran hombres y 5 mujeres,

Estos participantes también contaron con un promedio de edad de 15 años, fueron seleccionados aleatoriamente de diferentes instituciones educativas, para su selección se tuvieron presente que hubiesen tenido algún tipo de reporte por problemáticas sociales de diferente índole, pero que no tuviesen reportes por tentativas suicidas o cutting.

El propósito de establecer este grupo, era poder determinar porqué ante problemáticas sociales o dificultades académicas y disciplinarias similares, entre los dos grupos, la reacción de estos estudiantes fue diferente de cometer conductas autolíticas.

Las problemáticas más comunes fueron dificultades en rendimiento académico, reportes en observadores por algún tipo de diferencia o discusión y enfrentamiento con miembros de la comunidad educativa.

Las entrevistas al igual que el primer grupo demoraron en promedio cuatro horas

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

El 40% provenían de hogares recompuestos o disfuncionales.

El 100% manifestó no tener pensamientos o ideación suicida

El 90% consideran que el suicidio es un pecado o un desagravio a la idea de Dios

El 70% manifestaron contar sus problemáticas a algún miembro de su familia

El 30% manifestó haber contado sus problemas a algún amigo o compañero de escuela

El 90%manifestó que sus problemas escolares son por falta de concentración y ejecución de tareas.

El 80% manifestó tener buenos recuerdos de su primera infancia

El 90% manifestó sentir buen apoyo familiar

El 80% manifiesta buenas relaciones de comunicación con sus padres y otros familiares

El 70% manifestó haber tenido problemas de pareja o noviazgos no duraderos

El 90% manifiesta que encuentran solución pertinente a sus problemas

El 10% manifiesta haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, especialmente marihuana

El 5% manifiesta tener problemas de orientación sexual

El 100% manifiesta sentirse a gusto con sus padres

El 90% encuentran en la escuela la posibilidad de un futuro

En la entrevista con padres de familia, se encontraron aspectos comunes como:

La mayoría corresponde a hogares mononucleares, pocos son recompuestos, tienen estabilidad laboral, han participado directamente de la crianza de sus hijos, principalmente las madres, manifestaron tener buenos canales de comunicación a pesar de las dificultades escolares de sus hijos, asisten a los llamados de padres de familia en las escuelas, tienen comunicación directa con los maestros, hablan con sus hijos abiertamente pero encuentran situaciones de mucho conflicto, algunos asisten a terapias psicológicas, manifiestan saber cuándo a sus hijos les ocurre algo (Kinésica), manifiestan asistir a cultos o celebraciones religiosa con sus hijos, orientan valores, castigan con explicación y convenios. Conocen los compañeros de sus hijos y regulan las visitas de noviazgo.

En cuanto a entrevistas de pares los resultados comunes fueron:

Manejan buenas relaciones entre sí, aunque a veces manifestaron diferencias y conflictos escolares, confirman que sus amigos manejan buenas relaciones intrafamiliares, comentan de sus problemas, pero hacen saber que ya los han discutido en casa, algunos tienen mal rendimiento académico por falta de concentración, pero los padres viven al pendiente en las escuelas, para elaboración de trabajos o visitas cuentan con horarios regulados. En general confirman buena relación de sus compañeros con las familias.

Entrevista a docentes:

En la entrevista a docentes se encontraron los siguientes aspectos comunes:

Los estudiantes provienen de hogares tradicionales, con padres comprometidos, que aunque presentan dificultades escolares, los padres están al pendiente acompañándolos, nunca faltan a las

citaciones y reuniones de padres de familia que convoca la escuela, quienes inician con bajo rendimiento educativo progresivamente se van recuperando pierden menos asignaturas por periodo, son abiertos al dialogo y expresan con facilidad sus emociones y estados de ánimo, son estudiantes y padres participativos en las actividades organizadas por la escuela, se dejan encauzar fácilmente, en cuanto tienen alguna dificultad es fácil identificarlos y se dejan guiar.

Con base en los resultados de las psicometrías y entrevistas, (grupos de estudiantes entrevistados), Padres y docentes la investigación permitió encontrar siete aspectos o pilares comunes que contribuyeron a sus pensamientos o intentos de suicidio, o por lo contrario intervinieron como factores protectores, estos aspectos son:

1. La resiliencia

Entendida como una ley de la física que acota que los metales cuando son sometidos a altas presiones se deforman y en tanto la presión es liberada el metal recupera su estado inicial, aplicado este concepto en la psicología, lo definimos como la capacidad de los seres humanos de sobreponerse a situaciones problema, en los casos entrevistados se encontró que aquellos adolescentes que tuvieron una infancia debidamente acompañada por sus padres desarrollaron la capacidad de ser resilientes ante cualquier tipo de problemas, incluso permitiéndoles adaptarse al medio con facilidad, pero aquellos que fueron sobreprotegidos, ignorados o maltratados no desarrollaron esta capacidad y se vieron afectados por la acción de conductas autolíticas a temprana edad.

2. Tolerancia a la Frustración

De los resultados, nos encontramos con la frustración entendida como el estado de impotencia que se experimenta al no obtener los resultados esperados a corto plazo, se encontró que aquellos estudiantes que lograban manejar sus frustraciones podían recuperarse rápidamente de los estados de impotencia y ello se convertía en la oportunidad de establecer una meta para alcanzar lo deseado, aquellos niños que en primera infancia no aprendieron a tolerar la frustración, por lo general resolvían la situación en pataletas o conductas de berrinche, pataletas que se proyectan en la adolescencia al no poder obtener sus deseos y responden con esta actitud, la cual puede conllevar a una situación de intento de suicidio o al acto consumando.

3. Comunicación Intrafamiliar

La comunicación al interior de la familia es de vital importancia y trascendental, se encontró que en los jóvenes que sostenían una comunicación adecuada con sus padres, tenían la tendencia a comunicarles todos sus problemas y encontrar en ellos una posible alternativa de solución o al menos el consuelo de la compañía en momentos difíciles, pero quienes no contaban con esa posibilidad en el núcleo familiar recurrían con alta tendencia a comunicarse con sus pares, en muchos de los casos a obtener alternativas erróneas en la solución de problemas y con el consecuente escape a través de las conductas autolíticas.

4. Desarrollo de valores

En los procesos de crianza durante la primera infancia los niños aprenden más por imitación, es decir por modelación de sus padres, imitan la gran mayoría de conductas y pocos reciben de sus modelos una virtuosidad de valores a seguir como ejemplo, aprender a valorarse a sí mismo,

despierta en los niños la importancia del autocuidado, de prevenir acciones que arriesguen sus vidas, aprender avalorar la vida propia y la de los demás, aprenden a ser solidarios, generosos, participativos, entre otros valores, la sumatoria de ellos se traduce en jóvenes con sentido ciudadano de amor propio por los demás, por lo contrario los malos ejemplos desarrollan antivalores como la mentira, el odio, la traición, el rechazo, la apatía, que pueden desencadenar la perdida de interés por vivir en un mundo cambiante y cada día más complejo.

5. Espiritualidad

Una variable no contemplada en las teorías siuicidiológicas, pero que surgió de las entrevistas con los estudiantes fue la idea de Dios, al preguntar si sería capaz de quitarse la vida muchos respondieron no hacerlo por temor a Dios, otros respondieron que Dios no existía, por tanto al quitarse la vida no tenía injerencia alguna, surge por consiguiente la necesidad de tener alguna idea, conexión o relación con el concepto de Dios que unido al punto anterior pueda convertirse en un concepto que impida la tentativa suicida, sin hablar de religiones especificas o fanatismo. El concepto de espiritualidad en muchos estudiantes está relacionado con el concepto de amor por la vida y respeto por Dios.

6. Disciplina.

Esta categoría surge del análisis de los factores de afrontamiento, que permitió encontrar que a mayor disposición y organización de conductas sociales, orientadas al cumplimiento de normas, acuerdos o parámetros éticos de comportamiento, los escolares tienden hacia la búsqueda de estrategias de apoyo con mayor facilidad que aquellos que contravienen las normas, en ausencia

de disciplina, así mismo permitió encontrar que a mayor orden disciplinario menor es la tendencia a ideaciones de carácter autolítico.

7. Contexto Ambiental

Referido a los ambientes de interacción de los estudiantes, tanto dentro como fuera de la escuela, los ambientes de conflicto social impulsan con facilidad el activar de los procesos desencadenantes en depresión, pero los ambientes de interacción social, en los que se desarrollan estrategias de afrontamiento y resiliencia, permiten una canalización oportuna de dificultades con el consecuente raciocinio de solución.

Las psicometrías y las entrevistas lograron establecer la presencialidad de eventos vitales negativos y traumáticos desarrollados durante la primera infancia, los patrones y parámetros familiares de operación, sumado con las irresponsabilidades en el desarrollo de la paternidad, presencia de violencia intrafamiliar de tipo físico, psicológico o verbal, abusos sexuales, maltrato o fijación de expectativas elevadas trazadas por los padres de familia en la necesidad de proyectar en sus hijos lo que ellos de jóvenes no lograron alcanzar. Las estadísticas indican que el 97% de los suicidios consumados en adolescentes y las tentativas suicidas se encuentran asociadas con: la separación de los padres, reconformación de los hogares, antecedentes familiares de tentativas suicidas, uso de sustancias psicoactivas, problemas con la justicia, debilidad o ausencia de apoyo social y enfermedades mentales en los padres. Los factores anteriores, junto con factores fisiológicos y genéticos, convergirán en los estudiantes en un estilo cognitivo y de relación causal. Los estilos cognitivos con alto riesgo de emerger son aquellos que se asocian a una

elevada impulsividad y con la aparición de comportamientos antisociales, irascibilidad e inestabilidad emocional, enfermedades mentales. Con mayor preponderancia la depresión y trastornos psicóticos. En donde se cumple lo planteado por la OMS, que dice que la combinación de síntomas depresivos y comportamientos antisociales, ha sido descrita como el antecedente más común.

Pero la investigación permitió encontrar que, la presencia de una marcada intensidad de sentimientos y sufrimientos profundos que desbordan al estudiante acorralado, basa sus accionares en aspectos regularmente ignorados como la tristeza, la sensación de culpa, vergüenza, irascibilidad, desesperanza, baja autoimagen y auto desprecio, sentido de indefensión, soledad extrema, impotencia, entre otros y que conviene saber contenerlos en momento preciso, lo que requiere de asertividad elevada.

La situación de base que se debatió con los resultados, es la determinación de la comprensión clinimétrica y tratamiento de las conductas autolíticas, en el afrontamiento dramático de los estudiantes con los problemas de su mundo vital, de su vida cotidiana, que es su propia vida, biográfica o intrahistórica, o en el mundo de la biología celular y fisiología de su cuerpo. Dicho de otra forma: en el análisis de las sustancias bioquímicas que circulan por el torrente sanguíneo o en el afrontamiento y aceptación de los problemas a los que encuentra cada persona a lo largo de su existencia.

Se puede concluir a manera de metáfora que el suicidio no es a la depresión lo que la fiebre a la infección. Las estadísticas del enfoque clinimetrico demuestran que el 89% promedio de las personas que practican conductas autolíticas o se quitan la vida, tenían el padecimiento de un

trastorno mental subyacente, pero los resultados de la investigación nos demuestran que el 100% de las personas que practican conductas autolíticas, sufren situaciones problema que los llevan al límite o afrontan problemas vitales de insoportable sufrimiento, con desenlace trágico para los que no encuentran solución, sentido o esperanza.

Lo que transfiere vulnerabilidad de manifestación de conductas autolíticas, son los contextos problemáticos de vida presentes y los que se dejan en el pasado trágico de la primera infancia. Como diría Freud, la sombra del objeto es alargada. Las personas damos soluciones a los problemas de la vida cotidiana, haciendo uso de las estrategias que encontramos a nuestra disposición, ya sea en la biografía personal o en la herencia cultural de las soluciones. De esta manera cuando un cúmulo de problemas ahogan la existencia, las conductas autolíticas y las tentativas suicidas pueden aparecer como una posible salida. En este sentido, es prioritario prestar atención a la prevención y su gestión antes de que las heridas del sufrimiento profundo biográfico sean letales, especialmente en niños y adolescentes.

En la investigación se verifica que cuanto más profunda y cuidadosa es la comprensión de las circunstancias que rodean las tentativas suicidas o los suicidios, más clara es la prueba de que las conductas autolíticas son decisiones que toman los adolescentes, en contextos críticos de vulnerabilidad y sufrimiento crónico. Desde esta perspectiva, las conductas autolíticas expresarían mensajes que transmiten tanto la problemática límite vivida, como la súplica desesperada de ayuda de un adolescente acorralado. Aquí los síntomas de enfermedades mentales serían emergentes de un drama humano o contexto problemático determinado. Por lo contrario, desde una perspectiva psicopatológica, las conductas autolíticas serían síntomas, como la sed en la hemorragia, es decir asumidas sin contexto vital, sin historia y sin subjetividad. Con ello se confunden las causas, con las verdaderas razones para actuar o prevenir.

Los resultados permitieron estructurar la siguiente teoría:

Teoría de la intersección

Esta teoría emerge del estudio realizado en el desarrollo de esta investigación por el tesista como una reflexión o una mirada que nace de lo enunciado en las perspectivas anteriores, cada perspectiva realiza una investigación exhaustiva de las causas que conllevan al suicidio, siendo la más aceptada la psicoanalítica, por cuanto se soporta en las dificultades y patologías mentales que pueden sufrir quienes intentan o cometen suicidio, pero el principal error se centra en que los investigadores tienden a pararse en una sola visual y cuando se interactúa con escolares en crisis, por ejemplo, y para el caso de esta tesis, es posible encontrar una combinación de las teorías y es imposible determinar fácilmente cuál es la preponderante en cada caso, aún más, se puede acercar al detonante y difícilmente encontrar las verdaderas causas, a esto se le suma que el Instituto de medicina legal, por efectos de tiempo, personal y recursos, no cuenta con profesionales especializados en necropsias psicológicas, y una tarea que involucra investigación de campo es realizada en menos de una semana, muchas veces antes de 24 horas y se llega a concluir una aproximación al detonante, pero no a la verdadera causa que subyace detrás de este y obedece a que la perspectiva empleada comúnmente es la psicoanalítica. Una verdadera necropsia Psicológica debe esperar a que el duelo de los sobrevivientes haya sido al menos medianamente superado, sabemos por teoría suicidiológica, que los sobrevivientes durante los primeros meses de inicio del duelo, tienden a buscar a los culpables externamente y nunca hacia el interior. Ejemplificando, tendremos situaciones como esta: un padre de familia que ha perdido a su único hijo por suicidio, no va a reconocer inicialmente que él tuvo gran parte de la responsabilidad de ese suicidio, si el hijo recurrió a la conducta autolítica porque terminó la relación con su novia y deja una nota de despido y de transferencia de culpa a la enamorada, en señal de despecho y

venganza, de inmediato tanto padres, como psiquiatra, van a inferir que el suicidio se cometió por problemas con la pareja y así se registra el detonante, y en el informe de medicina legal se registra como problemas de pareja, engrosando un cúmulo estadístico, que al realizar el análisis epidemiológico, finalmente termina por afirmar que cada año se suicidan más hombres por desamor que por cualquier otra causa; pero si indagamos a profundidad quizás encontremos diversidad de causas, en primer lugar revisemos qué pudo ocurrir en el caso del ejemplo, me baso para ello, en algunos diálogos con jóvenes escolares adolescentes de educación media, entrevistados para esta tesis, muchas adolescentes, manifestaron que tuvieron problemas con sus novios en los últimos meses, esto como producto de constantes peleas y malentendidos al interior de la relación, gran cantidad de veces por falta de entendimiento en la comunicación, y al analizar se denotan situaciones de personalidad posesiva, dominante, que finalmente se traduce en una celotipia marcada, y al revisar el trasfondo familiar, se encuentra que creció en una familia disfuncional con padre maltratante, que recurría a la violencia física con el hijo y contra la madre, padre celotípico, dominante, posesivo, agresivo, alcohólico, en donde el hijo por aprendizaje del modelo, interiorizó para sí, ese tipo de comportamiento en su estructura de personalidad, por su parte, la madre, de características sumisas, temerosa, tímida, que permitía el maltrato para ella y su hijo, que formó a su hijo en el temor al padre, que no desarrolló en el menor la resiliencia y mucho menos el manejo de la frustración, que lo aisló socialmente de jugar con los amigos o de interactuar a través del juego y otros espacios por temor a los regaños y maltratos del padre, cuando establece este menor una relación de pareja en su etapa adolescente, en la cual experimenta cambios biológicos, con circulación hormonal elevada, en sus cambios de caracteres primarios y secundarios típicos de la adolescencia, simplemente reproduce esquemas que vivió en su familia y la situación se complica si su autoimagen, se encuentra baja por el acné y los problemas de acoso que pueda vivir en la escuela; ¿podrá ser válida la teoría que este chico se

suicida por amor?, indudablemente que no, pero para poder llegar a ese no, se requiere un investigar desde el núcleo familiar primario, los padres, quienes en su intenso dolor, en el inicio del duelo, por la pérdida abrupta, jamás reconocerán su nivel de responsabilidad frente al suicidio de su hijo, estarán cegados de ira contra la novia, habrá que conocer la historia de la novia, de cómo era la relación, de cuáles eran los rasgos de personalidad y comportamiento del novio, de cómo eran sus canales de comunicación y como resolvía los conflictos, de conocer que piensan su pares, sus amigos y conocidos, de cómo interactuaba con el resto de la familia, solo así se podrá acercar a la realidad del suicida, en el caso de este ejemplo, las causas del suicidio deberían registrarse como ausencia de resiliencia y de tolerancia a la frustración y profundamente como desajuste en su realidad primaria y con fallas en sus vivencias internas, en una primera infancia caótica y de sufrimiento vital, que le desarrolló seguidamente problemáticas de salud mental. El gran inconveniente es que para realizar el rastreo que resumo en unos cuantos renglones, el investigador requerirá hasta de meses para acercarse a la realidad del suicida.

Al revisar la perspectiva presente, en el caso del ejemplo, aparece la psicoanalítica de manera clara con la celotipia, baja autoestima y el maltrato de hogar disfuncional en los primeros años de crianza, aparece la bio clínica desde los cambios físicos que generaron la baja autoestima y aparece la social cuando el niño fue aislado desde los primeros años de interactuar con pares, es de entender y está claro que el suicidio es multifactorial y que quizás solo el detonante corresponda a una causa aparente sin que lo sea, por ende el análisis de conductas autolíticas no debe asumirse desde una sola perspectiva, por tal razón debe revisarse en una nueva perspectiva y que para la presente tesis, se denomina teoría de la intersección, esta perspectiva obliga en suicidiología a revisar el centro del cruce de tres círculos, enlazados en línea de tres ángulos, cada

círculo representa una perspectiva teórica de teoría del suicidio, pero entendiendo el suicidio como multifactorial.

Los fundamentos parten de establecer una correlación entre las teorías de Emile Durkheim y Urie Bronfenbrenner, no sin antes establecer una revisión desde los fundamentos bioquímicos.

El concepto de suicidio, desde la perspectiva clínica, es bastante amplio y complejo a la vez, ya que se refiere a manifestaciones múltiples de la fisiología y la biología humana, que comprenden no solamente las conductas autolíticas, sino también las tentativas suicidas, así mismo las ideas, amenazas y fantasías suicidas, además de los intentos silentes y ocultos, que se manifiestan como conductas autodestructivas en prácticas extremas, accidentes, entre otros. En estas manifestaciones tiene una importancia la concepción clínica, ya que permite franquear una dinámica del suicidio. Haré entonces referencia a esa dinámica.

En el postulado de la teoría de la intersección, denominada así por el vocablo latino intersectio, que significa encuentro o cruce de dos o más elementos, el yo, que representa al individuo, un yo que interactúa en un contexto de tres realidades a las que he denominado primaria, secundaria y terciaria, más adelante me ocupare de ellas, basándome en los postulados de Bronfenbrenner. Este yo, se ve afectado en su interacción, por un conjunto a su vez de tres intersecciones, que se estructuran en su desarrollo bio - psico - social, las teorías biológicas y psicodinámicas han planteado a través de numerosos estudios y durante muchos años , que el individuo que se ve afectado por conductas autolíticas, capaz de llegar a la tentativa suicida o al suicidio consumado, basa su actuar en problemas de salud mental y por la presencia de psicopatologías, con multiplicad de diagnósticos médicos, los estudios estadísticos y epidemiológicos aseveran que

todo acto suicida va precedido de problemas mentales, se le asocia la caída de la serotonina, como hormona principal, responsable de la depresión profunda y de la toma de decisiones suicidas, el 100% de pacientes al practicarle la necropsia, tenían bajo o diluido su nivel de serotonina en sangre. Desde esta dinámica queda claro y comprobado que dos de las causas indiscutibles del suicidio son los problemas bio clínicos y los problemas psicopatológicos, con fundamento en la salud mental, en esta dinámica se habla de Trastornos que afectarían el desarrollo de patologías mentales o con fundamentos bio clínicos como los trastornos del ánimo, psicosis, esquizofrenia, bipolaridad, consumo y abuso de sustancias ilícitas, acontecimientos vitales estresantes, maltrato físico, abuso sexual, tentativas previas, estilos cognitivos negativos, acoso escolar, autolesiones, persistencia suicida, discapacidades, problemas de salud, bajo rendimiento escolar; pero al entrevistar a estudiantes que habían realizado tentativas suicidas, se encuentra que existen unas vivencias de más trasfondo, representan lo más profundo del ser, en aquellos recónditos de la estructura de personalidad, que en voz de Freud estaría represado en el ello o id, según sus planteamientos de la estructura tripartita de la personalidad, estarían en lo que podemos llamar la caja fuerte del alma.

Estas vivencias están representadas por el sufrimiento, el dolor, el vacío existencial, el lastre emocional, la repugnancia, el fastidio, vivencias que, aunque se han intentado medir, no son fáciles de encasillar en un instrumento psicométrico y mucho menos estadístico, por ello forman parte de la intrahistoria del yo y sus dramas de dolor.

Desde la mirada bio clínica, el dolor es definido como una señal emitida por tejidos corporalmente alterados, el dolor aparece como un síntoma de alteraciones de orden fisiológico y cuando alguien se queja de dolor, se le evade haciéndole saber que el procede de factores de orden psicosomático, es un estigma pensar que el dolor psicológico no duele o no existe, como si

fuese imaginado, como si la mente formara parte de otra estructura fuera del cuerpo. La bio clínica desvaloriza el dolor psicológico y solo da validez a las disfunciones detectables. Aquellos dolores de la mente son enviados al psiquiatra y este termina apagándolos con la ayuda farmacéutica, pero el verdadero origen de un fuego que sigue quemando por dentro no es extinguido. En la metáfora del edificio en llamas, quien está dentro del edificio vive su propio infierno al interior, y queda atrapado en una paradoja, si sigue dentro el fuego tarde o temprano lo consumirá, por ello muchos deciden saltar al vacío, la ayuda farmacológica solo le contiene el ardor de las llamas temporalmente con un traje anti fuego, pero cuando el traje se calienta ya pierde su efecto y buscara la forma de saltar. El verdadero tratamiento debe llegar al origen del fuego, a su base y allí el fuego se extinguirá y con él, el deseo de saltar al vacío.

Solo al escudriñar este trasfondo de orígenes, es posible encontrar aquellos núcleos que disparan los factores generales, que tratan la bio clínica y la psicopatología y que pueden exacerbar o desencadenar problemas de salud mental, la comprensión de las conductas autolíticas en esta investigación, permitió separar un velo que la suicidiología hasta el momento, trata solo con la perspectiva farmacéutica y que la bio clínica trata como la relación fiebre a la infección, cuando detrás de la infección hay un foco más complejo. Detrás de la depresión hay una intrahistoria, un origen yo submundo, unos factores próximos y unos distales. No pretendo aquí desvirtuar las teorías psicoanalíticas y bio clínicas del suicidio, solo llamar la atención en que los suicidios y sus tentativas, aunque en apariencia obedezcan a factores múltiples ya analizados por la ciencia positivista, más allá de ellos existen esas vivencias internas que hacen único cada suicidio, cada tentativa. Al respecto Durkheim concluye que “no hay un suicidio, sino suicidios [...] Las causas que lo determinan no son de la misma naturaleza en todos los casos: son incluso, a veces,

opuestas entre ellas" (Durkheim 1897:312). Sin embargo, esto no llevo a Durkheim a tratar a los casos de suicidio aisladamente y como particulares, más bien lo llevo a determinar una conclusión contundente de su estudio: existirían sociedades suicidógenas, o sea, sociedades donde el suicidio es una tendencia.

La mirada bio clínica y psicopatológica, asume el suicidio como una enfermedad de índole mental y a la depresión como una de las causas más generalizadas y de base para las conductas autolíticas que pueden desencadenar en el suicidio, lo que se constituye desde mi perspectiva en una explicación muy relativa. Es necesario recurrir a las vivencias internas del yo, que nos pueden permitir encontrar estados mucho más profundos.

Tanto la psicopatología, los aspectos bio clínicos y lo que llamo vivencias internas deben tener un diálogo interrelacionado, intersectado, que permita encontrar los sufrimientos profundos del yo y establecer una ayuda en red que permita el resurgir del yo en contextos, a lo que llamaré en esta teoría como realidades y es aquí en donde recurro a los planteamientos de Durkheim e incluyo sus postulados frente al suicidio, considerado el padre de la suicidiología por sus estudios detallados en 1897 en su obra cumbre "El suicidio", en donde plasmó los principales aportes en las bases de conocimiento del fenómeno del suicidio, consideró los factores económicos, sociales, climáticos, geográficos, las convicciones, las ideologías, entre otros, llego a la conclusión de que el suicidio es un hecho social y la causa más fuerte es la anomia social, ésta es considerada como un estado de la sociedad en donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, un estado social en los individuos y los grupos buscan por sí solos su trayectoria, sin un orden que lo conecte con los demás, con las normas y los valores universales, Durkheim fue quien planteó

primariamente que el suicidio no era un hecho solamente personal, en el que el yo decidía acabar sin opción, con su existencia por razones que sólo él podía conocer.

Durkheim niega que el suicidio sea producto de los estados psicopatológicos, y destaca las correlaciones sociales, planteando que quien se suicida no lo hace porque padezca alguna patología mental, o se encuentre en una situación de irregularidad respecto de su comunidad, se requiere ante todo que la situación se presente en contexto social, lo que determina la ocurrencia del acto suicida. Como la acción del suicidio en la teoría de Durkheim, se presenta bajo la acción de factores que no son de carácter psicológico sino sociológico, el potencial suicida sin que sea responsable de su tentativa, la hace en virtud de ciertas características del contexto social; lo que Durkheim no explica a cabalidad es cuál es la intersección o proporción de los factores sociales que conllevan al suicidio ni los factores individuales en el contexto social. El planteamiento de Durkheim es que existe en el suicidio una situación de contexto social que facilita una transacción en donde el yo entrega la vida y la individualidad, porque no se autovalora, en favor de un propósito social o político.

En mi discernir teórico este contexto social lo divido en tres contextos o sistemas, relacionados también aquí con la teoría de Urie Bronfenbrenner, basada en los planteamientos de la Ecología del desarrollo humano, en donde destaca la importancia crucial de estudiar los ambientes o contextos en los que se desenvuelve el individuo como ente bio-psico-social. Bronfenbrenner postula la presencia de cuatro niveles o sistemas que operarían directa o indirectamente, sobre el desarrollo infanto-juvenil: el microsistema integrado por el hogar, la escuela, los amigos, el mesosistema conformado por interrelaciones de dos o más entornos, el exosistema en donde suceden hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a los niños y adolescentes y el macrosistema en donde se encuentran los factores ligados a las características

de la cultura y al momento histórico social, en que viven los niños o el adolescentes. Según esta teoría no puede verse la conducta infanto-juvenil como un hecho aislado o como producto de su maduración, sino con relación al ambiente en que los individuos se desarrollan.

De acuerdo con Bronfenbrenner, existe un predominio del micro sistema, con los ambientes de afectividad, emotividad desarrollados ampliamente en la escuela ya que en ella se procesan sus facultades cognitivas como raciocinio, lenguaje, inteligencia, aprendizaje, además de la evolución de los caracteres emocionales y de las actitudes de comportamiento. En este contexto, los estresores cotidianos vividos en familia, desempeñan un papel trascendental, porque involucran una relación entre el individuo y su entorno, que rebasa los recursos psicosociales. El hogar cumple un papel de estabilizador en las interacciones sociales y culturales. A su vez la escolarización trae consigo en este sistema, en la forma de relacionarse con el conocimiento, con los demás, con la cultura y con el medio exterior, El propósito general de la familia y la institución educativa es velar por la formación integral y armónica de los niños y adolescentes. Aspectos de estabilización que evitarían que en su ruptura se desencadenen aspectos suicidas, por tal motivo la pérdida del equilibrio en los sistemas y la no adaptación de los individuos a ellos desencadenaría en un desequilibrio de emociones que empujarían a las conductas autolíticas y al suicidio.

Los cuatro sistemas de Bronfenbrenner, los he denominado realidades y los resumo en tres: Realidad primaria, secundaria y terciaria. El término realidad lo acuño por su significado, vocablo derivado del latín realitas, que significa aquello que acontece de manera verdadera o cierta que es construido por el ser humano, ordenado de la mejor forma posible, constituye un flujo de experiencias, que proporciona la interacción de individuos entre sí y con la sociedad.

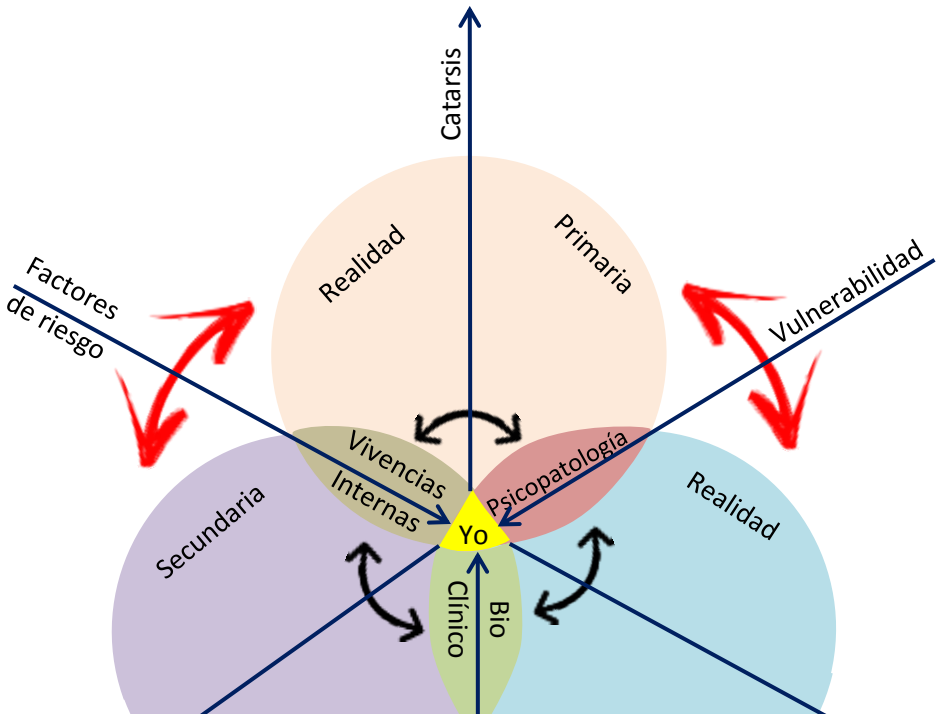
La realidad primaria está constituida por la experiencia de formación en familia, formación que puede ser asertiva y en consecuencia generar protección al individuo, pero de ser negativa, dispararía factores de riesgo que pueden ser desencadenantes de situaciones autolíticas, la realidad secundaria, conformada por la escuela, tiene el propósito de formar y educar a los niños, se constituye en un filtro social, subsiguiente a la crianza inicial familiar por ello la llamo secundaria, en ella la escuela lleva el papel de corregir los errores de la crianza y por la cantidad de tiempo en que permanecen los estudiantes en ella, tiene la fortaleza de poder detectar vivencias internas, establecer factores protectores e implementar estrategias pedagógicas, de lo que haga la escuela, dependerá en alto porcentaje que puedan los adolescentes estructurar proyectos de vida ,con estilos de vida saludables. Por ello la investigación apuesta por proponer al final, una estrategia en la prevención de conductas autolíticas desde las instituciones educativas. La realidad terciaria hace referencia a la interacción de los jóvenes con el entorno social y cultural, en donde pondrán su capacidad de reacción al máximo y sus aportes como ciudadanos, en esta realidad se encuentra la moratoria social, aspecto de improductividad que está afectando a adolescentes y jóvenes por la falta de oportunidades en la educación superior y en el medio laboral, en ella la sociedad ejerce presiones al estilo de los planteamientos de Durkheim. Es de aclarar que estas realidades no pueden tomarse por separado, como que una sucede de manera aislada, ellas se intersectan y son las responsables de dar origen a los factores bio clínicos, a los psicopatológicos y a las vivencias internas, además que las realidades interactúan entre sí, como un engranaje, pero si una falla el sistema girará con novedades, y es así como aparecen vectores que las intersectan y las desequilibran o equilibran según sea la situación, entrando así los factores de riesgo, que pueden desarrollarse en las primeras etapas especialmente en la primera infancia y en ambientes escolares no acompañantes, estos factores de riesgo dejan de desequilibrar a las realidades si se potencian las estrategias de acompañamiento, en la

generación de redes de apoyo y técnicas de afrontamiento, la aparición de detonantes como situaciones conflicto específicas que remueven vivencias personales, similar al oxigeno que aviva las llamas, pueden igualmente generar desequilibrio del sistema de engranaje de realidades, pero si se activa el vector de la catarsis, entendida como la capacidad de poner en escena todo el cumulo de vivencias internas que mantienen encendido el fuego interior de cada yo, de cada individuo, será posible realizar un mejor abordaje, diagnóstico y canalización de las situaciones problema que bloquean a quienes las padecen, aparece el último gran vector de desequilibrios del sistema, es la vulnerabilidad, que se establece como una latencia que se está alimentando de todas las debilidades de las realidades desde la primaria a la terciaria, esta vulnerabilidad en intersección podría junto con un detonante, acorralar al yo y desequilibrarlo de tal manera, que puede verse abocado al salto al vacío, esta vulnerabilidad podrá ser diluida con la presencia de factores protectores que brindan, salida racional al yo, erradicando o minimizando el riesgo de cometer conductas autolíticas y suicidio.

Las perspectivas de Durkheim cuentan con un gran vacío, en cuanto no consideró las características de la personalidad de los individuos, en la medida en que excluyó variables como el apoyo social y los factores disposicionales, que llevan a las personas a tomar decisiones autolíticas; adicionalmente no le dio la importancia que reviste la escuela, como ámbito estratégico de prevención, por cuanto la consideró como parte del sistema de reproducción del conjunto de normas sociales; en cuanto a Bronfenbrenner, asume al individuo como una entidad dinámica, que paulatinamente se incluye e interactúa y se reestructura en el sistema en que reside, pero tal inclusión, no tiene presente la consideración de la importancia que revisten las características individuales, a lo que llamo vivencias internas, que pueden influir altamente en la

decisión de acabar con la existencia, o manejadas adecuadamente, permiten la adaptación, el afrontamiento y las interrelaciones con los sistemas sociales o a lo que denomino realidades.

Finalmente cierro exponiendo que en la comprensión de las conductas autolíticas, revisada en esta investigación, se ha realizado una conjunción, una sumatoria de vectores, de dinámicas, de interacciones, que permiten ver la problemática del suicido desde una convergencia más integral, una convergencia de intersecciones, de relaciones y dinámicas sociales, de comprensiones individuales a la manera de una intrahistoria y que no se puede seguir viendo el fenómeno del suicidio, desde la mirada clínica y social tradicional; en el trasfondo de cada niño, de cada estudiante que se autolesiona, hay un sentido de sufrimiento existencial que lo acorrala en su yo y lo lleva a querer saltar al vacío por huir de sí mismo. Es la hora de generar estrategias ante una pandemia, que, sin ser declarada, ha cobrado millones de vidas cada año, peor que cualquier virus mortal y lo mas grave es que cada vez sus cifras aumentan, estoy seguro que la generación de estrategias en las instituciones educativas, podrá arrebatarle a esta pandemia la posibilidad de seguir creciendo y a la sociedad la posibilidad de unirse en una dinámica de rodamiento, que permita mover intersecciones hacia la una cultura de la prevención.



Capítulo 6

Conclusiones:

En la presente tesis se plantean tres tipos de conclusiones, unas generales que responden la pregunta de investigación, y a los objetivos; unas conclusiones a manera de sugerencia para continuar profundizando con futuras investigaciones en la temática y finalmente una propuesta de programa escolar con el propósito de prevenir en la escuela, el suicidio de los adolescentes.

1. Conclusiones generales

-la falta de experiencia de vida, más limitación de los recursos de afrontamiento podrían hacer que los adolescentes sean más susceptibles a los efectos de la exposición. Se encontró que durante la primera infancia surgen siete aspectos que arrojaron los resultados y que se relacionan con la prevención o estimulación a conductas suicidas: Desarrollo de resiliencia, tolerancia a la frustración, Mejoramiento de la calidad de comunicación, desarrollo de valores, desarrollo de espiritualidad, disciplina y afectación de contexto o medio ambiente. Se concluye que el desarrollo de estos siete aspectos durante la primera infancia puede convertirse en aspectos de prevención de las conductas autolíticas en adolescentes. Por lo contrario, no desarrollarlos se convertiría en factores de riesgo.

- El suicidio resulta ser el resultado de sumar los factores clínicos y los factores biográficos y emergen las vivencias internas, las conductas autolíticas son una salida a un diario vivir sobresaturado, de situaciones problemas, que se han estructurado en la cotidianidad misma y desde la primera infancia

-El riesgo de conductas autolíticas y suicidas disminuirán, si estamos en capacidad de brindar acompañamiento suficiente o sentido de vida, en el drama vital por el que pueden atravesar los estudiantes en su tránsito en la escuela, ya que dependiendo de cómo ellos afronten estos dramas vitales, dependerá el grado de afectación de la salud mental y el mejoramiento de sus condiciones de vida.

-Partiendo de estos principios, es necesario que en las escuelas se pueda desarrollar una estrategia escolar de intervención a conductas autolíticas, que propenda por la prevención de este tipo de conductas al interior de las instituciones educativas, en tanto puede ocurrir, como en efecto ocurre en gran cantidad de situaciones, que los padres de familia no hayan desarrollado a cabalidad los siete aspectos esbozados anteriormente y son estos aspectos los causantes de los suicidios en etapas posteriores, de manera tal que la escuela se convierte en el mecanismo de

filtro que contribuiría a frenar el incremento de conductas autolíticas, sino lo realiza la escuela ya no habrá otra institución de formación social que lo haga, por tanto hablaríamos de situaciones de suicidios inevitables. De aquí se desprende la concepción que la solución a la disminución de las estadísticas de suicidio, no es responsabilidad, ni competencia directa de los psicólogos, en virtud de la perspectiva de la intersección, sería una responsabilidad multidisciplinar y quienes tienen la posibilidad de dominio de los tres campos indudablemente son los maestros, sin importar el campo de acción disciplinar de la pedagogía, se recibe universalmente formación desde la psicología, la sociología y la biología, lógicamente no con la misma intensidad de los profesionales en esos campos, pero si se recibe formación básica elemental, que con una estrategia a seguir, es posible detectar, identificar y ayudar a niños, que potencialmente enfrentan riesgo de conductas autolíticas.

2- Conclusiones a manera de sugerencias

- Realizar una prueba piloto del modelo de prevención escolar para la conducta suicida en el municipio de Palmira, que permita medir el impacto de dicho programa, su influencia en las estadísticas de conductas autolíticas, su validación, ajustes, según resultados obtenidos.
- Continuar con investigaciones que, partiendo de los resultados de los siete elementos hallados como factores de prevención o de riesgo suicida, permitan continuar profundizando en su componente teórico.
- Ampliar investigaciones desde la influencia de la transformación familiar en el creciente porcentaje de suicidios en adolescentes.

- Realizar sendas campañas publicitarias en materia de prevención de riesgo suicida en escolares, basándose en los componentes de filtro escolar y efecto papageno planteado en este trabajo.
- Incorporar en la dirección nacional de gestión de riesgo, el componente de suicidio, como un desastre de orden nacional y así pueda ser afrontado desde planes de prevención que lleguen a toda la población colombiana.
- Aunque no fue el tema de esta tesis, se sugiere realizar un estudio relacionado con el incremento estadístico de suicidios en el país de personas longevas.

3-Conclusión propuesta de programa escolar de prevención del suicidio en adolescentes

En atención a los resultados de la investigación de la tesis doctoral titulada "La escuela como espacio de prevención de conductas autolíticas: estudio aplicado en escolares del municipio de Palmira (v) año 2015*"*se presenta el siguiente diseño como estrategia de prevención de conductas autolíticas al interior de las Instituciones educativas del municipio de Palmira.

De acuerdo con las teorías de la psicología educativa, durante la primera infancia los niños aprenden por el sistema de imitación o modelamiento y por moldeamiento o instrucción, los padres de familia serán los primeros modelos que los niños tienden a imitar, a seguir como patrones, por tanto un padre mentiroso, impulsará en su hijo esta tendencia, en cuanto tenga la oportunidad el niño se desenvolverá en su ambiente recurriendo a las estrategia de su patrón de vida aprendido de los progenitores, Un alto porcentaje de padres que tuvieron dificultades en su niñez, por el sistema de moldeamiento o instrucción evitaran ese tipo de dificultades en sus hijos y los orientaran en las direcciones acertadas, si desde pequeños los niños aprenden una cosmovisión de vida en la importancia del buen manejo de las emociones humanas, desarrollaran

competencias de pensamiento lógico y afectivo y desarrollaran así mismo un interés particular por la vida, estos aprendizajes se tienden a desarrollar durante los primeros años de vida y el ambiente en que se desarrollan, es el ambiente evidentemente familiar, pero, en la medida en que el niño crece, va interiorizando situaciones que determinarán la forma de afrontamiento ante ambientes estresantes o situaciones problémicas; al llegar la edad escolar, se enfrenta a un nuevo ambiente, en donde la escuela prepondera el aprendizaje por moldeamiento e instrucción, convirtiéndose la escuela en un filtro que permitirá el paso de aquellas conductas positivas en el desarrollo y estructuración de la personalidad, pero si el filtro falla permitirá que continúen las debilidades y con ello la potencialización de conductas negativas, que tomará una fuerza de avalancha al llegar la adolescencia, es aquí en donde la escuela juega un papel importante en la prevención y erradicación o potencialización de conductas autolíticas, si el maestro está en condiciones de adaptar, transformar y evidenciar cambios en las emociones y conductas negativas de los niños, estará brindando y forjando un ambiente propicio, para que el niño logre superar sus frustraciones y desarrolle la resiliencia, pero si el maestro se limita a la función de instrucción académica, lo más seguro es que estos niños, ante situaciones vulnerables, sean posibles candidatos a comportamientos autolíticos.

La principal estrategia de la escuela debe ser la de formar en el afrontamiento de situaciones cotidianas en los niños, así evitara en el futuro conductas de acoso o autodestrucción, el filtro en consecuencia, se estructura con una adecuada preparación del maestro para que, desde una participación asertiva, educación, familia y sociedad, ajuste los contornos de un filtro capaz de depurar las transgresiones psicológicas y de conducta que ha desarrollado el niño, en sus primeros años de vida. De no lograrlo la escuela se convierte en un detonante de conductas

autolíticas, que, al llegar al ambiente de sociedad, no tendrá ninguna opción más que de la intervención profesional psiquiátrica o la auto aniquilación.

El papel del maestro en el diseño de la estrategia:

El maestro durante toda la historia de la educación, ha ocupado un papel central en el proceso de enseñar y generar aprendizaje en sus alumnos, profesional y éticamente le corresponde la función de formar desde lo pedagógico, lo ciudadano y lo cultural, preparando desde los primeros años a los niños, para que obtengan y maduren conocimientos y así mismo para que sean ciudadanos de bien, pero más allá del maestro líder, cumple una misión de representar el papel de padre y madre, y garantizar un complemento de aquellos vacíos psico, socio, afectivos con que los niños llegan a los salones de clase, el maestro se transforma en una especie de súper héroe, al que los niños quieren seguir e imitar, pero de no asumir asertivamente su rol, puede convertirse en un verdugo, descuidar la relación psico, socio, afectiva que debe perfilar el maestro con sus estudiantes, lo que puede llevarlos a cometer infinidad de errores y ser presa fácil de incurrir en conductas autolíticas, por tanto, el maestro se debe convertir en un mediador, en un líder, en un amigo, en un acompañante, para la prevención de conductas autolíticas; el maestro deberá asumir un papel protagónico y convertirse en el eje central de una campaña, que debe iniciar por la capacitación y enseñanza a padres de familia, generando una escuela de padres acertada y afectiva, trabajando en equipo y enseñando lo que las aulas olvidan con relación a la afectividad, a la importancia de ser resilientes, de tolerar la frustración, de tener una comunicación afectiva consigo mismo y con los demás, de ser espiritual, disciplinado, con valores y dominio contextual de nuestro interactuar con el medio social, ese papel protagónico le involucra desarrollar su

potencial como maestro, a través de un diseño de estrategia metodológica como la que se relaciona a continuación.

A continuación se detalla el diseño de una propuesta de prevención de las conductas autolíticas, que puede ser implementada en las instituciones educativas tanto públicas, como privadas, la presente propuesta se basa en la necesidad de educación frente a la temática desarrollada y buscando que todos los actores de la comunidad educativa, liderados por el personal docente, participen, asuman y se comprometan en establecer sendas campañas de información, sensibilización y prevención de las conductas autolíticas desde la escuela, los referentes pretenden desarrollar actitudes resilientes, bajo estrategias de afrontamiento y participación familiar tal y como se esbozó en el marco teórico, y teniendo presente las teorías de Durkheim y Bronfenbrenner, en donde los actores son “entidades crecientes y dinámicas, que progresivamente se mueven y reestructuran el medio en el que residen" (Bronfenbrenner, 1979.) teniendo presente las características individuales que influyen en la adaptación, el afrontamiento y las interrelaciones entre el individuo y los sistemas pertinentes, aspectos que mediante una formación acertada, pueden contribuir con la erradicación de factores de riesgo hacia conductas autolíticas, generando con ello el efecto papageno, que propende por prevenir desde los factores de comunicación asertiva.

¿Por qué el diseño de una propuesta de prevención desde el ámbito escolar?

Las conductas autolíticas y el suicidio mismo, son las principales causas de muerte entre la población adolescente en todo el mundo. Los casos de ideación y tentativa suicida se han

convertido en un problema de salud generalizado en personas jóvenes. Las investigaciones revisadas en el estado del arte, mostraron un incremento de las conductas autolíticas mayor al 15.3% en las tasas mundial y nacional en adolescentes entre los 14 y los 16 años, edades de dedicación escolar.

Es necesario implementar estrategias de prevención de las conductas autolíticas en las instituciones educativas, colegios, universidades, institutos, ya que los estudiantes dedican una considerable cantidad de su tiempo en los ámbitos escolares, bajo estos principios la prevención de las conductas autolíticas, requiere una participación multi sectorial, que involucra a toda la comunidad educativa y sus contextos de influencia social y comunitaria.

Por tanto, se ha diseñado una propuesta de intervención para las instituciones educativas de toda índole, dirigida tanto a docentes, estudiantes padres de familia, directivos, administrativos, instituciones de apoyo y líderes comunitarios, para ofrecer información general sobre la conducta suicida, sus comprensiones y las estrategias educativas de prevención, de esta manera la propuesta proporciona un potencial en la prevención de las conductas autolíticas y evitar el suicidio desde los ámbitos escolares.

Se puede contribuir a la prevención del suicidio, porque las instituciones educativas pueden mejorar factores como la resiliencia, la tolerancia a la frustración, las habilidades de afrontamiento, la inclusión social y el desarrollo de ambientes escolares seguros, que actúan como factores protectores de las conductas autolíticas.

Adicionalmente la propuesta es vital y necesaria, porque permitiría incentivar la resiliencia emocional y minimizar la vulnerabilidad del surgimiento de problemas de salud mental, además de la potenciación de habilidades de autoestima, estrategias de adaptación y resolución de situaciones problema y autoayuda, lo que permite el incremento de la capacidad de los estudiantes en el afrontamiento de sus transiciones vitales y el estrés.

Proporciona concientización, información y educación sobre enfermedades mentales y comprensión de los factores emocionales, generando una mejora en las actitudes y conductas de solicitud de ayuda.

En cuanto a los ambientes escolares, permite la desaparición de los estigmas de discriminación, acoso escolar, además de estimular el desarrollo de ambientes de acompañamiento y generación de redes de ayuda.

¿Por qué desde el ámbito escolar?

La educación es un proceso que comprende no solo el aprendizaje de contenidos y componentes de carácter académico, su papel trasciende aún más allá. En este orden de ideas, las instituciones educativas tienen el papel de generar comunidades educativas, en las que se forme a los estudiantes para que puedan estructurar un adecuado proyecto de vida, para que puedan interactuar en patrones de convivencia de manera responsable, con tolerancia, solidaridad y respeto por el otro, en la estructuración de un ciudadano de bien.

Las instituciones educativas son el mejor entorno y quizás el más importante durante la etapa de la adolescencia, puesto que, en este contexto, se desarrollan la mayor parte de interacciones de tipo social y de la cotidianidad, lo que le convierte en un ambiente propicio y de vital estrategia para promover actividades de prevención de las conductas autolíticas, fomentar la sana convivencia entre todos los miembros de la comunidad educativa, así como el ambiente indicado para prevenir y establecer estrategias preventivas de conductas autolíticas, como consecuencia de la falta de atención, detección y canalización de factores biográficos de sufrimiento infantil y situaciones desencadenantes en problemas de salud mental.

El alcance de la propuesta es sensibilizar, educar y entregar herramientas a las comunidades educativas, para el desarrollo de una estrategia integral de prevención de conductas autolíticas, que incluya la promoción de un contexto escolar protector, la prevención de situaciones de salud mental, la educación y sensibilización en la temática, la detección y manejo adecuado frente a señales de alerta.

Objetivo general de la estrategia

Capacitar a la comunidad educativa en factores de prevención de conductas autolíticas.

Objetivos específicos:

- Disminuir las estadísticas de ideación y tentativas suicidas en escolares mediante estrategias de primeros auxilios psicológicos.
- Fortalecer técnicas de afrontamiento de conductas autolíticas en escolares
- Vincular la familia al ámbito escolar de manera proactiva, en la prevención de conductas autolíticas de los escolares
- Establecer mecanismos de participación interdisciplinar e interinstitucional en la disminución de conductas autolíticas en escolares.
- Dilucidar los factores de sufrimiento profundo que afectan a los adolescentes

Metodología:

El programa se manejará con la metodología de la Investigación Acción Participativa (IAP) con ocho fases, a través de las cuales los participantes serán actores dinámicos, aportarán a la construcción de ideas, técnicas y estrategias que permitan la consolidación y buen desarrollo del programa.

Dirigido a:

Comunidades educativas de las instituciones educativas oficiales y privadas del municipio de Palmira. Con la participación interinstitucional de entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Fase 1. Concientización y sensibilización a través de campañas publicitarias frente a la necesidad de mitigar el flagelo del suicidio en escolares.

Para dar inicio al programa se requiere implementar una fuerte campaña publicitaria de prevención del suicidio, en la cual se haga énfasis en la necesidad vital de establecer factores protectores desde la resiliencia, la tolerancia a la frustración, el mejoramiento de la comunicación desde el seno familiar y contexto escolar, el desarrollo de valores principalmente el valor por la vida y el desarrollo de la espiritualidad desde la ética y la moral.

Se hace necesario que se realicen campañas por todos los medios disponibles: Prensa, radio, televisión, redes sociales, vallas, pancartas, plegables, botones publicitarios, posters, entre otros.

Las campañas permitirán establecer la importancia que reviste el contexto escolar como agente socializador y formador de los niños y adolescentes y su papel fundamental en la prevención de conductas autolíticas y el amor por la vida, se ejecutará en un tiempo no superior a treinta días y deberá garantizarse una amplia cobertura en el municipio, a través de sus instituciones educativas, oficiales, privadas y extendida a las universidades.

Esta fase es trascendental, toda vez que se hace necesario incorporar una perspectiva de contexto y existencia, que inserte los problemas psicopatológicos en la escuela y que se vislumbre la importancia de comprensión de la experiencia vital de cada estudiante, como estrategia el tratamiento de las conductas autolíticas y en la mitigación de riesgos que llevan a los adolescentes frente al suicidio como salida de escape.

Se hace por tanto necesario y vital establecer con la campaña de sensibilización un efecto papageno, referido a la incidencia de la comunicación social como mecanismo de prevención de conductas suicidas.

Fase 2. Capacitación a maestros y directivos docentes

En esta fase se trataría ahora de describir el fenómeno del suicidio tal y como se da en la experiencia inmediata y en la vida cotidiana de los estudiantes, sin dejar de lado, todo aquello que sea accesorio o secundario, como son aquí los constructos, conceptos, categorías o teorías científicas desarrolladas sobre el suicidio.

Los docentes desempeñan un papel de vital importancia en la detección oportuna de estudiantes en riesgo de conductas autolíticas y en la remisión inmediata a los servicios de ayuda profesional, está demostrado en las investigaciones de los estados del arte que la capacitación de los docentes en lo referente a signos, síntomas, factores de riesgo y en la derivación de situaciones de crisis, sufrimiento psicológico, constituyen estrategias de prevención pertinente de conductas suicidas, además los docentes cumplen un papel protagónico en la potenciación de factores protectores, promoviendo entornos de apoyo, aspectos de conocimiento que también deben ser dirigidos a los programas académicos de formación de nuevos docentes, tal es el caso de los institutos y universidades.

Como componentes activos del programa y actores principales de la prevención, se hace necesaria la capacitación a maestros desde el preescolar hasta la secundaria y media en los siguientes aspectos:

1. Teorías base de soporte del suicidio, mirada holística.
2. Caracterización del suicidio, aspectos nacionales y locales
3. Factores de riesgo del comportamiento suicida en escolares
4. Descenso de calificaciones
5. Ausencias y disminución del interés escolar
6. Factores protectores frente a la conducta suicida
7. Señales, signos y síntomas de ideación suicida en niños y adolescentes
8. Mitos y comprensión sobre el suicidio
9. Acoso y ciberacoso
10. Manejo asertivo de redes sociales
11. La importancia de la familia como factor protector
12. La escuela como filtro y factor potenciador en la prevención de conductas suicidas.
13. La importancia de la entrevista, técnicas y diálogos
14. Abordaje y atención de primeros auxilios psicológicos básicos en crisis suicidas

La intensidad mínima ha de ser de 8 Horas, se realizará al inicio de las semanas de desarrollo institucional y contará al menos con dos estrategias de evaluación y seguimiento a mitad y final del año escolar, dichas evaluaciones y seguimientos se harán mediante talleres y ejercicios prácticos.

Fase 3. Incorporación y reforma curricular

Una vez capacitados los maestros, es necesario realizar modificaciones de contenido curricular de la siguiente manera:

1. incorporación a los proyectos educativos institucionales de un programa de prevención del suicidio, dicho programa será incorporado al plan de prevención de desastres, como componente psicoantrópico, desarrollará los siguientes aspectos:
    a) Estrategias y dinámicas de resiliencia en escolares
    b) Estrategias de afrontamiento y tolerancia a la frustración
    c) Mejoramiento de canales de comunicación entre escolares, maestros, directivos, familia y comunidad.
    d) Formación en valores como el valor a la vida, la solidaridad y cooperación participativa entre miembros de la comunidad educativa
    e) Estímulo al desarrollo de la espiritualidad sin importar credos religiosos o concepciones filosóficas.
2. Asignación de maestros especializados en las áreas de:
    a) Ética y valores
    b) Educación religiosa
    c) Educación física
    d) Educación artística

Para la asignación de estos maestros deberá solicitarse certificados de idoneidad, expedidos por institución de educación superior que cuente con facultades o programas de psicología o educación, en cuya formación se incluya formación en valores, espiritualidad, factores de

resiliencia y afrontamiento, humanismo, didácticas no parametrales y aspectos de inclusión social, la formación no deberá exceder de 20 horas a efectos de realizarlo practico y funcional, no deberá ser expedido por ninguna institución de credo religioso.

3. Se realizará un incremento en las intensidades horarias de las áreas anteriores, las cuales deberán programarse con una intensidad mínima de dos encuentros por semana y proyectar trabajo complementario, en actividades extracurriculares que involucren participación comunitaria a manera de proyecto social, elaborado por los estudiantes en sus comunidades de influencia.
4. Ampliar el Campo de posibilidades de ejercicio de la labor social obligatoria que deben cumplir los estudiantes en la educación media, en la realización de campañas promotoras de la vida, de los afrontamientos y del pensamiento lógico formal.
5. Establecimiento de las direcciones de grupo de carácter obligatorio, con dos encuentros como mínimo, entre directores y estudiantes, uno al inicio y otro al final de la semana, lo cual permitirá el abordaje de situaciones problema, el encausamiento, la ayuda oportuna y la solución.

Fase 4. Capacitación a estudiantes

La adolescencia es una etapa en la que los estudiantes tienen que enfrentar y resolver una colección de aspectos evolutivos, entre los que sobresalen en nuestra sociedad actual, la formación y estructuración de la identidad y la construcción de un proyecto de vida. Dentro de

esta etapa de desarrollo crítico, es especialmente importante la intervención escolar como apoyo y soporte para la construcción de ese proyecto de vida.

De lo anterior se deriva que es importante considerar la capacitación estudiantil, para ello se convocarán los personeros escolares, representantes de los consejos directivos, voceros de cada grupo, representantes de derechos humanos, estudiantes con labor social pendiente y líderes estudiantiles interesados en el tema. Los temas a capacitar serán:

1. Caracterización del suicidio, aspectos nacionales y locales
2. Factores de riesgo del comportamiento suicida en escolares, sufrimiento e intrahistoria
3. Factores protectores frente a la conducta suicida
4. Señales, signos y síntomas de ideación suicida en niños y adolescentes
5. Mitos y comprensiones sobre el suicidio
6. Acoso y ciberacoso
7. Manejo asertivo de redes sociales
8. La importancia de la familia como factor protector
9. La escuela como filtro y factor potenciador en la prevención de conductas suicidas.
10. La importancia de la entrevista, técnicas y diálogos
11. Abordaje y atención de primeros auxilios psicológicos básicos en crisis suicidas

Esta fase Contará con una intensidad de 10 horas, se estimulará y reconocerá la participación con incentivos de reconocimientos académicos y de labor social, lo cual podrá ser estipulado por cada institución educativa.

Fase 5. Sistema de seguimiento a estudiantes.

Al matricularse por primera vez en el sistema educativo, cada estudiante deberá contar con una bitácora o Historia de vida de seguimiento, la cual será rotativa física y sistematizada, será responsabilidad de los directores de grupo su correcto diligenciamiento, y cada vez que el estudiante cambie de institución educativa deberá exigirse obligatoriamente su bitácora, la cual se registrará hasta el undécimo grado, en caso de presentar el estudiante alguna situación de ideación o intento suicida, copia de la bitácora deberá ser enviada a la Entidad prestadora de salud, a fin de que el personal de psicología y psiquiatría, conozcan de primera mano para situaciones autolíticas precedentes y puedan realizar un diagnóstico y tratamiento asertivo e integrativo del estudiante.

Como complemento de este seguimiento se implementará un sistema de alerta temprana de situaciones de riesgo autolítico, que pueda ser activado mediante una alarma que será manejada por docentes y coordinadores, a efectos de reportar anticipadamente a manera de predictor de posibles situaciones autolíticas, estos reportes irán directamente a las entidades prestadoras de salud acompañados de la bitácora del estudiante. El sistema se alimentará con los siguientes aspectos:

a) Tipología familiar del estudiante
b) Antecedentes familiares de suicidios o enfermedades de tipo mental
c) Antecedentes psicológicos o psiquiátricos del niño
d) Situaciones de violencia intrafamiliar, abuso sexual, violencia Psicológica, entre otros
e) Registro de ideaciones suicidas o intentos de suicidio

f) Consumo de sustancias psicoactivas
g) Padecimiento de enfermedades graves o huérfanas
h) Situaciones de acoso escolar, cutting
i) Situaciones de desplazamiento o violencia social, caso de amenazas, protección a testigos.
j) Bajo rendimiento escolar, o proceso académico decreciente.
k) Ausencia de padres en registro e informes escolares
l) Faltas disciplinarias
m) Permanencia educativa
n) Estados depresivos, ánimo inestable, ansiedad.

Fase 6. Escuelas de padres

Los padres de familia deberán estar en condiciones de proporcionar apoyo o introducir algún elemento de esperanza o de sentido en el drama vital de sus hijos, así estarán en condiciones de disminuir el riesgo de suicidio. De la forma correcta con que los padres orienten para que sus hijos resuelvan estas situaciones vitales críticas, dependerá en gran proporción su estabilidad y la salud mental y por ende un buen proyecto de vida. Las estrategias utilizadas por los adolescentes en el afrontamiento del yo-mundo no serían solo individuales, ni subjetivas, sino también familiares.

Por tanto, las escuelas de padres, deberán ser de carácter obligatorio y orientadas de manera conjunta con la policía de infancia y adolescencia, el comité de permanencia escolar, las escuelas

de seguridad ciudadana, las entidades prestadoras de salud, El instituto colombiano de bienestar familiar, comisarías de familia, personería municipal, El Instituto colombiano de medicina legal, el ejército nacional, las redes de apoyo, la oficina de gestión de riesgos y las entidades de socorro.

Estas escuelas de padres deberán capacitarse en aspectos de crianza, formación y acompañamiento de los hijos, aspectos de prevención de situaciones como suicidio, cutting, consumo de sustancias psicoactivas, código de policía, de infancia y adolescencia, deberes, problemáticas intrafamiliares, problemáticas sociales, prevención de desastres, entre otros.

Las escuelas deberán tener como mínimo un encuentro mensual y aquellos padres que injustificadamente falten a dos encuentros, deberán ser reportados con las comisarías de familia.

Se trata de establecer estrategias de vínculo de los padres de familia a la vida educativa y de formación de sus hijos, cada encuentro a efectos de facilitar el tiempo de los padres de familia, deberá programarse en horarios que no interfieran mayoritariamente con los horarios laborales de estos y no superior a dos horas por encuentro.

Fase 7. Capacitación a entidades de intervención en situaciones de crisis suicidas

Hay que enseñar a diferenciar la perspectiva de la crisis biográfica de los adolescentes y la perspectiva de los síntomas mentales y los cuadros clínicos. Ambas perspectivas son válidas,

pero requieren ser difundidas e intervenidas de manera interdisciplinar y transdisciplinar, lo que exige la participación de diversas entidades que aporten a la disminución de factores de riesgo.

A efecto de garantizar el trabajo interdisciplinario transdiciplinario, las instituciones educativas deberán convocar a las entidades de acompañamiento que participen de las escuelas de padres, a representantes del sector productivo de sus zonas de influencia escolar, a líderes comunitarios, representantes de las juntas de acción local y en general a personas con interés de participación comunitaria que coadyuven desde la comunidad a la prevención y atención de conductas autolíticas. Se capacitarían en:

1. Caracterización del suicidio, aspectos nacionales y locales
2. Factores de riesgo del comportamiento suicida en escolares
3. Factores protectores frente a la conducta suicida
4. Señales, signos y síntomas de ideación suicida en niños y adolescentes
5. Mitos sobre el suicidio
6. Acoso y ciberacoso
7. Manejo asertivo de redes sociales
8. La importancia de la familia como factor protector
9. La importancia de la entrevista, técnicas y diálogos
10. Abordaje y atención de primeros auxilios psicológicos básicos en crisis suicidas

Esta capacitación contara con una intensidad mínima de 8 horas.

Fase 8. Evaluación, seguimiento y ajustes

Esta fase constituye un elemento vital en el programa, debe involucrar un proceso de evaluación y seguimiento del nivel de cumplimiento de cada una de las fases anteriores, así mismo deberán hacerse ajustes pertinentes sobre la marcha, a efecto de garantizar la continuidad del programa.

La evaluación se realizará por bimestres y el programa se proyecta con una duración de un año de Calendario escolar. Lo que permitirá contar con cinco registros de evaluación, en los cuales se revisará el avance y cumplimiento de las etapas propuestas, se tendrán presente para ello los indicadores y logros del programa.

En el proceso de evaluación deberán participar personal delegado tanto de la secretaria de educación como de la secretaria de salud, entendiendo que la prospectiva y fundamentación del programa es de carácter psicopedagógico.

Se establecerá como prueba piloto de esta propuesta de programa en el municipio de Palmira y habrá de realizar seguimiento estadístico, de reportes de intentos o suicidios consumados para medir su eficacia y nivel de impacto social, requiere establecer indicadores de control, los cuales se trazarán en coordinación con la secretaria de educación, constituirá un programa experimental, el cual podrá ser validado y presentado ante el Ministerio de educación nacional según los resultados que puedan obtenerse.

-Aunque las perspectivas teóricas abordadas ven la aparición de la vulnerabilidad y el posible comportamiento suicida desde diferentes ángulos, se puede observar una tendencia constante en

todo momento, la vulnerabilidad del adolescente para involucrarse en tendencias suicidas en donde los comportamientos se incrementan por estresores externos o internos, con los que el adolescente lucha para hacer frente; por tanto el suicidio es un problema complejo, con elementos biológicos, culturales, sociológicos, interpersonales e intrapsíquicos presentes en diversos grados (Dunne et al., 1987). Por esta razón, las perspectivas individuales de diferentes disciplinas de las humanidades no pueden explicar adecuadamente este fenómeno por sí mismas, sino que deben usar un enfoque holístico al estudiar el suicidio. Por tal motivo se planteó la teoría de la intersección.

-En general, las relaciones sociales, y especialmente las relaciones con familiares y amigos, tienen una influencia significativa en el bienestar de los adolescentes. Esto enfatiza la importancia del apoyo social cuando los adolescentes están expuestos al suicidio, apoyo que debe potencializarse en las escuelas a través de los proyectos de lúdica, recreación, deporte y el desarrollo de las competencias ciudadanas, el uso y aprovechamiento del tiempo libre desde las escuelas, por tanto, al interior de ellas hay la oportunidad de dirigirlo, acompañarlo y encauzarlo.

-La exposición al suicidio es otro factor estresante externo que puede influir en el resultado de salud de los adolescentes. El suicidio de un ser querido lleva a sentimientos de conmoción, culpa e ira, que pueden intensificarse a síntomas de depresión y posible ideación suicida cuando se implementan estrategias inadecuadas de afrontamiento, o en ausencia de apoyo de otros (Lewinsohn et al., 1994). Además de las emociones poderosas que experimentan las personas que han perdido un ser cercano o significativo a través del suicidio, Kinsella et al. (1993) se determina que los sobrevivientes también sienten la necesidad de expresar su experiencia para dar

sentido al incidente. La exposición al suicidio por sí misma no necesariamente conduce al riesgo de suicidio, pero la combinación de la exposición al suicidio y otros factores de riesgo, o la falta de factores de protección, puede aumentar la vulnerabilidad del individuo. De lo que se desprende que en cada institución educativa en la que se presente un suicidio consumado de un estudiante, al menos el salón de clase al que pertenecía el estudiante, deberá ser intervenido por un grupo profesional interdisciplinar para mejorar y coadyuvar en las situaciones de duelo y dinámica grupal.

-El apoyo familiar desempeña un papel fundamental para hacer frente al trauma. Los participantes informaron sentimientos de conmoción, miedo, ira, culpa, soledad, confusión y síntomas depresivos. Sin el apoyo emocional tan necesario de la familia, los adolescentes tienen que enfrentar estos sentimientos intensos solos, a menudo recurriendo a estrategias de afrontamiento inadecuadas. Esto involucra que los establecimientos educativos deberán desarrollar una escuela de padres permanente, que no quede supeditada a la entrega de informes y que pueda ser establecida como proyecto integral con formación mínima semanal en horarios acordados con los padres.

-Varios factores de disposición contribuyen o promueven la resiliencia contra el riesgo suicida. La presencia o ausencia de factores como la resistencia, la autoeficacia, el pensamiento optimista y el sentido de coherencia podrían determinar si un adolescente desafiará con confianza un factor estresante o se sentirá derrotado incluso antes de intentar resolver un problema. La última opción podría aumentar la vulnerabilidad del adolescente al comportamiento suicida. Del mismo modo,

la depresión, el abuso de sustancias y la desesperanza son solo algunos de los factores psiquiátricos que se han relacionado directamente con un mayor riesgo de participar en un comportamiento suicida (Bridge et al. 2006; Lewinsohn y otros, 1996; Schlebusch, 2005). En la representación de factores estresantes y recursos externos, se revelan las cualidades dicotómicas de las relaciones interpersonales. Aunque las relaciones interpersonales son recursos importantes para los adolescentes, también pueden convertirse en factores de estrés cuando se produce un conflicto. El conflicto interpersonal, especialmente entre los adolescentes y sus padres, podría contribuir a la vulnerabilidad de los adolescentes (Pillay & Wassenaar,1997).

-Las estrategias centradas en el problema a menudo se asocian con un resultado más positivo que las estrategias centradas en la emoción, aunque ambos estilos podrían contribuir a un resultado positivo, dependiendo del factor estresante o el problema con el que se tiene que lidiar. Las estrategias de afrontamiento inadecuadas, como la retirada social, se han asociado con el comportamiento suicida (Gould et al., 2004). En el resultado de salud del estrés y el proceso de afrontamiento, los resultados positivos incluirían el éxito en el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas para la situación dada. Un resultado negativo, en este caso, sería una ideación suicida.

El resultado positivo o negativo de este proceso influye en la forma en que se evalúan los factores estresantes o problemas posteriores, por lo que incluso el resultado positivo o negativo del proceso puede proteger o aumentar la vulnerabilidad del adolescente a la conducta suicida. El diagnóstico permite identificar que, en el municipio de Palmira, los jóvenes escolares, presentan serias dificultades en la solución de situaciones problema, pues asumen soluciones de manera concreta, lo que sumado a los porcentajes de depresión, autoestima, desesperanza y razones para

vivir los convierte en presa fácil del pensamiento e ideación suicida. El desarrollo del pensamiento lógico, frente a soluciones de problemas que los desestabilizan se encuentra débil.

-De acuerdo con lo anterior uno de los principales elementos de prevención frente a la ideación suicida en escolares, se centra en el trabajo que deben desarrollar las instituciones educativas frente al desarrollo de pensamiento lógico formal, que puede implementarse y lograrse desde la educación preescolar, en la cual a través de metodologías lúdicas y de resolución de situaciones problema, puede enfocarse al niño en el camino de aprender a resolver cualquier situación (Desarrollo de resiliencia) sin temor a llegar a la frustración y lo que ella conlleva.

Lista de referencias

Adams, C. (2014). What's in a name? The experience of the other in online classrooms. Phenomenology & Practice, 7(2), 51-67.

Ajá, L. (2007): Consumo de sustancias y Riesgo de suicidio en un entorno universitario. Bogotá: Funprevenir.

Alejo, H. González, J.O. (2004): Conducta suicida según ciclo vital. Forensis 2003. Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Centro de referencia Nacional Sobre Violencia.

_____ (2010): Previniendo y tratando suicidio y adicciones. Guía conceptual. Bogotá: Vistagraf impresión.

Alexander, Sher Leo. (2009). Internet and Suicide Vilens, New York: Nova Science Publishers.

Anderson, R.E. (2002). Youth and information technology. In J.T. Mortimer and R.W. Larson (Eds.), The Changing Adolescent Experience: societal trends and the transition to adulthood (p. 175-208). Cambridge: Cambridge University Press.

Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Apter, Alan; King, Robert A. (2003). Suicide in Children and Adolescents Series: Cambridge Child and Adolescent Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press.

Aranda J. Problemas que presenta la elaboración de la estadística de suicidio. Revista Psiquiátrica y Psicológica Med Eur Am Latina 1984; 16: 517-520

Baume P; Cantor CH; Rolfe A. Cybersuicide: The role of interactive suicide notes on the Internet. Crisis, 18/2:1997:73-79.

Bobes García J, González Seijo JC, Saiz Martínez PA, 1997).: Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson, S.A.

Barbosa, L. Cardona, G. et al (2010): Suicidio. Un reto para las comunidades educativas. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

Beck A; Resnik H; lettieri D. (1974). The prediction of suicide. The Charles Press Publisher. USA

Bellman, Debbie Bandler; Laufer, Moses (1995) The Suicidal Adolescent. Brent Adolescent Centre/Centre for Research into Adolescent Breakdown. Series: PRACTICE OF PSYCHOTHERAPY. London: Karnac Books.

Booth, R. (2008). Suspected suicides in Bridgend area reach 17 as schoolgirl found hanged. Retrieved 20 May 2008 from http://www.guardian.co.uk/uk/2008/feb/20/wales

Brent, D.A., & Mann, J.J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. American Journal of Medical Genetics Part C (Semin. Med. Gen.), 133C, 13-24.

Brinton Roesch, Jessica. (2015). Depression and Suicidal Ideation in Undergraduate College Students: Risk Factors & Barriers to Treatment Present Within Universities. Portland State University. Doctoral thesis.

Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: experiments by nature and design. Massachusetts: Harvard University Press.

Brown, Kristine (2011). Predictors of Suicide Ideation and the Moderating Effects of Suicide Attitudes. The University of Toledo. Master thesis.

Bucca, M., Ceppi, M., Peloso, P., Archellaschi, M., Mussi, D., & Fele, P. (1994). Social variables andsuicide inthe population of Genoa, Italy. Comprehensive Psychiatry, 35, 64-69.

Cámara de Comercio de Palmira. (2010): Anuario estadístico de Palmira 2010.

Candelo Q. Harvey. (2012). La muerte doblegada. Palmira. Colombia: Litotámara

Carver, C.S., S c h e i e r , M . F . , & Weintraub, J . K . (1989). Assessing c o p i n g strategies: a theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 267-283.

Castro, G. (2005): Que la muerte espere. Bogotá: Quebecor World S.A.

Chapman, P.L., & Mullis, R.L. (1999). Adolescent coping strategies and self- esteem. Child Study Journal, 29(1), 69-79.

Choate, Laura Hensley. (2014). Adolescent Girls in Distress : A Guide for Mental Health Treatment and Prevention. New York: Springer Publishing Company.

Cobb, N. (2007). Suicide. Adolescence, continuity, change, and diversity (6ta. ed., pp. 418-425). New York: Mc Graw Hill

Cochran, Sam Victor; Rabinowitz, Fredric Eldon (2000). Men and Depression: Clinical and Empirical Perspectives. Series: Practical Resources for the Mental Health Professional. San Diego: Academic Press.

Compton, W.C. (2005). An introduction to positive psychology. USA: Thomson Wadsworth.

Cover, Rob. Burlington (2011). Queer Youth Suicide, Culture and Identity: Unliveable Lives? VT: Routledge.

De la Garza, F. (2007): Depresión en la infancia y adolescencia. México. D.F.: Trillas.

De Longis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. Journal of Personality, 73(6), 1633-1656.

D'Onofrio, Amelio A. (2007). Adolescent Self-Injury: A Comprehensive Guide for Counselors and Health Care Professionals New York: Springer Publishing Company.

Deslauriers, J. P. (2004): Investigación cualitativa. Guía práctica. Pereira: Editorial Papiro.

De Zubiria, M. (2011): Psicología de la felicidad. Fundamentos de psicología positiva. Bogotá: Fundación internacional de pedagogía conceptual Alberto Merani.

_____ (2007): Cómo prevenir la soledad, la depresión y el suicidio en niños y jóvenes. Bogotá: Aguilar

Durkheim, E. (2006): El suicidio. México D.F.: Ediciones Coyoacán, S.A. de C.V.

_____ (1990): Educación y sociología. México D.F.: Editorial reflexión.

_____ (1994): Las reglas del método sociológico. Bogotá: Editorial Castellanos

Feigelman, William. (2012). Devastating Losses : How Parents Cope With the Death of a Child to Suicide or Drugs New York : Springer Publishing Company.

Fergusson, D.M., Woodward, L.J., & Horwood, L.J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suididal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychological Medicine, 30, 23-39.

Flisher, A.J., Liang, H., Laubsher, R., & Lombard, C.F. (2004). Suicide trends in South Africa, 1968-90. Scandinavian Journal of Public Health, 32, 411-418.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-239.

Freud S. Traner und melancholie. Int Z Psychoanal 1917; 4(6): 288-301. 35. Menninger K: Man against himself. New York: Harcourt Brace and World; 1938

Fundación FES-Social (2006) Estudio nacional de Salud mental. Simposio Salud mental responsabilidad de todos. Santiago de Cali: FES

Galeano, M. y Vélez, O. (2000). Investigación cualitativa. Estado del arte. Medellín: Fondo Editorial Universidad de Antioquia.

Galeano, M. E. (2008): Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellin: Universidad Eafit.

Gilliland, B.E., & James, R.K. (1997). Crisis Intervention Strategies. (3rd ed.) Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.

Goble, E. (2011). Facing the Ugly Face. Phenomenology & Practice, 5(2), 6-19.

Goldsmith, Sara K. (2002). Reducing Suicide: A National Imperative Institute of Medicine (U.S.). Washington, D.C.: National Academies Press.

_____(2000). Suicide Prevention and Intervention: Summary of a Workshop Institute of Medicine (U.S.). Washington, D.C.: National Academic Press.

Goldstein, T., Bridge, J. y Brent, D. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.76, Nº. 1, 84-91.

González, J. (1995): Tentativas de suicidio en adolescentes. Madrid: Universidad Complutense.

González, J.O. (2000): Suicidios. Forensis 1999. Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Centro de referencia Nacional Sobre Violencia.

_____ (2001): Los suicidios. Forensis 2000. Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Centro de referencia Nacional Sobre Violencia.

_____ (2002): Los suicidios. Forensis 2001. Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Centro de referencia Nacional Sobre Violencia.

_____ (2005): Suicidio y niñez: factores relacionados con el suicidio en mujeres menores de 18 años en Bogotá durante el año 2003. Forensis 2004. Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Centro de referencia Nacional Sobre Violencia.

González, J.O. Hernández, H.W. (2006): Los suicidios. Colombia 2005. Forensis 2005. Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Centro de referencia Nacional Sobre Violencia.

_____ (2007): Los suicidios. Colombia 2006. Forensis 2006. Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Centro de referencia Nacional Sobre Violencia.

Greeff, A.P. (2000). Characteristics of families that function well. Journal of Family Issues, 21, 948-962.

Gullotta, Thomas P.; Adams, Gerald R.; Markstrom, Carol A. (2000). The Adolescent Experience. Edition: 4th ed. San Diego, Calif: Academic Press.

Gunn, John F.; Lester, David. (2014) Theories of Suicide: Past, Present and Future Springfield, Ill: Charles C Thomas.

Hacker, D.J. (1994). An existential view of adolescence. Journal of Early

Adolescence, 14, 300-327.

Hafez, M.M. (2005). Manufacturing human bombs: strategy, culture and conflict in the making of Palestinian suicide bombers. Revised paper submitted to the United States Institute of Peace for publication in the Peaceworks series. April 4, 2005, version 2.

Hauser, S . T . , J a c o b s o n , A . M . , Borman, E.H., Noam, G.G., Bowlds, M.K., Knoebber, K., & Powers, S.I. (1991). Understanding coping within adolescence: ego development and coping strategies (p. 177-195). In E.M. Cummings, A.L. Greene & K.H. Karraker (Eds.), Life-Span Developmental Psychology: perspectives on stress and coping. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Hawton, K. (1986). Suicide and attempted suicide among children and adolescents. Beverley Hills, CA: Sage.

Healey, Justin. (2014) Suicide Prevention. Series: Issues in Society, Volume 377. Thirroul, N.S.W: Spinney Press.

Henriksson, C., & Saevi, T. (2009). “An event in sound” Considerations on the ethical-aesthetic traits of the hermeneutic phenomenological text. Phenomenology & Practice, 3(1), 35-58.

Hernández, W. (2003): Los suicidios en Colombia. Forensis 2002. Entre el libre albedrio y la prevención. Datos para la vida. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina legal y Ciencias Forenses. Centro de referencia Nacional Sobre Violencia.

Holliday, Carrie E. B. (2012). Teen suicide: experiences in the emergency department following a suicide attempt. Washington State University. Doctoral thesis.

Holmes, Ronald M.; Holmes, Stephen T. (2006) Suicide : Theory, Practice and Investigation Thousand Oaks : SAGE Publications.

Huschka, D., & Mau, S. (2006). Social anomie and racial segregation in South Africa. Social Indicators Research, 76, 467-498.

Husserl, E. (1970). The crisis of the European sciences and transcendental phenomenology. Evanston: Northwestern University Press.

Hurtado, D. (2011): Entramados. Jóvenes y configuración de significaciones e imaginarios de deseo. Popayán: Rudecolombia. Universidad del Cauca.

Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Publicaciones de análisis epidemiológico de la conducta suicida Forensis 1999 a 2015. http://www.medicinalegal.gov.co/publicaciones/forensis

Jackson, S., & Rodriguez-Tome. (1993). Adolescence and its social worlds. East Sussex: Lawrence Erlbaum Associates Ltd., Publishers.

Johnson, J.G., Cohen, P., Gould, M.S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J.S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. Archives of General Psychiatry, 59, 714-749.

Kidd, S.A., & Carroll, M.R. (2007). Coping and suicidality among homeless youth. Journal of Adolescence, 30(2), 283-296.

King, R., Schwab-Stone, M., Flisher, A.J., Greenwald, S., Kramer, R., Goodman, S.H., Lahey, B.B., Shaffer, D., & Gould, M. (2001). Psychosocial and risk behaviour correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(7), 837-846.

Kitty Kiss. (2003). Depression and grief-reaction Symptomatological comparison especially of suicidal symptoms. Semmelweis University.

Kobasa, S.C., M a d d i , S.R., & Kahn, S. (1982) Hardiness a n d h e a l t h : a prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, 42(1), 168-177.

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R. (Eds.), (2002). World report on violence and health. World Health Organization, Geneva.

Lagomasino, I.T; Stern, T.A. (2005). "El paciente suicida". En: STERN, T.A; HERMAN, J.B; SLAVIN, P.L; Psiquiatría en la consulta de atención primaria guía práctica. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana. Pág. 127 – 135

Lavigne, Jill E. (2012) Frontiers in Suicide Risk : Research, Treatment, and Prevention New York : Nova Science Publishers.

Leenaars, Antoon A. (1998). Suicide in Canada Toronto: University of Toronto Press, Scholarly Publishing Division.

Lepore, S.J., & Evans, G.W. (1996). Coping with multiple stressors in the environment. In M. Zeidner & N. S. Endler. (Eds.), Handbook of coping theory, research, applications (p350-381). New York: Wiley.

Lester, David; Lamis, Dorian A. (2011). Understanding and Preventing College Student Suicide Springfield: Charles C Thomas.

Littman RE. Sigmund Freud on suicide. En: Schneidman ES, dir. Essays in self-destruction. Science House; 1967

Lorenz, W. (1992). Attempted suicide as powerlessness: perceptions of conflict and deprivation. In P. Crepet, G. Ferrari, S. Platt & M. Bellini (Eds.), Suicidal Behaviour in Europe: recent research findings (p. 235-242). Rome: John Libbey CIC.

Maffiol, L. Acero, P. (2011): Sobrevivir al suicidio. Bogotá: Broker ediciones S.A.S.

Marijke T. Moerman. (2011). Working with Suicide: The Impact on the Person-Centred Counsellor. University of Manchester. Doctoral thesis.

Marcenko, M.O., Fishman, G., & Friedman, J. (1999). Reexamining adolescent suicidal ideation: A developmental perspective applied to a diverse population. Journal of Youth and Adolescence, 28(1), 121-138.

Marín, M, Muñoz, G. (2002): Secretos de mutantes. Música y creación en las culturas juveniles. Bogotá: Universidad Central-DIUC. Siglo del Hombre.

Maris, R.W., Berman, A.L., & Silverman, M.M. (2000). Comprehensive Textbook of Suicidology. New York: The Guilford Press.

Martínez AB, Guinsberg E. Investigación Cualitativa al estudio del intento de suicidio en Jóvenes de Tabasco. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(1): 32-38

Martínez, C. (2007): Introducción a la suicidiología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos aires: Lugar editorial.

Merleau-Ponty, M. (1962, 2006). Phenomenology of perception. New York, NY: Routledge

Miller T., E. (1979). Suicidio y riesgo de suicidio. Anales del Sistema Sanitario de Nesti, 25(Supl. 3), 87-96.

Organización mundial de la Salud (OMS). (2001): Prevención del suicidio; un instrumento para docentes y demás personal institucional. Serie del programa SUPRE. Ginebra: OMS.

_____ (2007): Día mundial para la prevención del suicidio. Comunicado de prensa http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2007/s16/print.html (consultado 05/Noviembre/2010).

Paterson, Craig. (2008). Assisted Suicide and Euthanasia : A Natural Law Ethics Approach Series: Live Questions in Ethics and Moral Philosophy. Aldershot, England: Ashgate.

Paulson, B.L., & Everall, R.D. (2001). The teen suicide research project. The Alberta Journal of Educational Research, XLVII (1), 91-94.

Pérez Barrero S.A. (1998) Attitudes toward suicide in 107 first and second year medical students. Italian Journal of Suicidology 8, 1:35-37, 1998.

_____ (1997): Epidemiología del intento suicida en adolescentes y jóvenes. Rev. de Psiq Infanto-juvenil. Barcelona, España.

_____ (2000). Psicoterapia del comportamiento suicida. Fundamentos. Ed. Hospital psiquiátrico de la Habana.

_____ (2005): Los mitos sobre el suicidio. La importancia de Conocerlos. Revista Colombiana de psiquiatría. Vol. 34, Nro. 3, 2005.

Pernilla Larsson Omerov. (2014). Parents who have lost a son or daughter through suicide. Karolinska institutet Stockholm. Doctoral thesis.

Pickering, W. S. F. (2000). Durkheim's Suicide: A Century of Research and Debate British Centre for Durkheimian Studies; Walford, Geoffrey. Series: Routledge Studies in Social and Political Thought, Vol. 28. London: Routledge.

Pillay, A, L. & Wassennaar (2005) Recent stressors and family satisfaction in suicidal adolescents in South. Africa. Journal of Adolescence, 20, 155-162.

Pompili, Maurizio. (2012). Suicide: A Global Perspective. Sharjah: Bentham Science Publishers.

Quintar, E. (2008): Didáctica no parametral. Sendero hacia la descolonización. México D.F.: Instituto pensamiento y cultura en América latina. Ipecal

_____ (2006): La enseñanza como puente de vida. México D.F.: Instituto pensamiento y cultura en América latina. Ipecal

Rao, Abha Subb. (2008). Academic Stress and Adolescent Distress: The Experiences of 12th Standard Students in Chennai, India the University of Arizona. Doctoral thesis.

Ramírez, J. (1998): Psicoanálisis con niños. Un enfoque vincular. En: Revista Vínculo. Vol. 5. Núm. 1. pp. 37 – 44. Núcleo de estudios salud mental Navarra.

Rathus, S.A. (2003). Voyages: childhood and adolescence. Belmont, California: Wadsworth/Thomson Learning.

Rutter, P.A., & Behrendt, A.E. (2004). Adolescent suicide risk: four psychosocial factors. Adolescence, 39(1), 295-302.

Sackeim, Harold A.; Roose, Steven P.(2004).Late-Life Depression. Oxford: Oxford University Press.

Sarró B, de la Cruz B, dirs.: Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca S.A.; 1991

Sánchez-Sosa Juan Carlos., Villarreal-González María Elena. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial Intervención Psicosocial Vol. 19, n. 3, 2010 - pp. 279-287

Sandín, M. P. (2003): Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. Madrid: Mc Graw Hill.

Sher, Leo; Merrick, Joav. (2013). Adolescent Psychiatry : A Contemporary Perspective for Health Professionals Series: Health, Medicine, and Human Development. Berlin: De Gruyter.

Shrivastava, Amresh; Kimbrell, Megan; Lester, David. (2012). Suicide From a Global Perspective: Vulnerable Populations and Controversies. Series: Health Psychology Research Focus. New York: Nova Science Publishers.

_____ (2012)Suicide From a Global Perspective : Psychiatric Approaches Hauppauge, N.Y. : Nova Science Publishers.

Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P y cols. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992.

Secretaría de salud Departamental del valle. (2010) Protocolo de prevención y atención de situaciones relacionadas a violencia auto infligida. Santiago de Cali: SSD

Secretaría de Salud Bogotá D.C. Anuario Estadístico 2008. Descargado de: http: //www.salud.gob.mx, en marzo de 2009.

Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness. San Francisco: Freeman.

Serrano, J. F. (2004): Menos querer más de la vida. Concepciones de vida y muerte en jóvenes urbanos. Bogotá: Universidad Central. Siglo del hombre.

Shapero, Jess Jann. (2011). The language of suicide note. University of Birmingham. Doctoral thesis.

Schneidman ES, Farberow NL, Littman RE: The Psychology of Suicide. New York: Science House; 1999

Schneidman ES. Suicidio. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, dirs. Tratado de Psiquiatría, tomo 2. Salvat editores, S.A.; 1982.

_____. A conspectus of the suicidal scenario. En: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yufit RI, dirs. Assesment and prediction of suicide. Guilford Press; 1992.

Silverman M, Felner RD. Suicide prevention programs: issues of design, implementation, feasibility, and developmental appropiatiness. En: Silverman MM, Maris RW, dirs. Suicide prevention. Toward the year 2000. The Guilford Press; 1995

Simons, R.L., & Murphy, P.I. (1985). Sex differences in the cause of adolescent suicide ideation. Journal of Youth and Adolescence, 14(5), 423-434.

Smith, J.C. (1993). Understanding stress and coping. New York: Macmillan.

Spirito, Anthony; Overholser, James C. (2003) Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters : From Research to Practice. Series: Practical Resources for the Mental Health Professional. Amsterdam: Academic Press.

Stillion, J.M., McDowell, E.E., & May, J.H. (1989). Suicide across the life span: premature exits. New York: Hemisphere publishing corporation.

Strauss, A; Corbin, J. (2002): Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundada. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería.

Sun, R.C.F., & Hui, E.K.P. (2006). Psychosocial factors contributing to adolescent suicidal ideation. Journal of Youth and Adolescence, 36(6), 775-786.

Sweedo S et al (1992). Can adolescents suicide attempters be distinguished from at risk adolescents? Pediatrics, Sept. vol 88, 3:620-29.

Sylvester Ani. (2010). Prevalence and prevention of suicidal behaviours among undergraduates of universities in south eastern states of Nigeria: 1999-2008. University of Nigeria. Doctoral thesis.

Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de psicología. División de estudios profesionales prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar. María Isabel Alcántar Escalera. México. 2002.

Van Manen, M. (2014). Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing. Walnut Creek, CA: Left Coast Press

Varnik A. (1997). Suicide in the Baltic Countries and in the former Republics of the URSS. Gotab, Stockholm:10-18.

Vázquez-Vega, D., Piña-Pozas, M., González- Forteza, C., Jiménez-Tapia, A. & Mondragón-Barrios, L. (2015). La investigación sobre suicidio en México en el periodo 1980-2014: análisis y perspectivas. Acta Universitaria, 25(NE-2), 62-69. doi: 10.15174/au.2015.855.

Velasco, O. Castrillón, E. (2010): Suicidio en niños y adolescentes. Situaciones de riesgo, alternativas de prevención. Popayán: Samava Impresores.

Villalobos, F. (2009): Ideación suicida en jóvenes. Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Granada: Universidad de Granada.

Wagner, Barry M. (2009). Suicidal Behavior in Children and Adolescents Series: Current Perspectives in Psychology. New Haven: Yale University Press.

Wallack, Cory E. (2007). Factors associated with suicidal ideation among American college students: a re-examination of the escape theory of suicide. University of Florida. Doctoral thesis.

Wilburn, V.R., & Smith, D.E. (2005). Stress, Self-esteem and Suicidal Ideation in Late Adolescents. Adolescence, 40, (157), 33-45.

Wodarski, John S.; Dulmus, Catherine N.; Wodarski, Lois Ann. (2003). Adolescent Depression and Suicide: A Comprehensive Empirical Intervention for Prevention and Treatment Springfield, Ill: Charles C Thomas.

White, Tony. (2011) Working with Suicidal Individuals : A Guide to Providing Understanding, Assessment and Support London : Jessica Kingsley Publishers.

Wolfe, Alan Stephen. (2014). Suicidal Narrative in Modern Japan: The Case of Dazai Osamu : The Case of Dazai Osamu Series: Studies of the East Asian Institute. Princeton: Princeton University Press.

ANEXOS

1. FIGURAS

Figura 1. Tasa mundial de suicidios

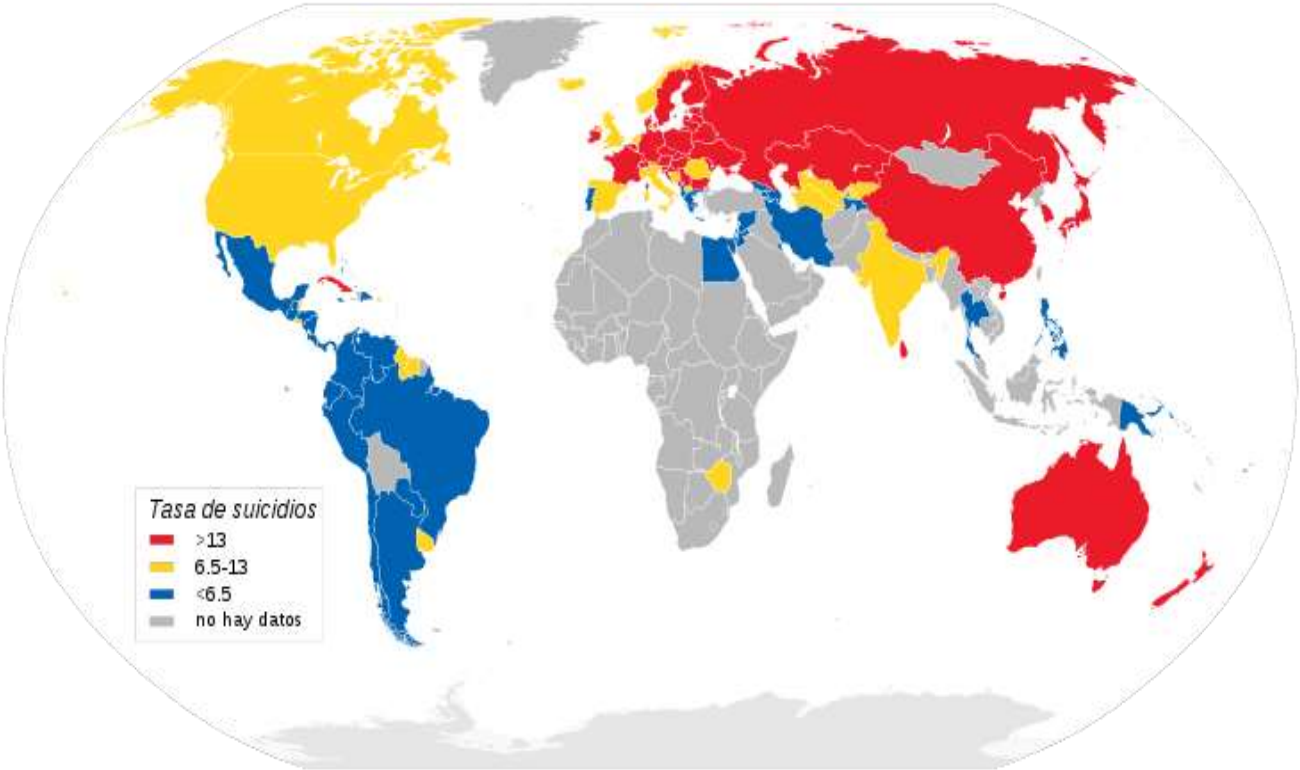


Figura 2 Tasa de suicidios en Colombia

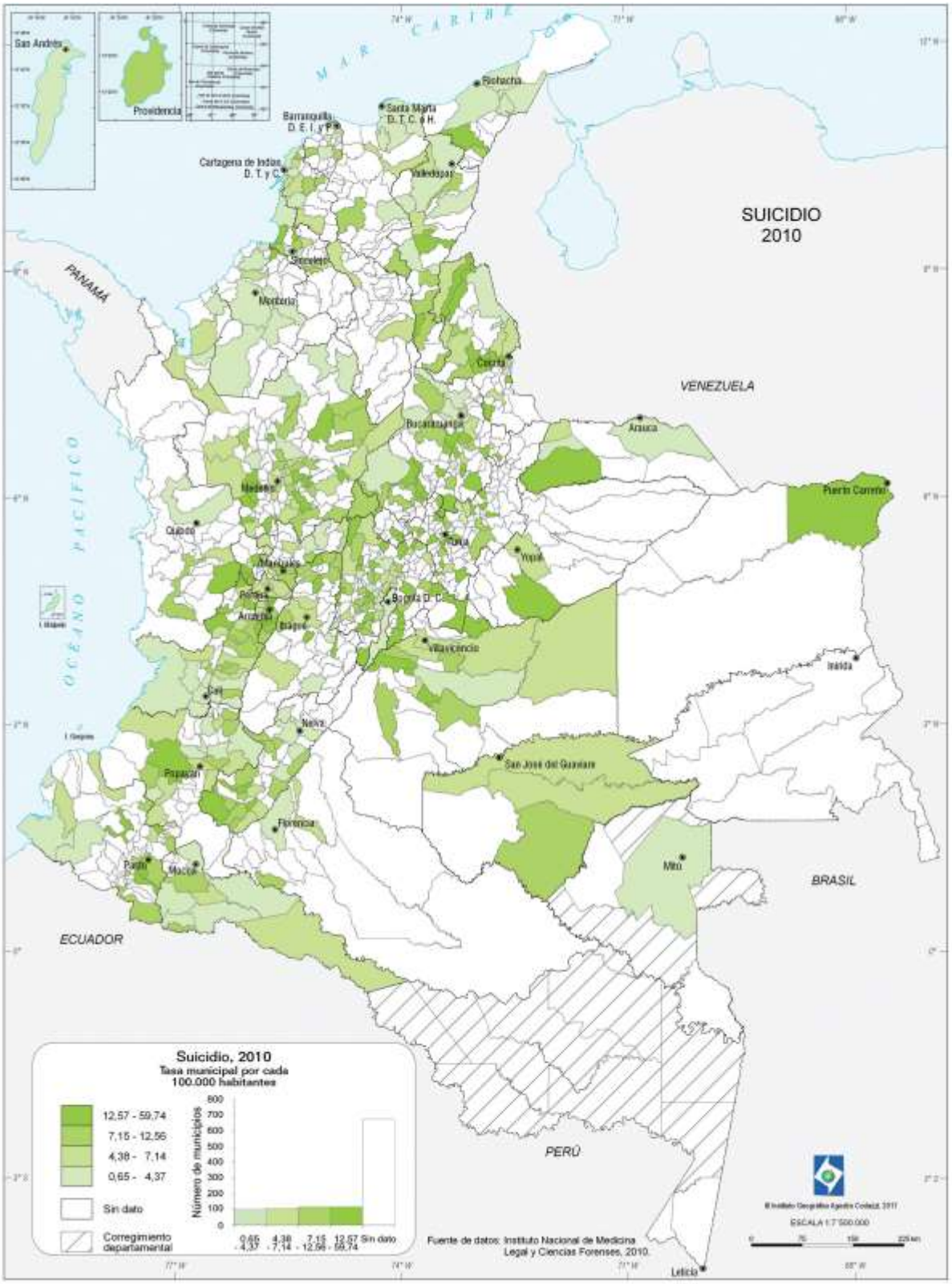


Figura 3. Suicidios por departamento en Colombia

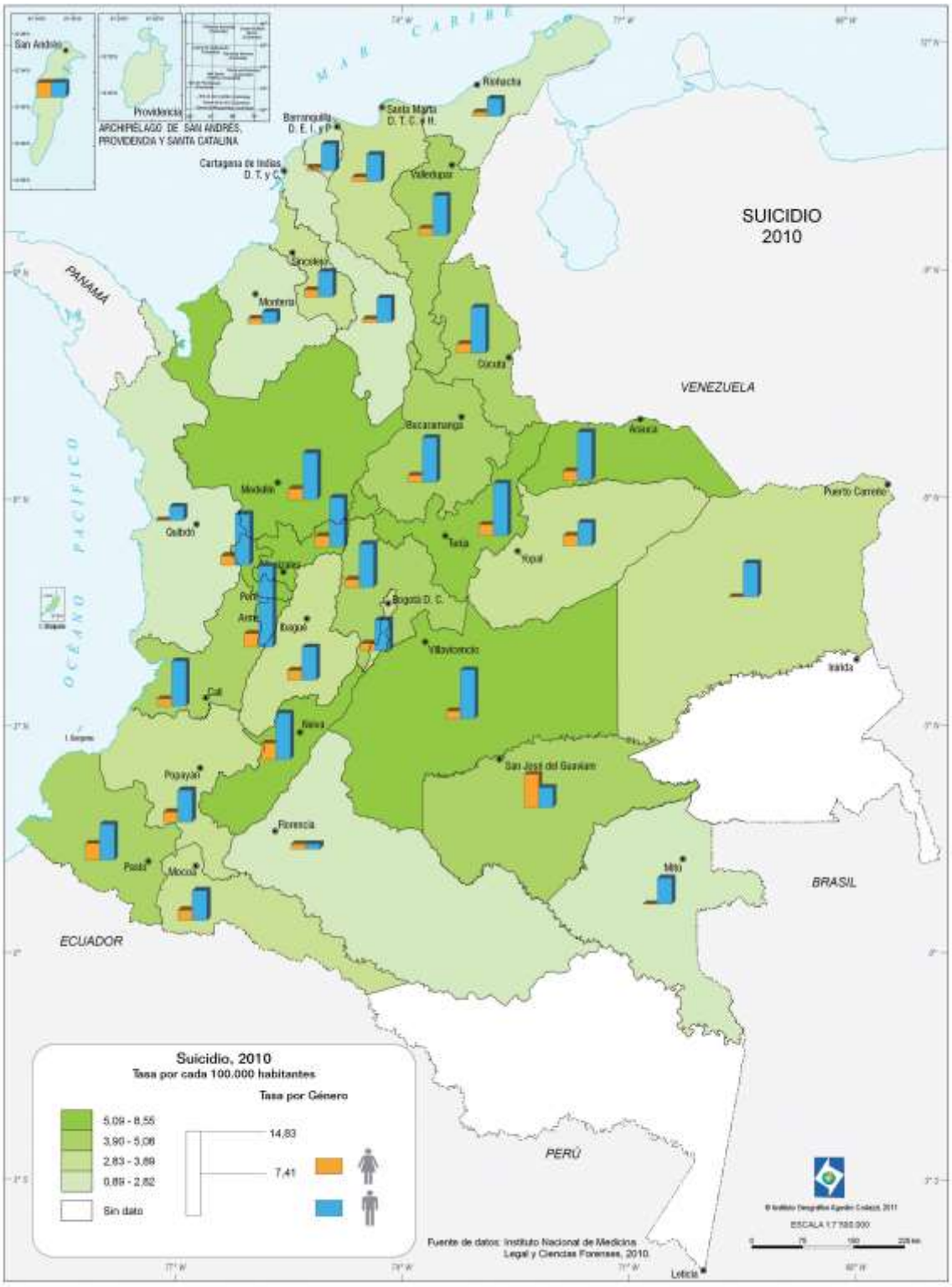


Figura 4. Suicidio consumado por género

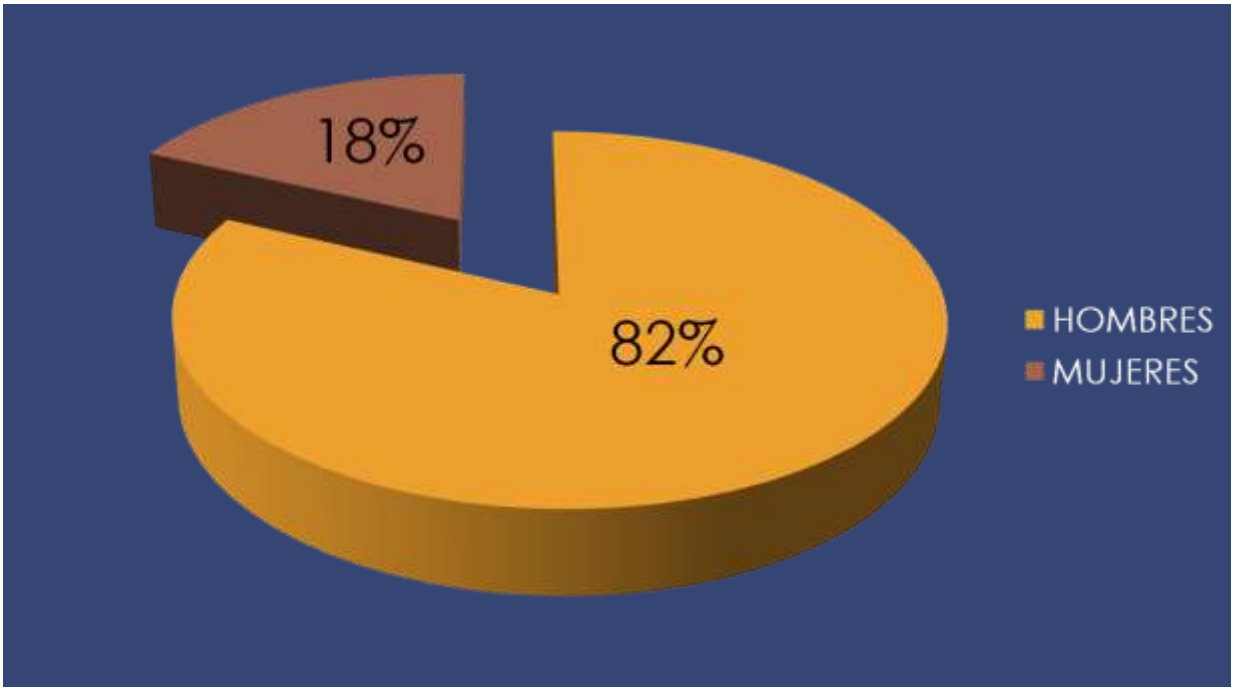


Figura 5. Intento de suicidio por género

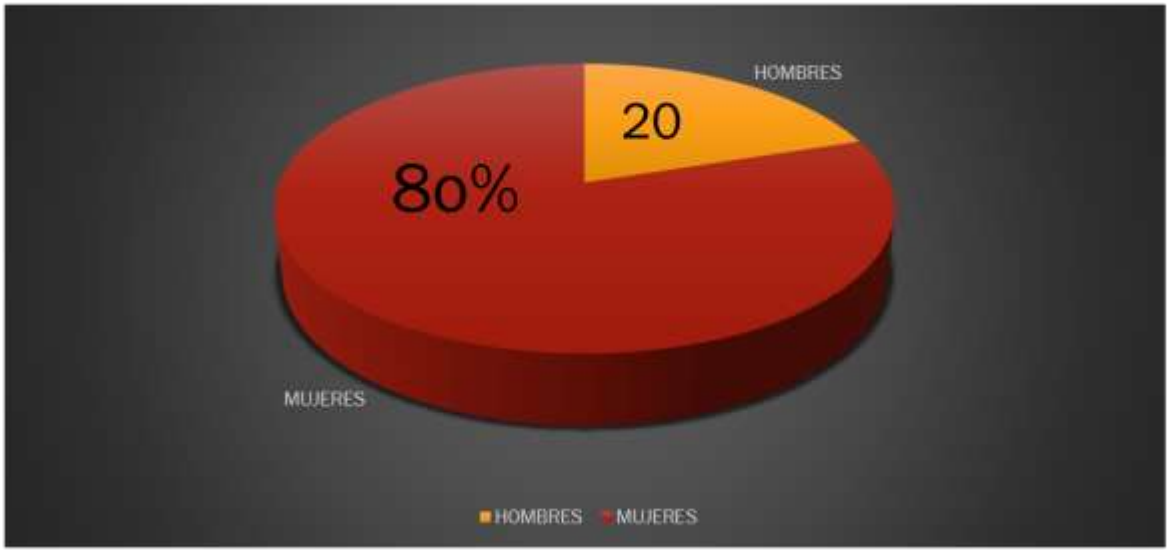
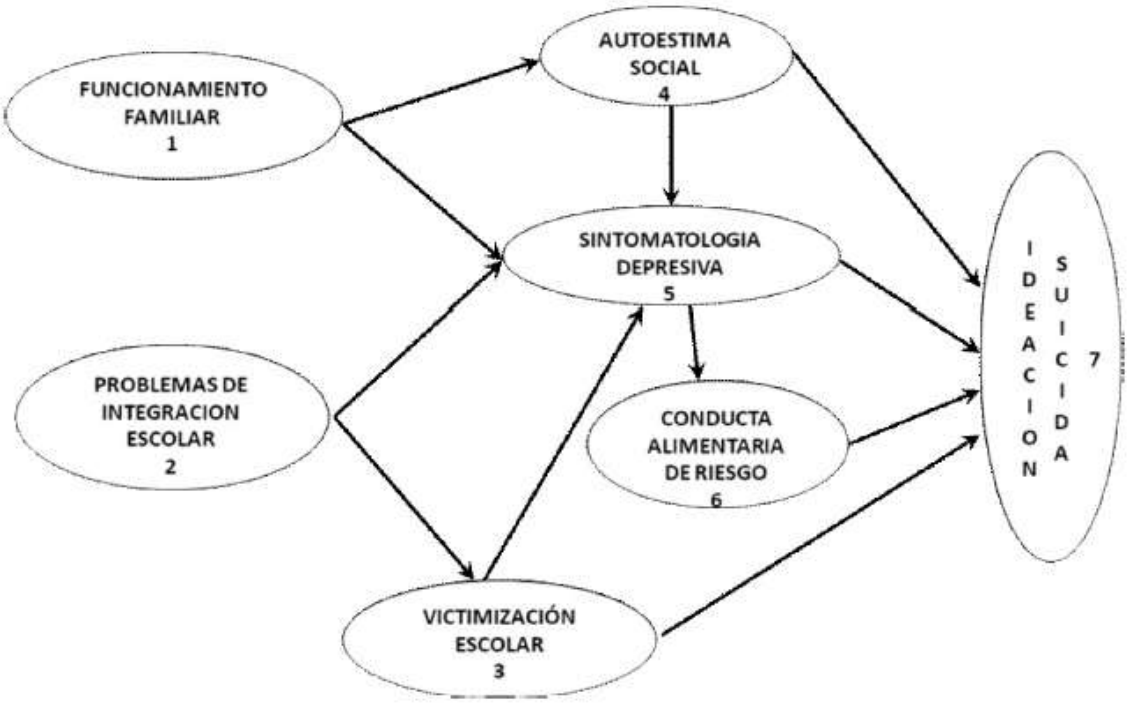


Figura 6. Ideación autolítica en la escuela



Lista de tablas

Tabla 1. Suicidios e intentos Palmira

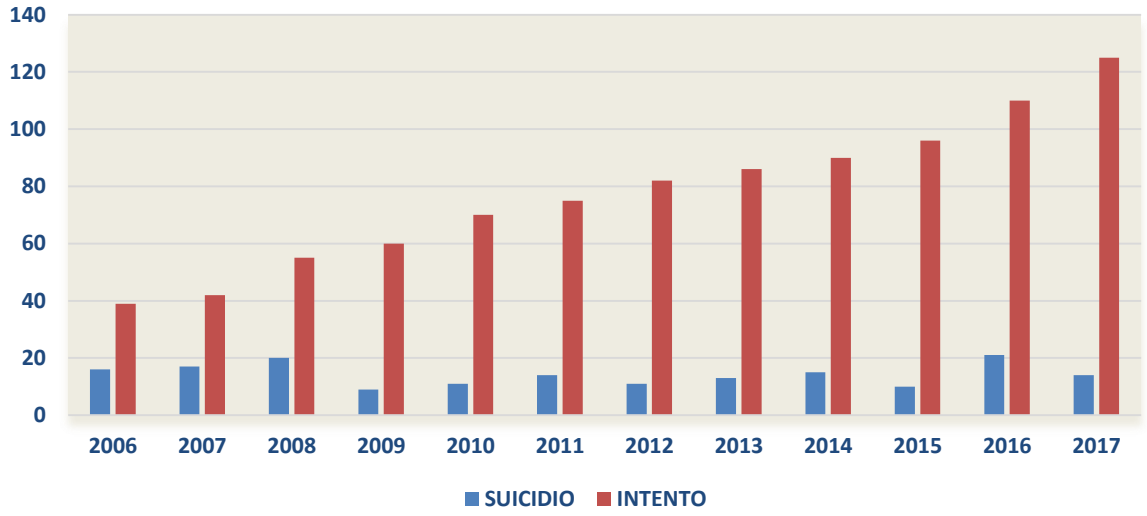


Tabla 2. Encuestados por género y carácter de la institución

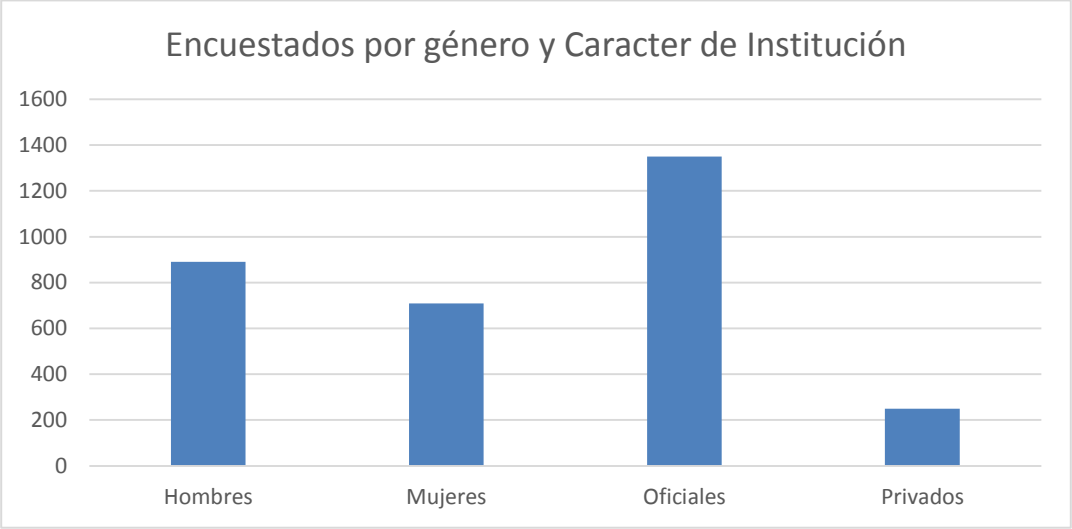


Tabla 3 Entrevistados por género y carácter de la institución

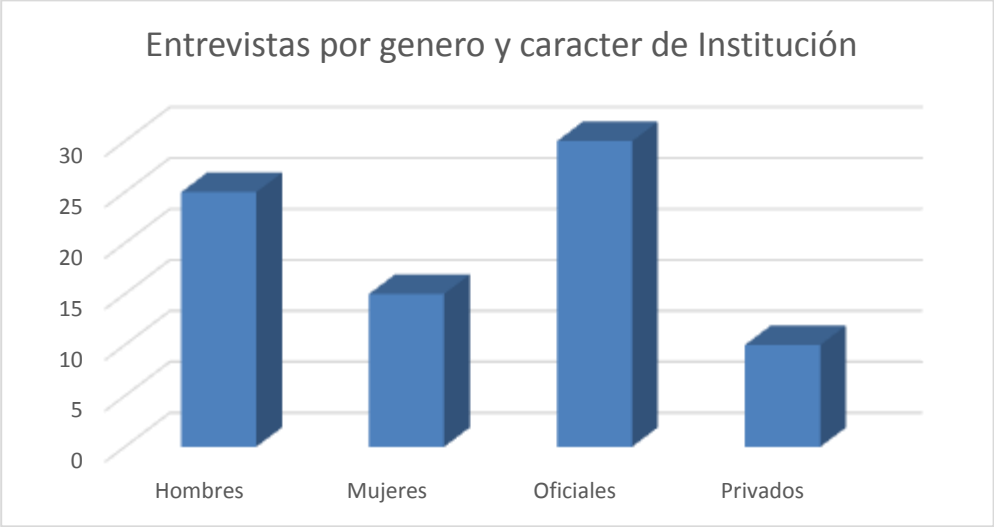


Tabla 4 Padres, pares y docentes entrevistados

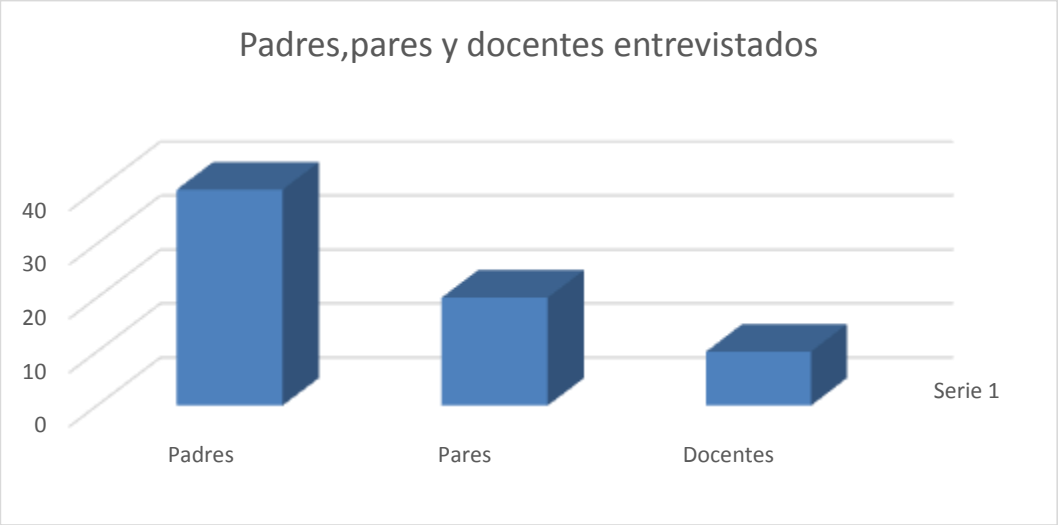


Tabla 5 Resultado porcentual eventos vitales estresantes en Hombres

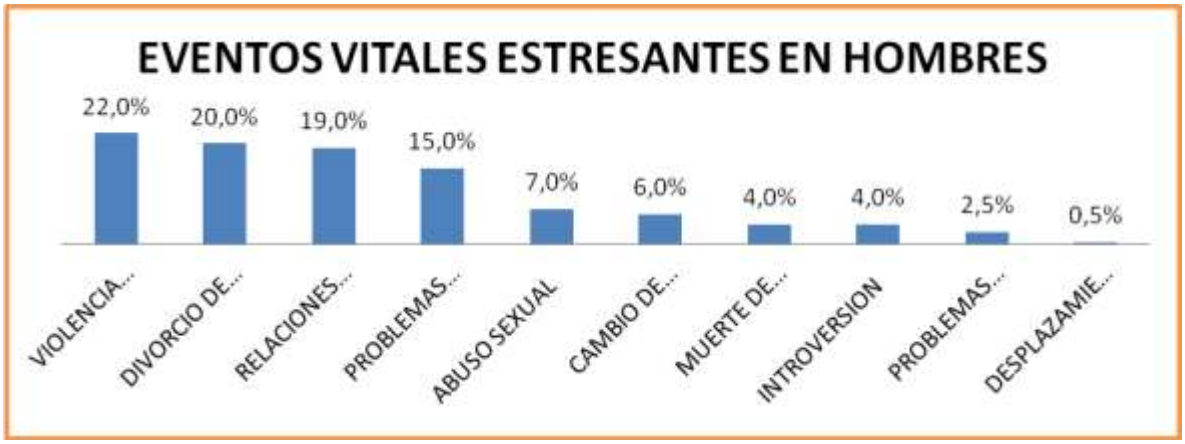


Tabla 6. Resultado porcentual eventos vitales estresantes en Mujeres

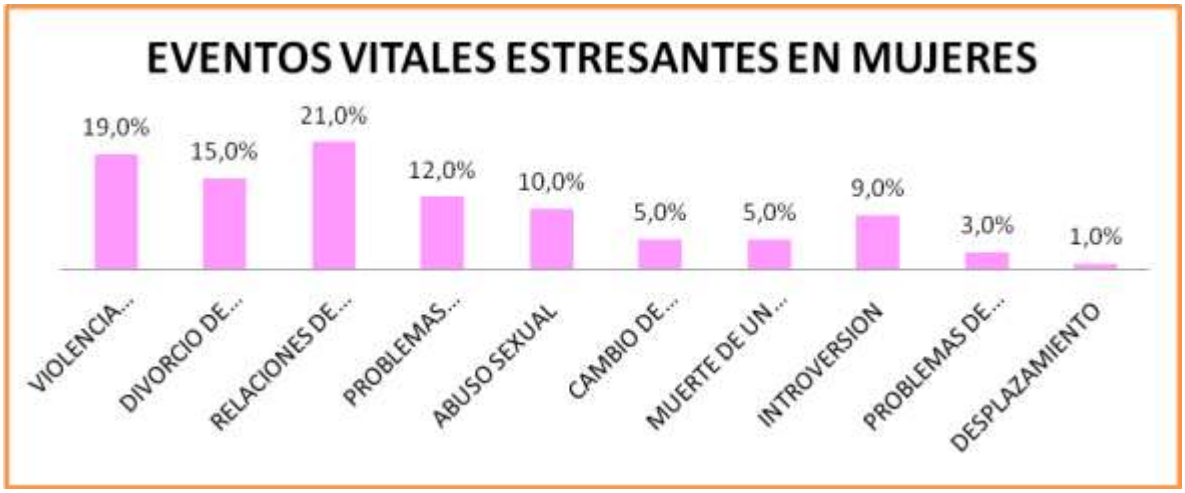


Tabla 7 Resultado nivel de afectación de eventos estresantes

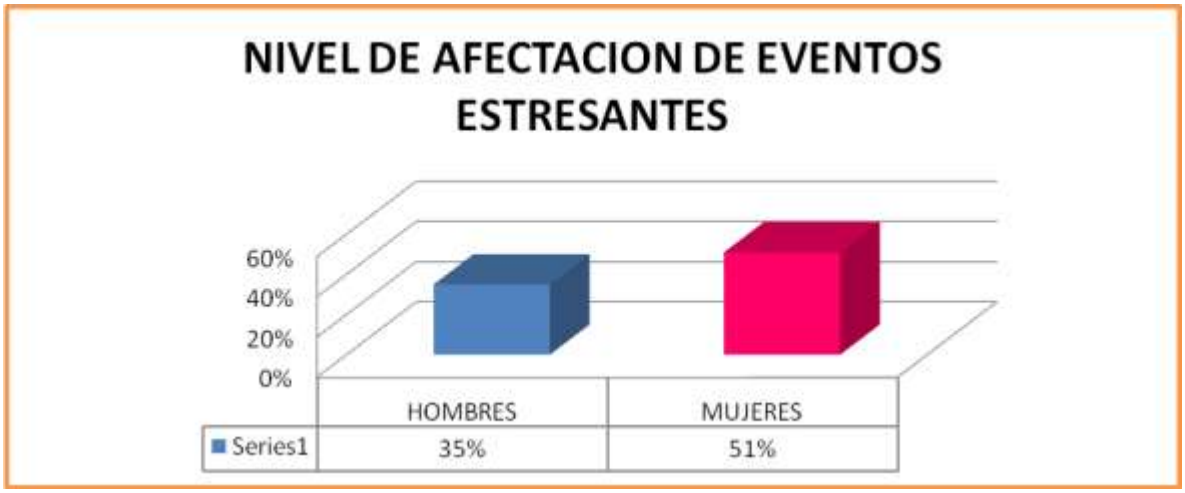


Tabla 8 Resultado nivel de autoestima

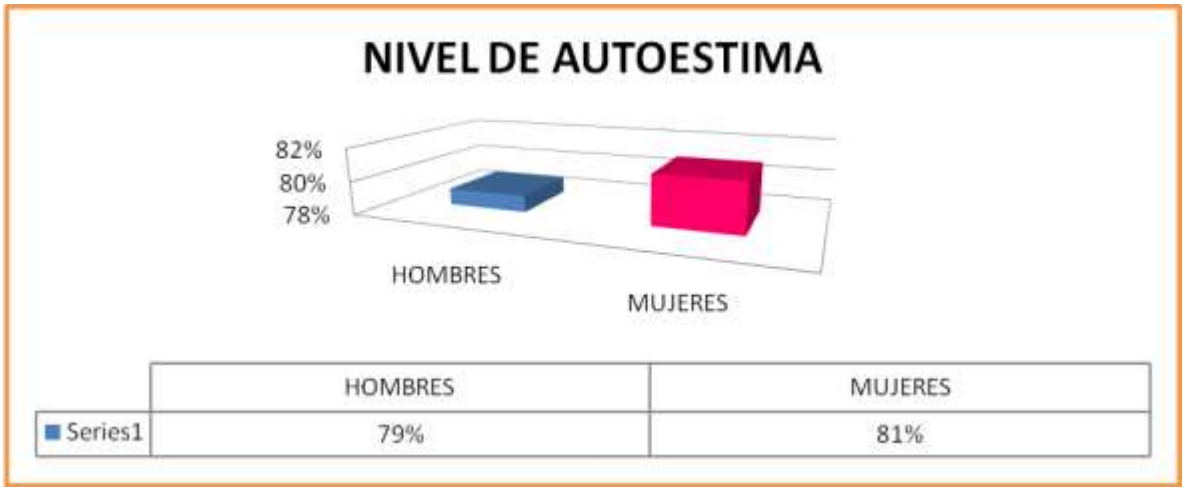


Tabla 9 Resultado Nivel de depresión

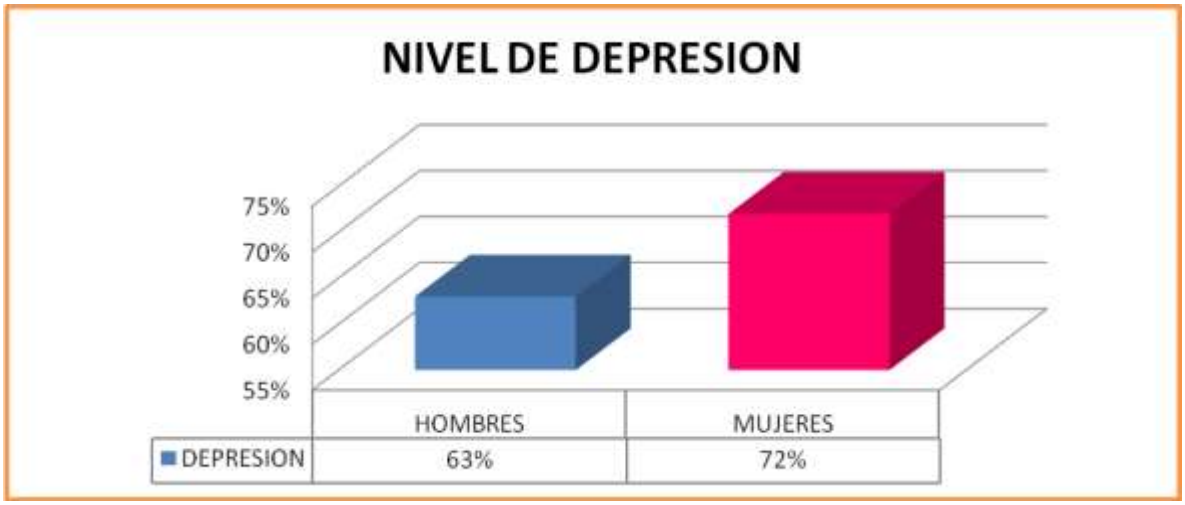


Tabla 10 Resultado Apoyo social

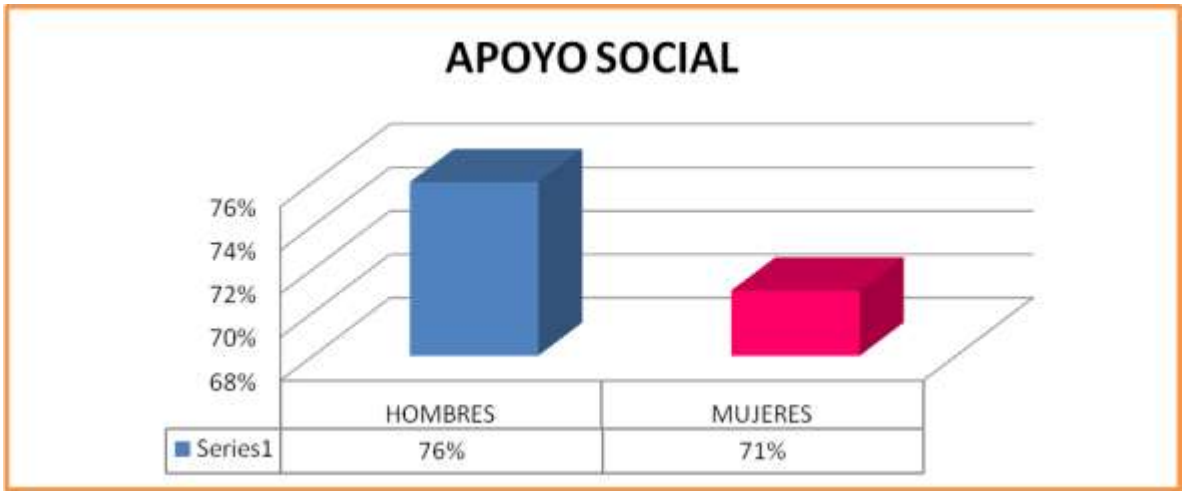


Tabla 11. Resultado Nivel de desesperanza

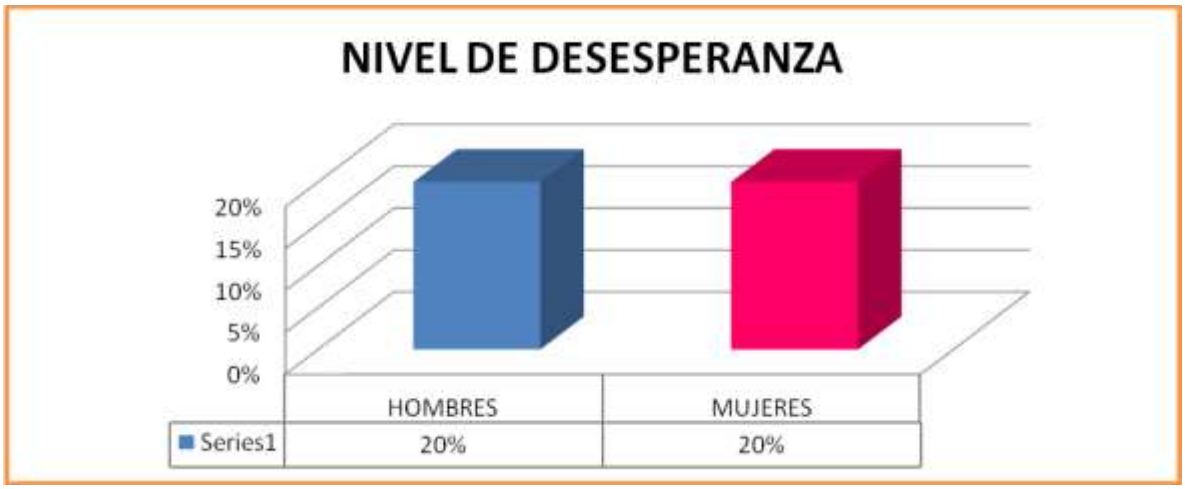


Tabla 12 Resultado solución de problemas sociales

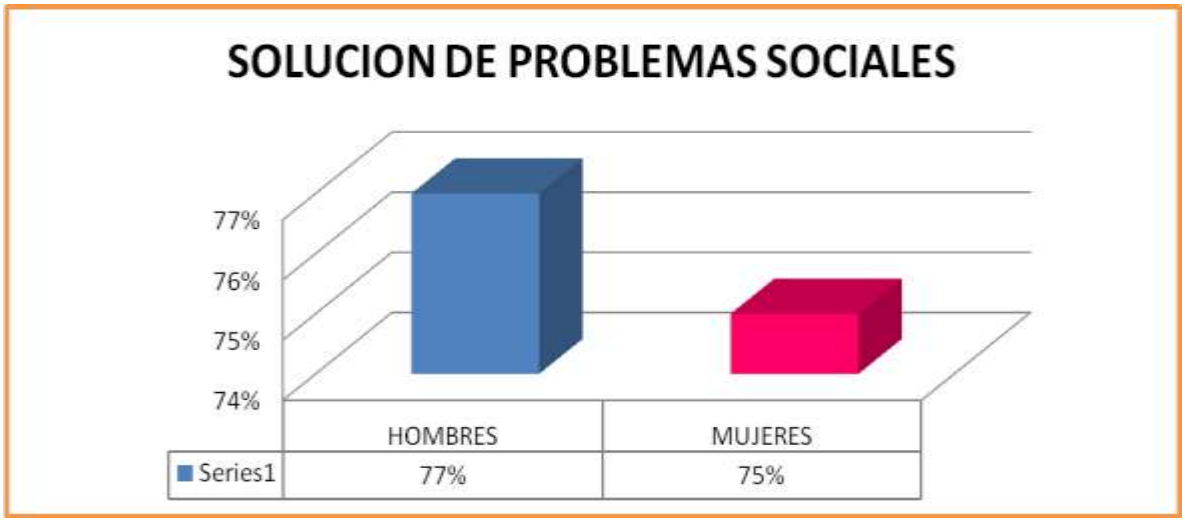


Tabla 13. Resultado Ideación suicida

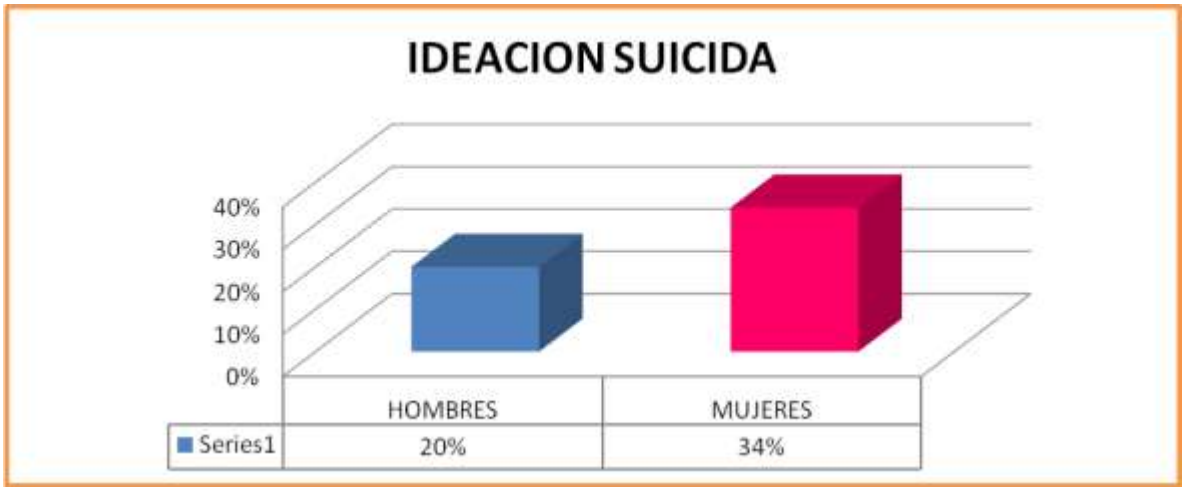
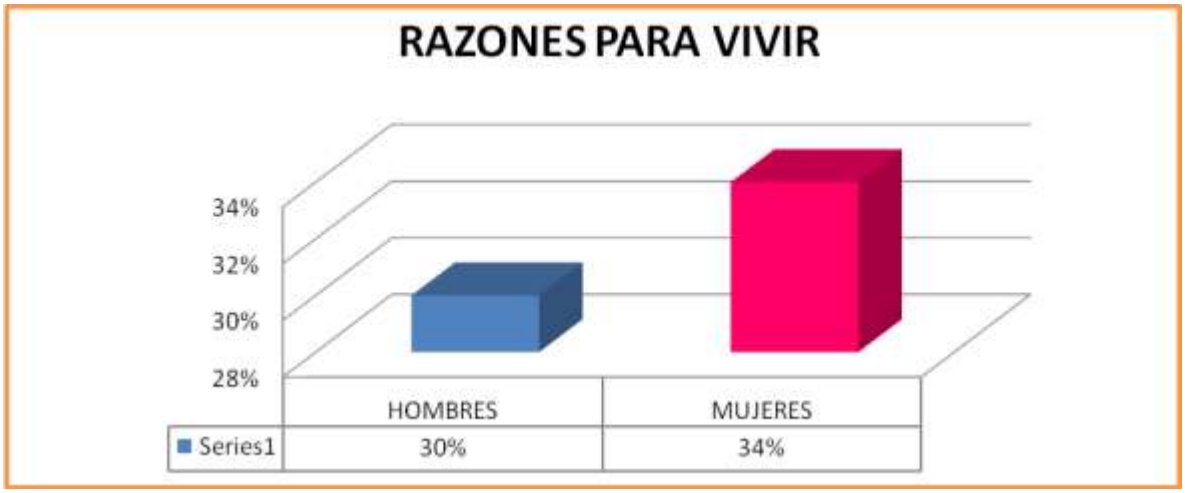


Tabla 14. Resultado Razones para vivir



Anexo A. Consentimiento Informado padres de familia

Formato de consentimiento informado

Institución Educativa…….Fecha……

Yo……identificado con..... Nº ……En calidad de padre de familia o acudiente del estudiante: ……. Del Grado……. he sido Informado acerca de los propósitos del estudio sobre ideación suicida y conductas autolíticas en escolares.

Me he informado de los objetivos, ventajas y beneficios de la investigación en pro de establecer estrategias de prevención de conductas suicidas, así como de la discreción y reserva de los resultados de las encuestas y entrevistas, el nombre de mi hijo o acudido no será publicado y se respetarán sus derechos de protección de la información. Las grabaciones necesarias serán borradas una vez se transcriban los análisis del estudio.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consiente y voluntaria doy mi consentimiento para que se realice la aplicación de encuestas psicométricas y entrevistas sobre ideación suicida.

Teniendo pleno conocimiento de los posibles beneficios que podrán desprenderse de dicho acto.

…… ……
Firma del padre de familia Firma del estudiante

……
Firma del investigador

Anexo B Consentimiento Participantes

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

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

La presente investigación es conducida por Harvey Candelo Quintero, de la Universidad del Cauca. El objetivo general de este estudio es comprender los factores de prevención que desde la escuela puedan permitir la prevención de conductas autolíticas en escolares. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones puede ser grabado, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

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

al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez trascritas las entrevistas, las grabaciones se borrarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Harvey Candelo Quintero al teléfono 3187072329

Desde ya le agradecemos su participación.

Nombre del Participante (en letras de imprenta) Firma del Participante Fecha

Anexo C

Transcripción de algunas historias de vida

En atención a la reserva de datos e información, los nombres de los participantes han sido modificados a efectos de evitar correlación de situaciones y así poder garantizar una reserva de la identidad. Las Historias se han organizado con un título en relación con la situación descrita, Estas Historias han sido publicadas en el libro la Muerte Doblegada (Candelo, H. 2014).

Nadie se muere porque otro se muere

Aquí la muerte perdió una batalla

Organizando el curso de su vida

Sustancia extraña

Se me acabó el mundo

Un cambio de casa

En la terraza

Programada desde pequeña

Acoso y ciber acoso

Soy un poco gordita

Las voces que me hablan

Porque no me dejaron ir al baile

Quiero ser un angelito

Nadie se muere por que otro se muere

- Rector, es que mi primo era lo más preciado en mi vida yo no quiero vivir sin él, él era mi papá, mi mamá, mi amigo,…- permaneció en silencio un rato, cuando retiró las manillas que adornaban la muñeca derecha, pude apreciar una herida transversa, profunda con bordes abiertos, completamente seca, - esto me lo hice ayer- , replicó, con tono airado, - ayer lo hice, -repitió e inundó sus ojos en llanto, ¿qué ocurrió? -le pregunté, pasando de la ira a la profunda tristeza en su rostro, me indicó que pasaron por su mente un ir y venir de imágenes desde que era pequeño. En todas aparecía su primo, era como estar viendo una película, - la verdad rector es que yo amo a mi primo más que a mi papá y a mi mamá porque él siempre estuvo a mi lado, él me enseñó a montar en bicicleta, también me enseñó a nadar, a bailar, a jugar cartas, cada cosa que uno debe aprender socialmente, créame la aprendí por él y

no por mis padres, ellos nunca tienen tiempo… mire yo no me quejo por las cosas materiales, en mi casa sobran, siempre he tenido los mejores juguetes, la mejor ropa y zapatillas de marca, que me antojé de una cosa, la tengo, que quise comer otra, la compro, mis padres son un excelente banco y nunca me niegan nada, mi primo no tenía la capacidad económica de mis padres, pero tenía algo en esencia que nunca ellos me brindarán y es la comprensión y compañía-.

¿Y qué le ocurrió a tu primo?,

-Lo mataron rector, ayer hizo dos días que lo enterramos-, bajando la mirada comenzó a contar acerca de su primo…

-mire él era un tipo joven tenía 35 años, era la vida de la familia, tenía una chispa para todo, a pesar de las dificultades él siempre encontraba la mejor solución para los problemas, era definitivamente un hombre alegre, cada momento encontraba un chiste preciso para hacernos reír, cada ocho días salíamos a montar bicicleta. Los sábados en la noche no importaba que parche tuviera, máximo se acostaba a la una de la mañana para, muy a las siete, estar recogiéndome en la casa y salir a pedalear, pedaleábamos por hay hasta las cinco de la tarde, subíamos a Tenjo, almorzábamos juntos y recorríamos varias fincas con sus amigos, en esos trayectos yo le contaba mis problemas, que tuve un problema en el colegio, que perdí una evaluación, que me gustó una muchacha, en fin, le contaba toda mi vida. Mi primera experiencia sexual él la conoció porque yo le conté todas las cosas, a mi papá nunca le he tenido la confianza para contarle, además si le cuento y se enoja me termina pegando-.

Y por qué mataron a tu primo pregunté, moviendo la cabeza en señal de confusión dijo -la verdad no sé, o bueno si sé-, ¿Cómo así? Repliqué -Es que mire, el domingo después de dejarme en la casa, después del pedaleo, él tenía una cita con unos manes, estaba pendiente de un negocio, él a pesar de ser mi mejor amigo, era muy reservado en los cruces que hacía, pero yo siempre le respeté eso y nunca le preguntaba cuáles eran sus business; el hecho es que esa noche a él lo mataron, le quemaron cinco tiros en la cabeza y lo dejaron tirado en un cañaduzal cerca de Candelaria. El lunes en la mañana unos

trabajadores de un ingenio lo encontraron y avisaron a la policía, yo estaba en el colegio cuando mi mamá me llamó, pues él era primo por parte de mi mamá. Rector eso fue horrible. Al principio yo no lo creía, ese día mi mamá habló con el coordinador, para que me dejara salir, me llevó hasta la funeraria en donde mis familiares estaban esperando que trajeran el cadáver de mi primo. Cuando lo trajeron yo sentí que el mundo se me acababa, verlo todo ensangrentado y su cara irreconocible… hubiese dado todo lo que tengo porque hubiera un error… yo me abalancé sobre su cuerpo y lo abracé, le reclamé por qué se había dejado matar, si él era tan bueno en todo. Durante la noche no pude dormir, en la funeraria nos sacaron a las 11 de la noche y yo quería permanecer a su lado, así como él había estado siempre al mío. En la casa por más de que daba vueltas, no pude conciliar el sueño. Al otro día fue muy bestial verlo en ese cajón. En la tarde enterramos más que a mi primo, a mi amigo. Cuando regresamos a la casa sentía una sensación de desespero, una asfixia y decidí que lo mejor era matarme, así que me corte la muñeca del lado derecho, esa vaina me dolió mucho y me comenzó a salir harta sangre, hasta que me quedé dormido. Al tiempo escuché que sonaba la alarma de mi celular, ya eran las cinco de la mañana y no me había muerto, la cobija estaba atollada de sangre pero ya la herida no me sangraba, así que metí la sábana y cobija debajo de la cama y cambié los tendidos. Me bañé y esa vaina me ardió muchísimo, así que decidí taparme con unas manillas que me había regalado mi novia; cuando bajé a desayunar mi mamá me regañó por las manillas y me advirtió que si la llamaban del colegio por ponerme esas vainas me iba a pegar, a lo que no presté atención y la dejé hablando sola en la cocina. Salí para el colegio y le conté a Martin sobre lo que había hecho y mis ganas de no querer vivir-, ¿Quién es Martín?, interpelé -¡ah! ese man es mi mejor amigo aquí en el colegio y fue el que se puso de sapo y le contó a mi directora de grupo lo que había hecho, ella llamó a mi mamá y cuando mi mamá llegó al colegio, de inmediato me llevó por urgencias a la clínica y allí nos indicaron que ya no era posible suturar la herida por el tiempo que había transcurrido, entonces me mandaron una pomada y me remitieron al psicólogo, cosa que no quiero porque yo no estoy loco, simplemente no quiero vivir

más, pues este mundo es injusto. La verdad yo hubiese preferido que lo que le pasó a mi primo le hubiese pasado a mi papá…- entrando en llanto y elevando las manos hacia su cabeza dice: -no mentiras, a pesar de todo el cucho es bien conmigo-.

-Escúchate lo que dices, estas deseando la muerte de tu papá, -Replicó: -no, no, rector, lo que ocurre es que yo hubiese sido feliz con mi primo de papá; -sí, pero ya tu primo no está en este mundo, -le indiqué -él estará por siempre en tus sentimientos y tu pensamiento, de ahora en adelante, tendrás la responsabilidad de asumir los planes y proyectos que habían asumido juntos, por ejemplo, sería buena nota invitar a tu papá a pedalear contigo, -ahh rector ese man vive muy ocupado, él viaja mucho por su trabajo, - bueno, al menos puedes intentarlo, cada vez que él tenga la oportunidad de estar en Palmira. Saber que ocurre después de muerto es complicado, la ciencia aún no tiene una explicación si existe o no otra vida después de la muerte, pero si existe, tu primo debe estar muy desesperado al ver lo que has hecho, atentando contra tu vida. Permaneció en silencio con la cabeza mirando hacia el piso, luego dijo:- pues sí… la idea era que yo estudiara odontología; -bueno allí tienes una meta por cumplir y en honor a tu primo, debes esforzarte por ser un gran bachiller y continuar estudios para algún día graduarte como odontólogo, es una forma sencilla de rendirle homenaje a la persona que ha significado mucho en tu vida. -Pues sí, contestó entre dientes. -Rector usted me ayudaría con el psicólogo que tiene el colegio, ahora creo que sí estoy loco; -los psicólogos no son para los locos, tú no estás loco, tienes un duelo que elaborar y lógicamente, arrastras un intenso dolor por la muerte de alguien tan significativo, pero tienes la oportunidad de iniciar un proceso de ayuda y podrás salir adelante, me encargaré de incluirte en la agenda del psicólogo.

El día anterior se había acercado a mi oficina la señora Anisia, madre de Francisco, quien muy preocupada por el intento de suicidio de su hijo me contó la historia, pero la historia de la madre indicaba que la relación en casa es excelente, que Francisco les tiene muchísima confianza y que a ella

le extrañaba lo ocurrido, -jamás pensé que mi hijo llegara a pensar en quitarse la vida-, mientras dialogábamos se hizo presente don Ernesto, padre de Francisco quien también muy preocupado decidió pedir permiso en el trabajo. Me indicó que en casa no le faltaba nada a su hijo, todo lo tenía: computador, juegos, libros, bicicleta, moto, lo que el niño necesita él se lo suministra. Tampoco entendía qué tanta influencia había tenido el primo sobre él para llegar hasta el corte de venas, -la verdad es que yo nunca estuve de acuerdo en esa compinchería de ellos, replicó mirando a doña Anisia, -¡ahh! entonces la culpa es mía le respondió ella-, -calma, intervine en el momento, recalcando que nos encontrábamos conociendo y buscando la solución a un problema de Francisco y, generar conflicto a nivel de pareja iba a complicar aún más la situación; -don Ernesto se disculpó, pues él no quiere enterrar a su hijo, con la muerte del primo es más que suficiente-.

Acordamos que lo mejor en este caso, era remitir a Francisco con tratamiento psicológico, en el colegio se realizaría un primer acercamiento para que él realice su duelo por la muerte del primo. Es necesario que sus padres le tengan mucha paciencia, pues el proceso será largo y doloroso. El joven fue remitido al Psicólogo del programa psicólogos en las escuelas del departamento del Valle del Cauca, requiriendo además del psicólogo de la EPS a la cual él se encontraba afiliado, por cuanto el profesional del colegio no realiza atención clínica. Los padres convinieron garantizar el proceso con un psicólogo particular.

Luego de dos meses de lo ocurrido a Francisco, volví a dialogar con él en mi oficina, -Hola rector-, ya tenía una actitud diferente, eso sí su colección de manillas había aumentado, al mirar sus manos sonrió y me dijo: -no… tranquilo rector, nada de nervios que ya no me he vuelto a cortar, sí, le confieso que mi primo me hace una falta del putas, pero con mi novia y lo que he charlado con el psicólogo ya no pienso en volverme a cortar, estoy empeñado en recuperar las materias que tengo colgadas, al fin y al cabo quiero cumplirle a mi primo con lo de ser odontólogo y he aprendido algo que me dijeron “nadie se muere porque otro se muere”-.

Aquí la muerte perdió una batalla

Eran las tres de la tarde, recibí una llamada en la que me informaban que una estudiante de 14 años de edad, del grado octavo estaba a punto de suicidarse en el baño de la institución. Me encontraba en ese momento lejos del colegio, pues estaba en comisión de estudio, - ¡Rector, ésta chica ya tiene con este tres intentos de suicidio y está amenazando con cortarse las venas con un trozo de vidrio que encontró en el baño, las compañeras han informado en la coordinación, pero no sé cómo proceder!-, me indicó el docente que me llamó muy asustado a mi celular. Un poco compungido por la noticia le indiqué que la

persuadieran para abrir la puerta con la ayuda de la psicóloga, que, de casualidad, se encontraba en ese momento en la institución, o de lo contrario que derribaran la puerta si era necesario y solicitaran la presencia de una ambulancia del cuerpo de bomberos.

Al rato me comuniqué con la institución para saber qué había ocurrido con la niña, me fue informado que había sido trasladada al centro asistencial y remitida por la psicóloga.

La estudiante reaccionó soezmente con la psicóloga: “Vieja hijueputa no se meta en mi vida”, “usted misma me dijo que los niños tenemos derecho a la vida y si mi vida es mía yo veré que hago con ella”; finalmente la niña terminó en el centro asistencial siendo valorada por un profesional de la psiquiatría quien, siguiendo el protocolo, le prescribió un fármaco, algunas sesiones de control y acompañamiento de la familia.

¡Vaya! pareciera que esta es la fórmula mágica para solucionar los problemas, no es mi intención atacar a los psiquiatras o al sistema, pero me aterra y siento escalofrío de saber que con medicamentos, solucionan problemas sociales.

Luego de tres semanas de ausencia a la institución por motivo de mi comisión de estudios, solicité a coordinación remitieran a mi oficina a la estudiante en mención.

Lo primero que me advierte el señor coordinador es que la niña era bastante vulgar y que no me extrañara si me recibía con rosario de madres, la psicóloga igualmente me advirtió que era una niña muy difícil y grosera.

Cuando la estudiante cruzó la puerta de mi oficina, lucía un aspecto tranquilo un poco distante en su mirar, intuyo debería ser por los efectos tranquilizantes del fármaco; me levanté de mi silla y la saludé extendiéndole mi mano, la invité a sentarse y le pregunté si conocía la razón por la cual la había mandado a llamar, con cierta sonrisa respondió bajando su mirada, que de seguro la llamada era por el lío con la psicóloga, entonces pregunté ¿cuál lío tuviste con la psicóloga?, nuevamente sonrío levemente y me respondió: -¡ahhhh! usted ya debe saber por qué yo le carreteé la madre pues me quería suicidar-, en ese momento retiré mi carnet de rector que uso a diario y que cuelga de mi camisa, lo oculté debajo de la agenda que tenía encima de mi escritorio. La estudiante extrañada miraba mi acción, por lo que le dije que a partir de ese momento el rector se había ocultado bajo la agenda y que quien estaba enfrente de ella era un amigo, le anoté que tenía todo el derecho en carretear mi madre, pues iba a entrometerme en su vida y que lo que se dijera en la conversación quedaría entre nosotros dos y sólo ella podría indicarme cuál sería el proceso a seguir. En una expresión de extrañeza sonrió nuevamente y me dijo: - Con usted no seré grosera, usted me está tratando a lo bien y no es entrometido –¿entrometido? Repetí, -sonrió nuevamente y me dijo: - ¡bueno! pues no me dice que estoy hablando con un amigo? Y uno no es grosero con los amigos-, ¡ahh! ¿no se es grosero con los amigos? nuevamente repetí en tono de pregunta y contestó -lo que pasó es que la psicóloga me presionó mucho para saber la causa del suicidio, esa vieja parecía un policía peor que mi papá-, -una policía peor que mi papá? Repetí, ella agregó -sí, es que la vida es dura y a una le pasan cosas que ustedes ni se imaginan, es muy fácil preguntar por qué y por qué, pero para una no es fácil responder lo que está pasándole por la cabeza en esos momentos. Yo me quiero simplemente morir, ¿me entiende? me quiero morir-, -me quiero morir? anoté nuevamente, -sí -me quiero morir porque mi vida es sucia-, -Mi vida es sucia? Repetí, -sí, es que… como le digo-, asentí diciéndole -como tú quieras, puedes hablar con libertad, no me veas como un verdugo o ese policía que pregunta por qué y por qué, -mi vida es sucia… continúa, ¿qué quieres decir con esa expresión? -mmm es que mi vida es sucia porque….-

Titubeó un buen rato y bajando su mirada se ensimismó, en ese momento me giré un poco y empecé a buscar un documento en el computador, no quería presionarla pues comenzó a llorar un poco, le dije puedes llorar todo lo que quieras… deja correr tu llanto, eso te libera, si quieres puedes ingresar al baño y lavar tu cara o tomar un trozo de papel higiénico para que seques tus lágrimas, pero déjalas correr, yo también lloro de vez en cuando, cuando las cosas no andan bien y llorar me desahoga, se siente una pequeña presión en el pecho pero luego de un ratito sientes que has liberado ese nudo, esa presión y te sientes en calma. Sonrió en medio del llanto, siguió con la mirada hacia el suelo, entramos en silencio por más de quince minutos y decidí no presionar el diálogo; al momento se incorporó de la silla e ingresó al baño, limpió su cara y tomando un trozo de papel y regresando a la silla en frente de mi escritorio sonrió tímidamente y me dijo: - es cierto, mire que he llorado y me siento mas tranquila, sonrió nuevamente y me dijo ¡vaya, vaya! quien diría que el rector me permitiera ser yo-, le increpé manifestándole que recordara que el rector estaba oculto bajo la agenda y elevando mi dedo índice a mi boca en señal de silencio le dije:-no hablemos muy duro que de pronto ese man, y señalando hacia mi agenda, nos puede oír y de pronto se enoja, -respondió ¡ayy! usted tan chistoso, si usted no deja de ser el rector-, nuevamente le hice el gesto de silencio y riendo mientas fluían unas pocas lagrimas me dice… -bueno, sigamos entonces hablando con el amigo-, a lo que acoté, perfecto, vamos en que tu vida era sucia, ¿sucia a qué te refieres? -mmm es que vea, venga le cuento, lo que pasa es que yo tenía un novio, y con él me veía a escondidas porque mi mamá es muy montadora, finalmente mi hermano que me entiende un poco más se enteró y me dio su consentimiento, me entiende, pero a mi mamá no le cayó muy bien, pues el es un poco mayor-, pregunté ¿mayor es cuánto? -Ahh pues él tiene 25 años-, ¿y lo quieres?, -sí, pero es que por andar con él fue que tomé la idea de matarme-, ¿tomé la idea de matarme? Repetí, -sí, contestó, vea lo que pasó es que el día que me iba a cortar las venas acá en el colegio fue porque en la mañana estaba sola en la casa, mi novio arrimó y todo bien, pero en un momento el man se calentó y empezamos a besarnos y a tocarnos, usted entiende no, pero llegó un

momento en el que me sentí sucia, cochina y le pegué en la cara y lo eché de la casa…- entró en un silencio mientras volvía su mirada hacia el piso y nuevamente entró en llanto, dejé que llorará sin pronunciar palabra, transcurrieron algunos minutos donde ninguno de los dos hablaba, luego me miró y continúo -luego de echar a mi novio me metí con ropa a la ducha y me bañé por más de media hora, -restregaba mi cuerpo, y por más jabón que me aplicaba, me sentía más cochina y allí se me metieron las ganas de matarme, de acabar con mi vida, pero en ese momento llegó mi mamá y me tocó arreglarme rápido, cuando salí de mi cuarto me preguntó qué me había pasado y yo le dije que era que me dolía mucho la cabeza, no almorcé y me vine para el colegio, acá le conté a mi mejor amiga lo que me estaba pasando, pero le imploré que no le contara a nadie y ella fue la que me vino a sapiar a la coordinación y allí fue que pasó lo que a usted ya deben de haberle contado, que me quería cortar las venas con un pedazo de vidrio que encontré en un rincón del baño, era como de una ventana rota, o algo así, luego la psicóloga me empezó a hablar y se armó todo el lío porque yo no hacía sino carretearle la madre a ella-.

-Bueno… pero la psicóloga solo quería ayudarte, además yo fui quien solicitó que ella te atendiera-; -no, pues allí sí la embarró porque ella solo era preguntar y preguntar-, -bueno yo también te estoy preguntando, -aaahh... Pues sí, pero es que usted me conversa normal, no me interroga-, -bueno, pero ahora sí permíteme interrogar, me dices que te metiste al baño y por más que te bañabas te sentías sucia, sucia de qué? -Pues sucia porque sí-, nuevamente inició el llanto, opté por no preguntar y seguir disimuladamente buscando archivos en mi computador, después de un momento me dijo: -es que, si usted supiera rector, y volví con mi dedo a callarla, shhh, el rector está bajo la agenda, -le dio nuevamente risa en medio del llanto y me dijo. - ¡ayyy tan bobo! -, -usted se ve muy bien cuando sonríe-, -¡ahh pues usted con la que sale del rector allí metido en la agenda!, es que si yo le contara…-si yo le contara? Repetí, -es que vea lo que pasa es que… ayy no, no le voy a contar-, en ese momento

mi intuición y recordando algunas capacitaciones del centro de atención integral (CEAI), recordé que ese tipo de situación, expresión de sentirse sucia podría obedecer a abuso sexual, le manifesté: -si expresas lo que estás sintiendo podrás hacer catarsis… -cata… ¿qué?…-le indiqué esa vaina es una forma de liberar lo que uno tiene dentro que le atormenta la vida, a través del diálogo, de contar lo que a uno le ocurre a otra persona, mirándola a los ojos y sin vacilar le pregunté si había sido abusada sexualmente, agachó su mirada, entró en silencio y sollozando respondió que sí, -¿sí? sí es qué? Y contó con una expresión de sentimiento, de ira en su rostro y sensación de asco, que desde que tenía cinco años de edad su padre abusaba de ella, -el man se iba hasta mi cuarto y me acariciaba, me quitaba el pantalón de la pijama y me tocaba abajo, luego se sacaba su cosa y me la metía, eso me dolía y él me tapaba la boca y me decía que si yo le contaba a mi mamá ella se iba a morir y él me iba a pegar, luego me la sacaba y se me venía encima, eso me lo hacía algunas noches…- entró nuevamente en silencio su mirada era perdida hacia abajo.

Su progenitor había abusado de ella por más o menos siete años, le indiqué que ella iba a contar con el apoyo de la institución y que denunciaríamos de inmediato el hecho, a lo que replicó -no rector, ya no se puede hacer nada porque mi papa murió hace seis meses-, de inmediato le orienté que era necesario que le contáramos todo lo que le había ocurrido a la psicóloga, moviendo su cabeza asintió y llamé de inmediato a la psicóloga, la niña entre llanto y sollozo, le contó lo ocurrido con su padre, se citó a la madre quien manifestó que efectivamente, ya tarde, ella se vino a enterar de los abusos del padre y se dio inicio a un tratamiento psicológico, al cual asisten madre e hija.

En la actualidad, ahora es bachiller y se encuentra estudiando psicología, tiene la firme convicción de conocer y ayudar a niñas que estén o hayan vivido situaciones como la suya para ayudarles a salir adelante. Aquí la muerte perdió una batalla.

Organizando el curso de su vida

-Rector tenemos una estudiante de grado séptimo que se ha cortado repetidamente las muñecas, ha manifestado en clase que ella se quiere morir, que no quiere vivir más-. Pregunté si habían citado al

acudiente, la docente indicó que sí y agregó además que la niña era bastante grosera en casa, que no se llevaba bien ni con los abuelos, ni con el padrastro.

Luego de revisar el observador para documentarme un poco acerca de la estudiante reportada, solicité que la citarán a las 8 de la mañana del día siguiente en mi oficina. -Buenos días con permiso señor rector-, ingresaba a mi despacho una niña con uniforme de diario y encima traía puesta una chaqueta blanca y sujetaba un lapicero entre sus manos que lo hacía girar constantemente, -estas ansiosa -le advertí, -tranquilízate te he citado para que conversemos acerca de una serie de situaciones, pero no te he citado por procesos disciplinarios, -en ¿verdad?- me preguntó con cara de incertidumbre, le pregunté tu has hecho algo malo?, -pues aquí en el colegio no-, -mmm en el colegio no, entonces ¿en dónde has hecho algo malo? sonrió y permaneció en silencio le indique que tomara asiento, ya que permanecer de pie de seguro le iba a dar la pálida porque teníamos que conversar largamente. Continuó girando el lapicero y con mirada nerviosa entre sonrisa evadía constantemente mi mirada, -bueno, vamos a comenzar por decirte que hablarás con un amigo, no con el rector, si en un momento determinado necesitamos al rector lo llamaremos. Retiré como en esencia lo hago, mi carnet que me identifica como rector y lo guardé bajo mi agenda, sonrío y me dijo –¿de verdad usted me va a hablar como amigo-? Cuenta con ello, -Bueno entonces porque me citó, amigo-, -para empezar quisiera preguntarte por los rayones que estoy viendo en tu brazo, extendió ambos brazos y en la cara interna media de los antebrazos, tenía una serie de rayones transversos, muy superficiales, algunos lucían ya antiguos, pero había uno en el antebrazo izquierdo que lucía reciente, -¿qué significan estos cortes? acariciando como quien trata de recordar aquellas marcas me indicó -es un mecanismo mediante el cual siento alivio y a la vez, me permite recordar lo infeliz que soy, mmm, lo infeliz, tú cuántos años tienes?, disculpa la pregunta pues a las mujeres no les gusta que les pregunten su edad, -tengo catorce años rector-, -catorce y ya te consideras infeliz… A ver y se puede saber, ¿cuál es el motivo de tanta infelicidad? -hay rector-

, interrumpí, rector? Acuérdate que está bajo la agenda, - ¡ahh, bueno amigo! el problema es que yo quiero a alguien que me corresponde y sé que me quiere mucho, pero en mi casa no me permiten ese amor-, - ¿no te permiten ese amor? –Sí, vea lo que pasa es que la verdad a mí me gustan las mujeres y yo estoy muy enamorada de una amiga, hasta hace poco tuve un novio pero me aburrí de él- ¿y por qué te aburriste? - es que era muy celoso y solamente quería tener sexo conmigo y ya, constantemente me interrogaba por mis amistades, que quién es, que por qué prefiero andar a toda hora con mis amigas y no con él, que si mis amigas son muy importantes, entonces que él qué y así constantemente era un man toposo me entiende?-, ¿toposo? -sí, todo intenso, al final terminé echándolo porque es que la verdad él solo quería comerme, satisfacer sus deseos y ser el putas ante sus amigos- y entonces, ¿qué sucedió? -Bueno rector yo al principio me consideraba normal pero desde que cumplí los trece años me he venido sintiendo atraída por las mujeres, me parecen que son muy tiernas y que no me miran con la morbosidad con que me ven los muchachos, entonces empecé a escribirme en el Face con mi amiga, ella se llama Luz Marina, y por cariño le decimos Luzmi, allí le manifestaba todas las cosas que yo sentía por ella y he de confesarle que ya hicimos el amor y fue espectacular, el problema surgió cuando una vez deje mi Face abierto y un tío lo leyó y armó todo un escándalo, de manera tal que toda mi familia se dio cuenta, allí empecé a rayarme los brazos y mantengo tan aburrida que quisiera acabar con mi vida-, ¿Cómo es la relación con tus padres? -pues… que le dijera, a ver, yo vivo con mi mamá y mi padrastro, mi papá es un bandido que nos dejó por irse con la moza, él nos abandonó cuando yo tenía cinco años, de él recuerdo pocas cosas, lo único que he escuchado de mi familia, era que era un perro de primera categoría y se la jugaba constantemente a mi mamá, hasta que finalmente se aburrió de nosotras y se fue, la relación con mi mamá era bien hasta que decidió vivir con mi padrastro, el man es un toma trago de tiempo completo y le pega a mi mamá, si usted la cita ella le va a venir con gafas oscuras para ocultar el morado tan hijueputa que tiene, porque este fin de semana, la cogió contra ella y la cascó, la que paga el arriendo y sostiene la casa es mi mamá porque ese malparido no aporta ni un

peso, además vive sin trabajo, yo le apuesto que la plata que utiliza para tomar se la debe dar mi mamá; como yo ya no me lo aguanto, mi mamá se enoja conmigo y con mis hermanos porque le recalcamos que eche a ese man-, ¿cuántos hermanos tienes? -yo tengo dos hermanos uno mayor que yo un año y otro de doce años, más la bebé que viene en camino, esta situación la verdad me tiene desilusionada, es por ello que creo que a la final me he apegado más al cariño de mis amigas y no sé si estoy confundida, pero la verdad es que prefiero a las mujeres. -y ¿qué ha dicho tu mamá al respecto?, -mi mamá me dice que ella deja a mi padrastro, si yo dejo la pendejada por las mujeres- y ¿qué piensas al respecto? -que mi mamá me está manipulando-, ¿Manipulando? -sí, porque con el cuento de mi padrastro ella piensa que yo voy a dejar de sentir, lo que estoy experimentando y eso es lo que hace sentir ganas de morirme-, ¿pero en esencia quieres morirte?, -la verdad no sé, cuando veo la situación de mi casa siento que sí, pero cuando pienso en Luzmi quisiera vivir mucho y vencer todos los obstáculos. -Bueno al respecto quiero plantearte dos caminos: el primero, voy a hablar con tu mamá y el segundo te voy a remitir con la psicóloga para que te oriente en lo que manifiestas es tu confusión y, que al menos mientras iniciamos el recorrido de los caminos, te comprometas contigo misma y conmigo en no autolesionarte más, pues con ello no solucionas problemas, al contrario los agravas más, -Y usted de verdad me quiere ayudar?-, -Por ello estamos hablando y yo me estoy comprometiendo, -Bueno hagamos lo siguiente, yo trataré de que mi mamá venga pasado mañana, porque ella trabaja en Cali en una empresa de seguridad y mañana está todo el día en un proceso de auditoría, o no sé, algo así, y usted me cuenta como le fue con ella-.

Pasados dos días la señora Alicia, se presenta a mi oficina, se trataba de una mujer relativamente joven, alta y efectivamente portaba unas gafas de lentes oscuros, tan grandes que tapaban casi la mitad de su rostro. La saludé y muy cortésmente le pedí que se retirara los lentes y así pudiéramos hablar frente a frente; me dijo que la disculpara pero que estaba recién operada de los ojos y por prescripción médica

le habían recomendado emplearlos de manera permanente al menos durante quince días; recordé de inmediato lo que la niña me había hablado del golpe, a efectos de no incomodar a doña Alicia continúe indicándole que en días pasados había hablado con Graciela su hija. De inmediato muy preocupada me preguntó qué me había dicho, inicié comentándole que sabía cuál era la causa de su cortadas en los antebrazos y la situación presentada en casa no solamente con Luzmi, sino también con el padrastro y que empezaba a intuir que una de las dos estaba mintiendo, pues Graciela me había comentado que el asunto de los lentes oscuros no era por cirugía de los ojos precisamente. Doña Alicia bajo su mirada y debajo de sus lentes comenzaron a correr las lágrimas, -¡ayyy rector, discúlpeme! aquí soy yo la que le estoy mintiendo no mi hija-; y acto seguido se retiró los lentes y pude apreciar la cianosis de su ojo, pareciera que tuviera el síndrome de panda y, sin mediar tapujos comenzó a contar la misma historia que ya me había relatado su hija, lo que a pesar de preocuparme me daba un parte de tranquilidad pues podía confiar en la niña, ya que efectivamente concordaban las dos versiones. Para no hacer sentir mal a doña Alicia, de inmediato solicité al señor coordinador que me llamara a la Psicóloga practicante, que recién nos había llegado en esa semana. Los practicantes han sido un gran apoyo en este tipo de situaciones, tras una pequeña introducción, ilustré a la psicóloga la situación que se había presentado y procedió a darle atención primaria a doña Alicia. En la semana siguiente Graciela me buscó en la oficina, quería darme las gracias, porque su mamá muy avergonzada por la mentirilla de los lentes y al conocer los motivos de la aparente confusión sexual de su hija, se sentía muy responsable y admitió darle una oportunidad a su hija para que determine en realidad su preferencia sexual, sin juzgamientos, ni estigmas sociales.

En la actualidad Graciela estudia en una de nuestras sedes y solamente piensa en vivir, argumenta que tiene nuevos amigos y que mantiene una relación neutral con Luzmi, manifiesta se están dando un tiempo para saber cuál es su verdadera tendencia y poder organizar el curso de su vida.

Sustancia extraña

Eran las diez de la mañana, terminábamos reunión de consejo estudiantil, cuando uno de los asistentes se me acerca y me dice: -Rector, se dio cuenta de lo que le pasó a Yuri Teresa, la compañera de grado décimo?-, No, ¿qué le ocurrió? -pues anoche intentó suicidarse, tomó una sustancia toxica y fue remitida al hospital de la ciudad, pero a la media noche se complicó y la remitieron a la clínica La Esperanza en Cali, en este momento la tienen en cirugía-, solicité de inmediato la presencia de la directora de grupo de Yuri Teresa quien me confirmó la noticia, contacté a la madre de la estudiante, quien al día siguiente se acercó a mi oficina y me relató los hechos:

-Mi hija llegó algo extraña del colegio, al preguntarle cómo le había ido respondió ¡Bien!, pero su actitud indicaba todo lo contrario. ¡Hija, qué le pasó? confíe en su madre! se disgustó respondiéndome qué le iba a pasar, que a ella nunca le pasaba nada, ese era el problema nunca le pasaba nada, finalmente se encerró en su cuarto, decidí no preguntarle nada más y me fui a trabajar. En la casa quedaron Yuri Teresa, sus tres hermanos y la abuela, por la noche cuando regresé del trabajo, siendo casi las 9 de la noche pregunté por ella y los hermanos me respondieron que esa antipática ha estado encerrada toda la tarde en el cuarto, no se le ha visto la cara ni para ir al baño; con un sentimiento extraño en mi pecho como con una corazonada me preocupé y decidí tocarle la puerta, pero no me abrió y no se escuchaba ningún sonido, de inmediato llamé a Carlitos el hermano mayor y le pedí que me ayudara a abrir la puerta, indicándole a Yuri Teresa que si no abría le tumbaríamos la puerta, pero aun así no se escuchaba absolutamente nada. Carlitos de una patada abrió la puerta y el escenario que se apreció dentro fue aterrador, yo casi me vuelvo loca cuando encuentro a mi hija tirada en el suelo, sus piernas estaban envueltas en la cobija y aún sobre la cama, estaba morada toda su cara y con espuma en la boca, aun se veía sobre respirar, pero sus ojos estaban girados hacia atrás, parecía muerta; yo empecé a gritar como loca, le sacudía la cabeza para ver si reaccionaba, pero solamente empezó a

respirar agitada con un sonido como de ronquido en su garganta. Carlitos me ayudó a levantarla y como pudimos la sacamos a la calle y la montamos en un taxi, ese recorrido mientras llegábamos al hospital se me hizo eterno, a pesar de que el taxista, pitaba y aceleraba el carro, yo sentí como que no avanzaba. Al llegar a Urgencias, ya dentro del hospital el médico la canalizó y le aplicó suero a chorro presionando la bolsa con las manos, le introdujeron unas mangueras por la boca y la conectaron a un motor que le sacaba todo lo que tenía dentro de la barriga, pero aun así permanecía inconsciente. El médico me indicó que ella tenía un olor raro en su aliento, que fuera hasta la casa y revisara en el cuarto para ver si encontraba el recipiente que contenía lo que Yuri Teresa se había tomado, la verdad es que por la angustia de ver a mi hija tirada en el suelo, yo no me percaté sino de llevarla de inmediato al hospital; al regresar a la casa y buscar en el cuarto de mi hija encontré un frasco con una etiqueta con nombres en inglés o que se yo, metí el frasco en una bolsa y lo llevé al hospital, cuando el médico lo recibió, concordó que el olor del frasco era el mismo del aliento de mi hija y lo mandó a analizar, confirmando que se trataba de una sustancia peligrosa para el cuerpo humano. Hacia la media noche la niña empezó a convulsionar, los médicos le aplicaron unos medicamentos, pero consideraron que era necesario remitirla a Cali, se comunicaron por radio y la enviaron en ambulancia hasta la Clínica La Esperanza en Cali. Le cuento que ese trayecto en la ambulancia fue más eterno que el camino de la casa al hospital. Cuando llegamos un médico internista la estaba esperando, de inmediato varios médicos la examinaron y me informaron que la tendrían que operar al instante, al parecer la sustancia le había generado daños internos muy graves, antes de ingresarla al quirófano, me hicieron firmar un poco de documentos de autorización para el procedimiento, además me comunicaron que mi hija se encontraba en embarazo y que lo más seguro era que perdiera el bebé. Yo quedé atónita, una angustia se prendió de mi corazón y yo no hacía sino llorar. Hacia el mediodía la pasaron a la unidad de cuidados intensivos, mi hija parece un vegetal sólo respira y nada más.

Al finalizar la semana me acerqué hasta la clínica para averiguar acerca del estado de salud de Yuri Teresa, quien ya había recuperado su sentido y estaba siendo valorada por psiquiatría. La familia y la psiquiatra me autorizaron conversar con ella, -quizás un corto diálogo le pueda ayudar, -indicó la médico, al ingresar a la sala y luego de ponerme el equipo de bioseguridad, el panorama era deprimente, Yuri Teresa se encontraba conectada por cables y mangueras. Su aspecto era lamentable. La saludé y me miró con extrañeza, baje el tapabocas para que reconociera mi rostro y con una leve sonrisa me exclamó ¡-usted qué hace aquí rector! -, -yo pasaba vendiendo sonrisas, ¿te interesaría comprarme una?, y ella sujetando su vientre y sonriendo me dijo -tan bobo, ¡ay no me haga reír que me duele! -, -Bueno, le indiqué -prometo portarme serio, -luego le dije que tenía una pregunta boba por hacer y me preguntó -cuál, como me siento-? -Esa vaina, le dije. Sonrió levemente y prosiguió -los dolores físicos son lo de menos, me siento como un rabo además porque perdí a mi bebé, sabia que estaba en embarazo? Me hice el que no sabía, y con suma tristeza me comentó que tenía cuatro meses de embarazo, que en su casa nadie sabía y que eso fue lo que la desesperó y tomó la decisión de acabar con su vida. Indicó que se sentía culpable por que había asesinado a su hijo. Intervine diciéndole que las cosas ocurridas ya no tenían marcha atrás y que servían como punto de referencia para reorganizar proyectos de vida… si Dios te ha dado la oportunidad de continuar con vida es porque tienes una tarea grande que cumplir y eso es lo que debe importar de aquí en adelante-, -Será? -yo sé que sí, le respondí, en ese momento la médico indicó que la visita había terminado; ya en el pasillo me decía que tenían que medicarla para la depresión, por tanto el riesgo de volver ha intentar suicidarse era muy alto.

Un mes después la mamá se acercó a cancelar la matrícula de Yuri Teresa, debido a que la incapacidad que le habían dado era muy larga (cinco meses), mientras daban cabida al proceso psiquiátrico, la mamá contó que la niña tenía una actitud diferente, aunque le dolía mucho la pérdida del bebé. Fue posible que relatara lo del fracaso con su novio y del temor al contarle a la familia de su gestación,

razón que la llevó a tomar la decisión de suicidarse. El día que tomó la sustancia extraña, había discutido con el novio, un sardino de grado noveno del mismo colegio y quien desentendido le indicó que eso era problema de ella, al final su miedo y la falta de confianza la empujaron a hacer lo que hizo.

Seis meses después, regresaron Yuri Teresa y su mamá al colegio, solicitando la posibilidad de un cupo para que la joven continuara con sus estudios; había perdido el grado décimo por las faltas de asistencia, de inmediato autoricé el cupo, le indique a la estudiante que debíamos firmar un acta de compromiso y me respondió -¡ay rector y ¿por qué si yo no tuve problemas disciplinarios en el colegio?-, sonreí y le dije: -no, no se trata de acta de disciplina, se trata de un acta de vida, de ayudarme con los estudiantes deprimidos; --¡ahhhh hubiese comenzado por allí, claro yo le ayudo y usted me ayuda para poder continuar estudiando!

Efectivamente Yuri Teresa no solo continúo estudiando su grado décimo, sino que ingresó al grupo Sena, graduándose dos años después como bachiller comercial y como técnica del Sena.

En la actualidad aún continúa estudiando y sigue tratamiento médico con gastroenterólogo, pues en su organismo permanecen las secuelas de la sustancia que ingirió. Yuri Teresa estudia administración de empresas en una prestigiosa universidad de la ciudad.

Se me acabó el mundo

-Yo no concibo mi vida sin ella rector, es que lo ha sido todo para mí, llevamos dos años y durante ese tiempo hemos sido inseparables, la verdad no sé qué le paso, por qué cambio conmigo y si no puedo estar a su lado, prefiero morirme, morirme ¿me entiende?-, entre llanto, sollozo y una aparente ingurgitación yugular que puso su rostro enrojecido, sujetaba su cabeza con las manos y dejaba entrever los cortes que había realizado en sus manos. Se trataba de José Fernando, sus amigos lo llamaban cariñosamente el Grone, por el color de su piel: un afro descendiente al que sus amigos tildan de calidad. El Grone es a todo dar, -no sabemos que le ha pasado con la hembrita, pero rector ayúdelo que el parcero no se puede ir a chupar gladiolo-, manifestaron dos de sus mejores amigos Carvajal y Ruiz, minutos antes de que José Fernando ingresara en la rectoría. -Mire rector el grone hoy está perdido, se ha cortado las manos como loco, desde la primera hora llegó mal al colegio y no se ha podido concentrar ni un minuto, con el profe de sociales fue grosero, cuando el teacher lo llamó para revisar la tarea contestó que no la había realizado, el profe pregunta que porqué si habíamos tenido bastante tiempo, el Grone le manoteó y le dijo: “pues de malas” y se salió del salón. Nosotros le pedimos permiso al profe para ir a dialogar con el amigo a ver qué es lo que le estaba pasando, pues todos, incluido el profe, nos quedamos aterrados de su actitud, pues ese man es bien y nunca ha sido grosero, es más él es el vocero del salón. ¡Uff!, se nos volvió humo en un santiamén, vea, lo buscamos por todo el colegio, fuimos hasta la caseta de atrás en donde más de uno se refugia, ni en los pasillos, ni en la biblioteca, entramos a los baños y tampoco, de regreso decidimos tomar un poco de agua pues estaba haciendo mucho calor y pillamos que una de las puertas se encontraba cerrada pero no se veían pies de nadie, aun así se escuchaba un sollozo, decidimos subirnos por el muro y pillar la acción y era

el parcero, el Grone estaba trepado en la taza del sanitario y estaba sangrando por las manos, ¡uyyy parcerito no sea güevón, salga!-, -¡ahhhh, ábranse parceros que esto no es problema de ustedes!-, de inmediato Ruiz bajó a llamar al coordinador y yo logré abrirle la puerta, él salió y se sentó en la entrada del baño con la mano toda ensangrentada, en ese momento el Grone me abrazó y lloraba diciéndome "parce deje que yo quiero morirme", en ese momento llegó el coordinador y lo bajamos hasta la rectoría. Luego de un profuso silencio José Fernando me miró y me preguntó -si yo era casado, le respondí que sí, me preguntó que si había tenido dificultades con mi esposa, respondí que todas las habidas y por haber, desde los problemas más simples hasta los más complejos, le indiqué que en toda relación de pareja es normal, común y necesario la presencia de los problemas pues ello permite construir interacción y una estructura de pareja que se va consolidando a través del tiempo. Continué -por lo que comentas y preguntas intuyo que has tenido dificultades con tu novia, ¿qué pasó? -la verdad es que con mi novia las cosas están muy mal y ayer me mandó para la porra, ella es todo para mí-, ¿y qué es todo? -todo es todo rector, ella es la persona que me entiende, que está a mi lado en las duras y en las maduras, que me brinda la posibilidad de desestresarme, la que no me juzga por las cosas que a veces hago-… ¿qué cosas? -Ah…- se sumió en silencio mirando hacia arriba a la derecha, como quien busca una justificación, de inmediato respondió: -la verdad es que hace algunos meses probé marihuana, me dieron un plon unos parceros del barrio- -¿y qué pasó después?, -no, pues esa vaina me hizo doler la cabeza, me sentía todo elevado, me dio mucha tos y nada, no me gustó, cuando llegue donde mi novia ella de inmediato me sintió el olor y yo le conté lo que había pasado, aunque se puso seria me dio al final gallina y me pidió que no volviera a hacerlo, me entiende, si no fuera por ella yo hubiese continuado con los ploncitos y aquí estuviera bien llevado, en mi casa yo tengo mucha libertad pero a pesar de ello no me entenderían lo del plon, si yo llego y que tales y le cuento a la cucha que yo soplé, me está es volando los dientes. A la cucha le tengo respeto, pero bueno al fin y al cabo mamá es mamá-. -Bueno, pero volviendo al problema con tu novia qué fue lo que ocurrió… -pues la verdad es

que le llegaron unas amistades con unos chismes, que yo andaba que tales con una hembrita y que me la había entucado en un baile que hubo el fin de semana, donde unos primos, mi novia no me acompañó porque ella no se lleva bien con ellos, que dizque porque son muy aletas. Esa noche, pues uno se toma sus traguitos ¿me entiende? y conocí a la flaca, una pelada toda huesuda, pero estaba buena… sí, nos dimos un piquito, pero eso no fue entuque, la cuestión es que mi novia se aleteó toda, no sé quien le contó pero finalmente le exageraron la nota; y cuando llegué ayer a la casa me recibió en la mala que yo era un chandoso cochino, que me había revolcado con una prepago y que a ella no le tocara ni un dedo nunca más, mire, yo le juré, le supliqué que no me echara, pero ella ya estaba resuelta y ella es de esas mujeres bien paradas, que cuando toma una decisión no tiene marcha atrás. Para qué le hablo mentiras, el mundo se me vino encima y yo no encuentro salida. Me fui con mi histeria para la casa y allá tuve dificultades con mi cucha pues me la montó, primero porque llegué tarde y encima porque la llamaron del colegio a informarle que yo había evadido clase y de una, la cogió contra mi novia y me restregó que el único que daba problemas en la casa soy yo, porque el resto de mis hermanos y mis primos han sido todo un ejemplo de dedicación. Entonces yo le dije que no se preocupara que pronto le iba a acabar con ese karma, fue así cuando me encerré en mi cuarto y comencé a pensar y repensar, mi novia ya me había dado un ultimátum, que yo sé, no tiene reversa, eso no tiene arreglo y para mi mamá soy un completo estorbo, pensé… cuál sería la forma rápida de arreglar mi problema y decidí que era mejor quitarme la vida, así ya no iba a dar tanta lora. El impulso me llevó a tomar una lata y empecé a hacerme cortes, en ese momento estaba tan nublado que la verdad no sentía nada de dolor, pero no era capaz de profundizar, fue así como esperé a que amaneciera para tratar de realizar otra cosa más certera. En la mañana fui a buscar a mi novia pero se hizo negar de la hermana, finalmente no fui a almorzar y me vine para el colegio y paso lo que ya le han de haber contado, volví a intentar cortarme-. –Bueno, al respecto debes tener presente que bochinche o no, reconoces que con la otra muchacha que conociste en la fiesta hubo al menos un pico, y que de seguro

la vaina te gustó, -sonrío bajando la mirada y asintiendo con la cabeza, proseguí –entonces ese fue un pequeño desliz que a tu novia le llegó con zoom, lo que lógicamente la sacó de casillas; en la situación contraria, si hubiese sido tu novia la que da el piquito a otro muchacho, tu cómo te hubieras sentido?, -no, pues sí, ¿pues sí qué? -¡Ahh pues uno se ofusca y le reclama!-, ¿ves? Entonces es normal que tu novia esté ofuscada, lo que debes hacer es dejar que transcurran unos días en los cuales ella se sienta más calmada y la puedas abordar. Los problemas de celos en caliente son complicados de resolver porque la otra parte está cegada por la rabia, y cualquier intento lo que hace es encender más el fuego de la discordia, ahora tú conoces las estadísticas del DANE? -no, qué es eso?-, -Es el Departamento Nacional de Estadística, que dice que por cada hombre hay como ocho mujeres más, -sonrió y me dijo -O sea que nos tocan de a ocho mujeres-, -Algo así le respondí, pero no es que nos toquen de a ocho, es para que te des cuenta que existen un montón de posibilidades, de darte tiempo, conocer otras muchachas y no pensar porque una te echó, se acabó el mundo y se acabaron las mujeres. Tú apenas tienes catorce años y comienzas recién a socializar con amigos y amigas, puedes descubrir que existen muchachas con sentimientos similares a los de tu novia o aún mejores, con características que te pueden llevar a enamorarte con mayor intensidad. Es mejor darse tiempo, pero por ahora la sugerencia y el pacto que podemos hacer es darte al menos hasta el fin de semana, esperar que tu novia se calme e intentas hablar con ella y le hablas con la verdad de lo que ocurrió en el famoso baile de los primos, por ahora vamos a llamar a tu acudiente y miremos como reacciona tu mamá, frente a lo que ha ocurrido. Aceptó y me dio el número del celular de su mamá para que se presentara al colegio, luego de hablar con ella y pedirle su presencia de carácter urgente a mi oficina, la señora me pidió unos veinte minutos mientras pedía permiso en su trabajo y se acercaba al colegio.

Pasada media hora se hizo presente en la rectoría la señora Eucaris, mamá de José Fernando, quien con cara de preocupación llegó preguntando por lo que había pasado, el estudiante permaneció en silencio y con la mirada hacia abajo, sus ojos se tornaron brillantes y dejo correr algunas lágrimas, la mamá

limpiándole el rostro preguntó qué era lo que le había pasado, pregunté a José Fernando si me autorizaba contarle lo sucedido a la mamá y asintió con la cabeza. Resumí brevemente la doble situación presentada entre la discusión con la novia y lo mal que se había sentido el joven, por el comentario de que él era el único que daba problemas en la casa, adicionalmente que encerrado en la soledad de su habitación José había tomado la decisión equivocada de acabar con su vida y de inmediato, la señora miró las manos cortadas de su hijo se abalanzó sobre él, lo abrazó fuertemente contra su pecho y le pedía perdón mientras lloraba. La escena fue bastante dramática pues la señora se arrodilló al lado de su hijo, me dispuse a levantarla y le acerqué una silla, le indiqué que lo que necesitábamos en el momento eran tres cosas fundamentales: diálogo, comprensión y ayuda profesional; por tanto, realicé una remisión para el Psicólogo de la EPS y de inmediato, ambos estuvieron de acuerdo en dirigirse hacia el centro médico Santander, en donde el joven fue recibido primero por el médico de prioritaria y luego por la Psicóloga. A la semana siguiente la señora Eucaris se presentó con las prescripciones de la psicóloga, en la cual habían iniciado terapia individual y familiar, la señora manifestó que su interés era que su hijo viviera muchos años y que estaría más pendiente de él. Por su parte José Fernando logró arreglar la situación con su novia y continúa estudiando sin mayores contratiempos.

Un cambio de casa

Julio Lozano es el mejor amigo de Vanessa Gamboa, una estudiante de trece años de edad, quien la noche anterior había escrito una nota suicida en la que pedía perdón a su mamá por lo que pensaba hacer. Estaba resuelta a suicidarse, manifestaba no quererse ir para la finca de sus abuelos, pues no le agradaba el lugar. Indicaba que de ella no tendrían que preocuparse más y que sería muchísimo más fácil cuando solamente tuvieran que llevarle flores a una tumba; de seguro al lugar donde iría se encontraría con Dios y que descansaría en la paz celestial, por último pedía que no la lloraran, que ella no merecía sus lágrimas, adicionaba a la nota, a sus mejores amigos ,entre ellos a Julio: “Julito tu eres incondicional, te voy a extrañar montones, sé fuerte y no vayas a llorar por mí, Gember, tu has sido el hombre de mis sueños te llevaré por siempre en mi corazón, tendrás a tu lado muchas nenas que te querrán más que yo, Amparito te dejo mi colección de maquillaje, recuérdame en nuestras sesiones de modelaje, a todos , a los profes un beso”, y cerraba la nota con la huella de sus labios en un color violeta bastante marcado. Aparentemente luego de escribir la nota, Vanessa la guardó entre uno de sus cuadernos, al llegar al colegio, Julio le pidió a Vanessa que le prestara el cuaderno de comerciales, pues se había quedado atrasado en lo visto de legislación comercial, sin vacilar, Vanessa le prestó el cuaderno Julio se dirigió a la biblioteca a desatrasarse, una vez ubicado abrió el cuaderno y sin querer,

encontró la nota de despedida que había escrito Vanessa. Alarmado corrió a buscar a su directora de grupo y la puso al tanto de las pretensiones suicidas de su amiga, sacó fotocopia de la nota y la entregó a la profesora, quien dio aviso a la coordinación y esta dependencia remitió el caso a la rectoría. Se le pidió el favor a Julio, que no le dijera nada a Vanessa, que actuara como si nada hubiese ocurrido, mientras nosotros dábamos el trámite respectivo, de inmediato se solicitó la presencia de la mamá de Vanessa, la Señora Adriana González, quien al comunicarle que se le había encontrado una nota de despedida a su hija, no tardó en hacerse presente a la rectoría. Con la presencia de la practicante de psicología, fue atendida la Señora Adriana quien muy compungida por el acontecimiento de su hija y entrando en llanto, solicitó ayuda, manifestó no saber cómo actuar para evitar que su hija se mate. Le preguntamos qué había ocurrido en casa y por la intensión de trasladar a la niña donde los abuelos, doña Adriana empezó por contar…Mi núcleo familiar está constituido por mi esposo, quien es el padrastro de la niña, Vanessa y yo, mi esposo guarda buena relación con Vanessa pero de un tiempo para acá ella se ha vuelto muy contestona, argumentando que no le permitimos salir a la calle. Se ha presentado la situación de soledad de Vanessa porque yo trabajo en Cali en una oficina de asesorías jurídicas y mi esposo trabaja como representante de ventas de una compañía estadounidense, obligándolo a viajar constantemente dentro y fuera del país. Por ello la mayor parte del tiempo, Vanessa permanece completamente sola y está entrando en una etapa de mucha rebeldía, nada le parece, adicionalmente vivimos en un barrio que ofrece muchos riesgos para ella porque hay presencia de muchos grupitos en las esquinas, fuman vicio y están pululando billares y cantinas. Las vecinas me comentan que cuando Vane llega del colegio se la pasa con los grupitos que les digo, en las esquinas, cosa que nos tiene muy preocupados. Mi esposo en buenos términos, le ha explicado los peligros que conlleva la permanencia en las esquinas con estos personajes, aun así ella responde que son buenas personas y que ella no va a dejar de hablarle a sus amigos. A raíz de esta situación que cada vez se torna más oscura, hablé con mis padres, quienes viven en Tienda Nueva en una finca, para ver la

posibilidad de que ellos se hagan cargo de la niña entre semana y los fines de semana yo misma la recogería para estar con ella. A pesar de ser una finca, allá hay de todo, con decirle que tienen el servicio de internet y de Skype, cosa que no tenemos en la casa, Vanessa argumenta que ella no se va a enterrar en el monte y que no va a renunciar a sus amigos, además la convivencia con los abuelos, no sería agradable porque la cohibirían de salir y hacer las cosas que más le gustan. Llegó a insinuar que preferiría la muerte al encierro, pero no lo tomé en serio y con mi esposo la regañamos, pues estábamos tratando de buscar lo mejor para ella. Ese día yo alcancé a hablar con mi papá y le comenté la situación, él sin mediar objeciones puso a disposición la finca y que asumía la ubicación en el colegio de Tablones aprovechando su amistad con la rectora, finalmente nos invitó para que el fin de semana nos fuéramos a quedar en la finca y pudiéramos ultimar detalles y que él hablaría con la niña. Tanto mi papá como mi mamá se pusieron felices de saber que Vanessa fuera a vivir con ellos, pues es la nieta más querida. Cuando mis padres vienen solamente piensan en traerle frutas, leche, carne fresca, para que la niña se alimente bien y no se vaya a enfermar. Ellos son una adoración con Vanessa, por eso consideramos que la mejor opción es que mi hija viviera con ellos. A mí me duele pensar que llegaré a la casa y que mi hija no estará, pero más me duele saber que llego y ha compartido toda la tarde con vagos, que solamente le pueden ofrecer peligros y vicio y ella no entiende eso-. Luego de conocer la situación de Vanessa procedimos a citarla para escuchar su versión. Antes de que Vanessa ingresara a la rectoría, por la puerta interna que comunica con la coordinación se retiró Doña Adriana, a fin de que la estudiante no se enterara que su mamá ya había hablado con nosotros. La psicóloga permaneció en la oficina, cuando Vanessa ingresó a la oficina un poco extrañada, le pregunté si sabía el motivo por el cual la habíamos citado. Manifestó que no. La psicóloga le preguntó si había tenido problemas en casa o si se encontraba triste por algo, bajó su mirada y permaneció en silencio por un momento, tomó aire y comenzó a contar su historia: -miren, pues la verdad yo me siento muy aburrida en mi casa, en estos momentos tenemos una serie de problemas según mi mamá porque yo me he vuelto grosera, pero la

verdad es que ella solamente piensa en sus cosas y en su bienestar, argumenta que el bienestar es para mí, desde hace varios días vengo pensando en que lo mejor que yo puedo hacer es matarme y así le acabo las complicaciones a mi mamá y no me convierto en una carga para mis abuelos. Esta semana mi mamá ya tomó la decisión de retirarme del colegio y mandarme dizque para donde mis abuelos en Tablones, ese colegio yo no lo quiero, no quiero ser una pueblerina-. Seguidamente tomó su maletín y sacó uno de sus cuadernos, específicamente el de comerciales y desdobló una hoja de papel amarillo en la que había escrito su nota de despedida y la mostró, aunque ya la conocíamos preferimos guardar en confidencialidad la copia que nos había suministrado Julio, su mejor amigo. Le indicamos que en la oficina contigua casualmente se encontraba doña Adriana quien había venido a firmar la renovación de matrícula; con extrañeza replicó, -¡ummm! la renovación o la cancelación?-, -La renovación -le afirmé además es necesario, que entre todos los presentes incluida su mamá, encontráramos una solución acertada para que ella no se sintiera con pensamientos de acabar con su vida y pudiera terminar sus estudios. Sin mediar palabra esperó a que su mamá ingresara a la oficina, doña Adriana la saludó, abrazándola y dándole un beso en la frente, además de decirle “hija te quiero mucho”, la niña de inmediato entró en llanto y no se separaba de su madre. Decidimos darles un tiempo para que se calmaran, Vanessa entre sollozo le pedía perdón a su mamá, doña Adriana por su parte le indicó que no tenía nada que perdonarle y la niña le mostró la nota de despedida. Doña Adriana la rompió y le dijo que eso sería nota olvidada y que buscarían una salida al problema. La psicóloga orientó un diálogo relacionado con la solución de conflictos familiares, ante lo que la niña planteó una solución: -El barrio donde vivimos en verdad sé que tiene ambiente pesado… por qué no nos cambiamos de casa, incluso puede ser cerca del colegio, eso además de que me soluciona el transporte nos puede dar tranquilidad a todos. Sin mediar discusión doña Adriana estuvo de acuerdo, Vanessa añadió -no quiero irme del colegio, aquí estoy muy amañada y mis amigos me quieren-.

Ante la solución práctica de Vanessa se le recalcó que los problemas se solucionan mediante el diálogo, no con atentados contra la vida, ni reaccionando de forma airada ante las propuestas de la familia. Si desde un comienzo, ella hubiese planteado su punto de vista y su aporte de solución, de seguro no se presentarían los malos momentos que habían vivido. Con tono de niña consentida, contestó "Bueno, ya aprendí la lección." Quince días después Vanessa se mudó de barrio, ahora viven a una cuadra del colegio, ello le ha permitido que se vincule a la selección de fútbol femenino, la cual entrena en las tardes, mientras su mamá se encuentra en el trabajo, con posibilidades de ser trasladada a una oficina en Palmira

En la terraza

Sonó mi celular, era temprano, recibí una llamada de la guardia del Cuerpo de Bomberos, me indicaban que tenían un caso de intento de suicidio de un joven que pretendía lanzarse desde una azotea del barrio Popular en Palmira, de ser posible que les colaborara dialogando con el joven. Sin vacilar accedí, enviaron una ambulancia para que me recogiera en el colegio. La ambulancia no tardó en llegar, en el camino pregunté por los datos del joven, me indicaron que se trataba de un muchacho de unos quince años de edad, que amenazaba con lanzarse al vacío si alguien intentaba salvarlo. No tenían más datos, al llegar al sitio se encontraba la romería de gente agrupada llegando por los dos costados en una esquina. En la terraza del cuarto piso, parado al borde de la cornisa se encontraba un joven su familia me confirmaba que tenía quince años de edad, su nombre: John Faber Obando Carvajal. Su señora madre señaló: -mi hijo lleva más de dos años metido en el vicio, he hecho hasta lo imposible por tratar de que él deje de consumir, pero todos mis esfuerzos han sido en vano, si se tira de allá pues qué puedo hacer, me va a doler pero que se haga la voluntad del Señor-. El joven había sido estudiante de nuestra

Institución Educativa, pero por cambio de domicilio le habían cancelado la matrícula, recién comenzaba el periodo académico; en la institución en la cual estaba matriculado, no estudió sino dos semanas, pues comenzó a acentuar sus problemas de adicción y abandonó sus clases. Mientras subía, por las escaleras del tercer piso de la vivienda, se escuchaban los alardes del joven, mencionaba como la sociedad era una basura y que por ello era mejor matarse, -parrandada de triple hijueputas quieren ver mis tripas en el pavimento, pues les daré el gusto, son unos imbéciles, cojan oficio, mamá… llamen a mi mamá-. Cuando logré llegar a la azotea allí se encontraban dos integrantes del cuerpo de bomberos y tres patrulleros de la policía, quienes estaban tratando de dialogar con el joven, se tornaba muy ansioso y agresivo, profería mil insultos contra todos los presentes. En ese momento subió un tío del joven quien era la persona que en el último año se había encargado de asumir el proceso de John Faber, el tío comentó –Anoche mi sobrino se reunió con varios amigos, todos menores de edad, una cantidad de quicatos gotereros, que se dedican a tomar chirrinche, pasada la media noche se desaparecieron del sitio en donde estaban reunidos bebiendo y cogieron rumbo desconocido, uno de los pelados me dice ahora que se habían ido para el hueco a conseguir bazuco, allí metieron también marihuana, por eso este pendejo está trepado acá, lo que tiene es una turra la hijueputa-. Cuando me acerqué a tratar de dialogar con el joven comenzó a lanzar escupa, contra quienes estábamos cerca, observe como sangraba su frente y sus manos, pues golpeaba su cabeza contra una columna de la cual se sujetaba, además de lanzarle puños, cada vez que lo hacía sangraba más. Llegó un instante en el que se aferró a la columna y comenzó a salir espuma de su boca, había iniciado una convulsión, fue el momento clave en que uno de los patrulleros se le abalanzó y logró sujetarlo, retirándolo del borde de la azotea. Al llevarlo al piso, la convulsión se hizo más fuerte, pareciera que había mordido incluso su lengua o sus labios, por cuanto la espuma salía con sangre, luego de un corto relax, abrió nuevamente sus ojos, se incorporó y trató de correr hacia el vacío, pero en su camino ya se encontraban dos policías, quienes nuevamente lo sujetaron; se tornó demasiado violento, pateaba y mordía a los agentes del orden, que

ahora en número de cinco, aún no podían contenerlo. Finalmente fue necesario esposarlo, para dominarlo y bajarlo hasta la ambulancia, de inmediato fue trasladado a una clínica de la ciudad. Durante el traslado el joven alucinaba, manifestaba que unos hombres le estaban hiriendo el pecho: -mírelos se están metiendo por el techo, no los dejen bajar que me están chuzando el pecho, me van a matar, ayudaaaaa-, al llegar a la sala de urgencias fue recibido por dos enfermeros quienes lo ubicaron en una camilla y lo aseguraron con un arnés tipo araña, entretanto un médico ordenó le aplicaran un sedante, el nivel de intoxicación que tenía el joven era tan alto, que ni el sedante logró relajarlo en su totalidad, de inmediato llamaron a una psicóloga, quien luego de valorarlo y abrir la historia clínica, ordenó su remisión a una clínica de reposo en la ciudad de Cali, en menos de veinte minutos, el joven fue trasladado a la Clínica San Fermín de Irragori, en donde permaneció recluido por quince días. En la clínica recibió atención y tratamiento psiquiátrico, siendo medicado para garantizar una mejor evolución.

Al mes siguiente del hecho tuve la oportunidad de conversar con John Faber, ahora con sus cinco sentidos en orden fue posible conocer su historia: -desde que era pequeño, fui malcriado por mi familia, yo soy el menor de un grupo de seis hermanos y el único varón, porque el resto son mujeres, soy el consentido de la casa, vea ma' que yo quiero esto y me lo daban, que yo quiero esto otro y me lo daban, me acostumbraron a ponerme a pedir de boca todo lo que yo quisiera, con decirle que hasta cuando se me regaba el jugo me volaban a lavarme hasta los dientes ja, ja, ja, que sinvergüencería, no le miento me cepillaban literalmente los dientes, por eso fui creciendo como un Rey, como el patrón de la casa, encime y para completar mi papá se había abierto del rancho cuando yo era muy pequeño. Ese man se mamó de estar en la casa, se consiguió una sardina y montó tolda aparte, cuando yo estaba en la primaria en la escuelita de doña Efigenia era un buen estudiante, mis cuadernos eran a todo dar, además entre mi mamá y mis hermanas me hacían las tareas… entonces yo vivía relajado y por eso me iba

bien. Aunque pa'que le digo, yo daba bola con los exámenes y era todo bien, pero el delito federal fue cuando entré al bachillerato, me pasaron a un colegio súper grande, eso parecía haber llegado a una selva, eso era como treinta veces el tamaño de la escuelita (sacudiendo sus manos) mmmm, vea cuando inicié clases me conocí con el Beto y con Alzheimer, con esos manes todo era una bacanería, nos la pasábamos jugando fútbol; como el colegio era tan grande los profesores ni cuenta se daban, pero ahí si… pailas, me empezó a ir mal en las notas. En el primer periodo perdí hasta el descanso, luego apareció el Pipe, un futbolista ni del putas, ahí la cosa fue peor, pues nos volábamos para un potrero cercano y a darle a la tonga todo el día, en la casa no me decían nada y hasta guayos Adidas me compraron, porque les cuentié que estaba en el equipo de fútbol del colegio. En ese potrero probé por primera vez la maracachafa, mis amigos llevaron la yerbita y aprendí como se armaba la sábana, que terminaba siendo horrendo cacho, eso nos lo pasábamos y duraba por hay una media hora, ja, ja, ja, ja… haga de cuenta como los indios fumando la pipa de la paz, ¡uyy que mal! ¿Dígalo no? Pero vea, eso no fue todo, después nos íbamos para baño en Tablones, allá se armaban unos parches efectivos, a eso agréguele que llegaban las buenas niñas, allí fue donde me descachucharon, el Pipe que era el más arrechín de todos, embarazó a la novia y quedó bien jodido porque el cucho de esa hembra era un tombo, pero a veces pienso que eso salvó al Pipe de continuar en el parche con nosotros, sino… hubiese terminado bien perdido. Ahora es un jugador de fútbol profesional, ha jugado en el suramericano y en el mundial. Después del problema del Pipe, dejamos de ir un tiempo a Tablones. Cuando terminó el grado sexto, obvio, el príncipe perdió el año y en la casa me dieron mucha gallina, el castigo si fue tenaz, porque por una semana no me dejaron salir con el combo… ¡uyy esa fue dura! Para poder volver a mis andanzas, puse ojos de ternero degollado con mi ma' y la convencí de que iba a cambiar, fue allí donde me matricularon en otro colegio, este era más jodido y como premio me compraron un computador.

El combo de mis amigos se desintegró, el Pipe se lo llevaron a vivir con la pelada que embarrigó, el Beto siguió en el otro colegio y el único que continuaba conmigo era el Alzheimer, ese man era un plato pues metía tanta marihuana y pepas que a la media hora se le había olvidado todo. Una vez estaba tan pepeado que en lugar de entrar al colegio, se fue para otro y cuando llegó a la puerta se acordó que no estudiaba allí. Ese era un locazo. La junta con el hombre fue la que me acabó de joder, pues con él conocí al Grillo, a Papa Podrida y al Pastu, un combo tenaz, con ellos me enruté en el camino de la perdición, me cambiaron de colegio varias veces. Una vez me enfermé y estuve grave, pues me metí con un amigo llamado Fabio al Kínder, un lugar de buenas nenas, que, aunque no dejaban entrar menores de edad con las lucas y la ayuda de Fabio, pude cogerme una nena… finalmente me pringó, esa vaina me dolía hasta la lengua, no era capaz de orinar y olía súper asqueroso. Esa etapa no la quiero recordar, (moviendo su cabeza de lado a lado) después de eso mi mamá me matriculó en su colegio, pues la verdad la cantidad de antibiótico que me metieron como que me calmo la ansiedad de meter vicio, pero en su cole no dure sino el primer mes, porque pasando la cruz me enredé con una liebre del otro colegio y terminamos dándonos en la jeta. El man me amenazó y mi mamá de inmediato se cambió a la casa donde vivimos ahora, me sacó de allí y me matriculó en el San Bartolomé, que quedaba más cerca. Allí puse el broche de oro, con decirle que metía hasta pegante, mi cucha tiró la toalla conmigo y el que se hizo frente de todo fue mi tío Jaime, ese man es un bacán… por ahí con unas amistades me llevó a una fundación de rehabilitación, el primer mes fue duro y yo me volé, pero el hombre me ubicó y me hizo regresar, alcancé a durar unos mesecitos más y allí si me volé definitivamente. Mi ma', me recibió otra vez en la casa y volví a coger por el mundo de las drogas. A mi amigo Alzheimer lo mataron, lo pescaron mal parqueado el combo de la pandilla de Superman y se lo alzaron a cuchillo. Eso me marcó la pauta para seguir metiendo y buscar la venganza de mi parce, pero en los días siguientes no aguanté y allí fue donde me trepé a la azotea, estaba decidido a matarme, estaba muy aburrido y delirando, entre otras cosas, el resto de la historia ya la conoce-.

John Faber se encuentra en tratamiento psiquiátrico y ha ingresado en un Instituto abierto de rehabilitación. En el instituto permanece todo el día y va ha dormir a su casa, manifiesta que así se siente mejor, porque no experimenta la sensación de estar preso como lo vivía en la fundación, de la cual se fugó en dos oportunidades. Está convencido que la principal causa de haber tomado rumbos equivocados, fue en esencia la alcahuetería de su mamá. Actualmente está tratando de darse una nueva oportunidad para su vida. El tratamiento le ha dado buenos resultados y ya no siente la compulsión por el consumo.

Programada desde pequeña

-Eran las nueve de la noche cuando me encerré en la habitación, entré un vaso con leche y me tomé una a una las treinta pastillas, cada que tomaba una pastilla pasaban por mi cabeza una cantidad de imágenes, de recuerdos…, me sentía muy triste, sentía una opresión en el pecho, como una sensación de calor que subía hasta mi cerebro, comencé a llorar, habían entregado en la mañana el boletín de calificaciones del colegio, me reportaban diez materias perdidas, en el primer periodo había perdido seis, mi desespero era inmenso, la cantaleta de mi mamá desde que vio el boletín solo paró hasta como quince minutos antes que decidiera encerrarme, aun afuera seguía renegando, -“es que es una bruta de

tiempo completo, una mula, yo parí una mula… cuando se ha visto, en lugar de mejorar lo que ocurrió fue que empeoró, va a calentar puesto al colegio, en mi época nunca se veía esa serie de cosas, el mundo al revés, yo me mato la vida, me rompo el culo por darles lo mejor y vean esta como me paga… debería de retirarla del colegio y llevármela a lavar cagaderos como a mí me toca, pa' que se dé cuenta lo duro que es, yo no cago billetes pa' estar gastando plata en ella… que el pasaje, que la fotocopia, que ya se antojó de algo y hay que correr a ponerle las cosas… no jodamos, la voy a entregar a bienestar familiar, a ver si allá se le van a aguantar la majadería, si le van a alcahuetear que pierda hasta el recreo… eso pa' lo único que va a servir es pa' abrirle las patas a los hombres, pa' nada más… el taita se largó y me dejo a mi embarcada con una berrionda muchacha que no sirve ni pa' lavar un berraco plato, que esperanza voy a tener en ella, si ni siquiera pa' estudiar sirve… estoy tan jarta que quisiera largarme lejos, tirármele al tren a ver qué es lo que va a hacer cuando la mama le falte… -y así una serie de cosas que me desesperaron ya no quería escucharla más, no quería más, mi cabeza se iba a estallar con tanta alharaca. No sé, mi mamá de dónde saca tanta cosa, parecía una grabadora, una cotorra se le quedó pendeja y en medio de cada vaina tomaba el valor para ir metiéndome más pastillas, cada palabra era un motivo para empujar cada pepa, cuando estaba terminando el último sobre, ya sentía un sabor amargo en mi lengua y sentía muchas ganas de vomitar, sentí que el corazón se me iba a salir de mi pecho, se me aceleró tanto que lo escuchaba en mis oídos, al rato me dio mareo, la cama me daba vueltas y comencé a sentir muchísimo sueño y sed. La boca se me resecó, las tripas me crujían y me dieron cólicos, al rato me quedé profundamente dormida y no supe más de mí. Al otro día, me desperté, era ya tardísimo, mi mamá ya había salido para su trabajo, eran más o menos las diez de la mañana, me dolía mucho la cabeza y la boca del estómago, me levanté a tomar un poco de café y de inmediato me dieron unos retorcijones lo más de berracos y me dio diarrea, sudé demasiado y me dio la pálida; sentí como que me iba a desmayar. Me recosté un momento en el piso del baño y luego me duché, al sentir el agua como que pude restablecerme, pero regresé a la cama, alrededor del medio

día me levanté nuevamente y me preparé el almuerzo, como mi mamá trabaja en una casa de familia, solamente llega en las noches y con la cantaleteadera que tenía, ni pa' qué verla. Me preparé un poco de arroz y comí con un huevo frito, pensé que me iba a dar más diarrea, pero lo asimilé sin problema, como tenía tanta sed, preparé hartísimo jugo de tomate de árbol y eso me ayudó. Pensaba en qué me había fallado, por qué si tomé tantas pastillas aún seguía con vida, eso es el equivalente a estar uno bien jodido. En la tarde me fui para donde unas compañeras de colegio, Olga y Doris, a quienes les conté lo que había hecho y me regañaron. -Elizabeth, usted porque es tan lámpara, como se le ocurrió hacer eso, por qué no se va para el médico-, -nooo ya me siento bien, además para ir al médico necesito el carnet y lo tiene mi mamá y a la hora que yo le cuente lo que hice, más la cantidad de materias que perdí en el colegio, de seguro me da un trilla bien ganada y eso solamente me va ha aumentar los problemas, la verdad es que ya me siento muy bien y no quiero generar más problemas de los que ya he armado… mi mamá, no me va a entender, ella es una persona muy cerrada, ella todo lo arregla con la correa-. Con mis amigas me dediqué a desatrasarme de lo que habían visto ese día en clase y realizamos un taller de ciencias naturales que dejó la profe, por cierto, bastante largo, sino hubiese sido por la ayuda de mis amigas, la verdad habría intentado algo que me funcionara y morirme de una vez por todas-.

-¿Morirte de una vez ?, pregunté luego de escuchar el relato -Si rector, es que cuando reviso las palabras que me dice mi mamá, yo creo que ella tiene toda la razón-, La razón en qué?, -En que yo soy una bruta, imagínese no más lo que hice, desde pequeña ella siempre me ha enrostrado que yo no sirvo pa' nada y aunque yo ayudo con el oficio de la casa, lavo mi ropa, y cocino, ella considera que no sirvo y que no lavo bien ni un plato… como mis primas son bien, ella siempre me compara con ellas y me trae a colación que esas niñitas sí saben pa' donde van, que tienen un buen futuro porque desde muy pequeñas les ha gustado el estudio y sacan las mejores notas, pero en cambio yo soy mala para todo… pero rector, cómo quiere mi mamá que yo sea buena en el colegio si a toda hora solo mira mis errores y

sobre ellos me recae. Cuando he obtenido algunos triunfos, ella los menosprecia o manifiesta que si gané un examen, es porque de seguro realicé chancuco, no porque yo me haya esforzado… ese tipo de cosas lo desaniman a una-, -Con relación a las materias perdidas, aún tienes oportunidad de presentar los talleres de recuperación, es una buena oportunidad para demostrar que tienes potenciales-, ¡-ayyy rector!, es que muchos profesores también me la tienen montada, como yo arrastro la fama de ser mala, algunos no me dejan los talleres de recuperación o cuando los presento me dicen que ya pasaron las notas, que la plataforma está cerrada-. -Bueno, eso lo podemos solucionar a través de tu directora de grupo, pero debes establecer un compromiso de presentar tus actividades y de mejorar en el rendimiento académico, ahora, frente a lo ocurrido ayer, si me preocupa bastante, por cuanto tomar la decisión de acabar con la vida, me indica que te encuentras al borde de un abismo. El cúmulo de problemas tienen solución, si lo miras con detalle, si te dejas acorralar, terminarás tomando acciones equivocadas; por lo tanto vamos a iniciar con un pequeño encuentro con la psicóloga.-, -¡ayyy rector… yo no estoy loca, soy bruta, pero no se me corre el caspero!-, -Mira, primero tú no eres bruta, has tenido una serie de dificultades que te han distraído del objetivo de estudiar y por ello no obtienes buenos resultados y eso se corrige fácilmente y segundo, cuando hablamos con los psicólogos, no es porque estemos locos, la locura es una enfermedad y para ello recurrimos a los médicos psiquiatras. Los psicólogos te trazan pautas, para que puedas aprender a resolver tus situaciones problema y no termines realizando acciones, como la de ingerir treinta pastas. Te pregunto: ¿lograste resolver el problema? -La verdad no rector, siento que me he complicado mucho más, pues hasta la barriga me duele a ratos-, -Bueno el trato es conversar con la psicóloga y luego te remitiremos a una EPS, para que un médico de prioritaria te revise y determine qué fue lo que ocurrió con tu cuerpo, por haber ingerido las pastillas que refieres y vamos a conversar con tu mamá. Entre todos encontraremos una salida acertada a la situación-. -¡nooo! replicó con cara de angustia, a mi mamá no, llame a quien quiera, pero a ella no-. Daba la impresión como si la madre le maltratara por la cara de horror que reflejó, le indiqué que nos

iríamos paso a paso y que era vital contar con la colaboración de la madre, así fue como la cité para el día siguiente en horas de la tarde, dando la posibilidad de obtener el permiso de su patrona para asistir al llamado del colegio.

Al siguiente día siendo las once de la mañana, se presentó una señora de tez trigueña, con el ceño fruncido, -disculpe buenos días, le indicó a mi secretaria, yo vengo a una cita que me hizo el señor rector. Como me encontraba a un lado de la entrada de la rectoría, le pregunté si era la mamá de la niña Elizabeth, -en efecto lo soy, respondió-, le invité a seguir y le pregunté si sabía la razón de haberla mandado a llamar. En un tono fuerte y airado me respondió –Me imagino de seguro que es por lo que la cagona ha perdido tantas materias, o por el cuento de que quería matarse-, -Por ambas -le repliqué, -pues mire rector, yo no sé qué hacer con mi hija, ayer la patrona me tuvo que volver a dar permiso pa' llevarla al médico por la idiotada que hizo de tomarse las pastillas y hoy también pa' venir a hablar con usted, más el día de la reunión de padres de familia que fue antes de ayer ya voy perdiendo tres días arriesgándome a quedarme sin trabajo, por fortuna mi patrona es condescendiente, ¡huyy,! yo le conté lo que me estaba ocurriendo y como ella es mamá de tres niñas, pues creo que me entendió. El problema es que todos tenemos un límite de paciencia y de pronto a ella se le acaba y me puedo quedar sin trabajo y ahí sí… la que va a tener que tomarse las pastillas soy yo. Usted por qué no me ayuda a ver si esta niñita de una vez por todas entiende que hay que estudiar-, Precisamente el motivo de la citación es revisar la problemática que existe en casa y en el colegio, para erradicar de la mente de la niña, toda idea de suicidarse, según entiendo desde pequeña usted programó neurolingüísticamente a la niña… cada vez que le trata de bruta, de la mala para todo, de no reconocer sus pequeños logros, la ha ido programando para que le vaya mal en todo, además el error de compararla con otros miembros de la familia, genera rebeldía y retroceso en el proceso de aprendizaje. La situación de su trabajo, el hecho de vivir ustedes dos solitas y de no contar con los recursos necesarios, le ha llevado a vivir en

una casa sin la comunicación y el apoyo necesario, que una hija espera de su madre. La señora Bertha, encharcó sus ojos y comenzó a llorar, ¡ay rector es que mi vida ha sido muy dura! Mire yo soy desplazada por la violencia del Urabá antioqueño, allá yo vivía con mi familia y mi esposo, yo tenía cuatro hijos, tres son varones y una mujer, a los varones me los mataron y estando esta Elisa muy pequeña, me tocó una madrugada agarrar unos chiritos y salir de pérdida del pueblo, porque las voces decían que nos iban a ir a matar, por ser colaboradores de la guerrilla. Nosotros éramos trabajadores de la tierra y terminamos siendo señalados como ayudantes de la guerrilla. ¡Cuándo se había visto eso! El otro problema era que cuando llegaba la guerrilla, también nos acusaban de colaborar con los paras, estaba uno en medio del problema, entre la espada y la pared como se dice, mire, yo tuve que dejar mi casa, los plantaditos, mis cosas, los muebles, salí con mi muchacha y dos chiritos… primero llegamos a Medellín y de allí me fui pa' Bogotá a donde una familiar, pero no pude conseguir trabajo, así que conocí una señora amiga de una prima, que me recomendó para un restaurante que iban a abrir en Palmira y fue así como nos vinimos para acá. De mi esposo no volví a saber nada, la última vez que lo vi, fue el día anterior a abandonar la casa, los vecinos decían que los paras lo habían llevado monte arriba… esta es la hora que no sé si vive o está muerto. De seguro lo han matado por allá arriba, porque sino nos hubiera encontrado en tanto tiempo, acá llevo viviendo ya unos ocho años, primero trabajé en el restaurante y hace poco le trabajo a doña Noé, una señora que asistía al restaurante y me ofreció una mejor paguita, como ve, mi vida ha sido muy dura y quizás soy una mujer de temperamento fuerte y así trato a mi hija. Yo creo que es por eso, que la muchachita anda así, pero qué le hago a la vida si así me ha tocado vivir, las duras y las maduras-. -La verdad es una historia de vida compleja -le indiqué, pero nunca es tarde para comenzar a corregir las fallas. Por culpa del pasado nos marcan el presente, vamos a iniciar un proceso con la psicóloga del colegio, para que ella le pueda dar unos tópicos de cómo tratar a Elizabeth y cómo mejorar la relación entre las dos, eso de seguro nos va a

permitir mejorar el rendimiento de la niña, pues aún estamos a tiempo de que pueda recuperar las asignaturas que ha perdido.

Madre e hija iniciaron unas sesiones con la psicóloga, posteriormente se les canalizó remisión a la EPS, en donde siguen un tratamiento de atención psicológica, la comisaría de familia por su parte, nos ha brindado también ayuda, en la medida en que proceden de una familia desplazada por la violencia.

Luego de algunos días volví a hablar con Elizabeth, ya con una actitud diferente a la que tenía en los días pasados, se reía de contarme que las pastas que había tomado para suicidarse se utilizaban para curar la gastritis, -así que rector sin querer queriendo me curé la gastritis-, mientras reía, me mostró el control que le sigue la psicóloga en la EPS y la patrona de su mamá, le permite acompañarla en las tardes y aprovecha para realizar tareas con las hijas, -es una señora muy amable y siento que he ganado una familia pues no me tratan como la hija de la empleada del servicio doméstico, sino como un miembro más. Estoy presentando las actividades de recuperación, eso sí, no he podido recuperar todo lo que perdí, pero me quedan pendiente solo dos asignaturas, que aunque los profes son un poco jodidos, allí voy superando la crisis y le aseguro que aprendí la lección y nunca más en mi vida me tomaré una pastilla. -

Elizabeth se graduó como bachiller el año pasado y ahora realiza un curso de formación en banca con el Sena.

Acoso y ciber acoso

-Orejitas, Dumbo, orejas de burro, parabólica, son parte de los apodos que me decían rector, desde pequeño he tenido el problema que todos mis compañeros me la montan porque tengo las orejas muy

grandes, por eso utilizo el corte de cabello estilo mate, para poder taparlas un poco. El problema es que en la medida en que fui creciendo, mis orejas crecieron el doble y las puntas se me salen de entre el cabello, he tenido que soportar el acoso de mis compañeritos desde el jardín, recuerdo que una vez cuando estaba en danzas, un compañero se me colgó de las orejas y casi que no me suelta, eso me dolió tanto que estuve con las orejas rojas como dos días. Cuando ingresé a la escuela, la cosa se complicó, pues ya eran muchos compañeros por salón y claro, desde el primer día me la montaban, en primero de primaria me agarré a puños con Alonso, pues nos llevaron a ver una película de Disney y justo era la de Dumbo y automáticamente me engarzó la chapa y todo el salón me la montó, ese día no quise salir a descanso pues todos se ponían las manos en las orejas, por donde yo pasaba y se aplaudían, hasta antes de salir para la casa no aguanté más y le sople un puño en la cara de Alonso y él se me prendió de las orejas, a pesar de que la maestra lo regañó, el resto del grupo ya me llamaba Dumbo. En casa mi mamá me hablaba de la película de cómo ese defecto de dumbo, se había convertido en una fortaleza y que finalmente había logrado volar y estar por encima de todos los que lo molestaban y se mofaban de él, pero esas cosas solamente pasan en las películas. De seguro que yo no iba a volar con mis orejas y mi mamá solamente pretendía darme un consuelo de tontos. Cada día la escuela era un tormento, por esa razón cada año lo realicé en una institución diferente, pues donde llegaba después del primer día ya me tenían la chapa, incluso llego la situación a tal punto, que algunos profesores en lugar de referirse hacia mí por mi apellido o por mi nombre, sencillamente hablaban del orejón, lo que de inmediato generaba toda una serie de acosos y vergüenzas, que me hacían pasar mis compañeros de estudio.

Cuando ingresé al bachillerato, comencé a utilizar un gel para que el pelo mantuviera casi endurecido y no dejara entrever mis orejas, pero como la curiosidad siempre ha reinado, no faltaba el imprudente que me corriera el cabello y miraba mis orejas. Me comenzó incluso a ir mal en las clases de educación física, pues me abstenía de hacer deporte porque el correr y los movimientos de cabeza hacían que mis

orejas quedaran al descubierto, momento que aprovechaban los demás para cogerme de tema y cuando le informaba a los profes cual era la razón, algunos se reían y no hacían nada para ayudarme.

A pesar de vivir amargado desde pequeño en razón a mi defecto, ya me había habituado y cuando no me decían nada como que me sentía en un lugar extraño, mis orejas eran la risotada de todo el mundo, alguna vez le pedí a mi mamá que me diera el mejor regalo del mundo y al preguntarme de qué se trataba se ofuscó mucho, pues le pedí que me hiciera cortar las orejas, me dijo que si era que yo pensaba que ella era banquera, para tener el infierno de plata que cobraría un cirujano por hacerme el tratamiento y que eso era pura vanidad, que si a mí me querían lo hacían por mi forma de ser, mas no por el tamaño de las orejas. Ella no entendió, que son un montón de años arrastrando el karma por el señor tamaño de mis orejas. Al parecer heredé su tamaño por mi abuelo, porque en el resto de la familia todos tienen las orejas normales, mi abuelo sí es un poco orejón, mas no mi papá y a mí si me tocó ser el de malas de la familia. Después de todo, la situación ya era tan cotidiana que me hice al dolor de soportar las burlas de todo mundo, la cosa se tornó más crítica cuando ingresé a grado noveno, este año sí fue lo que rebosó la copa. Todo comenzó por una sardina nueva que entró al grupo en el que yo estaba, una chica muy linda, desde que la vi terminé enamorado, algo así como lo que dicen del amor a primera vista. Al principio tenía mucho temor de arrimármele pues podría rechazarme por mis orejas, pero poco le importé y antes se disgustaba con mis compañeros cuando me molestaban en el salón, incluso dejo de hablarle a varios de ellos motivada en las burlas que me hacían. Comencé a visitarla por fuera del colegio y alguna vez salimos al parque y allí me la entuqué, las cosas comenzaron a ir bien, incluso mejoré mi rendimiento académico, por cuanto las tareas y trabajos los realizábamos juntos. Daniela fue súper bien conmigo, como nuestros padres nos veían realizando tareas no molestaban para nada, ellos al contrario empezaron a ver con buenos ojos que compartiéramos tiempo, pues se veían los resultados, además ese era el pretexto para poder estar

juntos. Las cosas comenzaron a tornarse oscuras cuando empezaron en nuestros Face a enviar una cantidad de mensajes, con gráficas algunos, en los que realizaban fotomontajes con las fotos de Dumbo y mi cara superpuesta en la del elefante… la foto de mi novia volando con imágenes de la película, llegaron a tal punto que realizaron un fotomontaje de fotografías porno, con un tipo súper orejón y con mi rostro en su rostro y el rostro de mi novia en el de la pareja. Los padres de Daniela se disgustaron bastante y le pidieron que lo mejor era que no volviera a realizar tareas conmigo, para evitar que la boletearan de esa forma tan vulgar. Cada día encontraba una serie de etiquetas, mensajes, publicaciones en el muro, en donde con cualquier cantidad de gráficas me insultaban y se mofaban en razón de mi defecto físico. La presión que sentía era tanta, hasta que al final ya no aguanté más, cuando no era la presión en el salón de clase era en el Face, eso se tornó tan duro para mí que tome la decisión de acabar el problema suicidándome. Esa noche después de que mi mamá se acostó salí al patio, permanecí durante mucho tiempo llorando, y al ver que esta situación cada vez era peor, decidí que lo mejor era acabarla de raíz, por eso hice lo que hice, pero la estrategia me falló y no fui capaz de continuar, el ruido despertó a mi mamá y cuando me vio tendido en el suelo, empezó a sacudirme como loca, yo nunca había visto ese tipo de reacción en ella, -qué hiciste Efrén, qué hiciste-, gritaba desesperada, los gritos fueron tan altos que la vecina de la casa de enseguida también se despertó y por el muro le preguntaba a mi mamá qué pasaba, que si necesitaba ayuda, -Efrén, es Efrén-, -qué le pasó a Efrén vecina, -Intentó suicidarse gritó-, Yo me encontraba en estado todo raro, estaba consciente de las cosas y escuchaba lo que la gente hablaba pero no podía reaccionar era como si me hubiese dopado sin haber tomado nada, yo no hablaba, solamente sentía las sacudidas de mi mamá. La vecina llamó una ambulancia y en poco tiempo se escuchó la sirena, sentí cuando me colocaban una linterna encendida enfrente de mis ojos y me decían: -pelado, ¿me escucha?, ¿me escucha?, era un auxiliar de enfermería que trataba de animarme para que pronunciara algo. Dijeron que estaba en estado de shock y que lo mejor era trasladarme a un centro hospitalario. Mi mamá les dijo que tenía el servicio médico de la

Clínica San Fermín y hasta allá me trasladaron, cuando llegamos a urgencias el médico me hablaba, pero yo solamente escatimaba en mirar sin pronunciar palabra, la verdad es que quedé fue como agüevado rector, sentí que me canalizaron un brazo y me aplicaron unos medicamentos, finalmente sentí mucho mareo y me quedé dormido, cuando desperté ya estaba amaneciendo, me encontraba en una camilla, bastante incómoda por cierto, me dolía muchísimo la cabeza, pues al parecer por la vaina que pensaba realizar me pegué un gran totazo. Mi mamá estaba dormida, sentada en una silla y su cabeza recostada sobre la camilla a la altura de mis pies, -mami, mami -la llamé, en ese instante giró su cara y todavía con los ojos entrecerrados e hinchados de todo lo que había llorado, me dijo -mijo cómo se siente-, como un culo mami, perdóneme por lo que hice -Ella me abrazó y me manifestó que no me preocupara, que lo pasado, pasado, lo que importa es que lo tengo a mi lado. Me preguntó por qué lo había hecho. A lo que le respondí, -Mami es que ya no aguanté más la saboteadera por causa de mis orejas, ir a clase, al colegio es duro, en toda parte me dicen un apodo o realizan una acción maluca y como los profesores se han aleteado con quienes me molestan, entonces cogieron la moda por el Face, así es difícil, casi imposible rastrear quien es la persona que manda los mensajes. Utilizan cuentas falsas, logrando dejarme en ridículo entre todos mis contactos y sin poder darme cuenta quien es que me la tiene montada-. -Pero mijo yo puedo ir al colegio-, -pero mami qué se gana con ir, los profes y el coordinador han hasta suspendido a quienes me la han montado, pero a un computador como lo suspenden y siempre la joda es al llegar la tarde, cuando desde dos cuentas de mujeres, han realizado la gran mayoría de publicaciones… Eso es duro mami, el otro día los comentarios son en torno de la payasada que han publicado y en donde yo soy el payaso, eso me tiene harto. Anoche publicaron en el muro una cantidad de vulgaridades que finalmente rebosaron la copa, mire que hasta Daniela se alejó por el acoso en los mensajes. Si quiere vea mi Face. Al rato llegó un médico muy joven, se trataba del doctor Quintero, un psiquiatra que le fue asignada la historia clínica de mi intento, se acercó muy formal, hasta me realizó unas bromas como para romper el hielo, eso me brindó confianza, yo me

imaginaba a los psiquiatras como viejitos de mala cara, pero el doctor Quintero era un man bacano, me brindó mucha confianza y le empecé a contar lo que le he contado a usted, de cómo había comenzado mi complejo y como los acosos me atosigaron tanto hasta llegar al punto de querer suicidarme. Él me dio una luz que me cambió el ánimo, pues podía justificar la cirugía de mis orejas para que me las recortaran. Las EPS, me explicó, no asumen una cirugía de manera directa con relación a las orejas, porque es considerado un problema estético y no funcional, le pregunté cuál era la diferencia, entonces me explicó que la EPS no me autorizaría la cirugía en la medida en que mi aparato auditivo funcionaba normalmente y que el tamaño de los pabellones, no era un motivo que impidiera mi audición. Si estuviera en riesgo el oído la cirugía procedería porque se justificaría desde la afectación de la función de oír, pero me insistió en que era plenamente normal, pero a través de la historia de mi vida y los constantes acosos escolares, él podía justificar la inminente necesidad de ayudarme con la corrección de mis orejas. En esencia, después de algunos alegatos que sostuvo mi mamá con la coordinadora de la EPS y al haber instaurado dos tutelas, fue posible que me operaran mis orejas, y mire, aunque con turbante ya me siento diferente-, Señalaba el vendaje que tenía en su cabeza y que le cubría las orejas, -porque fue posible encontrar una solución, no veo la hora de que me quiten las vendas y saber cómo quedé. Por ahora necesito que me colabore justificando mis inasistencias a clase y hablando con los profesores para que me den la oportunidad de presentar todos mis talleres, durante el tiempo que he faltado. Mis compañeros ahora van a tacar burro porque ya no soy orejón-.

Efrén ahora vive una vida diferente, regresó con Daniela y sus compañeros ya no le acosan con apodos.

Soy un poco gordita

-Mire, lo que pasa es que para la gente normal es muy fácil decir que ser gorda no tiene nada que ver, que esa vaina con dieta y con bastante ejercicio se puede superar, pero cuando uno la vive en carne propia es otro cuento. Yo intentaba cuanta cosa me decían que realizara, desde comer puros vegetales, yerbas, trotar, hacer aerobics, nadar, en fin, cuanto ejercicio me han recomendado yo lo he realizado, pero la ansiedad por la situación me genera gordura. Mi mamá no es obesa, ni tampoco mi papá; en la familia son pocas las personas que son gordas, más bien la tendencia es que todo el clan familiar son flacuchentos, pero preciso yo tenía que ser la gorda del cuento. La profe Afrania me ha dado muchos consejos, ella es a todo dar, esa cucha es bien, con decirle que hasta me consiguió la cita en la clínica del Norte, para que un médico especialista me valorara. A esa cita fui con mi mamá, allí pobrecita, el médico lo que hizo fue regañarla. Yo creo que mi mamá hubiese querido hacer un hueco en la tierra y meterse en él, pues según el médico el problema viene desde pequeña, por no haber tenido una dieta balanceada además el riesgo de tener problemas cardiacos, pues tengo el corazón agigantado. Me mandaron un pocotón de exámenes, pero si le cuento verdades, tengo que empezar por contarle que yo he intentado suicidarme ya tres veces: La primera vez, ¡huyy, eso fue tenaz rector!, de esto mi mamá no se dio cuenta, eso lo hice el año pasado, decidí tomarme un fermento, eso fue una vez que mi tía Rosalba había venido de Bogotá y la pobre sin querer me hizo sentir como un culo, porque lo primero que expresó cuando me vio, fue “mamita, como está de gorda, parece un tanquecito”, ella quizás lo expreso sin ninguna mala intención, simplemente le salió de su corazón, porque en efecto estaba muy, pero muy gorda. Eso me tiró la autoestima al piso, fue como si dentro de mí hubiese gatillado un cañón, sentía que yo era una gorda inmunda, entonces ocurrió que mi mamá y el resto de la familia se fueron al centro comercial para que mi tía conociera, pues hacía más de cinco años no venía a la ciudad… yo no quise ir con ellas, inventé que tenía un poco de tareas para el otro día y que tenía que

estudiar para un examen, entonces al quedarme sola, saqué el fermento que tenía guardado mi mamá y me lo tome… eso sabía a diablo, rector, me dio vómito ahí mismo y al poquito tiempo sentí un cólico como si los intestinos se me fueran a salir por detrás. Corrí de inmediato al baño y hasta me poposié en los calzones porque no alcancé a llegar a tiempo. Sentía mucho mareo y terminé vomitando hasta los apellidos, no tuve otra sino que bañarme, me tomé casi un litro de gaseosa que había en la nevera y eso me calmó, al menos me quitó el mal sabor del fermento que había quedado en mi lengua; de una me empijamé y me acosté. Quedé tan profunda que no me di cuenta a qué hora regresaron mis familiares. Al otro día cuando mi mamá me llamó para organizarme y venirme para el colegio, yo pensé que ya estaba muerta, pues me costó mucho trabajo el despertarme, sentía un peso extraño en la barriga y me ardía todo el esófago, me levanté, me bañé y me organicé. Luego en el desayuno, le pedí a mi mamá que me regalara mucho jugo de naranja, pues me había levantado con mucha sed, mientras me desayunaba mi mamá encontró el frasco del fermento que había tomado en el pasillo que conduce al patio de ropas, de inmediato me preguntó que, si yo había cogido el fermento, con cara de yo no fui, le respondí que cuál fermento, a lo que no me respondió y quedó la cosa así. De esta situación mi mamá no se enteró y esta es la hora en que todavía está sana. La segunda vez lo intenté combinando el fermento con otra vaina, en esa oportunidad la familia se encontraba reunida por fiestas navideñas, habían llegado varios familiares de Bogotá y de Cartago, eso fue para un veinticuatro de diciembre, varios de mis primos se dedicaron a jugar en el antejardín de la casa, que por cierto es bastante grande, con decirle que se pueden cuadrar hasta cuatro carros en la zona. Jugábamos a la lleva y a las escondidas, el problema conmigo es que soy mala para correr y con mi tamaño no me puedo esconder en cualquier parte, porque siempre me encuentran. Esa noche recuerdo tenía un vestido blanco que terminó casi color vino tinto, pues me dieron a beber una copita de vino que para el brindis y me la eché encima, de inmediato varios de mis primos me hicieron la mofa: ¡ahhhh la gorda, como siempre! y eso me dolió bastante, decidí no continuar jugando con ellos. Una de mis primas, Mercedes, se me

acercó y me dijo gordita: no les pares bolas, sigue jugando que aquí no ha pasado nada. Le respondí que tranquila, que le agradecía mucho el apoyo, pero que ya no quería jugar con personas a las que no les cayera bien, replicó -tan bobita, -decidí sentarme un rato en la sala, todos conversaban de algo, escuchaba risas, comentarios, que si te acuerdas de este personaje, que el vestido me quedó muy ancho, que el postre está delicioso, que los regalos de los niños y de un momento a otro fue como si me hubiese elevado y estuviera por sobre todo el mundo, escuchando al unísono las voces, era todo un fastidio en mis oídos, en la medida en que estaba en ese sofá me sentía como más sola. Las voces se acentuaban en mis oídos y corrí a mi habitación, todos estaban tan ocupados en sus conversaciones, cada quien con su tema que mi ausencia pasó inadvertida, llegué hasta el baño, tomé agua, luego me dirigí al lugar donde sabía se encontraba el fermento y lo convine con otra vaina, eso olía maluco, me lo tome de una y creo que más de la mitad se me devolvió y cayó encima del vestido, tornándose de color violeta, nuevamente me dieron muchas ganas de vomitar y no alcance a llegar al baño, hice señor reguero por todo el pasillo hasta la tapa del tanque, el escenario era asqueroso, como pude me quite el vestido, me envolví en una toalla y me resguardé en mi habitación, esperando esta vez poder morirme. Comenzaron los mareos, el cólico, esta vez no me dio diarrea, pero si más vómito. Finalmente sentí que perdí el conocimiento y me desmadejé en el suelo, cerca de la media noche mi mamá ingresó al cuarto prendió la luz y trataba de despertarme, yo escuchaba como si estuviera en el cuarto de al lado, la voz venía de muy lejos y renegaba que yo estaba tirada en el piso por efectos del trago, que de seguro había tomado con los alcahuetas de los primos, sentí que me subió a la cama, acotando lo pesadita que estaba, y decía ¡ay mi muchacha es la primera vez que toma y la noqueó!, es que eso le pasa por ponerse a jartar trago siendo todavía una culicagada. Al otro día me desperté y estaba bien acomodada sobre mi cama y recordé que era mi mamá quien me había recogido del piso, como me dolía todo, mis tías pensaron al igual que mi mamá, que el problema había sido porque había tomado mucho licor y que de seguro tendría señor guayabo encima. Una de ellas me regaló una bebida

energizante para que estuviera mejor. Luego de un rato me estabilicé, pero tenía la decepción más grande: dos intentos y aún seguía viva. Algo me estaba fallando pues había escuchado que, con el sólo fermento, era más que suficiente hasta para matar un caballo y yo seguía, como dice la gente, vivita y coleando; sería tal vez un castigo de Dios por haber tratado de quitarme la vida en dos ocasiones sin obtener un resultado contundente, de tal manera que mi segundo intento de suicidio, fue catalogado por mi familia como el resultado de una borrachera de la noche anterior.

La tercera vez que lo intenté fue la semana pasada, rector, pero como dicen no hay tercero malo, estando en el colegio una compañera a la que le caigo mal, me la armó por mi gordura y en una discusión que tuvimos sacó a relucir mi gran tamaño. Me hizo sentir como una inútil, todo porque no participe en el desfile de la semana de la colombianidad, aunque yo, al principio dije que sí, cuando me di cuenta que me tocaba bailar, decidí no presentarme al colegio, porque de seguro me iban a coger de tema, se burlarían de mí. Pienso que el problema de mi gordura es en esencia psicológico, porque si uno lo piensa en detalle lo del baile de la colombianidad, no era un motivo grave o serio como para pensar en suicidarme, lo cierto es que, a la final, me escudé en ello para volver a intentarlo. Esta vez sí me pillaron, ya las coincidencias no estuvieron a mi favor, lo que ocurrió es que después de salir del colegio, arrimé a una droguería y compré unas vainillas, la ventaja es que uno puede comprar vainillas que para eso ni piden formula médica, ni cédula de ciudadanía. Lo de las vainillas lo había escuchado en unos noticieros. Esta vez cuando llegué estaba todo mundo en mi casa, almorzamos, pero yo estaba bastante inquieta, mejor dicho estaba muy ansiosa por probar las vainillas, mi mamá con su sentido de madre me preguntó que si había pasado algo en el colegio, yo le respondí que no, -mmmmm… me da la impresión de que sí, -murmuró sin seguir insistiendo. Después de almorzar, me dediqué a lavar la loza, traté de parecer lo más calmada posible, para evitar que me siguieran haciendo preguntas, poco después subí a mi cuarto, allí meticulosamente comencé a arreglar todo, quería que al morir mi cuarto

estuviese bien arregladito, la cama pulcramente tendida, sin una arruga en sus superficie, mis muñecas bien ordenadas, la pantalla de mi TV y del computador, quedaron relucientes, luego me inspiré en dejar una nota de despedida, en ella principalmente me despedía primero de mi madre y luego de toda la familia y… un lugar para mis amigos, con ellos había compartido algunas cosas muy buenas, entonces era preciso despedirme. Una colección de botones publicitarios, la metí en una bolsa y anexé una carta en la cual se los heredaba a Carla, una de mis primas lo más de buena gente, me maquillé lo más bonita que pude, me tocó tomarme mi tiempo, por cuanto a veces me quedaba una raya más arriba, una más abajo, un lado más claro, uno más oscuro, a la final logré un maquillaje como nunca me lo había realizado, luego me estrené un vestido de color rojo, fue todo un ritual… luego con un vaso con agua me tomé las vainillas, esta vez no experimenté nada amargo… me recosté… al momento comencé a sentir un sueño tan pesado, que los parpados los sentía como si se trataran de dos piedras, súper pesados, lentamente me fui quedando dormida, no sé cuánto tiempo pasaría, pero comencé a escuchar voces de angustia que me llamaban, pero las escuchaba lejísimos, pensé que estaba soñando y lo que ocurría en realidad es que como mi mamá quedó cabreada por lo extraña que llegué, no sé cómo se dio sus mañas para abrir la puerta y al final me encontró, según ella como muerta sobre la cama. Lo que le pareció mas aterrador fue encontrarme tan perfectamente maquillada. De allí me llevaron al hospital en una ambulancia, y paulatinamente comencé a despertar del sueño profundo, para cuando lo hice me dolía terriblemente la nariz, me habían colocado una sonda naso gástrica y me estaban realizando una serie de lavados, -Tranquila -me dijo una enfermera, mientras limpiaba el sudor de mi cara con una compresa, no te afanes que todo va a estar bien. -Al momento llegó una señora de edad avanzada, era la psicóloga con quien me pareció terrible hablar, a cada pregunta siempre le contestaba un no sé, ella con mucho disgusto, se retiró, al tiempo se acercó otra enfermera que terminó aplicándome una inyección intravenosa y antes de que terminara de sacarme la aguja ya me encontraba profundamente dormida. Me aplicaron un sedante fuerte, pues el concepto de la psicóloga con el doctor, fue desfavorable y este

último me mandó a aplicar una sedación, tomó la decisión de trasladarme para Cali, de lo cual no me di cuenta, cuando desperté ya había transcurrido medio día… estaba en un lugar todo extraño acostada sobre una camilla, un enfermero me indicó que estaba en una zona de hospitalización de reposo mental, del hospital Freud de la Ciudad de Cali. Allí me charlaron tanto psicólogos como psiquiatras, estos últimos me tildaron de loca y firmaron la orden de hospitalización por quince días. Durante las sesiones con el psiquiatra, rápidamente comenzaron a florecer los sentimientos y resquemores que había desarrollado, no solamente con la gente sino conmigo misma, por la razón de ser gorda. Posteriormente me enviaron a casa, allí continúe con visita domiciliaria de la psicóloga que me había atendido en Cali la primera vez. Esa señora me levantó la moral no sé si estratega o que sé yo, pero me hizo sentir bonita a pesar de mi gordura. En la clínica de reposo me trazaron el cumplimiento de una dieta para mejorar tanto la respiración, como la grasa y con ello lograr reducción del índice de masa corporal, pues como era tan gorda cualquier comida me caía mal. Después la psicóloga envió una solicitud para que yo pudiera continuar mis estudios y fue lo que usted me autorizó, aunque a penas comienzo a bajar de peso, ya me siento mejor conmigo misma, y estoy segura que no tendré que recurrir al cuarto intento, ya que mi fe se basa en el cambiar de la vida diaria y en tratar de ser cada vez mejor-.

Las voces que me hablan

-Todos los días cuando llego a mi casa siento la inminente necesidad de correr al tercer piso, subo a través de una gradería angosta, hasta alcanzar la losa, sobre la que en algún momento ocupará un tanque de reserva de agua, o al menos eso es lo que dice mi papá. Estando allí escucho voces, voces que me animan a lanzarme hacia el vacío. Siento una inmensa curiosidad por saber qué se siente rebotar contra el piso, pues cuando veo que los muñecos de la televisión se lanzan y rebotan, me pregunto si será igual con una persona. Las voces me persiguen a todas partes, pero hay momentos durante los cuales me dejan tranquilo. Me da mucha pena hablar de las voces con mis amigos pues en algún momento lo hice y me tildaron de loco, una profe me decía que quizás es mi amigo imaginario y yo creo que sí, pues siempre me acompaña. No importa donde vaya, las voces están conmigo, pero ahora que hablo del tema, serian varios mis amigos, pues escucho voces de hombres y mujeres, las voces a veces me dicen que alguien me está persiguiendo, que debo tener mucho cuidado, pues me pueden matar. En las noches no me dejan dormir bien, hay días enteros que los escucho, me hablan de todo, hablan de mi mamá, de mi papá, me dicen que hay momentos en los que ellos no me quieren y que mi mamá es la que me odia, porque se fue con otro tipo y tienen muchos hijos a los que sí quiere, eso me hace sentir muy triste, me pregunto por qué mi mamá me abandonó, por qué me dejó solo si yo no soy un niño malo. Yo me porto bien tanto en la casa como en el colegio. Mire en la casa me dedico a hacer el aseo de toda la casa, a mí me toca barrer y trapear, y me figura organizar el cuarto en donde

yo voy a dormir, pues no tengo una cama para mí, hay semanas que duermo en el cuarto de mi hermana mayor, otras duermo en el de mi hermanito menor, el problema es que él es muy chiquitico y llora mucho, y cuando me puedo medio dormir, él se despierta y me interrumpe el sueño y las voces me dicen que él me odia, por eso casi no me gusta dormir en el cuarto de él. Mi hermana mayor es hija de mi papá y de mi mamá, pero mi hermanito es de mi papá con mi madrastra, con ella casi no me siento bien, pues siempre me esta culpando de todo lo que pasa en la casa: que si hay mugre en la mesa, que si huele raro, que el patio no lo he lavado, que los perros dañaron algo, siempre busca un motivo para que me culpen de lo que ha pasado y cuando llega mi papá, le inventa un cantidad de cosas. A ella no la quiero, es que ni poquito. Las voces me dicen, que ella lo que está haciendo es buscar la manera de hacer que mi papá me eche de la casa, de eso me da mucho miedo porque no tengo para donde irme. Mi mamá no tengo ni idea de donde se encuentra, pero a la hora que me echen de la casa estoy seguro que mi mamá no me recibiría pues por algo me abandonó, además ella quiere es a los hijos que tuvo con el otro señor y seguro que me va a dar mala vida, pues las voces me lo dicen. Escucho cuando hablan de mi mamá, ellos dicen que ella es muy mala, que no tiene sentimientos y que prefirió irse con un tipo, que compartir su vida conmigo, por eso si la pudiera ubicar y me fuera con ella, de seguro me tiraría a la calle pues no le importo un bledo. Yo a mi mamá la odio, la odio mucho porque por su culpa, por haberme dejado solo, es que me siento muy triste y me toca hacer todo lo de la casa. A mi papá sí lo quiero, pues él de vez en cuando me da gusto, me compra algunas cositas o me lleva a pasear en la moto, el problema es que mi papá trabaja mucho y vive más fuera de la casa; le tocan unos turnos durísimos y trasnocha mucho y cuando esta de trasnocho no se puede hacer bulla en la casa, porque él se enoja y mi madrastra también. Mi papá es constructor y vigilante, él trabaja con una gente que se lo lleva por varias ciudades haciendo casas o arreglando edificios y cuando no tiene trabajo de construcción, él cuida parqueaderos o negocios de la gente y con eso consigue la plata para llevar cosas a la casa y para que todos podamos comer. Por eso yo trato de permanecer lo más callado posible

cuando él está de trasnocho, mi papá no me pega, pero a veces se enoja mucho conmigo por los bochinches que le lleva mi madrastra y aunque yo le juro que no he hecho nada malo, a veces no me cree y eso me hace sentir muy triste. Las voces me dicen que mi papá me puede pegar y por eso le tengo miedo y no quiero que se vaya a enojar conmigo para que no me vaya a echar de la casa. Con mi hermana mayor la relación es buena, aunque ella sí me vive pegando, me pellizca o me jala las orejas cuando no le aseo bien el cuarto, ella tiene una colección de muñecas en una repisa, al lado de la cama en la pared, es una repisa grandota y allí tiene acomodadas todas sus muñecas, tiene de todos los tamaños y la que más tiene es a la Barbie. A mí me toca limpiarle todas las muñecas, porque si no, no me deja dormir en el cuarto de ella, y eso que no duermo en la cama, me toca tenderla cuando ella se levanta, yo duermo en un colchón pequeño, de esos que se doblan y se guardan debajo de la cama, como le digo. Hay días que duermo en el cuarto de mi hermana mayor, otros con mi hermanito y a veces en la sala. El problema de dormir en la sala es que hace mucho frio y los perros se pasan del patio y se me acuestan encima y termino con la cobija toda sucia y llena de pelos de perro. El año pasado yo dormía en una cama pequeña en el cuarto de mi papá con mi madrastra, pero mi madrastra le dijo a mi papá que era mejor que me sacara del cuarto, porque no podían pichar tranquilos, pues yo les estorbaba; al otro día mi papá me sacó del cuarto y como el resto de cuartos están ocupados por mis hermanos, me toca turnarme cada semana con ellos. Mi hermana reviró porque su cuarto era muy pequeño y que meter una cama más le iba a quitar espacio, y en el cuarto de mi hermanito mi madrastra no la deja armar porque le iba a generar alergias. ¿Ahora entiende por qué me toca turnarme? cuando mi papá se va a trabajar y demora varios días, incluso semanas en otras ciudades, mi madrastra me acomoda en la sala, me dice que yo debo dormir con los perros, porque yo soy un animal y me entiendo bien con ellos. Cuando llega mi papá me turnan en los cuartos de mis hermanos, mi colchón se guarda debajo de la cama de mi hermana y de allí se saca todos los días según en donde me toque dormir, yo quisiera tener un cuarto como todos los de mi casa, pero mi papá me dice que tengo que esperar hasta

que construya un nuevo cuarto que va a hacer en el segundo piso, al lado de las graditas que llevan a la losa de la terraza, en donde me gusta sentarme para ver pasar gente o dejar que las voces me hablen con más tranquilidad. Cuando mi papá construya mi cuarto, ya no tendré que acomodar los cuartos de mis hermanos y tendré mi propio espacio, el problema es que en este tiempo mi papá no ha tenido buenos trabajos y le pagan muy poquito y no le alcanza para comprar los ladrillos, mi madrastra siempre le dice que no vaya a gastar la plata en eso, que hay otras cosas mas importantes en la casa para cubrir y que tenga presente que debe invertir la plata en los otros muchachos, por eso a veces las voces me dicen que mi madrastra me quiere ver muerto. Ayer mientras barría el cuarto de mi hermanito, fue cuando estalló el problema. Sin querer se me cayó un carro de una colección que le compró mi madrastra y el carro se partió y se le salió una llanta y mi hermanito empezó a llorar, en ese momento entró mi madrastra toda berraca, me arrebató el carro que yo estaba tratando de meterle la llanta, lo miró y me insultó todo lo que más pudo, me dijo que yo era un malparido, que como sería de animal que hasta mi mamá me había dejado tirado, por irse a pichar con otros manes, que yo era un bueno para nada, que no servía ni para arreglar los cuartos, que ya la tenía mamada y que iba ya mismo a llamar a mi papá para que viera que era lo que iba a hacer conmigo y me tiró el carrito encima, cuando cayó al piso se acabo de desbaratar y mi hermanito no hacía sino chillar. En ese momento me sentí muy mal, no quería que mi madrastra llamara a mi papá, ahora sí me iba a echar de la casa y no tenía para donde irme. Como mi ropa estaba guardada en un armario en el cuarto de mi hermanito, de inmediato mi madrastra la sacó toda y me la tiró en el pasillo, gritándome vea a ver que putas diablos se va a poner a hacer. Las voces me hablaban y yo no les entendía, me agarré la cabeza y me tapaba las orejas lo más duro que podía, pues no quería que las voces me siguieran hablando, parecía que ellas estaban también discutiendo y luego me decían que subiera a la terraza y que hiciera lo que usted ya sabe. En ese momento estaba al lado una vecina colgando la ropa, en un alambre, en la terraza de su casa y cuando me vio me pegó un grito, ¡Alonsito! Cuidado no se mueva más de ahí, como las casas se comunican

por las terrazas y solo las separa un muro bajo, ella saltó de una y me agarró bruscamente de un brazo, me pegó un jalón tan bárbaro que todavía me duele el brazo, me aferró contra ella y me dijo que no hiciera eso, que qué me pasaba, yo le conté lo que me había ocurrido con mi madrastra y por ahí mismo me llevó para la casa de ella, saltamos el muro y entramos por la terraza, me llevó hasta la cocina, me dio un vaso con agua y me empezó a preparar un agua, con esas cosas que vienen metidas en una papeletica y que amarran con un pedazo de piola. Esa vaina estaba muy caliente, pero por sorbitos me la fui tomando, eso me calmó, pues yo estaba sollozando, me parecía al chilletas de mi hermanito, pero al momentico me pasó y me sentí mejor, la vecina llamó a la policía y al rato llegó una patrulla, de allí se bajo una mujer policía y me preguntó qué era lo que había pasado, yo le conté todo el lío con mi madrastra, por el carro de mi hermanito y lo que las voces me habían dicho. Ella pasó a la casa y habló con mi madrastra, mientras yo estaba en la casa de doña Bertha, mi vecina. No sé de qué hablarían con mi madrastra, el hecho fue que la policía me llevó en una patrulla hasta el centro y allí me dejaron un rato; luego llegó una psicóloga que trabaja con familia y me tocó contarle todo con detalle, de allí me llevaron para otro sitio, es una oficina muy bonita y allí me atendieron otras señoras que me preguntaban otra vez lo que había pasado, luego me llevaron a la clínica San Fermín, le contaron a una doctora todo lo ocurrido y entonces me dieron una pastillita que me puso a dormir, no sé cuánto dormí, pero cuando desperté estaba en la casa con mi papá, quien me abrazó llorando y me dijo que no se me ocurriera volver a hacer lo que hice, lo que me decían las voces, que ya mi madrastra no iba a vivir más con nosotros, pues a causa de lo que pasó terminaron. Mi papá estaba muy enojado con ella y más porque no sé que le contó la señora de la policía, la cuestión es que mi madrastra se fue con mi hermanito para donde la mamá de ella en Bogotá y mi papá me acomodó en el cuarto de mi hermanito, ahora ya tengo mi propio cuarto, eso sí me están dando las pastillitas que me mandó la doctora en el hospital. Ahora me siento más tranquilo, esas pastas son pequeñísimas, a mí no me gusta tomar pastillas, pero estas se toman muy fácil por el tamaño, me toca tomar una cada doce horas, y me da

mucho sueño, yo creo que es por tantas noches que no podía dormir y que las voces me decían un poco de cosas. Ahora ya casi no las escucho, me hablan sí, pero no entiendo muy bien qué es lo que me están diciendo y ya no subo a la terraza pues mi papá puso una reja para que yo no me volviera a encaramar por allá arriba. Como me gustaba ver pasar la gente, ahora me hago al pie de la ventana del cuarto y desde allí miro pasar a los carros y a la gente. En el colegio no era que me estuviera yendo muy bien, pero la profe Socorrito me dejo un poco de talleres para realizar en la casa, en este momento estoy dedicado a ponerme al día, la verdad es que no ha sido nada fácil, de vez en cuando pienso en que esas voces son peligrosas, pero la doctora me dice que las pastillitas que me recetó me ayudarán a borrarlas de mi mente y a vivir con tranquilidad. Ahora ya le tengo miedo a los vacíos y procuro no acercarme a los bordes de los barandales, pues no sé si algún día se vuelva a prender el radio de voces que me hablaban al oído y lo mejor es vivir prevenido y tomarme mis medicamentos, como la médico lo ha indicado. Mi papá dio un vuelco conmigo y aunque extraña a mi hermanito, creo que ha llenado el espacio compartiendo conmigo y con mi hermana, que entre otras cosas ya es más cariñosa-.

Porque no me dejaron ir al baile

Era un sábado en la tarde, me alisté para salir, un grupo de amigas me habían realizado una invitación para que las acompañara a una reunión con el fin de celebrar el cumpleaños de Elisa, prima de Nubia y quien era mí mejor amiga. Con ella había cursado todo el bachillerato y parte de la primaria. Nos conocimos desde tercero de primaria en la escuelita Isaías Holguín Bonaparte. La verdad es que nos unía un lazo fraternal muy fuerte. Nubia era como mi hermanita, algunos pensaban que estábamos enamorados y que entre nosotros existía algún tipo de relación, pero la verdad, es que somos solamente unos buenos amigos, con el derecho de compartir nuestros mejores momentos, nada sexual, la única química que nos unía, era la de dos compañeros de estudio y la compinchería de contarnos todos nuestros secretos, desde el más mínimo detalle, que con quién salí, como me fue, me gustó, no me gustó, qué me dijo, ya una cosa, que me dijo la otra… en fin es una secretiadera. Es todo bien. Mi corazón esta fijado en Chelita, ella es una flaca a todo dar, a Chelita le digo mi pequeño murcielaguito, porque tiene unos dientecitos todos pequeñitos, con ella llevamos ya casi cuatro años de noviazgo y conoce muy bien mi relación con Nubia. Chelita es tan bien, que no me cela y ha sabido comprender lo

que es una verdadera relación de amistad, tanto Nubia como mi Chelita iban a asistir a la reunión, ese día, yo quería tener una buena gozata, dedicarme a azotar baldosa toda la noche, pues me gusta mucho el reggaetón y la bachata, eso de bailar rastrilladito es muy bacano. Ya llegaron las siete de la noche y la primera en llegar a la casa fue mi mamá, de inmediato le conté de mi intención de ir al baile, pero como quien no quiere la cosa, remitió mi permiso a lo que dijera mi padre. Esa vaina me complicó el parche, por cuanto mi señor padre es un man muy psicorígido, que se la pasa de agarrón en agarrón con mi mamá. En la última semana tuvieron como cuatro peleas, todas por estupideces, que el vaso mal lavado, que la ropa colgada, que el olor de la loción y hasta por comprar la carne. Por más que le insistí a mi mamá, me dijo que la última palabra la tenía mi papá y que había que esperarlo sino tendría mi problema, así que ante la situación tomé la decisión de llamar a mi padre, era mejor amarrar lo perros por delante, pero fue inútil, cuando lo llamé estaba comiendo alacranes porque me contestó mal y no me dio el permiso de salir. Me gritó por el teléfono -que esa güevonada de estar en bailes no le gustaba, que después preñaba alguna culicagada y que hasta ahí me llegaría todo, que terminaría en los carros de correpatrás como ayudante, así que no contaba con el permiso- y sin dejarme mediar palabra me colgó el teléfono. Tomé aire mientras sentía mi corazón a millón, sentía como me fluía la adrenalina por todo mi cuerpo, al final volví a intentar llamarlo después de una hora, cuando lo volví a llamar el cucho estaba más calmado, pero igual se paró en la raya y no me dio permiso para salir. Eso fue el acabose, la hecatombe para mí, Nubia y Chelita se quedarían solas, irían a rumbear y yo a acostarme temprano y el resto de mis amigos en la full gozata y yo tirando lámpara en la casa. Le supliqué a mi mamá que no me hicieran quedar mal ante mis amigas y mi novia, que me diera ella el permiso, así fuera hasta la media noche, pero definitivamente no hubo poder humano de convencimiento y me dijo que no podría ir porque si lo hacía, de seguro mi padre terminaría dándole contra el mundo por desautorizarlo y que ella ante todo quería evitarse problemas, -usted sabe cómo es ese señor de iracundo cuando no está de genio y mínimo hoy debe de estar tomando y eso complica

más la situación, así que dejemos los santos quietecitos- exclamó mi madre retirándose de mi lado. Dejemos los santos quietecitos, repetí entre dientes pues los van a alborotar, -¿qué es lo que dices? -no nada madre, aquí hablando para adentro, fresca yo me entiendo, -a lo que respondió -mire a ver si mejor se va a dormir y deja tanta pendejada-, sí eso mismo haré, le repliqué y ojalá que sea para siempre,- Con un movimiento de hombros mi madre continuó su camino y se enchuspó en su cuarto. Yo me fui primero para la cocina, recordé que en la televisión algún día viendo un programa de especiales, hablaban de una cosa que uno tomaba y era peligrosísima pues se corría el riesgo de morir instantáneamente, para ese momento ya en mi mente estaba tomada la decisión de acabar con mi vida, no quería seguir viviendo, si ante la más mínima posibilidad de goce, ya mi familia me pone la talanquera, es mejor partir de este mundo. Así que escarbé hasta que encontré la tan mencionada cosa de la televisión con sumo cuidado, me la llevé para mi cuarto, comencé a escuchar reggaetón y eso me prendió más los ánimos de matarme, pues empezaba a imaginarme como estarían mis amigas y amigos, incluida mi novia, gozando de la música y azotando baldosa a todo dar, mientras que yo estaba recluido en mi cuarto, mirando el techo y pensando en acabar con mi vida. Tenía una gran incertidumbre, una parte de mí no quería matarse y la otra estaba plenamente decidida, esa sería la mejor forma de vengarme, especialmente de mi padre, quien, con su amargura e ínfulas de mandamás, me había negado una posibilidad de divertirme sanamente, de seguro que, si fuera un marihuanero empedernido, si me dejaría salir sin problema. Cada instante que transcurría me debatía entre la vida y la muerte, la cobardía se apoderaba de mí, pero en momentos venía con más fuerza la decisión de acabarme, así que tomé mi celular y llamé a Chelita, mi novia, cuando miré mi celular tenía una docena de llamadas perdidas unas de mi novia, las otras de Nubia y de algunas otras amigas, entre ellas Leonor, así mismo tenía varios mensajes de texto y de voz en los que me preguntaban qué había pasado que no había llegado la rumba. Mi novia estaba seria cuando le devolví la llamada y no me creyó los argumentos que le expuse de mi familia, -¡cuál! esa es tu versión para no compartir tiempo conmigo y con el resto

de parceros, pero bien haga de cuenta que no ha pasado nada-, me dijo en tono de ironía, esos comentarios fueron como una gran bomba que disparo todas las posibilidades de acabar con mi vida, le dije -tranquila mami, que ya no tendrás nunca más excusas mías, -así que le colgué y llamé a Nubia, como ella me conocía desde muy niño, de inmediato notó que algo no estaba bien conmigo y me dijo que si se iban mejor para mi casa, yo le respondí que no se fueran a perder la rumba por la negativa de mis padres al fin y al cabo ellas sí habían tenido la posibilidad de tener el permiso, que lo aprovecharan. Le mandé un gran beso, fue tan grande y cargado de tanto sentimiento que quedaron mis labios marcados en la pantalla, como si los hubiese dibujado con grasa. Apagué el celular para no sentir que me seguían llamando. Necesitaba tranquilidad para la decisión final que ya había tomado, así que sin pensarlo más tomé aquella cosa, y sin parpadear en menos de un segundo ya la tenía dentro de mi cuerpo, su sabor era algo extraño, como un sabor metálico, que generaba por allá en las entrañas una sensación de ganitas de voltear el vianda. Me acosté y me puse los audífonos, pero solamente sentía sueño y nada que me diera el indicio que había empezado a morir, así que me levanté y entre al cuarto de mi mamá, quien en el momento se encontraba en la cocina. Abrí la mesa de noche de mi papá y encontré un pocotón de reforzadores para acabar con mi vida, corriendo los tomé y me fui para mi habitación para completar mi fechoría. Una vez que los tomé todo me comenzó a dar vueltas, la respiración se me hizo difícil, cada instante me alcanzaba de aire y comencé a sentir que me salía un chillido desde lo más profundo del pecho… en definitiva me estaba muriendo. El desespero era tenaz, la vida se me estaba yendo… comencé a sentir un dolor espantoso, tanto que me llegaba hasta la lengua… quería gritar pero no me salía ni una palabra… pensé en Dios… le pedí perdón una y mil veces… le imploré que no me llevara, que aún no era mi momento, pero ya no podía… ni siquiera moverme… mis manos las tenía casi que aferradas a mi cuello, como tratando de abrir una vía para poder respirar… estaba tieso, inmóvil, creo que ya estaba petrificado. Esto ha sido lo más tenaz que he podido vivir en lo corto de mi vida. Los ojos empezaron a irse hacia atrás, parecía como si metieran un

par de cucharas y me los estuvieran tratando de sacar de las cuencas. También sentía como si una enorme roca hubiese caído sobre mi cabeza, ¡Oh Dios mío! esto ha sido la peor cagada de mi vida, yo no me quería morir, en instantes pasaban por mi mente las caras de Nubia, de mi Chelita, mientras ellas se divertían en la rumba yo estaba muriéndome, no por la voluntad de Dios sino por mi torpeza, de repente todo quedó oscuro, veía una cantidad de luces con un destello radiante al centro, era como el destello de un soldador… sentía un dolor impresionante en el pecho, como si una tractomula estuviera pasando por encima de la caja torácica… ¡qué dolor tan bestial! Al fondo comencé a escuchar unas voces, unos gritos, parecía que Dios me había escuchado y alguien se había percatado de lo que me estaba ocurriendo… era mi mamá que ingresó al cuarto, por precaución hace algún tiempo cuando instalaron las puertas de los cuartos, mi mamá guardó una copia de cada chapa en un llavero, que permanece en un cajón de la alacena de la cocina. Intentó según ella tocar la puerta varias veces y le llamó la atención que escuchaba un sonido raro, era el chillido que me salía del pecho, creo que en medio del desespero por querer vivir y al tratar de gritar, salía de seguro una especie de silbido, como el de un pollo; fue por las llaves a la cocina y al abrir, dice mi mamá, que me encontró tirado en el piso, casi de color morado, con una espuma densa que me salía de la boca y la nariz, mis brazos elevados hacia el cuello, ella se asustó muchísimo, pidió una ambulancia y me trasladaron a la clínica Santa Sofía. Ya en la clínica, fui recibido por los médicos en la sala de urgencias, en el camino fui atendido por un médico que viajaba en la ambulancia, me metieron unas mangueras por la boca y conectadas a un aparato, me empezaron a sacar la babasa que estaba expulsando por vía oral. Al llegar a urgencias me quitaron la ropa y me bañaron, hasta allí, aún sentía mucho dolor y no podía pronunciar ni media palabra, sentía el desespero más tremendo, pues quería comunicarme y mi cuerpo no respondía. Durante la atención llamaron a un médico toxicólogo, quien ordenó que me aplicaran un antídoto a través del suero y que fuera a chorro, eso me hizo sentir como un cadáver pues me puse más frío de lo que estaba. En esos momentos mi mente sólo pensaba en pedirle perdón a Dios y a mis padres por lo

que había hecho, mientras me trasladaban a una sala de observación, llegaron a urgencias Nubia y Chelita, mi mamá las había llamado y les contó lo que había ocurrido… ellas en compañía de otros amigos abandonaron la rumba y se fueron de inmediato para el hospital, en otras palabras, me les tiré la rumba. Al llegar el amanecer y cuando hicieron cambio del turno de médicos pude comenzar a hablar, al principio de manera torpe, pues sentía mi lengua pesada y se me enredaba todo lo que hablaba, hacia el medio día ya me encontraba hablando normal. Lo primero que hice fue pedirles perdón a mis padres, ambos se encontraban en el sitio, mi papá, aunque con una mirada de león enjaulado, se dirigió hasta la cama y me abrazó, al instante también hizo lo mismo mi madre y llorando les pedí perdón. Mi intención era darles una lección, vengarme de ellos por no haberme dejado ir al baile, pero en últimas, quien se perjudicó fui yo. Mientras permanecía en la sala de observación me daban unos episodios de aceleramiento del corazón, los médicos decían que tenía una arritmia cardíaca y que me daba taquicardia como proceso colateral, por el daño que había generado lo que había tomado. Le suplicaba a cada instante a los médicos que me salvaran, que yo no me quería morir, recuerdo que al finalizar la noche de ese segundo día en la clínica se me acercó un médico, preguntándome por las razones por las cuales atenté contra mi vida, lo único que atiné en responderle fue la verdad y le respondí ¡por estúpido! médico, ¡por estúpido!, -comenzamos un diálogo que duró casi dos horas. El médico se había interesado en mi caso pues era psiquiatra, al final recomendó unas pastillas que iban a ayudarme con la taquicardia y a estar más tranquilo y así fue, esa noche dormí como angelito. Al día siguiente, aunque un poco aletargado, me levanté al baño y me sentía mucho mejor, así que el médico de turno me dio la orden de salida, pero con la condición de iniciar un proceso de atención psicológica y control psiquiátrico cada mes. Mi novia Chelita y Nubia estuvieron bastante disgustadas conmigo durante un buen tiempo, me tocó rogarles para que me perdonaran. Hoy en día mi profe, no intentaría suicidarme por nada del mundo, lo que experimenté esa noche fue algo muy horrible y no quisiera volver a sentirlo por el resto de mi vida.

Quiero ser un angelito

Jesús Alberto, es un niño de seis años de edad, Afro descendiente, nació en un hogar de padres jóvenes, de aquellos que por las carreras de la vida terminan concibiendo un niño que no se espera, con tan solo seis años ya padece de depresión, en sus palabras manifiesta que siente mucho “aburrimiento”; sus padres son separados, su padre viajó a Londres y Mercedes, la madre del pequeño Jesús Alberto quedó a cargo de él. Mercedes es una mujer de personalidad conflictiva y liberada, su lenguaje es bastante grotesco, luego de la separación se organizó con otra persona, de la cual quedó en embarazo y en la actualidad ha nacido una niña llamada Ana maría. Jesús Alberto ha comenzado a manifestar que está tan aburrido que desea morirse cortándose las venas, su mamá desde hace varios meses se ha

desentendido de él, en razón a estar ocupada con el control del embarazo, posteriormente con el parto y luego por las ocupaciones con Ana maría.

Al conversar con Jesús Alberto se encuentra que es un niño tranquilo, lleva viviendo en casa de sus abuelos desde hace dos meses y manifiesta sentirse muy contento, pero a veces según él, llegan momentos de aburrimiento, de tristeza; al preguntar por las razones, indica que su mamá lo trata muy mal, que le dice groserías, lo trata de "hijueputa y malparido" –así yo no quiero vivir, porque mi mamá no me quiere, si una mamá quiere a su hijo no le dice malparido-.

Luego de conversar un rato y al preguntarle por las cosas que más le gustan hacer, manifestó que su principal entretención es ver la televisión y dibujar –A mí me gusta dibujar, yo dibujo muñecos y cosas, dibujo la naturaleza-. Acto seguido, le entregué unas hojas de papel en blanco, una caja de colores y un lápiz, indicándole que dibujara a su familia y lo que más le gustaría ser en la vida. Con mucha dedicación y con una gran habilidad rápidamente comenzó a realizar los dibujos de su familia, observo que domina trazos, figuras, adicionalmente debajo de cada dibujo escribió los nombres de cada uno de sus familiares, con buena caligrafía, se destaca que el dibujo no tiene piso.

Jesús Alberto estudia en el grado segundo en el Liceo campestre Maderitos. Como era de esperarse en un análisis psicotécnico del pictograma de su familia, el niño dibuja a sus padres separados, al padre lo dibuja sonriente y a la madre con un rostro de enojo, dibuja sus abuelos tanto paternos como maternos y con gran detalle a los abuelos maternos, que son quienes están a cargo de Jesús Alberto desde hace dos meses. El niño no se dibuja en el pictograma de su familia, al tratar de indagar por este aspecto se encuentra que ha estado divagando entre los miembros de la familia, quienes aún no han determinado quien se hará cargo de él, pues la madre no quiere tenerlo más con ella, argumentando que tiene que dedicarle tiempo a su nueva hija quien ha nacido con una enfermedad que requiere de toda su atención.

Por si fuera poco el padrastro de Jesús Alberto, le acusa de ser el culpable de la enfermedad de la niña, argumenta que por portarse mal durante el embarazo le generó muchas rabietas a la mamá y como consecuencia de ello la niña nació enferma. De los miembros de la familia tanto paternos, como maternos se encuentran en una situación de tira y afloje, como si se tratara de una rifa, para determinar quién asumirá legal y responsablemente la custodia de Jesús Alberto. Por el momento sus abuelos maternos se están encargando del niño, pero manifiestan que por razones de edad avanzada y las enfermedades no tienen las condiciones para dedicarse de lleno al cuidado del pequeño.

Como ni sus abuelos, ni tíos, ni primos, quieren hacerse caso del niño, él no se representa como miembro de su familia, pues no se identifica con nadie.

Lo que más me llamó la atención de Jesús Alberto independiente de su pictograma familiar, con todas las interpretaciones de test psicológico que pueda realizarse, es lo relacionado con el segundo dibujo, en el cual representó lo que quiere ser. En la hoja dibujó un niño, con cara sonriente y alas. Al preguntarle de qué se trataba su dibujo manifestó: -Ese soy yo, es un angelito, porque yo quiero morirme para ir al cielo-, ¿Quieres morirte? Pregunté –Si yo quiero morirme para no ser un malnacido como dice mi mamá- Y ¿qué es morirse para ti?, la respuesta me dejó impávido, el nivel de elaboración para su corta edad, corresponde a un razonamiento que guarda mucha lógica, Jesús Alberto responde: -Morirse son dos cosas, morirse de viejito, por ejemplo la mamá de mi abuela estaba muy viejita y estaba en silla de ruedas y un día se quedó dormida en la silla y se murió, eso es morirse y morirse también es cuando uno se corta como lo hace Chucky, que asesina a un poco de gente, así con un cuchillo, por eso yo quiero cortarme como lo hace Chucky, eso también es morirse-. Chucky corresponde a un personaje de la cartelera cinematográfica, representado por un muñeco que es poseído por el espíritu de un asesino.

En este escalofriante relato se encuentra, por un lado, un deseo de muerte que se asocia al maltrato que realiza la madre con Jesús Alberto, quien deduce que, si él es “Mal nacido”, entonces lo mejor es no vivir. La falta de afecto, el abandono, el maltrato verbal y psicológico por parte de la madre, sumado con la influencia de la televisión y las películas, que de manera irresponsable los miembros de la familia le han permitido ver, se conjugan en dos factores de riesgo elevados, que convergen en la generación de una ideación suicida, que, en el niño, se traducen en querer ser un ángel para llegar al cielo, para descansar.

Conocida la situación se le ha dado un manejo de terapia psicológica en dos caminos: el primero en la inminente atención de Jesús Alberto en una terapia intensiva , mediante la cual se realicen ejercicios de elevación de la autoestima, de desistimiento del deseo de muerte y el segundo, una terapia de familia que inicia por la progenitora, quien con su desatención ha generado la situación de riesgo suicida para el infante, una terapia que debe involucrar a su nueva pareja, para que no genere sentimientos de culpabilidad en Jesús Alberto por la enfermedad de la niña; de igual forma los abuelos para que puedan brindar atención y cariño necesarios para que el niño pueda sentirse incorporado a la familia. Segundo un control de los programas que ve en la televisión y películas debido a que muchas tienen un alto contenido de violencia, no aptas para la edad de Jesús Alberto, así como otros programas infantiles que igual representan violencia, agresión, y muerte, llevando a que un niño sin la orientación responsable de padres o adultos, pueda interpretar a su manera y terminar con la ideación suicida como lo hizo Jesús Alberto.

Anexo D

Instrumento diagnóstico sobre suicidio en jóvenes escolares
Tomado de: Tesis Ideación suicida en jóvenes. Formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Dr. Freddy Hernán Villalobos Galviz

Con el objetivo de realizar un diagnóstico sobre ideación suicida entre la población juvenil en edad escolar, te solicitamos el favor de responder con veracidad el siguiente ciclo de cuestionarios, con tu ayuda será posible hacerle frente al fenómeno del suicidio, ya que tratamos de conocer a profundidad sus causas y como prevenirlo, tu aporte es vital en esta investigación. **Mil gracias por tu ayuda.**
Las respuestas no te comprometen, en tanto no necesitas escribir tu nombre, solo nos interesan algunos datos generales y el resultado de esta encuesta es con fines netamente investigativos.

Sexo: M___F___ Edad_____ Grado que cursas_____

Por favor lee detenidamente las instrucciones, las frases y las opciones de respuesta y luego marca con una **X** en la respectiva casilla. No te demores mucho en responder cada pregunta.

EEVA

A continuación, encontrarás una lista de situaciones que las personas a veces viven. Por favor lee atentamente cada frase y recuerda si has vivido esa situación en los últimos **6 meses**. Si la viviste, marca SI y luego especifica qué tanto te afectó. Si NO la viviste, marca NO y pasa a la siguiente situación. Marca con una X en la casilla respectiva.

Nota:
En varias frases se habla de tus **SERES QUERIDOS**, ten en cuenta que esto se refiere a tus padres, hermanos, familiares cercanos, novio o novia, pareja, mejor amigo o mejor amiga.
Lee cuidadosamente las palabras que están entre paréntesis ya que ellas te aclaran la respectiva frase.

¿Viviste esta situación en estos 6 meses?	**NO**	***SI***	**¿Qué tanto te afectó?**	***Mucho***	**Poco**	**Nada**
1. Se terminó definitivamente tu relación con tu novio(a) o pareja, o con uno de tus mejores amigos(a)s	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
2. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** se cambió de casa, de barrio o de ciudad.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
3. Cambiaste (o te cambiaron) de colegio/ universidad o de grupo de compañeros	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
4. Tienes un defecto físico que se nota fácilmente o que te incomoda mucho	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
5. Tuviste que vivir alejado de tu familia.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
6. Has tenido peleas o discusiones graves con un ser querido	NO	SI	¿Qué tanto te Afectó?	Mucho	Poco	Nada

7. Tus padres se divorciaron, se separaron o tuvieron muchas peleas	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
8. Perdiste el año o una materia y tienes que repetirlo o recuperarla	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
9. Otras personas se burlaron de ti por tus bajas calificaciones	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
10. Te suspendieron o te expulsaron del colegio/universidad	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
11. En tu familia hubo graves problemas de dinero	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
12. Alguno de tus padres perdió el empleo, trabajo o negocio	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
13. Hay nuevas personas viviendo en la casa, por ejemplo: hermano(a), hermanastro(a), padrastro, madrastra, familiar, etc.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
14. Alguno de tus familiares cercanos (padres o hermanos) se fue de la casa.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
15. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** tuvo problemas con la ley (fue perseguido, arrestado o encarcelado)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
16. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** fue víctima de un delito grave (golpiza, atraco, secuestro, asesinato)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
17. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** fue víctima de la guerra o el terrorismo (disparos, explosiones, desplazamiento)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
18. Murió alguno de tus ***seres queridos*** o tu mascota	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
19. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** tuvo un accidente grave o fue hospitalizado.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
20. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** tiene una enfermedad grave o mortal	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
21. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** tiene problemas con las drogas o el alcohol	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
22. Tu o alguna de tus seres queridas (novia, hermana, madre o mejor amiga) quedó en embarazo	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
23. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** se vio afectado por un desastre natural (inundación, incendio, terremoto, erupción volcánica, etc.)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
24. Alguno de tus ***seres queridos*** tuvo graves problemas emocionales o psicológicos (depresión, ansiedad, psicosis, etc.)	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
25. Alguno de tus ***seres queridos*** pensó o intentó suicidarse, o se suicidó.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
26. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** fue maltratado físicamente (puños, cachetadas, patadas, golpes) por parte de otro familiar	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada

27. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** fue insultado o humillado por parte de un familiar.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
28. Tu o alguno de tus ***seres queridos*** fue violado, o intentaron violarlo, o fue obligado a tener actos sexuales contra su voluntad.	NO	SI	¿Qué tanto te afectó?	Mucho	Poco	Nada
Si otras situaciones importantes te afectaron en estos 6 meses, por favor escríbelas 29. ..... 30.			¿Qué tanto te afectó? ¿Qué tanto te afectó?	Mucho Mucho	Poco Poco	Nada Nada

AS

Las siguientes preguntas se refieren a la presencia de personas que te dan o pueden darte apoyo o ayuda en diferentes ocasiones. Por favor, lee cada situación, piensa si cuentas o no con una persona para esa situación y luego marca con una X en la columna que indica cuánto cuentas con ella.

Cuento o puedo contar con esta persona...	**Nunca**	**Rara Vez**	**Algunas Veces**	**Casi Siempre**	**Siempre**
1. ¿Tienes alguien que te escuche cuando deseas hablar?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
2. ¿Tienes alguien que te consuele cuando estás triste?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
3. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas económicos?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
4. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas académicos o laborales?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
5. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas familiares?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
6. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas con tus amigos?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
7. ¿Tienes a quien recurrir cuando tienes problemas de pareja?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
8. ¿Tienes alguien con quien puedas ser como realmente eres?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
9. ¿Puedes contar con alguien que te cuide si lo necesitas?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
10. En situaciones de presión o tensión ¿Cuentas con alguien que te ayude a sentirte más tranquilo/a?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
11. ¿Tienes con quien salir de casa, si deseas hacerlo?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
12. ¿Tienes quién te dé información o te aconseje para resolver tus problemas?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
13. ¿Crees que hay personas que te quieren realmente?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre

BHS

Por favor, lee cuidadosamente cada una de las siguientes frases. Si la frase describe tu situación personal DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS (incluyendo hoy mismo), marca con una X en la columna **V** (Verdadero) frente a la respectiva frase y si la frase no refleja tu opinión, marca la columna **F** (Falso).

Esta frase describe mi situación en las últimas DOS SEMANAS...	**V**	**F**
1. Veo el futuro con entusiasmo y esperanza.	V	F
2. Es mejor abandonar todo porque no puedo hacer que las cosas cambien	V	F

3. Cuando las cosas están mal, me tranquilizo porque sé que van a mejorar.	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	V	F
5. Tengo tiempo para hacer lo que más me gusta.	V	F
6. En el futuro espero tener éxito en lo que es más importante para mí.	V	F
7. Mi futuro es oscuro.	V	F
8. Me ha ido muy bien y espero obtener más cosas en la vida que la mayoría de las personas.	V	F
9. No he tenido oportunidades y creo que no las tendré en el futuro.	V	F
10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.	V	F
11. Creo que mi futuro será más malo que bueno	V	F
12. No tengo la esperanza de conseguir lo que quiero.	V	F
13. Cuando pienso en el futuro creo que seré más feliz de lo que soy ahora.	V	F
14. Las cosas no saldrán como yo quiero.	V	F
15. Tengo gran fe en el futuro.	V	F
16. Es una tontería desear algo pues nunca logro lo que quiero.	V	F
17. Es muy difícil que en el futuro logre algo que me haga realmente feliz.	V	F
18. Mi futuro es incierto.	V	F
19. El futuro me traerá más cosas buenas que malas.	V	F
20. Es inútil esforzarme por lo que quiero, porque lo más seguro es que no lo consiga.	V	F
21. Mi futuro no traerá nada bueno para mi.	V	F
22. En mi futuro todo saldrá mal.	V	F

SPSI

Un **problema es** algo importante de tu vida diaria que te preocupa mucho pero que no sabes cómo resolver o cómo hacer para que deje de preocuparte tanto.

Recuerda cómo piensas, sientes y te comportas cuando te enfrentas a esos problemas.

Ahora, lee cuidadosamente cada frase y marca con una X en la casilla que refleje qué tan de acuerdo están la frase y lo que tú normalmente haces cuando te enfrentas a un problema.

Frente a esta situación estás	Totalmente en **Desacuerdo**	En **Desacuerdo**	De **Acuerdo**	Totalmente de **Acuerdo**
1. Me preocupo demasiado por mis problemas en vez de resolverlos.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
2. Siento miedo cuando tengo problemas importantes.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
3. Cuando tomo decisiones, **no** tengo en cuenta todas las alternativas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
4. Cuando tomo decisiones, **no** pienso en las consecuencias que cada alternativa pueda traer a otras personas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
5. Cuando tengo que resolver un problema, pienso en varias ideas y las uno para encontrar una mejor solución	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

6. Me siento inseguro(a) de mi mismo(a) cuando tomo decisiones importantes.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
7. Cuando no logro resolver un problema en el primer intento, creo que si continúo intentando lo podré resolver.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
8. Cuando tengo un problema, hago lo primero que se me ocurre.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
9. Cuando tengo un problema espero a que desaparezca, en vez de intentar resolverlo	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
10. Creo que no sería capaz de resolver problemas difíciles, aunque lo intente muchas veces.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
11. Los problemas difíciles me hacen sentir mal.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
12. Cuando resuelvo problemas, intento mirar lo bueno y lo malo de cada alternativa.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
13. Antes de tomar una decisión, pienso en las consecuencias que cada alternativa tendrá en el presente y en el futuro	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
14. Después de ensayar una alternativa de solución, miro qué salió bien y qué salió mal	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
15. Después de intentar resolver un problema, miro a ver si me siento mejor.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
16. Si me esfuerzo, creo que puedo resolver problemas difíciles.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
17. Cuando tengo un problema, busco información sobre él.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
18. Me demoro tanto para solucionar un problema que cuando intento hacer algo, ya es demasiado tarde.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
19. Gasto más tiempo evitando mis problemas que resolviéndolos.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
20. Cuando tengo un problema, me siento tan mal que no puedo pensar con claridad	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
21. Antes de intentar resolver un problema, defino lo que quiero lograr.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
22. Después de ensayar una solución, miro si el problema mejoró	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
23. Veo mis problemas como un reto	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
24. Cuando resuelvo problemas, se me Ocurren muchas ideas para solucionarlo	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

25. Cuando tomo decisiones, analizo las consecuencias de cada alternativa.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
26. Cuando tengo un problema importante, me deprimo y no hago nada.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
27. Antes de tomar una decisión, pienso cómo me sentiría con cada una de las alternativas.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
28. Cuando tengo un problema, miro si sus causas están a mi alrededor.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
29. Cuando tomo decisiones, utilizo un método que me ayude a escoger la mejor alternativa.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
30. Cuando resuelvo un problema, siempre tengo presente lo que quiero lograr.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
31. Miro mis problemas desde diferentes puntos de vista.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
32. Cuando no entiendo un problema, intento saber más acerca de él.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
33. Me siento desanimado y triste cuando fallo en mis primeros intentos de resolver un problema.	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	De Acuerdo	Totalmente de Acuerdo

PANSI

A continuación, encuentras una lista de frases que se pueden aplicar a tu caso personal o no. Por favor lee atentamente cada frase y marca con una X en la opción que mejor refleje tu situación en las últimas **dos semanas**:

*Durante las últimas **dos semanas**...*	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?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
2. Has sentido que tenías el control de la mayoría de las situaciones de tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
3. Pensaste en matarte porque no tenías esperanza en el futuro?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
4. Te sentiste tan triste por tu relación con alguien importante, que quisiste estar muerto?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
5. Pensaste en matarte porque no pudiste hacer algo que era muy importante en tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
6. Tuviste esperanza en el futuro porque las cosas estaban saliendo como tu querías?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
7. Pensaste en matarte porque no encontraste una solución a un problema personal?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
8. Te sentiste alegre porque te estaba yendo bien en el colegio o en el trabajo?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre

9. Pensaste en matarte porque viste que tu vida era un fracaso?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
10. Pensaste que tus problemas eran tan graves que la única opción que tenías era suicidarte?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
11. Te sentiste tan solo(a) o tan triste que querías matarte para así terminar con ese sufrimiento?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
12. Tuviste confianza en las capacidades que tenías para enfrentar la mayoría de problemas de tu vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
13. Sentiste que valía la pena vivir la vida?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre
14. Tuviste confianza en lograr tus metas en el Futuro?	Nunca	Rara Vez	Algunas Veces	Casi siempre	Siempre

RFL

En algunas ocasiones las personas piensan en matarse a sí mismas o alguien les propone que se suiciden. En este cuestionario encontrarás algunas **razones** que las personas tienen para NO SUICIDARSE. Por favor lee cuidadosamente cada frase y marca con una X en la columna que mejor describa qué tan **importante** es **PARA TI** esa razón.

*Qué tan **importante** es para ti esta **razón para no suicidarte**?*	Nada Importante	Un Poco Importante	Muy Importante
1. Cuando tengo un problema puedo acudir a mi familia para que me apoyen y/o aconsejen	Nada	Un Poco	Muy
2. Mis amigos(as) se interesan por mi	Nada	Un Poco	Muy
3. Creo que puedo manejar una situación difícil (como por ejemplo un divorcio, la separación de mis padres, la muerte de un ser querido) sin querer atentar contra mi vida	Nada	Un Poco	Muy
4. Me gustaría lograr mis metas en el futuro	Nada	Un Poco	Muy
5. Mi familia me dedica tiempo para escuchar lo que me pasa en el colegio, en el trabajo o en la casa	Nada	Un Poco	Muy
6. Espero que muchas cosas buenas me pasen en el futuro.	Nada	Un Poco	Muy
7. Mi familia me da el cariño que necesito	Nada	Un Poco	Muy
8. Estoy satisfecho(a) conmigo mismo(a)	Nada	Un Poco	Muy
9. Mis amigos me valoran y me tratan bien	Nada	Un Poco	Muy
10. Soy optimista frente a mis planes y metas para el futuro.	Nada	Un Poco	Muy
11. Cuando estoy con mis amigos(as), siento que ellos(as) me valoran	Nada	Un Poco	Muy
12. Me siento contento con la amistad que tengo con mis mejores amigos(as).	Nada	Un Poco	Muy
13. Me gusta estar con mi familia	Nada	Un Poco	Muy
14. Creo que soy un buen ser humano	Nada	Un Poco	Muy
15. Creo que voy a tener éxito en el futuro	Nada	Un Poco	Muy
16. En general estoy contento(a) de que últimamente las cosas me han salido bien	Nada	Un Poco	Muy
17. Pienso que el suicidio no es la forma de enfrentar mis problemas	Nada	Un Poco	Muy
18. Quitarme la vida sería algo doloroso y me daría mucho miedo	Nada	Un Poco	Muy

19. Tengo un gran respeto por mí mismo(a).	Nada	Un Poco	Muy
20. Me asusta la idea de matarme	Nada	Un Poco	Muy
21. Me dan miedo los métodos que se usan para suicidarse.	Nada	Un Poco	Muy
22. Después de una discusión, prefiero buscar una solución al problema en lugar de pensar en el suicidio	Nada	Un Poco	Muy
23. Si tengo un problema puedo contar con la ayuda de mis amigos(as).	Nada	Un Poco	Muy
24. Mi familia casi siempre me anima y me apoya para lograr mis metas	Nada	Un Poco	Muy
25. A mi familia le interesa cómo me siento	Nada	Un Poco	Muy
26. Mi futuro se ve bastante optimista y prometedor	Nada	Un Poco	Muy
27. Le tengo miedo al suicidio	Nada	Un Poco	Muy
28. Estoy contento(a) con mis relaciones familiares	Nada	Un Poco	Muy
29. Mis amigos(as) me aceptan tal como soy	Nada	Un Poco	Muy
30. Cuando tengo un problema me esfuerzo por entenderlo y evitar que se repita.	Nada	Un Poco	Muy
31. Tengo muchas metas que espero lograr en el futuro	Nada	Un Poco	Muy
32. Prefiero buscar una solución a mis problemas en lugar de tratar de suicidarme	Nada	Un Poco	Muy
33. Me siento bien conmigo mismo(a)	Nada	Un Poco	Muy
34. Me acepto tal como soy	Nada	Un Poco	Muy
35. Cuando pienso en mi futuro, me siento tranquilo	Nada	Un Poco	Muy
36. A mi familia le importa mucho lo que me pasa	Nada	Un Poco	Muy
37. Estoy feliz conmigo mismo(a)	Nada	Un Poco	Muy
38. Pienso que todo problema tiene una posible solución	Nada	Un Poco	Muy
39. Tendría miedo de hacer planes para atentar contra mi vida	Nada	Un Poco	Muy
40. Me quedan muchas cosas por vivir	Nada	Un Poco	Muy
41. Mis amigos(as) me apoyan cuando tengo un problema	Nada	Un Poco	Muy
42. Creo que puedo tomar buenas decisiones sin considerar al suicidio como una de ellas.	Nada	Un Poco	Muy
43. Siento que mis amigos(as) me quieren y aceptan	Nada	Un Poco	Muy
44. Emocionalmente me siento bien con mi familia	Nada	Un Poco	Muy
45. Tengo miedo de morir y por eso no pensaría en suicidarme.	Nada	Un Poco	Muy
46. Me gusta mi forma de ser	Nada	Un Poco	Muy

Muchas gracias por tu colaboración