

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



CONDUCTA SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA: PERSPECTIVA DE DOCENTES
ORIENTADORES

Psicólogas en Formación
Aura Beatriz Castilla Hernández
Marilyn Shirad Contreras Burgos

Cúcuta, Colombia
2018

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



CONDUCTA SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA: PERSPECTIVA DE DOCENTES
ORIENTADORES

Directora de Trabajo de Grado

Mg. Esp. Psi. Yijadd Dalal Ordoñez Yaber

Psicólogas en Formación

Aura Beatriz Castilla Hernández

Marilyn Shirad Contreras Burgos

Cúcuta, Colombia

2018

Agradecimientos

Para la realización de esta investigación, primeramente se requiere agradecer a un conjunto de colegas familiares y amigos. Especialmente, a la docente y directora de trabajo de grado Mg. Yijadd Ordoñez Yaber y a la docente PhD. Gloria Esperanza Martínez, que amablemente contribuyeron y compartieron sus conocimientos sobre el tema en cuestión y por su motivación en producir un trabajo que aporte al conocimiento científico. También, a las personas que participaron en la investigación de manera voluntaria y que representan una fuente importante en la socialización de sus saberes. Finalmente, pero no menos importante a nuestra familia, por el apoyo brindado, por su paciencia y comprensión durante el proceso formativo.

Resumen

El objetivo de esta investigación es dar a conocer el análisis de la percepción que tienen los docentes orientadores de la ciudad de Cúcuta sobre la conducta suicida en los adolescentes, a través de una triangulación de resultados, empleando un análisis documental, un grupo focal y una entrevista semiestructurada, realizando la distinción que tiene cada participante sobre este fenómeno, teniendo en cuenta las definiciones de la conducta suicida, los factores de riesgo asociados y las estrategias de intervención. Asimismo, la investigación se desarrolla bajo un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, muestreo no probabilístico y muestreo por conveniencia. Y se concluye la importancia de implementar estrategias de promoción y prevención de la conducta suicida, desarrollando programas y políticas acordes a las necesidades del contexto que deben ser anualmente evaluadas.

Palabras claves: Ideación, intento suicida, intento consumado, factores de riesgo, factores protectores, prevención, contextos educativos y adolescentes.

Abstract

The objective of this research is to present the analysis of the perception that the guidance teachers of the city of Cúcuta have regarding suicidal behavior in adolescents, through a triangulation of results, using a documentary analysis, a focus group and a semi-structured interview, making the distinction that each participant has about this phenomenon, taking into account the definitions of suicidal behavior, the associated risk factors and intervention strategies. Likewise, the research is carried out under a qualitative approach with phenomenological design, non-probabilistic sampling and convenience sampling. And it concludes the importance of implementing strategies for the promotion and prevention of suicidal behavior, developing programs and policies according to the needs of the context that must be evaluated annually.

Key words: Ideation, suicidal attempt, completed attempt, risk factors, protective factors, prevention, educational contexts and adolescents.

Tabla de contenido

Introducción	1
Problema de Investigación	2
Planteamiento del problema.....	2
Descripción del problema	2
Formulación del problema	4
Justificación	5
Objetivos	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	7
Estado del Arte.....	8
Artículos locales.....	8
Artículos regionales	10
Artículos nacionales.....	11
Artículos internacionales	13
Marco Teórico.....	16
Capítulo I. Conducta suicida.....	17
1.1 Concepto y explicación de suicidio.	17
1.2 Teoría ecológica.....	18
1.3 Teoría interpersonal del suicidio.....	19
1.4 Modelo motivacional-volitivo integrado.	20
1.5 Teoría de los tres pasos.	21
1.6 Teoría de la vulnerabilidad del fluido.	23
1.7 Modelo cognitivo de comportamiento suicida.....	24
Capítulo II. Desarrollo Adolescente	26
2.1 Desarrollo emocional.....	29
2.2 Desarrollo social.	31
2.3 Desarrollo cognitivo.....	33
Capítulo III. Salud mental y conducta suicida	36
3.1 Formación docente con respecto a la prevención del suicidio.....	37
3.2 Ruta de atención y prevención del suicidio desde el ámbito educativo en Colombia. ...	39
Marco Contextual.....	41
Marco Legal	42
1.1 Aspectos legales relacionados con las funciones del docente orientador.	42

1.2 Aspectos legales relacionados con la prevención del suicidio.....	44
Metodología	45
Diseño a utilizar	45
Población.....	45
Muestra	45
Procedimiento	46
Fase 1.	46
Fase 2.	46
Fase 3.	46
Fase 4.	47
Fase 5.	47
Instrumentos, protocolos, forma(s) de recolección de la información.....	47
Cómo se analizará la información recolectada	48
Análisis y discusión de resultados	49
Conclusiones	54
Recomendaciones	56
Referencias bibliográficas.....	57
Anexos	74
Anexo A: Tabla del análisis documental	74
Anexo B: Entrevista Semiestructurada	80
Anexo C: Grupo Focal	80

Introducción

La conducta suicida según la Organización Mundial de la Salud (2009), es un acto voluntario por el que una persona se causa la muerte con noción o expectativa de una solución fatal, presentándose esta en la actualidad como un importante problema de salud pública. Anualmente, esta problemática se presenta en aumento en el territorio nacional, como se ve reflejado en la información de defunciones realizado por el DANE en el año 2017 lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas, en el cual se muestra que a nivel nacional en hombres se presentaron 1.708 casos y en mujeres 389 casos, para un total de 2.097 casos. Más aún dentro del rango de edad de los 5 a 14 años se presentó: en hombres 55 casos y en mujeres 38 casos, y entre los 15 a 44 años en hombres se presentaron 1.060 casos y en mujeres 275 casos. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2018).

Además, entendiendo que el desarrollo de esta conducta se puede ver manifestada a través de cuatro fases, la primera es la representación de la ideación suicida, la segunda es la planificación de su pensamiento, y la tercera es la materialización de esos pensamientos, desarrollando un intento suicida, que finalmente puede terminar generando una conducta suicida consumada (Klonsky, May, y Saffer, 2015).

Por consiguiente, en la presente investigación se evidencia el análisis respecto a las percepciones que poseen los docentes orientadores en relación a la conducta suicida en los adolescentes, en el cual se exploran los posibles significantes que tienen sobre el concepto de suicidio y los factores de riesgo asociados, en donde se obtiene la categorización de cuatro factores de riesgos generales, los cuales son: el biológico, el psicológico-personal, el familiar y el socioambiental-cultural. Analizados desde las diferentes teorías de la conducta suicida como: la ecológica de Bronfenbrenner, la interpersonal del suicidio, la motivacional-volitivo integrado, la de los tres pasos, la de la vulnerabilidad fluida y el modelo cognitivo de comportamiento suicida.

Finalmente, en relación a la implementación de estrategias de intervención relacionadas a la prevención de esta conducta, es importante efectuar el desarrollo de las mismas desde un enfoque de promoción de la salud mental, fundamentadas en la creación de políticas y protocolos

efectivos. Aunque, en relación a esta formación se evidencia que los docentes orientadores se instruyen o forman de manera personal en relación a la prevención de esta conducta.

Problema de Investigación

Planteamiento del problema

Esta investigación plantea una aproximación al campo educativo, en concreto, pretende conocer la perspectiva de los docentes orientadores frente a la conducta suicida en los adolescentes, desde tres aspectos principales: el concepto de suicidio, los factores asociados a esta conducta y los mecanismos de prevención implementados o elaborados para esta problemática en específico. Asimismo, es importante señalar que es un tema poco investigado en el contexto a pesar de que la prevalencia del suceso ha aumentado en los últimos años, tanto a nivel mundial, nacional, departamental como local. Igualmente el suicidio desde el campo de la salud mental se ha convertido en una problemática de salud pública, siendo relevante la investigación de este evento en el campo escolar, debido a la importancia de las instituciones en materia de desarrollo, aprendizaje, preparación y potencialización de las habilidades de los adolescentes desde una mirada integral y por el tiempo significativo que comparten e interactúan los docentes orientadores con la población de estudio.

Descripción del problema

La ley 1122 decretada por el Congreso de la República de Colombia, (2017) establece que “la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva”. Dentro de sus componentes, se encuentra la salud mental, que según la ley 1616 decretada por el Congreso de la República de Colombia, (2013) la define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana y para contribuir a la comunidad.

Sin embargo, en la actualidad y específicamente en la salud mental se han venido presentando problemáticas que afectan directamente a la persona y su entorno social, una de estas situaciones es la relacionada con la conducta suicida. Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2017), definen el suicidio como “un problema de salud pública”.

Incluso, en mayo del año (2014) la Organización Mundial de la Salud afirmó que: el suicidio es una de las principales causas de muerte en los jóvenes. Por consiguiente, se entiende que el suicidio es una problemática de gran impacto e interés desde la salud pública, debido a su influencia y estrecha relación con la muerte en la adolescencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), citado por Cardona Arango, Medina Pérez, y Cardona Duque, (2016) se identifica que:

En los últimos 45 años las tasas mundiales de suicidio se han incrementado en un 60% y se ubican en 16 casos/100.000 habitantes, esta entidad estimó alrededor de 1 millón de víctimas anuales, cifra que puede ascender a 1,5 millones en 2020 (p.171).

Específicamente en Colombia, en el año 2013 se registró 1.685 suicidios, y el sistema medicolegal colombiano reportó una tasa de mortalidad por suicidio de 4,23 casos por cada 100.000 habitantes. Igualmente, durante el año 2014, se realizó 1.878 necropsias debidas a suicidio. Durante el 2015, se registraron en Colombia 2.068 suicidios, 10% más que en el año inmediatamente anterior. Además, en el año 2016, se reportaron 2.310 suicidios, 242 casos más que en el año anterior y finalmente, para el año 2017 se evidenciaron 2.531 casos, de los cuales se observó un aumento de 221 casos. Particularmente, en el grupo de edad entre los 10-19 años, fue un total de 413 donde 280 eran hombres y 133 eran mujeres (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018, p. 353).

La información de defunciones realizado por el DANE, para el año 2017, a nivel nacional, especifica lo siguiente: lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) y secuelas en hombres se presentaron 1.708 casos y en mujeres 389 casos, para un total de 2.097 casos. Más aún dentro del rango de edad de los 5 a 14 años se presentó: en hombres 55 casos y en mujeres

38 casos, y entre los 15 a 44 años en hombres se presentaron 1.060 casos y en mujeres 275 casos. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2018).

Según lo anterior, se puede ver reflejado que este tipo de conductas se evidencia en aumento en el territorio nacional, debido al número de eventos reportados en los últimos cuatro años, donde se observa el incremento de este tipo de casos y la situación actual del país para hacer frente a esta problemática.

Igualmente, según De la Torre, Cubillas, Rosario, y Valdez, (2009), citado por Vianchá, Bahamón, y Alarcón (2013), existe una relación entre los problemas interpersonales en contextos escolares como el acoso y la violencia escolar, y en cómo estos factores han ido incrementando estadísticamente como factores de riesgo relacionados con la conducta suicida, haciendo parte de las características socio culturales del suicidio (p. 115).

Sin embargo, hay que tener en consideración el hecho de que en el campo educativo, la perspectiva de los docentes orientadores, sobre el comportamiento suicida adolescente, se ha estudiado con muy poca frecuencia. Dada la importancia del conocimiento sobre el riesgo de suicidio, con esta investigación se pretende conocer a fondo las opiniones de los docentes orientadores respecto a la conducta suicida en los adolescentes, puesto que pasan una gran cantidad de tiempo con la población de estudio.

Formulación del problema

En esta investigación se pretende conocer aquellas perspectivas de los docentes orientadores durante el primer periodo del año 2018, pertenecientes a las Instituciones públicas de la comuna 1 de la ciudad de Cúcuta del departamento Norte de Santander, respecto a la naturaleza del problema y los factores de riesgo relacionados a la conducta suicida, para la prevención de la misma en la etapa de la adolescencia. Por consiguiente, la pregunta de investigación es la siguiente: ¿Qué conocimientos poseen los docentes orientadores de educación secundaria con respecto a los factores que determinan la presencia de conductas suicidas en los adolescentes?

Justificación

En vista de las múltiples situaciones que se han presentado alrededor del mundo respecto a la conducta suicida en los adolescentes; esta investigación se centra especialmente en el entorno escolar, analizando la conducta suicida adolescente y las percepciones de los docentes orientadores sobre esta problemática, específicamente en las instituciones educativas públicas de la comuna 1 de la ciudad de Cúcuta del departamento Norte de Santander.

Para el 2014, según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015), en Norte de Santander se registraron 73 casos en total, de los cuales 38 fueron en la ciudad de Cúcuta. Para el año 2015, se presentaron 79 casos, 6 casos más que el anterior, siendo 26 casos reportados en la ciudad de Cúcuta, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2016). Para el año 2016, se registraron 67 casos en total, un número menor de casos en comparación al año anterior, de los cuales 30 fueron en la ciudad de Cúcuta. Asimismo en el 2017, en el departamento se reportaron 104 casos, y en la ciudad un total de 45 casos, siendo mayor el número de reportes tanto para el departamento como para la ciudad en relación al año 2016. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018).

Específicamente en la población adolescente, la información de defunciones realizado por el DANE, para el año 2017, a nivel departamental se reportaron en lesiones autoinfligidas e intentos de suicidios, 52 hombres y 13 mujeres para un total de 65 personas. Mas sin embargo, concretamente en los adolescentes, se presentaron en mujeres 2 casos y en hombres no se presentaron casos. Y a nivel local, particularmente en la ciudad de Cúcuta se reportaron, 20 casos en hombres y 5 casos en mujeres para un total de 25 casos. Asimismo, dentro del rango de edad de los 5 a 14 años se presentó en mujeres 1 caso, y entre los 15 a 44 años en hombres se presentaron 12 casos y en mujeres 3 casos. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2018).

Por consiguiente, llevar a cabo esta investigación a nivel social representa una gran aportación, puesto que la ciudad no se está exenta de presentar este tipo de situaciones, como el famoso reto de la “ballena azul”, creado por Philip Budelkin de 21 años, presentado en el año

2015 en Rusia, haciéndose viral en los países del mundo, en donde incitaba a los jóvenes al suicidio., según el Instituto Hispanoamericano de Suicidología (s.f.). Así mismo, es como la psicología permite, evidenciar cual es la realidad actual de la presencia de la conducta suicida en el contexto educativo, generando entonces, estrategias de intervención y prevención en la ocurrencia de esta conducta.

Según el Ministerio de Educación Nacional (2015) el entorno educativo atraviesa por un “reconocimiento y desconocimiento del hecho” (p. 25), por consiguiente, el aporte que trae esta investigación a la comunidad educativa, es el fortalecimiento en la identificación temprana de las señales de alerta que pueda presentar el niño, adolescente, adulto o adulto mayor, antes de cometer el acto suicida. Así pues, a partir de los resultados obtenidos se analizan aquellos conocimientos que poseen los docentes orientadores sobre la conducta suicida y los factores de riesgo asociados, tomándola en consideración como un evento real y probable de ocurrencia en el contexto educativo.

Finalmente la conducta suicida es un tema de gran importancia y relevancia a nivel mundial, nacional, departamental y local, específicamente desde el entorno educativo, por ello se hace pertinente basar la investigación en un diseño cualitativo, ya que permite flexibilidad para hacer las modificaciones necesarias durante el desarrollo de la misma, por ello, al ser el investigador el instrumento de recolección de datos y que el contexto ambiente evolucione al transcurrir el tiempo, hace que la investigación sea única.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la percepción que tienen los docentes orientadores sobre la conducta suicida en adolescentes de las instituciones educativas públicas de la comuna 1 de la ciudad de Cúcuta, a través de técnicas de recolección de información cualitativa para la comprensión que se tiene de esta problemática.

Objetivos específicos

Explorar los significantes del concepto del suicidio adolescente que tienen los docentes orientadores, a través de un análisis documental, una entrevista semiestructurada y un grupo focal en cada una de las instituciones educativas públicas.

Identificar la percepción de los docentes orientadores respecto a los factores de riesgo que atribuyen a la conducta suicida en los adolescentes, a través de un análisis documental, una entrevista semiestructurada y un grupo focal en cada una de las instituciones educativas públicas.

Describir las estrategias de intervención que utilizan los docentes orientadores en relación a la conducta suicida, a través de un análisis documental, una entrevista semiestructurada y un grupo focal en cada una de las instituciones educativas públicas.

Estado del Arte

Artículos locales

Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. Gaona, J., Bohórquez, A., Gómez, P., Ramírez, Y., Barrientos, G., Peñaloza, L., y Guecha, E. (2012).

Investigación cuantitativa de tipo analítico retrospectivo, cuyo objetivo era valorar el antecedente familiar, el consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento suicida en los adolescentes, mediante la recolección de datos por medio de tres instrumentos, Test de Golsberg, FF-SIL y el de consumo de sustancia psicoactivas, con una población de 20 personas, 13 mujeres y 7 hombres.

Se evidenció que existe una asociación estadísticamente significativa en relación al funcionamiento familiar y enfermedad mental en relación al intento de suicidio principalmente en mujeres entre las edades de 19 a 22 años. Predominando las preocupaciones y la falta de armonía. Aunque, el consumo de sustancias no se evidenció incidente frente al intento de suicidio.

Viviendo en una realidad, que me ata al abismo. Segura, C., Ruiz, S., Aguilar, M., Vergel, O., Ibarra, N., y Florez, L. (2010).

Investigación con metodología de enfoque cualitativo, de tipo fenomenológico, con la finalidad de describir a aquellos sentimientos que presentaron los informantes previamente al intento de suicidio, con una muestra de 3 jóvenes de género femenino, con edades de 18, 19 y 21 años respectivamente de la ciudad de Cúcuta.

De igual forma se realizó entrevista a profundidad, la observación participante, las notas de campo, y la grabadora de voz, de las cuales emergieron en la investigación 5 categorías predominantes: para que vivir; lazos que me lastiman; un paso adelante, ganándole a los

pensamientos suicidas; fuerzas internas que me llevan al abismo; buscando ayuda, se evidenció sentimientos de dolor, desespero y falta de amor. Asimismo, se encontró que sus relaciones interpersonales eran conflictivas que producían deseos de autolesión.

Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años. Bautista, L., Angarita, M., Contreras, J., y Otero, M. (2008).

La presente investigación desarrolló una metodología descriptiva comparativa, donde planteó la identificación de sintomatología depresiva en una muestra comprendida por 193 estudiantes de bachillerato del colegio oriental N° 26 del barrio Prados Norte de la ciudad de Cúcuta, con edades comprendidas entre los 12 a 18 años; por medio de la utilización de dos instrumentos: el primero, el inventario de depresión de Beck, y el formato de recolección de información sobre las características psicológicas del adolescente (CPA) creado por las investigadoras de este estudio.

Entre los resultados obtenidos se evidenció que existe una prevalencia de sintomatología depresiva del 38.4% (afectiva, seguidamente del cognitivo, después el motor y por último el somático), además se obtuvo un 30% de prevalencia de ideación suicida tanto en sintomáticos depresivos (21, 71%), y en los no sintomáticos depresivos (8.28%), y el 90.2% presentaron algún grado de afectación de las CPA, siendo las más afectadas: la identidad personal (autonomía, autoimagen y autoconcepto), estabilidad emocional, el pensamiento y la motivación.

Así mismo, referente a lo sociodemográfico se encontró que la sintomatología depresiva afectó significativamente al sexo femenino, con edad promedio de 14 años, la convivencia uniparental del estudiante, el consumo de sustancias psicoactivas y el antecedente de depresión en la familia. Norte de Santander, Cúcuta.

Artículos regionales

Ideación suicida en adolescentes víctimas de cyberbullying del instituto empresarial Gabriela Mistral de Floridablanca (Santander). Salas M., Levette M., Redondo Pacheco, J., y Luzardo M. (2017).

En esta investigación se buscó analizar la prevalencia de víctimas de cyberbullying y la ideación suicida en adolescentes de edades comprendidas entre 13 y 17 años de un colegio de Floridablanca (Santander), un estudio transversal no experimental de corte descriptivo con una muestra conformada por 226 estudiantes de secundaria de los grados 8 a 11, de los cuales el 66% son mujeres y 34% hombres.

De igual manera los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI) y la Escala de victimización a través del teléfono celular y de internet, entre los resultados se indicaron que los grados octavo y noveno presentan mayor presencia de víctimas de cyberbullying; respecto a la ideación suicida, los adolescentes con edades comprendidas entre 13 y 14 años presentaron mayores puntajes, evidenciándose con ello que existe alta ideación suicida en el sexo femenino. Asimismo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y ser víctima de cyberbullying.

Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. González, P., Medina, O., y Ortiz, J. (2016).

Investigación cuantitativa con diseño transversal, con una muestra de 1265 estudiantes de Psicología de una Universidad Pública de Colombia, cuyo objetivo de la investigación era evaluar el riesgo suicida y factores asociados, a través de la prueba ISO-30, y un cuestionario de elaboración propia sobre información socio-demográfico, de salud y autolesiones, entre los factores destacados fueron; las conductas autolíticas e ideación.

En los resultados obtenidos, se evidenció que 3,6% presenta riesgo alto de suicidio y que 9,1% se ha autolesionado, al menos, una vez en la vida. El riesgo de mujeres triplica al de

hombres, por cada estudiante que presenta riesgo y no se ha lesionado, hay cinco que si lo han hecho; además, por cada estudiante que realizó una autolesión de riesgo mínimo, hay seis que se autolesionaron de manera grave, buscando morir. Finalmente, factores como el sexo, la edad, los antecedentes de autolesión y consulta a servicios de salud, pueden ser predictores importantes del riesgo suicida en estudiantes universitarios.

Homicidios y suicidios en jóvenes de 15 a 24 años, Colombia, 1998-2008. Cardona, D., Segura, A., Espinosa, A., y Segura, A. (2013).

Mediante un estudio descriptivo de fuente secundaria, usando los 150.433 registros de defunción por homicidio y suicidio, cuyo objetivo era describir el comportamiento de la mortalidad por homicidio y suicidios en población de 15 a 24 años, en los departamentos de Colombia, entre 1998 y 2008. Se calculó un índice de condiciones propicias para la violencia, según variables económicas, sociales y educativas.

Cuyos resultados, fueron una tasa de mortalidad de 95,6 defunciones por 100.000 personas para homicidio y 10,1 para suicidio, siendo mayor riesgo en los hombres que las mujeres, con un exceso de mortalidad masculina de 12,3 en homicidios y 1,2 en suicidios. Finalmente, el índice de condiciones para la violencia, los departamentos de Vaupés, Guaviare, Arauca y Guainía son los que presentaron condiciones más propicias para que se aumente el riesgo de morir por homicidio y suicidio en este rango de edad, aunque otros departamentos registren mayores tasas de mortalidad.

Artículos nacionales

Investigaciones sobre ideación suicida en Colombia, 2010-2016. Salamanca, Y., y Siabato, M., (2017).

La presente investigación, se basó en la búsqueda de resúmenes encontrados, en relación a las áreas de conocimiento de psicología, medicina y ciencias sociales, cuyo objetivo era conocer los hallazgos relacionados con la ideación suicida en población colombiana a partir del análisis de

los artículos publicados durante el periodo comprendido entre 2010 y 2016, a través de los sistemas de información redalyc, sciencedirect, medline, mediclatina y scopus.

Entre los resultados obtenidos, se halló un total de 22 artículos en los que se estudió la ideación suicida de manera independiente o relacionada con otras variables, predominando las investigaciones de carácter cuantitativo de tipo descriptivo o correlacional, abordadas principalmente desde el campo de la psicología clínica y cuyo grupo poblacional son adolescentes y adultos jóvenes. Entre sus hallazgos, se identificó un marcado interés académico e investigativo en el diagnóstico clínico del componente cognitivo del suicidio, siendo evidente el déficit en investigaciones relacionadas con la prevención o intervención de este factor de riesgo, a pesar de ser considerado el suicidio como un problema de salud pública.

Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. Cardona, D., Medina, O., y Cardona, D. (2016).

Investigación cuantitativa descriptiva, con información de fuente secundaria, a partir de los certificados de defunción de las personas fallecidas por suicidio registrados ante el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, usando el denominador de las proyecciones poblacionales de Colombia y de las regiones Amazonía, Andina, Costa Atlántica, Llanos Orientales y Pacífico, con ellas se calcularon medidas descriptivas y tasas de mortalidad. Cuyo objetivo de la presente investigación es caracterizar el suicidio registrado en Colombia entre los años 2000 y 2010, según los variables persona, tiempo y lugar.

Entre sus resultados, se registraron 24.882 suicidios en los once años estudiados con un promedio de 6,2 personas por día, festivos aumento a 8,0 la edad promedio de los fallecidos fue 34,5 años (36,4 varones y 27,7 mujeres), predominaron los fallecimientos de varones 78,1% y en zonas urbanas 66%. El mayor riesgo de morir por esta causa se presentó en los Llanos Orientales, para adultos jóvenes y mayores y residentes en la zona rural.

En conclusión, las tasas de suicidio en Colombia presentan una tendencia a la baja, con un promedio de 5,3/100.000 habitantes y se halló mayor riesgo en los varones, 3,7 veces el riesgo de

las mujeres adultas jóvenes 9/100.000. Con un registro mayor entre los solteros y en los meses de enero y diciembre y los fines de semana.

Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. Aguirre, D., Cataño, J., Constanza, S., Marín, D., Rodríguez J., Rosero, L., Valenzuela, L., Vélez, J. (2015).

Estudio de corte transversal en una población de 322 adolescentes de estratos II y III, que cursaban los grados de octavo a once de bachillerato en tres colegios de la ciudad de Manizales, cuyo objetivo es determinar el riesgo suicida según la escala de Plutchik y sus factores asociados. Entre los resultados obtenidos, el 16,5% de los estudiantes presento riesgo suicida; el acoso entre pares manifestó un índice de intensidad alta y muy alta de 58,1%, el 38,5% de la población tuvo buena funcionalidad familiar, el 18% evidenció dependencia alcohólica, el 23,3% mostró trastorno de conducta alimentaria y el consumo de sustancias psicoactivas y el de cigarrillo fue de 31,4% y 13,4% respectivamente.

Entre los factores asociados presentaron relación significativa con riesgo suicida: funcionalidad familiar, depresión, dependencia alcohólica, autoestima, trastornos de conducta alimentaria, acoso escolar, consumo de cigarrillo y consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, se encontró un nivel de riesgo suicida superior al de otras poblaciones similares, además sobresalió la depresión y disfuncionalidad familiar como factores asociados, y el acoso entre pares aumenta en gran proporción el riesgo suicida y no se evidenció ninguna relación entre riesgo suicida y estrato social.

Artículos internacionales

Teachers' Perspectives on Preventing Suicide in Children and Adolescents in Schools: A Qualitative Study. Ross, V., Kólves, K., y De Leo, D. (2016).

Investigación realizada en Queensland, Australia, mediante una encuesta a gran escala que examinaba los conocimientos, actitudes y experiencia de los docentes en materia de suicidio,

cuyo objetivo era explorar las perspectivas de los docentes sobre lo que se debería hacer para mejorar los esfuerzos actuales de prevención del suicidio, tuvo una participación de 115 docentes que respondieron a una encuesta en línea sobre sus opiniones referentes a los requisitos para la prevención del suicidio escolar.

El análisis cualitativo identificó cinco temas de las respuestas de los profesores: sensibilización y reducción del estigma, servicios de apoyo a los estudiantes, educación y capacitación, intimidación y el papel de los medios sociales. En donde, se destaca la necesidad crítica de mejorar los esfuerzos de prevención del suicidio en las escuelas.

Australia.

Intento de Suicidio en Adolescentes Mexicanos: Perspectiva desde el Consenso Cultural.

Sánchez, L., Morfín, T., García, J., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E., y Cruz, J. (2014).

El estudio realizado identifica la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural que sobre el suicidio tienen los adolescentes con tentativa suicida, es un trabajo cualitativo mediante la técnica de listas libres, con la participación de 29 adolescentes de 13 a 18 años, las listas fueron sobre: las causas, signos y síntomas, lo que siente, piensa y hace el adolescente antes de cometer suicidio y las estrategias de prevención de éste.

Los resultados muestran para cada pregunta un único modelo semántico en el dominio cultural, es decir, en lo estructural se identifican los problemas familiares como la causa del intento suicida; la depresión y la tristeza son síntomas previos al intento suicida; la tristeza y la soledad, salir del problema y suicidarse es lo que considera que siente, piensa y hace un adolescente previo al intento de suicidio y finalmente como estrategias de prevención, se identifican que le ponga más atención y hablar con él. Asimismo, los resultados ponderan la importancia de la familia para los programas de prevención de las conductas suicidas en adolescentes.

Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. García, J., Quintanilla, R., Sánchez, L., Morfín, T., y Cruz, J. (2011).

Este estudio buscó identificar la estructura semántica del dominio cultural, el promedio de conocimiento y el grado de consenso cultural manifestado por los adolescentes sobre el intento de suicidio. Fue un estudio cualitativo de listas libres, con un muestreo propositivo no aleatorizado de 27 adolescentes entre 13 y 18 años. Los resultados evidenciaron un solo modelo semántico, es decir, en lo estructural se identificó el problema familiar como una causa importante del intento suicida; las categorías depresión y tristeza se consideraron como signos y síntomas previos a esta tentativa y no como causas. Como estrategias de prevención, se consideró recibir información mediante pláticas o establecer conversaciones sobre los problemas. Este modelo permite proponer estrategias de prevención que privilegien el núcleo familiar.

Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva, A., y Chávez, R., (2010).

La investigación es un estudio transversal con una muestra de 12.424 adolescentes de escuelas públicas en 2007, cuyo objetivo fue identificar la prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en estudiantes adolescentes de México, utilizaron modelos de regresión logística para obtener razones de momios (RM) con intervalos de confianza de 95% (IC 95%). Entre sus resultados se encontró un 47% que reportó al menos un síntoma de ideación; el 9% refirieron antecedente de intento y entre los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres; abuso sexual, sintomatología depresiva, consumo de tabaco, alcohol y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales.

Finalmente, en las conclusiones casi la mitad de los estudiantes del nivel medio superior presentaron al menos un síntoma de ideación y para disminuir esta problemática se deben considerar los factores asociados: el consumo de sustancias adictivas, género, antecedentes de abuso sexual y depresión.

Marco Teórico

Capítulo I. Conducta suicida

- 1.1 Concepto y explicación de suicidio
- 1.2 Teoría ecológica.
- 1.3 Teoría interpersonal del suicidio.
- 1.4 Teoría motivacional-volitivo integrado.
- 1.5 Teoría de los tres pasos.
- 1.6 Teoría de la vulnerabilidad fluida.
- 1.7 Modelo cognitivo de comportamiento suicida.

Capítulo II. Desarrollo Adolescente

- 2.1 Desarrollo emocional.
- 2.2 Desarrollo Social.
- 2.3 Desarrollo cognitivo.

Capítulo III. Salud Mental y Conducta suicida

- 3.1 Formación docente con respecto a la prevención del suicidio.
- 3.2 Ruta de atención y prevención del suicidio desde el ámbito educativo en Colombia.

Capítulo I. Conducta suicida

1.1 Concepto y explicación de suicidio.

Según Kapsambelis (2012) el concepto de suicidio, “se introdujo al francés en el siglo XVIII a partir del latín *sui* (si mismo) y *caedere* (matar), término suicidio, lo que significa la acción de causar muerte propia”, asimismo, Freud definió tres conceptos referentes a la conducta suicida, que asoció con el tema del inconsciente, el primero fue el de suicida que hace referencia al individuo que cuya acción autodestructiva fue mortal, el suicida fallido, quien fue la persona que sobrevivió a un acto fallido y el de suicida potencial, que es aquel sujeto que expresa verbal o conductualmente un posible intento suicida (parr 3).

Igualmente, según la Organización Mundial de la Salud (2009), El suicidio es un acto voluntario por el que una persona se causa la muerte con noción o expectativa de una solución fatal, sin embargo, el intento de suicidio es un acto no fatal de auto-destrucción a menudo con el objetivo de solicitar ayuda, en la actualidad, la conducta suicida ha sido mundialmente reconocida como un importante problema de salud pública (p. 4). Sin embargo, fue desde 1970, que la Organización Mundial de la Salud, reconoció al suicidio como un grave problema de salud pública (Piedrahita, Paz, y Romero, 2012, p. 138).

Asimismo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE - de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993), del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la conducta suicida se considera un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo y, en consecuencia, se debe revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que en conjunto hagan parte de su diagnóstico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p. 2).

Además, Klonsky et al., (2015), manifiestan que el suicidio es un proceso complejo que abarca la ideación, la planificación, el intento y, finalmente, el suicidio. Asimismo, según

O'Carroll et al (1996) citado por Ortega, Manrique, Tovilla, López, y Cuartas (2014), existen tres tipos de comportamiento suicida: el primero el instrumental, en el que la persona no tiene intención de matarse y quiere fingir lo contrario por beneficio personal; el segundo el intento de suicidio, donde la persona intenta provocar la muerte, sin obtenerla, y el tercero el suicidarse, en el que existe evidencia, expresa o implícita, de que la lesión fue autoinfligida (p.107).

Asimismo, Muñoz y Sánchez (2013), en su investigación afirman que para la explicación de la conducta suicida, se han empleado algunos modelos multidimensionales que definen y relacionan ciertos factores de riesgo que se encuentran relacionados con este tipo de suceso, como por ejemplo: la vulnerabilidad biológica, los componentes socio-ambientales, las experiencias tempranas, la personalidad y la enfermedad mental (p. 13). Igualmente, Sánchez et al. (2014) afirman que en cada grupo social existe una tendencia al suicidio, y que en la orientación individual hay explicaciones del fenómeno en función de interpretaciones psiquiátricas, psicológicas y psicoanalíticas de la conducta (p. 1447).

Finalmente, Hjelmemand (2010) afirma que por medio del conocimiento del significado cultural se puede contribuir a la comprensión del fenómeno suicida. Debido a que, “el estudio del suicidio desde la teoría del consenso cultural puede ofrecer un modelo cognitivo, una lógica de pensamiento e interacciones construido por los propios participantes en torno a las conductas suicidas” según, Sánchez et al. (2014). Es decir, la cultura está compuesta por un conjunto de conductas y creencias adquiridas y compartidas entre los individuos, y mediante estos pensamientos simultáneos, se puede definir el concepto del suicidio desde un determinado contexto.

A continuación, se abordarán las teorías o modelos mas recientes que han intentado explicar el fenómeno de la conducta suicida y sus posibles factores de riesgo relacionados.

1.2 Teoría ecológica.

El modelo ecológico del desarrollo humano de Bronfenbrenner se basa principalmente en la influencia de Kurt Lewin en las teorías del espacio vital, del campo de acción y la conducta

grupal según Gifre y Esteban (2012). Bronfenbrenner (1977, 1979) plantea la visión ecológica del desarrollo humano, en donde abarca las relaciones entre los ambientes en el que se desenvuelve el ser humano, consiste en una acomodación mutua que se da entre la persona activa y las propiedades cambiantes del contexto, que se ve afectado por las relaciones que se desarrollan entre los diferentes entornos (como se citó en García, 2001, p. 2).

En relación a las interacciones entre el individuo y los sistemas, Bronfenbrenner hace referencia a cuatro sistemas, los cuales son: el ontogénico, microsistema, exosistema y macrosistema. El ontogénico se refiere a las características psicológicas y demográficas del individuo, el segundo se relaciona a la familia, amigos, religión y vecinos, el tercero a las estructuras sociales, trabajo, vecindario, y el macrosistema involucra todas aquellas creencias, valores culturales y religiosos que influyen en el exosistema y el ontológico (como se citó en Ayyash-Abdo, 2002, p. 460).

El modelo teórico ecológico de Bronfenbrenner afirma que la interacción entre los sistemas puede influir en la conducta de las personas, asimismo, establece los siguientes factores como posibles factores de riesgo de la conducta suicida: la depresión, la ideación suicida, las adicciones, principalmente las drogas y el alcohol, la violencia o abuso sexual, pertenecer a familias con niveles bajos de cohesión, tener conflictos con los padres, presenciar discusiones familiares por problemas económicos, desempleo, haber intentado suicidarse algún familiar, las relaciones en la escuela y en cómo percibe el individuo su entorno de manera nociva, agresiva o no. Igualmente, la cultura influye en este tipo de conducta (Pérez, et al., 2010).

1.3 Teoría interpersonal del suicidio.

Baertschi et al. (2017) en su investigación afirman que la teoría interpersonal del suicidio o por sus siglas en inglés IPTS, fue una propuesta empírica por Joiner, en el año 2005, (p. 324). Esta teoría consiste en intentar explicar de manera objetiva el fenómeno del suicidio y sus componentes. El IPTS propone una explicación de la conducta suicida de manera empírica y probable, además, que aborda la interacción entre los sistemas dinámicos intraindividuales y los factores de riesgo interindividuales (Barzilay et al., 2015).

Por consiguiente, Joiner postula que el riesgo de suicidio es generado por la interacción de tres factores, los dos primeros se refieren a la ideación suicida, y el tercero a la conducta o posible capacidad de realizar un suicidio, que es independiente del deseo de morir, el primer factor se denomina, tolerancia frustrada donde el individuo experimenta soledad/aislamiento, sintiendo que no pertenece a ningún grupo social, el segundo es la pertenencia frustrada que significa la percepción del individuo de ser una carga para los demás, y el tercero, la adquisición adquirida, que es la capacidad del individuo de autolesionarse por una auto-lesión no suicida previa, conducta suicida u otros comportamientos de riesgo (Kleiman, Law, y Anestis, 2014).

Varias investigaciones basados en la población y clínicos que probaron las predicciones de la IPTS reportaron un efecto significativo de pertenencia frustrada y percepción de la carga sobre la ideación suicida Joiner et al., (2002), (2009); Vannerdenetal, (2006), (2008), Conneretal. (2007), Jahn y Cukrowicz, (2011), Jahnetal, (2011), citado por Barzilay et al. (2015). Además, las pruebas directas también apoyaron los vínculos entre los comportamientos de auto-daño, la capacidad adquirida y los intentos de suicidio (Van Orden et al., 2010, Smith et al., 2012, citado por Barzilay et al., 2015).

Entre los factores de riesgo sobre la conducta suicida la teoría interpersonal del suicidio, establece los siguientes factores que han sido demostrados empíricamente: padecer de algún trastorno mental, haber tenido intentos de suicidio anteriores, aislamiento social, enfermedad física, desempleo, conflicto familiar, historia familiar de suicidio, impulsividad, encarcelamiento, desesperación, la disfunción serotoninérgica y como poco probables pero debido a su poca información documental o investigaciones que los relacionen con la conducta suicida, se encuentra: la agitación/sueño, abuso infantil, exposición al suicidio, la exposición al combate, estar sin un techo para vivir, la baja autoestima y vergüenza (Van Orden et al., 2010).

1.4 Modelo motivacional-volitivo integrado.

La teoría Motivacional-Volitivo integrado de O'Connor R. (2011), citado por Klonsky, et al. (2015), propone que la derrota y el atrapamiento son las primordiales causas de la ideación suicida y que la capacidad adquirida junto con otros factores como la impulsividad, la

planificación y el acceso a los medios letales predicen y explican la transición de la ideación a los intentos suicidas.

Igualmente, Dhingra, Boduszek, y O'Connor, (2015), afirman que esta teoría conceptualiza el suicidio como un comportamiento que resulta de una compleja interacción de factores, donde el predictor es la intención de participar en un comportamiento suicida, cuya intención se ve como la solución de las circunstancias de la vida, y la transición de la ideación al intento suicida, se ve influido por factores como: sesgos de memoria, y procesos de rumia, entre los componentes motivacionales están, la pertenencia frustrada y las metas, y en los elementos volitivo, están la exposición a otros comportamientos suicidas, e impulsividad, además de tener en cuenta otros factores más personales, como la personalidad y las diferencias individuales (p. 212).

La fase volitiva incluye factores como: la impulsividad, el acceso a medios letales, la intención, la planificación y la imitación, aunque, sólo pocos estudios han puesto a prueba directamente la teoría, y entre los resultados obtenidos, se encuentra que tanto la derrota que hace referencia a un pobre enfrentamiento o mala resolución de problemas, sentimientos de humillación conducen a sentimientos de atrapamiento como lo son los pensamientos negativos a futuro, y que en conjunto estos dos predicen la ideación suicida, y que la diversidad de las variables volitivas como: el propio daño por un miembro de la familia o amigo, no tener miedo a la muerte e impulsividad, distingue de los intentos de los ideadores, aunque esta última no predice los intentos de suicidio (Klonsky, Saffer, y Bryan, 2017, p. 6-7).

1.5 Teoría de los tres pasos.

La teoría 3ST por sus siglas en inglés, de Klonsky y May (2015), explica la conducta suicida dentro del marco de la ideación a la acción, al igual que las teorías de Joiner y O'Connor, la teoría ofrece explicaciones separadas para el proceso de la ideación suicida y la transición de la ideación suicida a intentos, y estos a su vez se explican en términos de solo cuatro factores: dolor, desesperanza, conexión y capacidad de suicidio (p. 116).

Por consiguiente, el paso uno, se denomina, desarrollo de la ideación suicida, que sugiere que la combinación de dolor (habitualmente psicológico) y la desesperanza causan ideación suicida, es decir, que cuando la vida es miserable, aversiva y dolorosa, la persona se está castigando por involucrarse con la vida, lo que a su vez comienza el deseo de evitar la vida, pero, si tiene la esperanza de que el dolor se puede disminuir con el tiempo, la persona se centrará en lograr un futuro mejor en lugar de suicidarse, por consiguiente, el dolor y la desesperanza en combinación son necesarios para desarrollar y sostener la ideación suicida (Klonsky, et al., 2017, p. 8).

El paso dos, se denomina ideación fuerte versus moderada, hace referencia a que una conducta suicida potencialmente mortal ocurre cuando el dolor supera la conexión, la conectividad se usa en un sentido amplio, es decir, puede significar la conexión con otras personas, así como con un interés, rol, proyecto o cualquier otro sentido de propósito o significado que pueda hacer que en la persona la vida valga la pena, por ejemplo: un padre que experimenta dolor y desesperación a diario, pero al mismo tiempo, se siente conectado con sus hijos, esta conexión del padre excede el dolor, y este individuo puede tener ideación pasiva pero no progresará a un deseo activo de suicidio (Klonsky, et al., 2015, p. 15-16).

Asimismo, en su investigación Klonsky y May (2015), afirman que en el segundo paso, no sugieren que otros factores de riesgo de suicidio carezcan de relevancia, como por ejemplo; trastornos mentales como depresión, los estados mentales como la la autocrítica, los rasgos de personalidad como la personalidad límite, los temperamentos o disposiciones de la persona como una emocionalidad negativa, y las experiencias, son relevantes para la ideación suicida, pero, sin embargo, son importantes de una manera particular, a través de sus aportes al dolor, la desesperanza y la conexión (p. 117-118).

Y por último y tercer paso, esta la progresión de la ideación a los intentos, en este paso, se proponen tres categorías que contribuyen a la capacidad de suicidio: disposición, adquirida y práctica. La disposición son las variables impulsadas en gran parte por la genética, como la sensibilidad al dolor, Young, Lariviere, y Belfer, (2012), o la aversión a la sangre Czajkowski, Kendler, Tambs, Røysamb y Reichborn-Kjennerud, (2011), por ejemplo, una persona con baja

sensibilidad al dolor tendrá una mayor capacidad para un intento de suicidio, mientras que una persona con miedo a la sangre tendrá una capacidad menor.

Así mismo, el segundo o adquirida, se refiere a la habituación a las experiencias asociadas con el dolor, las lesiones, el miedo y la muerte, el trabajo más reciente de Joiner et al., citado por Smith et al. (2012) ha encontrado que la capacidad para el suicidio es en gran parte genética.

Y el tercero o práctico, se refiere a los factores que facilitan el intento de suicidio, como tener conocimiento y acceso a medios letales, ya sea un arma de fuego. Igualmente, la teoría propone que las tasas de suicidio son elevadas debido a que se tiene un amplio conocimiento de cómo terminar la vida sin dolor y un fácil acceso a los medicamentos necesarios; Finalizando, los factores disposicionales, adquiridos y prácticos contribuyen a la capacidad de intento de suicidio (Klonsky y May, 2015, p. 118-119).

1.6 Teoría de la vulnerabilidad del fluido.

La teoría de la vulnerabilidad del fluido de Rudd (2006), se basa en la teoría de psicopatología de Beck, esta plantea que cuando las personas tienen comportamientos suicidas, las conexiones entre los pensamientos, sentimientos y conductas se fortalecen con la memoria, siendo posible desencadenar en el futuro pensamientos e intentos suicidas (Miranda, Gallagher, Bauchner, Vaysman, y Marroquín, 2012, p. 184).

Según Bryan y Rudd (2016), consideran que el riesgo de suicidio es intrínscico y dinámico, y que los cambios se generan por las interacciones fluctuantes que se producen entre los factores de riesgo múltiples y de protección, entendiendo como factores de riesgo estáticos: la raza, el género, la genética, el trauma, el optimismo disposicional, los cuales difieren entre suicidios e intentos y otros factores basados en el estado de la persona que son considerados dinámicos, como los estresores vitales, los estados de ánimo, el insomnio y el apoyo social, debido a que muchos factores de riesgo estáticos o poco factores protectores estáticos tienen mayor predisposición a experimentar crisis suicidas y la transición de la ideación a intentos (p. 24).

Igualmente, Bryan, Ray-Sannerud, Morrow, y Etienne (2013) de acuerdo con la teoría de la vulnerabilidad fluida, las personas que carecen de factores de protección están en mayor riesgo de suicidio, debido a que escasean de circunstancias ambientales que atenúen los efectos de los factores de riesgo como la vergüenza y la desesperanza, por ejemplo, se encontró que un temperamento hipertímico se asoció con la disminución de la desesperanza y el riesgo de suicidio, mientras que un temperamento ansioso ciclotímico-depresivo se relacionó con mayor desesperanza y riesgo de suicidio, sin embargo, la crisis suicida activa se resuelve solo cuando se reducen los factores de riesgo o se incrementan los factores de protección (p. 213).

Asimismo, Pompili, et al. (2012) manifestaron que el estilo temperamental entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados, se encuentra asociado con la desesperanza y el riesgo de suicidio independiente de los síntomas psiquiátricos. Es decir, ciertos factores personales del individuo pueden estar relacionados con la conducta suicida si son representados como factores de riesgo. Aunque, la teoría considera como factor de riesgo, aquellos antecedentes de intento de suicidio, debido a que se asocian a tener en el futuro ideas suicidas, ya que están enfocados con las soluciones relacionadas con el suicidio y se les dificulta generar estrategias alternativas a los problemas actuales (Miranda et al., 2012, p. 184).

Finalmente, el FVT le da un papel importante a los pensamientos y creencias suicidas, denominándolo sistema de creencias suicidas que refleja las manifestaciones psicológicas la flexibilidad cognitiva y los déficit de regulación emocional, componentes que deben estar suficientemente orientados para evitar la transición del pensamiento suicida a la acción, ya que centrarse en sólo uno (o algunos) componentes del sistema de creencias suicidas puede ser inadecuado (Klonsky, et al., 2017, p. 11).

1.7 Modelo cognitivo de comportamiento suicida.

En su investigación Wenzel, Brown, y Beck (2009), precisan que el modelo se basa en la teoría cognitiva general de psicopatología de Beck. Es un modelo que intenta explicar la conducta suicida desde una perspectiva cognitiva, en donde los procesos cognitivos asociados con la alteración psiquiátrica como, los contenidos inadaptados (pensamiento de la persona), y

los sesgos de procesamiento de la información (cómo piensan las personas), están asociados a los trastornos y síntomas psiquiátricos, pero la frecuencia, intensidad y duración de estos procesos pueden producir experimentación de ideación suicida, ya sean pensamientos, imágenes, creencias o voces sobre la terminación intencional de la propia vida, que posteriormente activen una crisis suicida y en consecuencia el comportamiento suicida (Wenzel y Beck, 2008, p. 190).

Según el modelo, existen tres conjuntos de procesos psicológicos que hacen que las personas sean vulnerables a participar en un comportamiento suicida, estos procesos son los “factores de vulnerabilidad disposicional”, son rasgos psicológicos, que otorgan un riesgo no específico de trastorno psiquiátrico y de comportamiento suicida, el primero tiene el potencial de aumentar el estrés vital, el cual induce la aparición de síntomas psiquiátricos, pero el estrés de la vida adicional suele ser necesario para los procesos cognitivos asociados con el suicidio; el segundo hace referencia a los trastornos psiquiátricos como síntomas depresivos y el tercero hace referencia a la desregulación del afecto durante el periodo de las crisis (Wenzel y Jager, 2012, p.193).

Por consiguiente, el modelo propone que el momento preciso en el que una persona continúe con el acto suicida, depende del punto en el que se encuentre y ya no pueda tolerar la angustia asociada con las cogniciones abrumadoras y emociones que surgen en el curso de esta crisis o el umbral de tolerancia

Sin embargo, la probabilidad de realizar comportamientos suicidas varía entre las personas, de modo que la historia de comportamiento suicida de una persona, el nivel actual de apoyo social y otros factores relacionados con su situación actual, probablemente influirá en el umbral en el que ya no puede tolerar la angustia asociada con la crisis suicida aguda; entre los factores relacionados con este tipo de conducta se encuentra; la impulsividad, problemas de resolución de conflictos, estilo de memoria general excesiva, estilo cognitivo desadaptativo similar al rasgo, la personalidad y los procesos cognitivos asociados con los trastornos psiquiátricos y con el acto suicida (Wenzel y Beck, 2008).

Capítulo II. Desarrollo Adolescente

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia o UNICEF (2002), definen a la adolescencia como una etapa de la vida, que podría ser vista como la más compleja, debido a que se adjudica nuevas responsabilidades, acompañada de experimentación de independencia, ya que los jóvenes exploran su identidad, ponen en práctica sus valores, habilidades y destrezas que les permite convertirse en adultos responsables. Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (2018) define “la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, esta etapa se presenta entre los 10 y los 19 años de edad”. Entendiendo a la adolescencia como una fase del desarrollo vital, en donde se producen grandes cambios a nivel emocional, cognitivo y social en el adolescente.

Según Kimmel y Weiner, 1998; Serra, 1997 citado por Zacarés, Iborra, Tomás y Serra (2009), describen la etapa de la adolescencia como un pasaje al periodo adulto, definiéndose habitualmente como una “transición evolutiva”, dado que la adolescencia se supone como la etapa más amplia del ciclo vital en la cual se ve inmerso un período de cambio, crecimiento y transformación desde la inmadurez infantil a la madurez adulta, con respecto al desarrollo físico, psicosocial y sexual, como así mismo un cambio en el neurodesarrollo, cuyo correlato evolutivo es la adaptación y contribución al medio con el mantenimiento de una tasa reproductiva capaz de sostener la supervivencia de la especie.

El neurodesarrollo es un proceso en el cual el individuo va adquiriendo desde habilidades básicas hasta habilidades complejas. Según Medina, Caro, Leyva, Moreno y Vega (2015) lo definen como un proceso dinámico de interacción entre el individuo y el medio que lo rodea; así pues, se obtiene como resultado la maduración del sistema nervioso en relación con el desarrollo de las funciones cerebrales, ya que una vez situadas todas las neuronas se establecen multitud de conexiones entre ellas. A través de estas conexiones, surgirán funciones cognitivas, conductuales y socioemocionales que constituirán la personalidad de cada individuo.

Iniciando por el desarrollo infantil y tomando como base a Gudiño (2014) se define en este desarrollo como su eje central a las relaciones interpersonales, ya que los niños y niñas aprenden

de los adultos habilidades emocionales, sociales, cognitivas y se adaptan al entorno, por ello, las experiencias desde esta relación directa niño-adulto, son vitales para la integración sensorial, la coordinación sensoriomotora, el desarrollo emocional, los procesos de atención y también de autorregulación.

Según Sturman (2011) citado por Verdejo y Callado (2011), sostiene que el desarrollo que se genera en la etapa de la adolescencia, es un periodo crítico para que se produzca el desarrollo de la identidad, la autonomía o la madurez de los afectos y las conductas, solapado con la ocurrencia de intensos procesos neuromadurativos en regiones cerebrales críticas para la consolidación de la personalidad y los procesos de regulación cognitiva y emocional. Es por ello que para que el adolescente pueda pasar a la adultez se debe generar el desarrollo de las anteriores características, partiendo de la capacidad para decidir por sí mismo y establecer sus propias normas, teniendo en cuenta siempre las repercusiones que abarcará dicha decisión más adelante.

Álvarez (2015) describe la autonomía como la capacidad que tiene las personas para realizar “algo”. Tener más o menos autonomía depende de una serie de factores, de condiciones internas y externas al sujeto. Centrándose en la literatura clásica sobre la autonomía, se ha destacado la racionalidad como subjetiva y la independencia como la aptitud para decidir por uno mismo, para no dejar en manos de otras personas elecciones relevantes.

En vista de todas las inseguridades que el adolescente presenta en esta etapa, no se ve reflejada la autonomía y se afecta la autoestima, en la cual cada adolescente se cuestiona así mismo teniendo como referencia la opinión de externos; cuando éstas son positivas, refuerzan el valor de la persona y contribuyen al logro de una buena autoestima, pero si por el contrario estas son negativas contribuyen al logro de una baja autoestima.

Por consiguiente los adolescentes con una alta autoestima según Rodríguez y Caño (2012) se muestran menos susceptibles a la presión de sus pares, obtienen mejores impresiones por parte de éstos y se muestran más cercanos, aunque cuando estos presentan una autoestima negativa comienzan a experimentar el fracaso en áreas que son relevantes para su vida, llevando a cabo un

afrontamiento menos eficaz, generalizando los fracasos y dirigiendo sus conductas a evitar las situaciones que le produzcan las emociones positivas.

El perfil psicológico del adolescente generalmente es transitorio y cambiante presentándose en él, inestabilidad emocional. “El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente” como lo afirman Calvopiña y Cazares (2012). Por ser una etapa tan susceptible a los cambios que se presentan, los adolescentes suelen tomar una conducta inadecuada considerándola como la más conveniente, y como resultado se obtienen trastornos alimenticios, conductas depresivas, conducta suicida, entre otros.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014) a nivel mundial, el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad durante la adolescencia, y la depresión es la primera causa de morbilidad y discapacidad. Hasta un 50% de todos los trastornos de salud mental se manifiestan por primera vez en esta etapa, puntualmente a los 14 años de edad, pero la mayoría de los casos no se reconocen ni se tratan, y tienen consecuencias graves para la salud mental durante toda la vida.

Esta situación lleva a la reflexión de que cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando generalmente se manifiesta con mayor fuerza, no solo de manera individual sino de forma grupal, midiendo el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales y haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente, es por ello que aportar integralmente al desarrollo del adolescentes desde lo emocional, social y cognitivo potenciará factores protectores en él, para la resolución de conflictos, toma de decisiones, proyecto de vida, autoestima, relaciones interpersonales, entre otros, desarrollándose correcta y congruentemente con su integridad.

2.1 Desarrollo emocional.

A manera de introducción y facilitando la comprensión del concepto del desarrollo emocional es necesario señalar algunos aspectos sobre neuroanatomía de las emociones. Mulsow (2008) cita a Goleman, (2000) quien señala que “los científicos abordan permanentemente la parte pensante del cerebro, aludiendo a la corteza (o neocorteza) diferenciándola de la parte emocional del cerebro para la que señalan el sistema límbico”. Allí se encuentran diversos tipos de emociones, las cuales se aluden a: el placer, la tristeza, la depresión, el miedo, el enojo, la hostilidad, la ansiedad, dando ciertos matices a la vida cotidiana, enriqueciendo cada experiencia y permitiendo aplicar el conocimiento obtenido con pasión y carácter (López, Valdovinos, Méndez y Mendoza, 2009).

Convencionalmente en neurología se ha planteado que los sentidos de visión y audición y de otros órganos sensoriales, todas las señales que reciben son llevadas al tálamo y de ahí a zonas de la neocorteza para su procesamiento sensorial, dado que estas se unen para formar objetos a medida que son percibidos (Mulsow, 2008).

El ser humano ante cualquier escenario o situación es un ente social por naturaleza, presentándose siempre en constante interacción con el medio que lo rodea. Así pues, este medio o ambiente social lo hace dependiente, no sólo para sobrevivir físicamente, sino para su desarrollo psíquico y espiritual. Se necesita de los demás para ser educados, construir comunidad y desarrollarse, por medio del lenguaje en el intercambio de sentimientos y pensamientos.

Cuando el ser humano madura, desarrolla habilidades para su inteligencia emocional, estas emergen a la hora de plantearse una meta y alcanzar el éxito en cualquiera de los aspectos de la vida. Según Garriga (2016) para el correcto desarrollo de estas habilidades se requiere trabajar sobre las que ya se presentan, ponerlas en práctica, dedicarles tiempo, compartiéndolas con otras personas para contrastar opiniones y puntos de vista y no en desarrollar nuevas, aceptando críticas y sugerencias que contribuyan al crecimiento de las mismas, aunque de alguna manera se presenten negativamente, cada persona tomará lo bueno de ellas y eliminará lo malo.

Un aporte que se realiza desde la psicología, es la presencia de los modelos en cada etapa del ciclo vital, lo cual se logra adquirir a través de la imitación que se da a partir del aprendizaje por observación que se considera importante en el desarrollo de cierto número de habilidades. Para el modelo de Mayer y Salovey, (1997) citado por Bunge (2012), el desarrollo emocional se describe como la “habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional, así mismo la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual”.

Estos modelos son muy importantes, debido a que ayudan a la persona a guiarse a través del desarrollo mental y emocional, ejecutando las habilidades para la vida en cuanto a la toma de decisiones, obteniendo respuestas que afecte de alguna manera el resultado, tratando siempre de lograr encontrar la felicidad. Además, “seguir el ejemplo de otros, es un poderoso y efectivo proceso para alcanzar el éxito personal, adquiriendo un carácter de fuerza y determinación, estimulando creatividad, extrayendo ideas y discernimientos de nuestro subconsciente” (Garriga, 2016).

Siendo entonces la adolescencia una etapa de vital importancia, surge la necesidad de hacer cosas y plantearse objetivos. Según Gómez (2013) se debe dar cauce a toda esa enorme carga de fuerza física y afectividad, para que no acabe derrochado su juventud frente a aparatos tecnológicos que no aporten en su desarrollo cognitivo y emocional. Es por ello que se hace tan importante la relación que se crea entre el adolescente y el adulto en los distintos campos de la vida en que se desenvuelve la persona.

En vista de todo lo anterior, según Garriga (2016) dice que quien se desarrolle rodeado de personas adultas, responsables, honestas y por supuesto maduras, siguiéndolas como modelos, podrá desarrollar una personalidad saludable, es por ello que el papel ideal que tendría que adoptar el profesor sería de líder para su alumnado. Se presentarán situaciones de descanso, en que se pueda evidenciar la confianza que se pueda desarrollar entre docentes y alumno, pero nunca se debe perder el rol que cada uno representa, debido a que más adelante puede afectar la relación y la personalidad del estudiante.

Es en comunidad, en sociedad e interacción, que el hombre se convierte en persona social, ya que ahí se desarrollan sus potencialidades, habilidades y destrezas las cuales pone a prueba su expresión emocional y alcanza o no el manejo sobre ellas, según el contexto en el que se desenvuelve y ello repercute en su desarrollo global (Gottman) citado por Mulsow (2008). Esto permitirá que cada persona pueda afrontar con mejores estrategias los impactos de una postmodernidad, donde la globalización se ejerza como una influencia que pueda o no afectar de manera negativa su desenvolvimiento como ser humano socioemocional.

2.2 Desarrollo social.

Se entiende el desarrollo como el proceso en el cual se satisfacen necesidades, despliegan competencias y habilidades en cada persona. Para lograr un desarrollo satisfactorio, es de vital importancia el acceso a la salud, la educación, la justicia, el empleo y la participación social, así mismo el apoyo por parte de las familias y la comunidad es relevante en el adolescente como factor protector.

Por una parte el desarrollo social aparece desde el primer momento en el que se nace como un desarrollo socio emocional, dado que se da una interacción social desde que el niño se relaciona con la madre, seguido del padre, y demás personas allegadas. Cada una de las personas que rodean al individuo hace parte esencial en la incorporación de los valores, creencias y cultura para su desarrollo, puesto que todo el tiempo el ser humano está en constante relación con el medio.

La relación entre iguales en las etapas del desarrollo es de suma importancia. “En la etapa escolar, los iguales proporcionan el contexto en que aprender habilidades socioemocionales sofisticadas; habilidades supeditadas al principio de reciprocidad, piedra angular del proceso de socialización e inherente a la mayoría de las relaciones sociales” según, Zori (2012). Es por ello que la capacidad de relacionarse con los demás y de participar activamente de estas relaciones contribuye a su crecimiento.

El desarrollo de las relaciones sociales en la adolescencia en comparación con la infancia es más estable, dado que es aquí donde los adolescentes se encuentran menos supervisados por sus padres, se desarrolla la libertad de empatía e intimidad, para formar su identidad y auto-concepto. En cierto grado tienen la capacidad para escoger su círculo social, ya sean en la institución educativa o el lugar donde vive, presentándose en él, gran variedad de grupos con distintas personalidades, rasgos y características, de los cuales deberá asimilar el aprendizaje de valores, actitudes e información para la adquisición de las habilidades sociales.

Asimismo, en un entorno familiar con relaciones asimétricas lleva a desarrollar en el adolescente habilidades, debido a la presencia de autoridad, respeto, seguimiento de normas e instrucciones, y es por ello que el desarrollo social en el adolescente se hace más evidente. Para Gaete (2015) en esta etapa ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, llevan a desarrollar en el individuo una madurez tanto biológica, como psicológica, fortaleciendo la independencia y la autonomía en el adolescente, buscando desarrollarse fuera del ámbito familiar.

Los grupos de amigos y compañeros actúan como punto de apoyo para el adolescente, ya que buscan en ellos comunicación, liberación y reducción de tensiones íntimas. Se presentan amistades intensas pero que no siempre se prolongan. Cada grupo de compañeros ejerce influencias en la realización de deseos y necesidades del presente y en aspectos como formas de vestirse, música, vocabulario... Pero en situaciones normales, no dejará de recibir la influencia familiar de forma decisiva, aunque en ocasiones el adolescente se resista a la manera sobreprotectora en que ésta se puede manifestar.

Según Silva (2011) los pre adolescentes y los adolescentes tienden a imitar a sus compañeros u a otros individuos ligeramente mayores que ellos, con el fin de buscar la aceptación de sus pares, ya que en esta etapa suelen crearse variedad de grupos con distintas características a las cuales se desea ingresar, por tanto muchos suelen cambiar su comportamiento por buscar la aceptación en uno de estos grupos, evidenciándose el aprendizaje social por modelamiento, llevando al resultado de una nueva conducta en su yo.

Por el contrario su relación con los adultos se muestra más distante, en ocasiones se oponen a él y a los valores que se presentan y otras veces por la necesidad de afirmar su personalidad, lo que hacen es imitar a esa figura. Entonces adquieren un sentido mayor de la independencia y se acrecienta la capacidad crítica frente a los padres siendo la influencia de estos, determinante para su futuro.

Cada contexto en el que se desarrolla el adolescente lo lleva a situarse en el presente y lo que debe hacer para mantenerse de una forma activa y positiva en su relación con el entorno, además de crear y proyectarse en un futuro, dado que el desarrollo social no para allí, continua hasta la edad adulta y vejez, presentándose en la edad adulta como “una etapa de la vida en la que la socialización es básica, ya que el sujeto pasa de una existencia sin responsabilidades a formar una familia y a su nueva actividad laboral” (Arbelaez, 2010).

2.3 Desarrollo cognitivo.

En vista de que el desarrollo es un proceso que permite incrementar el bienestar de las personas, fortaleciendo sus capacidades, el Ministerio de Educación (2014), lo define en tres aspectos que lo caracterizan, en primera instancia, el desarrollo cognitivo, lingüístico, social y afectivo de los niños no es un proceso lineal, sino que este se caracteriza por un funcionamiento irregular de avances y retrocesos, y como segunda instancia, el desarrollo no tiene un principio definitivo y claro, y en tercera instancia, el desarrollo no parece tener una etapa final, en otras palabras, nunca concluye. Estas tres características resultan fundamentales para la concepción que se propone sobre desarrollo.

Papalia, Wendkos y Duskin (2009), en su libro sobre la psicología del desarrollo en la infancia y la adolescencia, plantean una serie de etapas para describir los procesos del ciclo vital: La primera de ella denominada la lactancia está establecida desde el nacimiento hasta los 3 años, la segunda infancia es de los 3 a los 6 años, la tercera infancia de los 6 a los 11 años y específicamente la adolescencia la categorizan desde los 11 hasta los 20 años aproximadamente.

El desarrollo cognitivo según Orozco; Sánchez y Cerchiaro (2012) se define en función de los cambios que se operan en el niño y le permiten construir progresivamente diferentes tipos de capacidades, estructuras y modalidades de funcionamiento para responder a las demandas del contexto. El comportamiento que opta cada individuo para desenvolverse en diversas situaciones de la vida cotidiana en sus contextos de interacción, se deriva experiencias y estas contribuyen al cambio y a la construcción permanente de conocimiento que se crea del mundo físico y social con el cual interactúan.

Cuando el individuo llega a la etapa de la adolescencia su proceso de información aumenta la capacidad de razonamiento, de toma de decisiones, habilidades, resolución de conflictos, entre otros. Para Gaete (2015) el desarrollo cognitivo comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior apoyando al adolescente a representar, explorar, resolver problemas y recrear importantes aspectos de su vida.

Papalia (2005), como se cita en Balarezo y Luzuriaga (2013), define las operaciones formales como la última etapa del desarrollo cognoscitivo de Piaget y se caracteriza por la capacidad para pensar de manera abstracta, lo que le da la capacidad de razonar en indefinido, en el cual se dice que adicionalmente experimenta una forma de egocentrismo adolescente.

Para García (2014), uno de los aspectos más destacados en el desarrollo cognitivo del adolescente es el pensamiento abstracto, el cual ocurre cuando el adolescente alcanza una nueva forma de pensamiento diferente al periodo de la infancia. En este primer periodo de la infancia el ser humano tiene un pensamiento concreto muy apegado a la realidad inmediata, mientras que en la etapa de la adolescencia, el pensamiento es capaz de crear y construir diferentes situaciones hipotéticas.

El desarrollo cognitivo está caracterizado por procesos mentales superiores como la memoria, la conciencia, el aprendizaje, la atención, el pensamiento y el razonamiento. Para Flores, Castillo y Jiménez (2014), el desarrollo cognitivo y psicológico transita desde un control

cognitivo de las respuestas impulsivas-emocionales, hacia un procesamiento cognitivo más selectivo; posteriormente hacia una mayor capacidad para mantener y procesar la información de forma mental, y por último hacia la generación de mayores y mejores alternativas o estrategias de solución de problemas, junto con un importante desarrollo en el aprendizaje.

No obstante, en este proceso de aprendizaje se presentan ciertas limitaciones cognoscitivas propias de la etapa de la adolescencia. Si bien, Elkind (1967), citado por Iranzo (2017) acuña el término “egocentrismo infantil” el cual quiere explicar el estado de confusión que presenta el adolescente al momento de diferenciar aquellos aspectos internos del pensamiento de los aspectos externos de la realidad. Algunos de los factores claves en el pensamiento del adolescente se presentan en la falta de empatía, el poder de convicción, la invencibilidad o el protagonismo. En situaciones como esta puede surgir cierto idealismo que se presentan como la base de algunos conflictos, incluso llevar al adolescente a probar nuevas experiencias y a realizar actividades de riesgo sin tener en cuenta los daños que ocasione.

La adolescencia se presenta como una etapa única y diferenciada en cada individuo, sin embargo, la posibilidad de que se presenten situaciones similares en los adolescentes, existe, si una de estas situaciones causan malestar en el adolescente como las ya mencionadas anteriormente, estos deberán de procesar la información y desarrollar soluciones, pero esto no implica que se produzca sistemáticamente en todos los adolescentes.

Vygotsky citado por Lucci (2011), afirma que el desarrollo mental está marcado por la interiorización de las funciones psicológicas. Esta no es simplemente el traspaso de una actividad externa para un plan interno, pero si el proceso por el cual se forma. La interiorización constituye un proceso que no sigue un curso único, universal e independiente del desarrollo cultural sino los modos históricos y culturalmente organizados de operar con las informaciones que proporciona el medio para el adolescente.

Capítulo III. Salud mental y conducta suicida

Según La ley 1616 de 2013 citado por el Ministerio de salud y protección social (2017), se refiere a la salud mental, como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. Además, la Organización Mundial de la Salud (2016) afirma que la promoción de la salud mental consiste en la realización de acciones que creen entornos y circunstancias de vida que favorezcan la salud mental, el desarrollo de un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos, y permitir que las personas adopten y mantengan modos de vida saludables.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2001), citado por Carvajal, y Caro (2012), describe a aquellos factores que inciden en el mantenimiento o deterioro de la salud mental, los cuales los clasifica en tres categorías, la primera a los genéticos o biológicos, la segunda a los ambientales, como por ejemplo la exposición a sustancias psicoactivas desde la gestación, mala nutrición, infecciones, familia disfuncional, abandono, aislamiento y traumatismos, y por ultimo los psicológicos, entre los que se encuentra la relacion con los padres, cuidadores, el rol de las interacciones en el entorno social, y la personalidad.

No obstante, el aspecto más relevante de la prevención del suicidio es el reconocimiento de los jóvenes en situaciones de aflicción o con un alto riesgo de suicidio Ventura, Carvajal, Undurraga, Vicuña, Egaña, y Garib (2010), citado por Cañón et al. (2016). Sin embargo, según Sarabia (2014), notifica que en mayo del 2013 la Organización Mundial de la Salud en su 66ª Asamblea Mundial de Salud, adoptó el primer plan de acción sobre salud mental en su historia, en donde, se pretende abordar la prevención de la conducta suicida, y se proponen a reducir la tasa de suicidio en un 10% para el 2020.

Asimismo, King, Arango y Foster (2017), afirman que la creación de estrategias integrales desde la salud publica en prevención de la conducta suicida, debe incluir protocolos de

prevención, ya que un reconocimiento de los posibles riesgos y servicios pueden identificar a una persona en riesgo que no había sido reconocida con anterioridad. Igualmente, la Organización Mundial de la Salud (2016), afirma que las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino por el contrario abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental, y la importancia de la participación de otros sectores aparte del de salud, como el de educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o asistencia social en este tipo de programas.

Asimismo, la conducta suicida representa un problema de salud que requiere atención de todos los sectores; que involucra factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales por su origen multifactorial, por consiguiente, el ámbito escolar se convierte en un escenario en donde se puede prevenir este tipo de conductas, como lo afirman Carvajal y Caro (2012). Igualmente, un primer paso para intervenir en el suicidio, los intentos y la ideación en el ámbito escolar, es reconocer el problema, como un fenómeno mundial que está aumentando (Carmona, Jaramillo, Tobón, y Areiza, 2011).

3.1 Formación docente con respecto a la prevención del suicidio.

En la Constitución Política de Colombia de 1991 se define la naturaleza del servicio educativo, como un derecho fundamental de la persona, con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos.

El sistema nacional de indicadores desde el Ministerio de Educación Nacional define que la educación se desarrolla desde los niveles preescolares, básicos y media en Colombia como un proceso de formación permanente, la cual se da de manera personal, cultural y social, fundamentándose en una concepción integral de cada individuo, con respecto a su dignidad, sus derechos y de sus deberes, (2013).

Piedrahita, et al. (2012), proponen el desarrollo de una técnica de intervención psicoeducativa en el contexto Colombiano, que posibilite a los educadores y a los padres de familia la capacidad de identificación de los posibles factores de riesgo en la conducta suicida y también dotarlos de herramientas para el abordaje inicial de los estudiantes con riesgo. En primera instancia se identifica los factores de riesgo, seguido se reconocen los factores protectores a través del fomento de habilidades para la vida, autoestima y conectividad social, lo cual facilitará la construcción social que permitirá identificar las posibles formas de resolver los conflictos de una forma diferente a terminar con la vida, llevándolos a la reflexión y a la toma de decisiones responsables.

Por otra parte, pero no menos importante el psicólogo Jiménez (2016), diseña una guía para la prevención de la conducta suicida pero en Madrid, España. La cual está dirigida a los docentes de las instituciones educativas. Pero es un documento que contiene un apartado que se encarga de formar o instruir al docente con respecto al paso a seguir para tomar una decisión ante dicha situación. A continuación se muestran las estrategias de manera general:

- *Estrategia 1:* Tener disponibles unos teléfonos de emergencia o ayuda.
- *Estrategia 2* Limitar el acceso a posibles medios lesivos.
- *Estrategia 3* No dejarle solo: involucrar a los profesores, amigos u otros compañeros.
- *Estrategia 4* Mejorar las habilidades de comunicación: preguntar y escuchar.
- *Estrategia 5* Autocuidado del personal educativo y del entorno escolar.
- *Estrategia 6* ¿Qué hacer tras un intento de suicidio de un alumno que ha trascendido públicamente?
- *Estrategia 7* Ante un suicidio consumado de un alumno, ¿cómo ayudar a elaborar el duelo?
- *Estrategia 8* Si el suicidio se ha realizado delante de los compañeros.

En esta situación el docente deberá ponerse en contacto con los padres del alumno, para su orientación y hacer ver que el hijo necesita ayuda profesional especializada.

Considerando lo anterior, el docente orientador debe ser capaz de generar cambios positivos en los procesos del ámbito educativo, para el fortalecimiento del desarrollo de habilidades en los educandos, pero también tener presente que desde la Secretaría de Educación entre sus prioridades debe tener en cuenta la capacitación docente debido a que esta contribuye en el mejoramiento de sus entidades territoriales, como asimismo conocer la importancia de que se diseñen políticas de gestión de calidad que contesten a las necesidades del país (Ministerio de Educación Nacional, 2012).

Y por último, teniendo en cuenta la realidad social del territorio Colombiano, se hace indispensable el desarrollo continuo en materia de formación, actualización y aprendizaje en la población docente orientador, docente y docente directivo en relación a las problemáticas actuales que atraviesan los niños, niñas y adolescentes, debido a que el sector educativo permite la creación de espacios de concientización sobre las temáticas relacionadas a la promoción y prevención de la calidad de vida del educando.

3.2 Ruta de atención y prevención del suicidio desde el ámbito educativo en Colombia.

Específicamente, Palencia (2014) en su investigación explica dos modelos de prevención desde el contexto escolar, el primer modelo está dirigido a docentes y demás personal institucional (2001), en donde se destaca la importancia en la prevención del suicidio, el reconocimiento de jóvenes en alto riesgo, destacar los aspectos positivos de la salud mental, experiencias positivas, la aceptación de los jóvenes en relación con los adultos, el autoestima positiva, las habilidades para vivir, el sentido de identidad, promover la estabilidad y continuidad de la escolarización, prevención del acoso escolar, la comunicación asertiva y espacios de expresión emocional y el desarrollo de la confianza en la comunicación, y como segundo modelo el psicoeducativo diseñado para ser aplicado en centros escolares de educación básica, para la prevención del suicidio en jóvenes, basado en el enfoque de factores de riesgo y factores de protección de Chávez, Medina y Macías, (2008), que busca promover el manejo de información científica sobre el suicidio, el conocimiento de las herramientas para la detección del riesgo, el manejo en su fase inicial, los factores individuales de protección y de riesgo.

Asimismo, para el año 2012, la fundación universitaria Luis Amigó, la Universidad de San Buenaventura y Colciencias, diseñaron un manual de prevención del suicidio para instituciones educativas, en donde se explica la manera correcta o adecuada de actuar o intervenir en casos de suicidio consumado, intentos de suicidio o ideación suicida en estudiantes, una guía diseñada propiamente desde el contexto Colombiano (Carmona et al., 2011).

En la actualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolló el modelo integral de atención en salud, que consisten en una alternativa de solución de los problemas en aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública a través de procesos de gestión social y política intersectorial, en donde, retoma estrategias como la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, el cuidado y gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial según Moreno (2016). Asimismo, este modelo define una de las acciones que se deben desarrollar para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), establecidas el 2 de julio por el Ministerio de Salud y Protección Social (2017), en donde se ha definido la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y 16 rutas integrales de atención para grupos de riesgo, en este sentido.

Del mismo modo, el Ministerio de Salud y protección Social, publicó el 12 de septiembre del año 2016, un boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia, en donde se viene desarrollando la validación de la Ruta Integral de Atención Para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia que tiene por objetivo brindar atención integral a los pacientes, buscando la prevención de complicaciones, el tratamiento oportuno y la rehabilitación, asimismo la garantía de los resultados clínicos, aunque aún no está disponible. De todas maneras, entre los eventos a gestionar en esta RIA se encuentra la conducta suicida y se integran indicadores como: el porcentaje de pacientes con riesgo de suicidio, la tasa de intento de suicidio y la tasa de suicidio, con el fin de evaluar los resultados en salud esperados.

Sin embargo, la RIA o ruta de atención integral para la convivencia escolar, es la que mayor similitud posee con respecto a la ejecución de acciones de promoción, prevención, atención y seguimiento en relación a los derechos humanos, sexuales y reproductivos desde el contexto escolar, donde establece protocolos a seguir por los educadores en caso de presentar situaciones

de convivencia escolar tipo 1, tipo 2 o tipo 3, siendo estas establecidas de menor a mayor importancia y complejidad dependiendo de las situaciones presentadas, como asimismo, establece la ejecución las pausas a seguir, en donde se debe comunicar a otras entidades la problemática, los padres responsables del menor y demás entes importantes para el desarrollo de un adecuado seguimiento y solución del problema (Colombia aprende, La red del conocimiento, 2013).

Marco Contextual

La educación en la Responsabilidad Social mencionada por Durand, Corengia y Urrutia (2016) en su trabajo “Gestionar instituciones educativas socialmente responsables: aprender, servir, innovar” la describe como una tarea que debe abordar la Institución Educativa en todos sus niveles, acompañando todo el proceso formativo de la persona, como itinerario formativo permanente, desarrollando sus proyectos de gestión Institucional y sus propuestas curriculares.

El sistema nacional de indicadores para los niveles preescolares, básicos y media en Colombia en 1997 del 11 de septiembre en el decreto 2247, siguiendo al Ministerio de Educación Nacional (2010), las orientaciones pedagógicas para el grado de transición, establece normas relativas a la educación preescolar, específicamente en el Artículo 2. La prestación del servicio público educativo del nivel preescolar se ofrecerá a los educandos de tres (3) a cinco (5) años de edad y comprenderá tres (3) grados estipulados de la siguiente manera: Pre-jardín, Jardín y Transición.

Según este sistema el segundo nivel es el de educación básica que tiene una duración de nueve grados que se desarrollan en dos ciclos: la básica primaria con cinco grados, de primero a quinto, y la básica secundaria con cuatro grados, de sexto a noveno. La educación media con una duración de dos grados, comprende décimo y once. Excepcionalmente algunos colegios pueden ofrecer el grado 12, esta educación media tendrá el carácter de académica o técnica. Al terminar se obtiene el título de bachiller, que habilita al educando para ingresar a la educación superior

La educación media técnica prepara a los estudiantes para el desempeño laboral en sectores de la producción y de los servicios, y para la continuación en la educación superior. La educación media académica permite al alumno, conforme sus intereses y capacidades, profundizar en un campo específico de las ciencias, las artes o las humanidades y acceder a la educación superior.

Particularmente, la Secretaria de Educación Municipal (2012), actualmente se tiene determinado que la ciudad de Cúcuta cuenta con un número total de 10 comunas, así pues, en la siguiente investigación se abordarán las Instituciones Educativas públicas y privadas de educación media que se encuentran ubicadas en la comuna 1, la cual se encuentra conformada por el barrio El Contenido, El Páramo, Centro, La Playa, Latino, El Callejón, Sector La Sexta y los futuros asentamientos que se localicen dentro de los límites de la comuna. Donde se encuentran 06 Instituciones Educativas oficiales públicas y 14 Instituciones educativas privadas, con un total de 20 Instituciones educativas.

Marco Legal

1.1 Aspectos legales relacionados con las funciones del docente orientador.

El Ministerio de Educación Nacional en la resolución número 09317 de 2016, por la cual se adopta e incorpora el manual de funciones, requisitos y competencias para los directivos y docentes del sistema especial. Entre las funciones principales del docente orientador como líder de apoyo, se encuentran demarcados en el decreto 1075 de 2015, del Ministerio de Educación Nacional, el cual hace referencia a la contribución del pleno desarrollo de la personalidad de los educandos en relación a la toma de decisiones, identificación de aptitudes, solución de conflictos, participación en la vida académica, social y comunitaria y el desarrollo de valores y los aspectos contemplados en la ley 115 de 1994 para el pleno desarrollo de la personalidad.

Específicamente, la ley 115 de 1994 en el artículo 92, por la cual el Congreso de la República de Colombia, expide la ley general de educación, en donde se especifica que la educación debe favorecer el pleno desarrollo de la personalidad del educando, dar acceso a la cultura, al logro

científico, formación de valores que contribuyan al desarrollo socioeconómico del país, además de incorporar acciones pedagógicas para el fortalecimiento de las habilidades de los educandos. Igualmente, en los artículos 80 y 82 se encuentra contemplado la evaluación en relación a la calidad educativa, el primero orientado a la calidad de la educación y el segundo a la evaluación de los docentes estatales, y en el artículo 81 se establece la realización de exámenes con idoneidad académica en el área de su especialidad docente, de actualización pedagógica y profesional, cada seis años según la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

A esto se añade el decreto 3782 de 2007, establecido por el Ministerio de Educación Nacional, por el cual regula los aspectos relativos a la evaluación anual del desempeño laboral de los docentes pertenecientes al servicio educativo estatal, de acuerdo con lo establecido en el decreto ley 1278 de 2002 expedida por el Presidente de la República de Colombia, en donde hace referencia a la superación del aspirante del periodo de prueba en el establecimiento educativo por un tiempo igual o superior a tres meses.

Continuando con la ley 715 de 2001, decretada por El Congreso de Colombia (2001), atribuye al estado la responsabilidad de establecer las normativas y mecanismos para la evaluación y capacitación del personal docente y directivo docente del servicio público, es decir, el personal debe por normativa recibir apoyo por parte del estado en materia de capacitación y formación, ya sea en el área específica de su desempeño o de temas generales que contribuyan al fortalecimiento de sus funciones. Además, desde el contexto escolar existe la ley 1620 de 2013 decretada por el Congreso de la República en donde se crea el sistema de convivencia escolar y formación para la ejecución de los derechos humanos, sexuales y mitigación de la violencia escolar, que debe ser implementado por los docentes orientadores en caso de presentarse en el plantel educativo alguna situación que atente contra algunos de estos derechos en el educando.

Especialmente entre las funciones esenciales de los docentes orientadores en el contexto Colombiano, se encuentran: la prevención de riesgos físicos y psicosociales, actividades de proyección a la comunidad como la escuela de padres, la vinculación con los programas de convivencia desarrollados en el municipio, participación en los comités de convivencia, promoción del buen trato y liderar la implementación de la ruta de atención para la convivencia

escolar, además de realizar procesos de orientación, consultas personales de aspectos psicológicos y sociales, monitorear los aspectos psicopedagógicos de los educandos, diseñar estrategias de orientación vocacional y presentación de informes con su respectivos diagnósticos según lo definen las políticas académicas, asimismo contribuir en la generación de un clima escolar sano con su respectivo análisis y finalmente contribuir en la planeación y organización de los planes de mejoramiento, su implementación, seguimiento y evaluación, promoviendo canales de participación de la comunidad educativa en el cumplimiento de objetivos (Ministerio de educación Nacional, Resolución Número 09317 de 2016).

Igualmente, en el título IV, del capítulo I de la ley 115 de 1994, se establecen las normativas en relación a la formación de los educadores y como factor fundamental de su proceso formativo se especifica la función de recibir capacitaciones y actualizaciones profesionales bajo la dirección de la secretaria de educación, además de la posibilidad de la creación de incentivos de capacitación, de profesionalización entre otros para los docentes y directivos docentes.

1.2 Aspectos legales relacionados con la prevención del suicidio.

Principalmente, la ley 1616 de 2013 decretada por el Congreso de la República de Colombia, en el título III, promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental en el artículo 8, específicamente en acciones de promoción. Capítulo V, en atención integral y preferente en salud mental para niños, niñas y adolescentes, artículo 23, atención integral y preferente en salud mental, el artículo 24, integración escolar.

Además, el código de la infancia y la adolescencia, ley 1098 de 2006, y los artículos 17, 18, 19, 20 y 21 de la ley 1438 de 2011, los niños, las niñas y los adolescentes son sujetos de atención integral y preferente en salud mental, el capítulo II, hace mención de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención de la enfermedad, el artículo 10, sobre el uso de los recursos de promoción y prevención, el artículo 11, acerca de la contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención, en el capítulo III, el artículo 12 que hace referencia a la atención primaria en salud y 13 sobre la implementación de la atención primaria en salud.

De manera analoga, la ley 1122 de 2007, capitulo VI, sobre salud pública, el artículo 32, los lineamientos de política de salud mental para Colombia. Asimismo, la ley 1361 de 2009, artículo 4, hace referencia a la protección integral a la familia, el artículo 11, sobre entornos seguros y el artículo 18 sobre el bienestar físico, mental y emocional. Igualmente, la ley 1751 de 2015 o la ley estatutaria de salud, regula el derecho fundamental a la salud, y la resolución 429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, por el que se adopta la política de atención integral en salud.

Metodología

Diseño a utilizar

El presente estudio tiene un enfoque cualitativo, el cual “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (Hernández, Fernández, y Baptista, 2016).

El tipo de diseño a emplear en la investigación es el diseño fenomenológico, en términos de Bautista (2011) el cual basa su interés en el significado que el ser humano le atribuye a los fenómenos, desde el análisis de discursos y temas específicos de sus posibles significados a determinados temas, a través de una mirada al mundo desde una actitud natural.

Población

Docentes orientadores de las instituciones educativas públicas de básica secundarias de ambas jornadas de la ciudad de Cúcuta de Norte de Santander.

Muestra

El muestreo que se utilizó es no probabilístico de 6 orientadores de 6 Instituciones Educativas Públicas de la comuna 1, ya que se encuentran guiados por fines que busca representatividad más que por técnicas estadísticas, así mismo se apoya en el muestreo por conveniencia, donde se

abordan los casos disponibles a los cuales tenemos acceso, este muestreo se puede utilizar en los casos en que se desea obtener información de la población, de manera rápida y económica. (Tamayo, 2001).

Procedimiento

Fase 1.

Siguiendo a Sandoval (1997), citado por Bautista (2011), en el análisis documental el primer paso es realizar el rastreo o inventario de los documentos existentes y disponibles por medio magnético o físico. El segundo paso es la clasificación de los documentos en cuestión, según la etapa de crecimiento, área de desarrollo y año de publicación; el tercer paso es la selección de acuerdo con la pertinencia que se encuentra de los mismos; el cuarto paso es la lectura en profundidad del contenido en los documentos seleccionados y finalmente se realiza una lectura cruzada y comparativa de los documentos en cuestión, pero ya no sobre la totalidad del contenido de cada uno, sino sobre los elementos de hallazgo ya identificados, seguidamente se consignan los documentos (artículos) encontrados en una matriz de información para posteriormente ser analizados.

Fase 2.

Se pasa una solicitud a cada rector de cada una de las instituciones educativas para llevar a cabo el proceso de entrevista y del grupo focal, seguido se acuerda el espacio a emplear el día de la implementación de la entrevista, así mismo la hora. Dicho espacio debe estar adecuado para la misma, donde el participante se sienta cómodo, tranquilo, despreocupado y concentrado únicamente en su participación en el proceso de la entrevista.

Fase 3.

Se hace el proceso de muestreo identificando los informantes claves para la investigación, los cuales fueron todos los docentes orientadores de las instituciones educativas públicas de la comuna 1 de la ciudad de Cúcuta. Seguido se detectan las personas del tipo elegido invitándolas a la sesión y llevándose a cabo la misma. El moderador será la psicóloga en formación Marilyn Shirad Contreras Burgos quien será la que cree un clima de confianza (rapport) entre los

participantes. Durante la sesión se solicitarán opiniones, hacer preguntas, administrar cuestionarios, discutir casos, intercambiar puntos de vista y valorar diversos aspectos. La sesión se graba en audio y después se realizará el análisis del contenido y observación. Se elabora el reporte de sesión, el cual incluye principalmente:

- Datos sobre los participantes (edad, género, nivel educativo y todo aquello que sea relevante para el estudio).
- Fecha y duración de la sesión (hora de inicio y terminación).
- Información completa del desarrollo de la sesión, actitud y comportamiento de los participantes hacia el moderador y la sesión en sí, resultados de la sesión.
- Observaciones del conductor. Es importante que durante la sesión se tome nota del proceso, por lo que éstas serán elaboradas por la psicóloga en formación Aura Beatriz Castilla Hernández.

Fase 4.

Se realiza el análisis de los resultados a través de la matriz de información, donde se identifican subcategorías y la categoría central, y dentro del mismo se lleva a cabo la triangulación de técnicas utilizadas.

Fase 5.

Finalmente se realiza un proceso de análisis y discusión de resultados, para la creación de una cartilla psico-educativa, para la prevención de la conducta suicida en el contexto educativo.

Instrumentos, protocolos, forma(s) de recolección de la información

La recolección de información se llevará a cabo por tres instrumentos apoyados en Bautista, (2011). En primer instante se solicita a la entidad gubernamental (Secretaría de Educación Municipal) de forma escrita, información respectiva al número de docentes y de instituciones educativas públicas de la ciudad de Cúcuta. Seguido se desarrollará un análisis documental a 50 artículos (anexo A), este análisis consiste en “indagar documentos fuentes de diversa naturaleza

que nos permiten conocer situaciones en diferentes aspectos, tales como memorias, expedientes, cartas, entre otros”.

Posteriormente, se realiza una entrevista semi-estructurada, (anexo B), la cual es un “procedimiento de conversación libre del protagonista que se acompaña de una escucha receptiva del investigador con el fin de recoger la información por medio de preguntas abiertas, reflexivas y circulares” Bautista (2011, p.172), compuesta por 09 preguntas, donde las dos primeras están dirigidas al concepto de suicidio, las cuatro siguientes a los factores de riesgo y las tres últimas a las estrategias de intervención, ya validada por tres docentes expertos en psicología educativa, clínica, y en metodología de investigación.

Finalmente se convocará al total de docentes orientadores participantes de la investigación a asistir al grupo focal, “siendo este un medio para recolectar en poco tiempo y en profundidad, un volumen significativo de información cualitativa, a partir de una discusión con un grupo de seis a doce personas, quienes son guiados por un entrevistador” Bautista (2011 p.176). (Anexo C), compuesto por 10 preguntas, donde las dos primeras están dirigidas al concepto de suicidio, las tres siguientes a los factores de riesgo y las cinco últimas a las estrategias de intervención, ya validada por tres docentes expertos en psicología educativa, clínica, y en metodología de investigación.

Cómo se analizará la información recolectada

Para el análisis de la información, se empleará la técnica de análisis de contenido de Bautista (2011), el cual “hace referencia a la interpretación de los datos recolectados en el transcurso de toda la indagación y que han sido registrados en diversos instrumentos para facilitar su estudio”. Por ello, en este análisis se presenta una triangulación la cual se describe como el “uso de una variedad de estrategias al momento de estudiar un mismo fenómeno, creyéndose que las debilidades de cada estrategia en triangulación ofrece las alternativas suficientes de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos” (Barrios y Barrientos, 2016).

Por consiguiente, en esta investigación se analizarán los resultados obtenidos mediante el desarrollo de los instrumentos empleados durante el proceso de recolección de la información. Para llevar a cabo este análisis, se realiza la creación de un archivo en la plataforma Microsoft Excel, en la cual se consignó cada una de las respuestas de los entrevistados y archivos documentales, surgiendo así unas subcategorías y categorías centrales en la investigación.

Análisis y discusión de resultados

A continuación se evidencia el análisis y la discusión de resultados de la investigación:

Inicialmente se analiza la definición del concepto suicida, en la cual se evidencia en los resultados obtenidos la primera categoría, definiéndose que: *el suicidio es un acto voluntario que causa la muerte y representa un problema de salud pública*, así como lo afirma la Organización Mundial de la Salud (2009). Asimismo, se clasifican los tipos de comportamiento suicida divididos en: instrumental, intento fallido e intento consumado, según O'Carroll, (1996) citado por Ortega et al. (2014), e ideación suicida (Klonsky, et al., 2015).

En cuanto a su concepto, tanto en estudios realizados como en los resultados obtenidos durante la entrevista, la conducta suicida también es definida como un “*fenómeno*” según Sánchez et al. (2014, p.1447). Así mismo se refleja que su origen es clasificado como un evento “*multifactorial*” (Carvajal y Caro, 2012).

Además, entre las respuestas obtenidas mediante la entrevista y el grupo focal, los docentes orientadores definieron la conducta suicida como un problema de salud mental, acto voluntario, multifactorial y que en ocasiones ocurría de manera inesperada. Sin embargo, no tenían presente los tipos de suicidio o fases del mismo.

Continuando con los resultados obtenidos de los factores de riesgos asociados a la conducta suicida, se clasifican cuatro factores para la segunda categoría: *factor biológico, psicológico-personal, familiar y socioambiental-cultural*, de los cuales se derivan las siguientes subcategorías de las cuales se refleja que el suicidio es la interacción entre el individuo y sus

dimensiones o sistemas, así como lo afirma el modelo teórico ecológico de Bronfenbrenner (Pérez et al., 2010).

Además, la teoría interpersonal de suicidio establece los siguientes factores que han sido demostrados empíricamente: padecer de un trastorno mental, haber tenido intentos de suicidio, aislamiento social, enfermedad física, desempleo, conflicto familiar, historia familiar de suicidio, impulsividad, encarcelamiento, desesperación, la disfunción serotoninérgica, y como poco probables, debido a su poca información documental que los relacionan con la conducta suicida, se encuentra: agitación/sueño, abuso infantil, exposición al suicidio, exposición al combate, estar sin un techo para vivir, la baja autoestima y vergüenza. (Van Orden et al., 2010).

Por otro lado, como factores de riesgo se incluye: el acceso a medios letales, la planificación, la imitación, la impulsividad y la intención, que hacen parte de los factores de riesgo de la fase volitiva del modelo motivacional–volitivo integrado Klonsky y May (2015), componentes que también se evidencian entre el análisis de las categorías de esta investigación, es decir, estos factores se encontraron en el análisis documental, y así mismo, en las entrevistas y grupo focal realizado.

Es de mencionar que la teoría de la vulnerabilidad del fluido considera como factor de riesgo, los antecedentes de intento de suicidio e ideas suicidas, enfocadas en buscar soluciones relacionadas con el suicidio y con la dificultad de generar estrategias alternativas a los problemas (Miranda et al., 2012 p. 184). Considerando lo anterior, la falta de estrategias en solución de problemas, ideas e intentos suicidas y soluciones enfocadas en la terminación de la vida, son factores de riesgo de este tipo de conducta, las cuales fueron emitidas por los educadores, resaltando la utilización del suicidio como estrategia de afrontamiento en el adolescente para escogerlo como su vía de escape a los problemas.

Sin embargo, durante la recolección de información, se intenta extraer los conocimientos de los educadores en relación del proceso de transición de la idea al intento, en donde los participantes refieren que este suceso se va materializando a través de refuerzos y estímulos constantes por parte del núcleo primario de apoyo del adolescente. Aunque, la teoría de los tres

pasos de Klonsky y May, (2015) afirman, que esta progresión de la idea al intento, se desarrolla desde tres categorías, siendo la primera la disposición de la persona, que por lo general son variables genéticas, la segunda es la adquirida que significa la habituación del dolor o lesiones y finalmente la práctica, que es el conocimiento o acceso a los medios letales y que esta relación contribuye a un intento de suicidio (p.118–119).

Por otra parte, como afirma Palencia (2014), la rigidez cognitiva hace parte de los factores de riesgo, además, de que los procesos cognitivos asociados con alteración psiquiátrica, pueden producir experimentación de pensamientos suicidas, crisis y comportamientos de autoeliminación, como se afirma en el modelo cognitivo de comportamiento suicida Wenzel y Beck (2008, p.190). Así como los trastornos mentales son un factor psicológico que influyen, también se encuentran dos componentes: *el genético-biológico*, y *el ambiental*, como categorías que describen aquellos factores que inciden en el mantenimiento de este tipo de conducta (Organización Mundial de la Salud, 2001 citado por Carvajal y Caro, 2012).

Teniendo en cuenta lo anterior, entre los resultados obtenidos, los docentes ecuatorianos establecen como posibles factores de riesgo de la conducta suicida del adolescente, las características particulares de cada individuo, resaltando su genética o biología, sus componentes psicológicos en relación al autoestima, trastornos mentales, la poca viabilidad en relación a las estrategias de resolución de conflictos y específicamente el factor social o ambiental. Entre las cuales se manifiestan acciones como: el bullying, el cutting, el aislamiento social, los problemas interpersonales o familiares, familias poco cohesionadas, el abuso sexual, las crisis económicas de los padres, resaltando el mal uso de las redes sociales y la influencia que estas generan en el adolescente.

Específicamente, en relación a las estrategias de prevención de la conducta suicida, se hace imperativo la aplicación de programas de promoción y prevención; como lo afirman King, et al. (2017) que resaltan la importancia de crear y establecer entornos seguros para los adolescentes, ya que esto ayuda en la prevención de este tipo de problemáticas. Asimismo, en la teoría de la vulnerabilidad del fluido se afirma que las personas que carecen de factores de protección están en mayor riesgo de suicidio según Bryan et al. (2013), es por esta razón que se establece como

tercera categoría: *la importancia de generar estrategias de prevención y desarrollar entornos seguros en la población adolescente para la disminución de este fenómeno.*

Actualmente, entre las funciones esenciales de los docentes orientadores se ve inmerso la prevención de riesgos psicosociales y físicos, así como también la promoción de un ambiente sano, la implementación de la ruta de atención de la convivencia escolar y la realización de procesos de consultas terapéuticas con el seguimiento de las mismas, poniendo en funcionamiento los planes de mejoramiento (Ministerio de Educación Nacional, 2016).

De igual manera, entre las estrategias utilizadas por los educadores en el análisis de resultados se menciona la importancia de la prevención de esta problemática, aunque no únicamente desde el problema, sino también el abordaje de aspectos positivos que rodean al desarrollo óptimo de la salud mental de los jóvenes, como la incorporación de estrategias de afrontamiento eficaces, la utilización pertinente del tiempo libre, la autoestima y las relaciones saludables con sus familiares y amigos, teniendo en cuenta estas características como factores protectores de la conducta.

Adicionalmente, se resalta la importancia de la ejecución de las políticas nacionales que fomentan la salud mental, y la inclusión de la participación de este tipo de programas por otras entidades, particularmente en el sector educativo como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (2016). Ya que el escenario escolar se convierte en un contexto en donde se puede prevenir este tipo de conductas, según Carvajal y Caro (2012). Específicamente, en el ámbito educativo se debe destacar la importancia de la aplicación de la ruta de atención establecida por el ministerio de educación de Colombia, que busca promover el manejo de la información científica sobre este tipo de problemáticas (Ministerio de Salud y Protección social, 2016).

De igual forma, como afirma Piedrahita, et al. (2012), es importante el desarrollo de una guía unificada para los educadores y padres, en donde se les eduque para desarrollar la capacidad de identificación de los factores de riesgo, asimismo enseñarles las herramientas adecuadas para un abordaje en primera instancia. Sin embargo, durante el análisis de resultados, se percibió que la Ruta de Atención Integral de convivencia escolar, es utilizada por los docentes en las

instituciones educativas, como su protocolo en relación a las problemáticas encontradas en el contexto escolar, en pro de la protección de los derechos de los jóvenes, aunque no se evidenció la existencia de una ruta o protocolo diseñado específicamente para la prevención de la conducta suicida adolescente.

Teniendo en cuenta el párrafo anterior, entre los resultados obtenidos se evidencia que los docentes orientadores, aplican el procedimiento establecido por la institución, en el cual intervienen con los adolescentes y sus padres implementando estrategias de seguimiento por organismos externos como entidades de salud y en algunas ocasiones la policía. Sin embargo, de las entidades entrevistadas se evidencia que no cuentan con un protocolo propio y específico que puedan utilizar en caso de un episodio de crisis por parte de un educando y por el contrario solamente ejercen la intervención desde lo aprendido por la experiencia.

Además, cabe resaltar que la ley 115 de 1994, se establecen normas en relación a la formación de los educadores, se destaca la importancia de instruir al docente en capacitaciones y actualizaciones profesionales, las cuales en algunas ocasiones están acompañadas de incentivos. Aunque, en la ley se establezcan estrategias de capacitación, en los resultados obtenidos no se evidencia la implementación en cuestión de formación preventiva a la conducta suicida, ya que esta no es referida por los participantes, manifestando que este tipo de intervenciones e investigaciones o actualizaciones respecto al tema, son más de formación personal.

Finalmente, los parámetros legales establecidos en el territorio nacional colombiano y los resultados obtenidos en el análisis de estrategias de prevención, se evidencia la necesidad de la implementación de programas y políticas de prevención de la conducta suicida adolescente en los contextos educativos, debido a la incidencia de esta problemática que debe estar acompañada de la formación de los profesionales con respecto a esta responsabilidad social.

Conclusiones

A partir de las entrevistas realizadas y siguiendo el criterio de cada docente orientador, se concluye que los significantes del concepto del suicidio adolescente se deben a la decisión consciente de la persona en terminar con su vida directa o indirectamente, con el objetivo de dar solución a las problemáticas vividas y así pues, siendo este uno de los mecanismos de salida que conocen para poner fin a su malestar, definición que es congruente con la teoría analizada.

Mediante la identificación de la percepción que poseen los docentes orientadores con respecto a los factores de riesgo que se les atribuyen a la conducta suicida en los adolescentes, se establecen cuatro factores principales que agrupan las diferentes causas que se relacionan con la realización de esta conducta, precisados en el factor biológico, el psicológico-personal, el familiar y el socioambiental-cultural, en los cuales se respalda el término multifactorial en relación con la teoría, dado que son múltiples los factores que potencializan la transición de las ideas a los intentos, produciéndose como un posible resultado un comportamiento suicida consumado.

En cuanto a la descripción de las estrategias de intervención implementadas por los docentes orientadores en relación a la conducta suicida, se percibe que en cada una de las instituciones los programas o actividades que se ejecutan se encuentran orientados y estructurados de manera independiente, es decir, de acuerdo a los parámetros establecidos por cada establecimiento. Aunque los criterios a seguir son muy similares, debido a que se rigen por las normativas generales que establece el Ministerio de Educación en relación a la atención óptima que deben recibir los educandos. Sin embargo, la formación docente vinculada a la prevención de la conducta suicida, se percibe de manera particular, ya que cada uno se instruye de forma autónoma, debido a que los participantes mencionan que no reciben formación, actualización o capacitaciones con relación a la problemática, siendo personal su posición en la creación de espacios de concientización sobre las temáticas relacionadas a la promoción y prevención de la calidad de vida del educando.

Como instancia final, a partir de la distinción de todas las respuestas obtenidas en los diferentes instrumentos empleados, se analizó la percepción que tienen los docentes orientadores sobre la conducta suicida en los adolescentes, concluyéndose así que el suicidio es una problemática de salud pública, de causa multifactorial, y que la implementación de estrategias de prevención en relación a este comportamiento es de vital importancia, pero enfocado desde una perspectiva positiva, es decir, teniendo en cuenta la ejecución de actividades de promoción de la salud mental, mediante el desarrollo de habilidades o estrategias en beneficio de la calidad de vida de los estudiantes, y asimismo, la creación de espacios por medio de entidades gubernamentales y no gubernamentales en donde los docentes orientadores puedan asistir a formaciones y capacitaciones necesarias para la generación de programas y políticas eficientes y eficaces.

Recomendaciones

En primera instancia se recomienda realizar para la recolección de los datos, la elaboración de una solicitud por escrito a la Secretaría de Educación Municipal, en donde se autorice el permiso de asistencia a la convocatoria de los participantes del estudio al desarrollo del grupo focal, de esta manera se busca minimizar una posible respuesta negativa por parte de los docentes orientadores a la asistencia del evento, debido a su carga laboral y otros compromisos establecidos con la institución.

Se evidencia la importancia de trabajar en conjunto con el Ministerio de Educación Municipal, con el objetivo de obtener la información necesaria en materia de capacitaciones anuales o aquellos datos que pueden complementar a la investigación, y no solamente obtener información por medio de correos electrónicos en donde en ocasiones no se obtiene respuesta.

Finalmente, se recomienda profundizar en las rutas integrales de atención desde el contexto educativo para analizar las estrategias de promoción y prevención ante la ideación, intento y la conducta suicida en los adolescentes, enfocadas desde la salud mental.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, D., Cataño, J., Constanza, S., Marín, D., Rodríguez J., Rosero, L., Valenzuela, L., Vélez, J. (2015). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Revista Facultad de Medicina. 2014 Vol. 63* No. 3, 419-29. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/44205/52347>
- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Revista Análisis filosófico*, vol, 35(1), 13-23. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anafil/v35n1/v35n1a02.pdf>
- Arbelaez, J. (2010). Procesos psicológicos humanos IV. Recuperado de Desarrollo Social Adultez Intermedia: <http://procesospsicologicosiv.blogspot.com.co/2010/05/desarrollo-social-adultez-intermedi1.html>
- Ayyash-Abdo, H. (2002). Adolescent suicide: an ecological approach. *Journal Psychology in the Schools*, 459-475. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/pits.10042>
- Baertschi, M., Costanza, A., Richard-Lepouriel, H., Pompili, M., Sarasin, F., Weber, K., y Canuto, A. (2017). The application of the interpersonal-psychological theory of suicide to a sample of Swiss patients attending a psychiatric emergency department for a non-lethal suicidal event. *Journal of Affective Disorders*, 323–331. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28073040>
- Balarezo, B., y Luzuriaga, J. (2013). Diseño de un protocolo de intervención Psicoterapéutica focalizado en la personalidad en adolescentes víctimas de violencia sexual. Editorial: Universidad del Azuay. Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3307/1/10081.PDF>
- Barrios, M., y Barrientos, J. (2016). El trabajo de fin de grado, Teoría y prácticas. Madrid: Editorial Visión Libros. Recuperado de:

<https://books.google.com.co/books?id=nF9HDAAAQBAJ&pg=PA3&lpg=PA3&dq=EI+trabajo+de+fin+de+grado,+Teor%C3%ADa+y+pr%C3%A1cticas.+Madrid:+Visi%C3%B3n+Libros.&source=bl&ots=79n8XOCTrf&sig=c063ibyilpzsAmiWEoQ2mnIDTYI&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjI8qjv4bjbAhVMrVkkHVEcDBgQ6AEILTAB#v=onepage&q=EI%20trabajo%20de%20fin%20de%20grado%2C%20Teor%C3%ADa%20y%20pr%C3%A1cticas.%20Madrid%3A%20Visi%C3%B3n%20Libros.&f=false>

Barzilay, S., Felman, D., Snir, A., Apter, A. Carli, V., Hoven, CW., Wasserman, C., Sarchiapone, M., y Wasserman D. (2015). The interpersonal theory of suicide and adolescent suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 68–74. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26001665>

Bautista, L., Angarita, M., Contreras, J., y Otero, M. (2008). Caracterización psicológica y sintomatología depresiva de los adolescentes de 12 a 18 años. *Revista Ciencia y cuidado*, 20-39. Recuperado de: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/928>

Bautista, N. (2011). *Proceso de la Investigación Cualitativa*. Colombia: Editorial El Manual Moderno.

Bryan, C., Ray-Sannerud, B., Morrow, C., y Etienne, N. (2013). Shame, pride, and suicidal ideation in a military clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 212–216. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23196200>

Bryan, C., y Rudd, D. (2016). The Importance of Temporal Dynamics in the Transition From Suicidal Thought to Behavior. *Journal Clinical Psychology: Science and Practice*, 21–25. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cpsp.12135>

Bunge, C. (2012). Contribuciones al desarrollo emocional y social de niños entre siete y trece años de un taller grupal de arte plástico y expresión emocional. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117131/TESIS%20FINAL%20corregida%20gergen.pdf?sequence=1>

- Cañón, S., Castaño Castaño, J., Mosquera, A., Nieto, L., Orozco, M., y Giraldo, W. (Junio de 2016). Intervención educativa para la prevención de la conducta suicida en adolescentes de un colegio de Manizales (Colombia). Recuperado de: <http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/2788/Interven%20educativa%20fr%20suicida%20colegio.pdf?sequence=1>
- Cardona, D., Medina, O., y Cardona, D. (2016). Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Revista Colombiana de psiquiatría*, vol. 45(3), 170, 177. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45n3/v45n3a05.pdf>
- Cardona, D., Segura, A., Espinosa, A., y Segura, A. (2013). Homicidios y suicidios en jóvenes de 15 a 24 años, Colombia, 1998-2008. *Revista Biomédica*, vol. 33(4), 574-586. Recuperado de: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/848>
- Carmona, J., Jaramillo, J., Tobón, F., y Areiza, Y., (2011). Manual de prevención del suicidio para instituciones educativas. Fundación Universitaria Luis Amigó, Universidad de Buenaventura y Colciencias, 1-26. Recuperado de: http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/108_Manual_de_prevenccion_del_suicidio_para_instituciones_educativas.pdf
- Carvajal, G., y Caro, C. (2012). Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. *Revista Avances en enfermería*, vol. 30(3), 102-117. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/37876/2/39968-182639-1-PB.pdf>
- Calvopiña, A., y Cazares, M., (2012). Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente. Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2052/1/T-UCE-0007-70.pdf>
- Chávez, A., Medina, M., y Macías, L., (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Revista Salud Mental*, vol.31(3), 197-203. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a5.pdf>

Colombia aprende, La red del conocimiento. (18 de Septiembre de 2013). Ruta de atención Integra para la Convivencia escolar. Recuperado de: <http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/w3-article-328295.html>

Congreso de la República de Colombia. (08 de Febrero de 1994). Ley 115 de 1994, por la cual se expide la ley general de educación. Recuperado de: https://www.mineduccion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>

Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2009). Ley 1361 de 2009, por medio de la cual se crea la Ley de Protección Integral a la Familia. Recuperado de: <http://portalterritorial.gov.co/apc-aa-files/40743db9e8588852c19cb285e420affe/11361009.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C., Colombia. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

Congreso de la República de Colombia. (2017). Ley 1122 de 2007. por medio de la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de la República. (15 de Marzo de 2013). Ley 1620 de 2013, por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar. Recuperado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201620%20DEL%2015%20DE%20MARZO%20DE%202013.pdf>

Constitución Política de Colombia. (1991). Capítulo 2. De los derechos sociales, económicos y culturales. Artículo 67. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

Czajkowski, N., Kendler, K.S., Tambs, K., Røysamb, E., y Reichborn-Kjennerud T. (2011). The structure of genetic and environmental risk factors for phobias in women. *Journal Psychological Medicine*, vol. 41(9), 1987–1995. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21211096>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (Marzo de 2018). Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2017>

- Dhingra, K., Boduszek, D., y O'Connor, R. (2015). Differentiating suicide attempters from suicide ideators using the Integrated Motivational–Volitional model of suicidal behaviour. *Journal of Affective Disorders*, vol. 186, 211–218. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26247914>
- Durand, J., Corengia, A., y Urrutia, M. (2016). Gestionar instituciones educativas socialmente responsables: aprender, servir, innovar. Buenos Aires: Universidad Austral. Recuperado de: <https://www.teseopress.com/gestioneducativaresponsable>
- El Congreso de Colombia. (21 de Diciembre de 2001). Ley 715 de 2001, Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf
- Flores, J., Castillo, R., y Jiménez, N. (2014). Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud Anales de Psicología. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, vol. 30(2), 1-12. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16731188009.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2002). Adolescencia una etapa fundamental. Nueva York: Editorial Copyright. Recuperado de: https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*. Vol. 86(6), 436-443. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410615001412>
- Gaona, J., Bohórquez, A., Gómez, P., Ramírez, Y., Barrientos, G., Peñaloza, L., y Guecha, E. (2012). Incidencia de los antecedentes de funcionalidad familiar, consumo de sustancias psicoactivas y enfermedad mental frente al intento de suicidio. *Revista Ciencia y Cuidado*, vol. 9(2), 36-42. Recuperado de:

file:///D:/Mis%20Documentos/Downloads/Dialnet-IncidenciaDeLosAntecedentesDeFuncionalidadFamiliar-4114532.pdf

García, F. (2001). Modelo ecológico/modelo integral de intervención en atención temprana. *XI Reunión interdisciplinaria sobre poblaciones de alto riesgo de Deficiencias*. Madrid, pp. 1-12. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf

García, J. (2014). Psicología del desarrollo. Madrid: Editorial UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de: <https://www.casadellibro.com/libro-psicologia-del-desarrollo-i/9788436261028/1808355>

García, J., Quintanilla, R., Sánchez, L., Morfín, T., y Cruz, J. (2011). Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, vol. 20(2), 167-179. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80421265002>

Garriga, J. (2016). Desarrollo emocional. Recursos en inteligencia para el crecimiento personal en armonía y equilibrio con el entorno. España: Editorial Bubok Publishing S.L. Recuperado de: <https://books.google.com.co/books?id=sNnMDAAAQBAJ&pg=PT1&lpg=PT1&dq=Desarrollo+emocional.+Recursos+en+inteligencia+para+el+crecimiento+personal+en+armon%C3%ADa+y+equilibrio+con+el+entorno.&source=bl&ots=o8OE6K2bSP&sig=1dFrzKJeUbBafMI7Rdy4RW3YziY&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjRq9qa8rjbAhXKwVkkHem9CBEQ6AEILTAB#v=onepage&q=Desarrollo%20emocional.%20Recursos%20en%20inteligencia%20para%20el%20crecimiento%20personal%20en%20armon%C3%ADa%20y%20equilibrio%20con%20el%20entorno.&f=false>

Gifre, M., y Esteban, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Revista de educación contextos educativos*, 79-92. Recuperado de: <https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/contextos/article/view/656>

Gómez Mañas, J. (2013). Desarrollo emocional positivo en el entorno actual. Mi filosofía de vida. España: Editorial Punto Rojo Libros, S.L. Recuperado de: https://books.google.com.co/books?id=BbMXAwAAQBAJ&pg=PA13&lpg=PA13&dq=Desarrollo+emocional+positivo+en+el+entorno+actual.+Mi+filosof%C3%ADa+de+vida.&source=bl&ots=jyVvcSxFP0&sig=FJEzJ_b0e1c1bwZYmFoB4_du1TA&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiBm4f58rjbAhWNjVkJHTsoDGsQ6AEIKDAA#v=onepage&q=Desarrollo%20emocional%20positivo%20en%20el%20entorno%20actual.%20Mi%20filosof%C3%ADa%20de%20vida.&f=false

González, P., Medina, O., y Ortiz, J. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 136-146. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100015

Gudiño, V. (26 de enero de 2014). *Neurodesarrollo, el rol de los Educadores. Neurocapital Humano*. Recuperado de: <http://www.neurocapitalhumano.com.ar/shop/otraspaginas.asp?paginanp=294&t=Neurodesarrollo.htm>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2016). *Metodología de la investigación*. Editorial: McGraw-Hill Education.

Hjelmemand, H. (2010). Cultural Research in Suicidology: Challenges and Opportunities. *Journal Suicidology Online*, 34-52. Recuperado de: <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2010-1-34-52.pdf>

Instituto Hispanoamericano de Suicidología. (s. f.). "La ballena azul" el reto de las redes sociales que incita al suicidio. Recuperado de: <http://www.suicidologia.com.mx/wp-content/uploads/2017/05/La-Ballena-Azul-vweb-suicidologia.pdf>

Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). Forensis 2017. Datos para la vida. *Revista Forensis*. Recuperado de:

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+pdf+interactivo.pdf/e3786e81-8718-b8d5-2731-55758c8ac7ff>

Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2017). Forensis 2016. Datos para la vida. *Revista Forensis*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2016). Forensis 2015. Datos para la vida. *Revista Forensis*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). Forensis 2014. Datos para la vida. *Revista Forensis*. Recuperado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49520/Forensis+2014+Datos+para+la+vida.pdf>

Iranzo, B. (2017). Ajuste Psicosocial en Adolescentes Víctimas de Cyberbullying. Recuperado de: <http://docplayer.es/54542786-Ajuste-psicosocial-en-adolescentes-victimas-de-cyberbullying.html>

Jiménez, J. (2016). ¡No estás solo! enséñales a vivir. Guía para la prevención de la conducta suicida. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017853.pdf>

Kapsambelis, V. (2012). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*. Editorial: Presses Universitaires de France. Recuperado de: <https://www.cairn.info/manuel-de-psychiatrie-clinique-et-psychopathologi--9782130572107.htm>

King, CA., Arango, A., y Foster, E. (2017). Emerging trends in adolescent suicide prevention research. *Journal Current Opinion in Psychology*. 89- 94. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28961458>

- Kleiman, E., Law, K., y Anestis, M. (2014). Do theories of suicide play well together? Integrating components of the hopelessness and interpersonal psychological theories of suicide. *Journal Comprehensive Psychiatry*, 431–438. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24332385>
- Klonsky, E., May, A., y Saffer, B. (2015). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Journal Review in Advance*, 307-330. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26772209>
- Klonsky, E., Saffer, B., y Bryan, C. (2017). Ideation to Action Theories of Suicide: A Conceptual and Empirical Update. *Journal Current Opinion in Psychology*, 1-19. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X17301835>
- Klonsky, E., y May, A. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. Recuperado de: <https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/3ST.pdf>
- López, D., Valdovinos, A., Mendez, M., y Mendoza, V. (2009). El Sistema Límbico y las Emociones: Empatía en Humanos y Primates. *Revista Psicología Iberoamericana*, vol. 17(2), 60-69. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/1339/133912609008/>
- Lucci, M. (2006). La Propuesta de Vygotsky: La Psicología Sociohistórica. *Revista de currículum y formación del profesorado*, vol 10(2), 1-11. Recuperado de: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev102COL2.pdf>
- Medina, M., Caro, I., Muñoz, P., Leyva, J., Moreno, J., y Vega, S. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol 32(3), 565-73. Recuperado de: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1693/1653>
- Ministerio de Educación Nacional. (02 de Octubre de 2007). Decreto 3782 del 2007. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-135430_archivo_pdf.pdf

Ministerio de Educación Nacional. (2010). Orientaciones Pedagógicas para el grado de transición. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-259878_archivo_pdf_orientaciones_transicion.pdf

Ministerio de Educación Nacional. (26 de Mayo de 2015). Decreto No. 1075 de 2015. Recuperado de: http://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/decreto_1075_de_2015.pdf

Ministerio de Educación Nacional. (2013). Sistema Nacional de Indicadores Educativos para los niveles de preescolar, básica y media en Colombia. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-329021_archivo_pdf_indicadores_educativos_enero_2014.pdf

Ministerio de Educación Nacional. (Mayo de 06 de 2016). Resolución No. 09317 de 2016. Anexo I, Manual de funciones, requisitos y competencias para directivos docentes y docentes. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-357013_recurso_1.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de Julio de 2017). Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de Septiembre de 2016). Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace-MinSalud-82-Suicidio.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2017). Gestión integrada para la salud mental. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/gestion-integrada-para-la-salud-mental.aspx>

Ministerio de Salud y Protección social. (17 de Febrero de 2016). *Resolución 429 de 2016*. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Miranda, R., Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R., y Marroquín, B. (2012). Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Journal depression and anxiet*, vol, 29(3), 180–186. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22147587>

Moreno, G. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Revista médica Risaralda*, vol. 22(2), 73-74. Recuperado de: <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/12711/8681>

Mulsow, G. (2008). Desarrollo emocional: impacto en el desarrollo humano. *Revista Educando*, vol. 31(1), 61-64. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/848/84806409.pdf>

Muñoz, L., y Sánchez, R. (2013). Caracterización de noticias sobre suicidio en medios impresos en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol 13(1), 12-18. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-caracterizacion-noticias-sobre-suicidio-medios-S0034745014000031>

Organización Mundial de la Salud. (2009). Prevención del suicidio un instrumento en el trabajo. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75426/WHO_MNH_MBD_00.8_spa.pdf;jsessionid=58022E9164F811DC4D284C0DE0BFF9F3?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2014). Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2016). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Desarrollo en la adolescencia un periodo de transición de crucial importancia. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud. (Mayo de 2014). Los traumatismos causados por el tránsito, el VIH/sida y el suicidio figuran entre las principales causas de mortalidad; la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>

Orozco, M., Sanchez, H., y Cerchiaro, E. (2012). Relación entre desarrollo cognitivo y contextos de interacción familiar de niños que viven en sectores urbanos pobres. *Revista Universitas Psicológica*, vol 11(2), 427-440. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n2/v11n2a07.pdf>

Ortega, P., Manrique, R., Tovilla, C., López, C., y Cuartas, J. (2014). Clinical and Epidemiological Characteristics of Suicides Committed in Medellin, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, vol 43(2), 106–112. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502014000200007

Palencia, B. (2014). Diseño de un modelo de intervención del suicidio en niños y adolescentes. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/5027/13923544-2014.pdf>

Papalia, D., Wendkos, S., y Duskin, R. (2009). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. México: Editorial McGRAW-HILL. Recuperado de: <http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2017/03/Psicologia-del-Desarrollo-PAPALIA-2009.pdf>

Pérez, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva, A., y Chávez, R., (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media

superior de la República mexicana. *Revista de Salud Pública*, vol, 54(2), 324-333. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a08.pdf>

Piedrahita, L., Paz, K., y Romero, A. (2012). Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, vol. 17(2), 136 - 148. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826010>

Pompili, M., Innamorati, M., Rihmer, Z., Gonda, X., Serafini, G., Akiskal, H., Amore, M., Niolu, C., Sher, L., Tatarelli, R., Perugi, G., Girardi, P. (2012). Cyclothymic–depressive–anxious temperament pattern is related to suicide risk in 346 patients with major mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 405–411. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22177743>

Presidente de la República de Colombia. (19 de Junio de 2002). Decreto ley 1278 del 2002. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86102_archivo_pdf.pdf

Rodríguez, C., y Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *Revista International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol, 12(3), 389-403. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen12/num3/337/autoestima-en-la-adolescencia-anlisis-ES.pdf>

Ross, V., Kølves, K., y De Leo, D. (2016). Teachers’ Perspectives on Preventing Suicide in Children and Adolescents in Schools: A Qualitative Study. *Journal Archives of Suicide Research*, vol, 21, 519-530. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2016.1227005>

Salamanca, Y., y Siabato, M., (2017). Investigaciones sobre ideación suicida en Colombia, 2010-2016. *Revista pensando psicología*, vol, 13(21), 59-70. Recuperado de: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/1714>

- Salas, M., Levette M., Redondo Pacheco, J., y Luzardo M. (2017). Ideación suicida en adolescentes víctimas de cyberbullying del instituto empresarial Gabriela Mistral de Floridablanca (Santander). *Revista virtual Universidad católica del Norte*, 97-80. Recuperado de: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/844/1362>
- Sánchez, L., Morfín, T., García, J., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E., y Cruz, J. (2014). Intento de suicidio en adolescentes mexicanos: perspectiva desde el consenso cultural. *Revista acta de investigación psicologica*, vol, 4(1), 1446 - 1458. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322014000100010
- Sarabia, S. (2014). Suicidio: un problema de salud pública. *Revista Neuropsiquitria*, vol 77(4), 119-120. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372033988001.pdf>
- Secretaria de Educación Municipal. (05 de Enero de 2012). Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles-294229_archivo_pdf.pdf
- Segura, C., Ruiz, S., Aguilar, M., Vergel, O., Ibarra, N., y Florez, L. (2010). Viviendo en una realidad, que me ata al abismo. *Revista Ciencia y Cuidado*, vol, 7(1), 45-51. Recuperado de: <http://revistas.ufps.edu.co/ojs/index.php/cienciaycuidado/article/view/492>
- Silva, J. (2011). Centro Psicológico ANIMUS. Recuperado de <http://www.centropsicologicoanimus.com/nueve.pdf>
- Smith, A., Ribeiro, J., Mikolajewski, A., Taylor, J., Joiner, T., y Iaconob, W. (2012). An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicida behavior among male twins. *Journal Psychiatry Research*, 197, 60–65. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3376176/>
- Tamayo, G. (2001). Diseños muestrales en la investigación. *Revista Semestre Económico. Vol 4(7)*. Recuperado de: <https://revistas.udem.edu.co/index.php/economico/article/view/1410/1467>

- Van Orden, K., Witte, T., Cukrowicz, K., Braithwaite, S., Selby, E., y Joiner, T. Jr. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Journal Psychological Review*, 575–600. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130348/>
- Verdejo, A., y Callado, L. (2011). Neurodesarrollo adolescente y consumo de alcohol y drogas. *Revista de trastornos adictivos*, vol 13(1), 1-2. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-neurodesarrollo-adolescente-consumo-alcohol-drogas-X1575097312996227>
- Vianchá, M., Bahamón, M., y Alarcón, L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, vol, 8(1), 112-123. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139029198009>
- Wenzel, A., y Beck A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Journal Applied and Preventive Psychology*, vol, 12(4), 189–201. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0962184908000024>
- Wenzel, A., y Jager, S. (2012). Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. *Journal The Behavior Therapist*, 121.130. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574874/>
- Wenzel, A., Brown, G., y Beck, A. (2009). Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Scientific and Clinical Applications. Base de datos PsycINFO. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/232573904_Cognitive_therapy_for_suicidal_patients_Scientific_and_clinical_applications
- Young, E., Lariviere, W., y Belfer I. (2012). Genetic basis of pain variability: Recent advances. *Journal of Medical Genetics*, 49(1), 1–9. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22058430>
- Zacarés, J., Iborra, A., Tomás, J., Serra, E. (2009). El desarrollo de la identidad en la adolescencia y adultez emergente: Una comparación de la identidad global frente a la

identidad en dominios específicos. *Revista Anales de Psicología*, vol. 25(2), 316-329.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16712958014.pdf>

Zori, C. (16 de Noviembre de 2012). Desarrollo Social y emocional en Primaria. *Psicología y Salud*. Recuperado de: <https://carolinazori.wordpress.com/2012/11/16/desarrollo-social-y-emocional-en-primaria-6-12-anos/>

Anexos

Anexo A: Tabla del análisis documental

Autor	Título	Año	País
Antón, J., Sánchez, E., Pérez, L., Labajos, T., de Diego, Y., Benítez, N., et al.	Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica.	2013	España
Forero, I., Siabato E., y Salamanca., Y.	Ideación suicida, funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de Colombia.	2016	Colombia
Pérez, I., Téllez, D., Vélez, A., y Ibáñez, M.	Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos.	2012	Colombia
Restrepo, D., y Bonfante, L.	Comportamiento suicida y su asociación con los trastornos mentales de inicio en la infancia en los adolescentes de Medellín, 2011-2012.	2014	Colombia
Medina, O., Londoño, A., y Orozco, C.	Caracterización del suicidio en adolescentes del Quindío, Colombia (1989-2008).	2012	Colombia
Giordano, R., y Stichler, J.	Improving Suicide Risk Assessment in the Emergency Department	2009	Estados Unidos

Ceballos, G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, L., Gonzáles, K., y Sotelo, A. Cabra, O., Infante, D., y Sossa, F.	Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes.	2015	Colombia
Corona, B., Hernández, Mariela., y García, R.	Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores.	2016	Cuba
Gonzáles, G., Arévalo, G., Hernández, D., y Henao, L.	Evaluación de las expectativas negativas y tipo de riesgo suicida en estudiantes de 9°, 10° y 11° de una institución educativa del departamento del Quindío.	2016	Colombia
Álvarez, J., Cañón, S., Castaño, J., Bernier, L., Cataño, A., Galdino, et al.	Factor de riesgo suicida, y factores asociados en adolescentes de una institución educativa de Palestina-Caldas, Colombia.	2013	Colombia
Fuentes, M., Castaño, J., Gonzales, A., Hurtado, C., Ocampo, P., Páez, M., et al.	Tendencias de ideación suicida y factores de riesgo relacionados, en estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de Manizales (Colombia). 2007- 2008.	2008	Colombia
Carvajal, G., y Caro, C.	Ideación suicida en la adolescencia: Una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá, 2009.	2011	Colombia

Kavak, F., Aktürk, Ü., Özdemir, A., y Gültekin, A.	The Relationship Between Domestic Violence Against Women and Suicide Risk.	2018	Turquía
Paniagua, R., Gonzáles, C., y Rueda, S.	Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia.	2014	Colombia
Baca, E., y Aroca, F.	Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad.	2014	México
Antonílez, J., Cárdenas, A., y Téllez, N.	Un estudio comparativo de la percepción del suicidio en niños que atraviesan la niñez intermedia.	2011	Colombia
Cañón, S.	Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescente.	2011	Colombia
Siabato, E., Forero, I., y Salamanca, Y.	Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos.	2017	Colombia
Andrade, J.	Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes.	2012	Colombia
Caycedo, A., Arenas, M., Benítez, M., Cabanzo, P., Leal, G., y Guzmán, Y.	Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá–2009.	2010	Colombia
Espinoza, F., Zepeda, V., Bautista, V., Moisés, C., Newton, O., y Plasencia, G.	Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes.	2010	México

Reshetukha, T., Alavi, N., Prost, E., Kirkpatrick, R., Sajid, S., Patel, C., y Groll, D.	Improving suicide risk assessment in the emergency department through physician education and a suicide risk assessment prompt.	2018	Canadá
Lee, SY. y Kwon, Y.	Twitter as a place where people meet to make suicide pacts.	2018	Corea del Sur
Nizama, M.	Suicidio.	2011	Perú
Groh, C., Anthony, M., y Gash, J.	The Aftermath of Suicide: A Qualitative Study With Guyanese Families.	2018	Guyana
Pescador, L., y Jiménez, W.	Factores de riesgo de la ideación suicida en adolescentes de media vocacional de dos Instituciones Educativas de la localidad de Fontibón. Un análisis desde la Psicología Forense.	2015	Colombia
Patton, G.	Youth Suicide: New Angles on an Old Problem.	2014	Australia
Chandler, V.	Google and suicides: what can we learn about the use of internet to prevent suicides?	2018	Estados Unidos
González, A., Rodríguez, A., Aristizábal, A., García, J., Palacio, C., y López, C.	Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica.	2010	Colombia
Muñoz, E. y Gutiérrez, M.	Factores de riesgo asociados al suicidio en Nariño (Colombia): estudio de casos y	2010	Colombia

	controles.		
Park, S., y Jang, H.	Correlations between suicide rates and the prevalence of suicide risk factors among Korean adolescents.	2018	República de Corea
Pérez, M., Martínez, L., Viachá, M., y Avendaño, B.	Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia.	2017	Colombia
Inder, K., Handley, T., Johnston, Amy., Weaver, N., Coleman, C., Lewin, T., et al.	Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location.	2014	Australia
Pandey, G., Rizavi, S., Ren, X., Dwivedi, Y., y Palkovits, M.	Region-specific alterations in glucocorticoid receptor expression in the postmortem brain of teenage suicide victims.	2013	Estados Unidos
Pandey, G., Rizavi., H., Ren, X., Fareed, J., Hoppensteadt, D., Roberts, R., et al.	Proinflammatory cytokines in the prefrontal cortex of teenage suicide victims.	2012	Estados Unidos
Holliday, C., y Vandermause, R.	Teen experiences following a suicide attempt.	2015	Estados Unidos
Feuer, V. y Havens, J.	Teen Suicide: Fanning the Flames of a Public Health Crisis.	2017	Estados Unidos
Pandey, G.	Neurobiology of adult and teenage suicide.	2011	Estados Unidos

Sánchez, D., y Robles, M.	Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes.	2014	España
Choi, N., DiNitto, D. y Marti, N.	Youth firearm suicide: Precipitating/risk factors and gun Access.	2017	Estados Unidos
Garlow, S., Purselle, D., y Heninger, M.	Cocaine and alcohol use preceding suicide in African American and white adolescents.	2007	Estados Unidos
Heeringen, K., Wu, G., Vervaet, M., Vanderhasselt, M., y Baeken, C.	Decreased resting state metabolic activity in frontopolar and parietal brain regions is associated with suicide plans in depressed individuals.	2017	Bélgica
Nor, FM., y Das, S.	Planned complex suicide: Self-strangulation and fall from height.	2011	Malasia
Pratt, D., Gooding, P., Awenat, Y., Eccles, S., y Tarrier, N.	Cognitive Behavioral Suicide Prevention for Male Prisoners: Case Examples.	2016	Reino Unido
McCarthy, M.	Internet monitoring of suicide risk in the population.	2010	Estados Unidos
Pandey, G., Rizavi, H., Ren, X., Bhaumik, R., y Dwivedi, Y.	Toll-like receptors in the depressed and suicide brain.	2014	Estados Unidos
Zatti, C., Rosa, V., Barros, A., Valdivia, L., Calegaro, V., Freitas, L., et al.	Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the	2017	Estados Unidos

	last decade.		
Rew, L., Young, C., Brown, A., y Rancor, S.	Suicide Ideation and Life Events in a Sample of Rural Adolescent.	2016	Estados Unidos
Forster, C.	The first step in preventing suicide is to ask.	2016	Estados Unidos

Anexo B: Entrevista Semiestructurada

1. ¿Cómo define el acto del suicidio?
2. ¿Conoce los tipos de comportamientos suicida? y ¿Cuáles considera que pueden ser?
3. ¿Cuáles son las causas o factores por los que un adolescente se suicida?
4. ¿Qué podría sentir un adolescente antes de intentar suicidarse?
5. ¿Qué pensamientos considera que podría tener un adolescente antes de intentar suicidarse?
6. ¿Qué comportamientos considera que tener un adolescente antes de intentar suicidarse?
7. ¿Conoce usted los comportamientos, señales o signos de alarma que se pueden evidenciar en un adolescente antes de cometer el acto suicida?
8. ¿Cuáles considera que son los pasos o estrategias a seguir al momento de presentarse un adolescente con verbalizaciones o intentos suicidas?
9. ¿Tiene conocimiento de la existencia de alguna guía o manual que explique la manera adecuada de actuar o intervenir en casos de suicidio consumado, intentos de suicidio o ideación suicida? ¿Cómo la describe?

Anexo C: Grupo Focal

1. Según investigaciones relacionadas con la conducta suicida, se identifica su origen como un fenómeno multifactorial, ¿Por qué cree que se deba esta definición?
2. El suicidio es un fenómeno complejo de entender y por esta razón se ha dividido en fases, ¿conoce usted las fases del suicidio? Y si las conoce, explíquelas.
3. ¿Qué factores o situaciones consideran que puedan estar relacionados con el suicidio?

4. De acuerdo con el caso de suicidio de un adolescente reportado en el Municipio de Villa Rosario durante el año anterior, por medio de la práctica del juego “la ballena azul” ¿Cuáles considera que fueron las razones previas al suceso que influyeron para que se presentara este evento?
5. Podrían explicar ¿De qué forma se da la transición de la ideación suicida a un intento suicida y de un intento al suicidio consumado?
6. Un estudiante le comunica verbalmente que se siente triste y no quiere seguir viviendo, ¿Qué acciones considera adecuadas para intervenir este caso?
7. Varios estudiantes presentan signos de laceraciones (cortaduras en la piel) en sus muñecas y piernas, aunque comunican verbalmente que no desean causarse daño, solamente lo hacen por diversión. ¿Qué manejo le darían a esta situación?
8. Ante un caso de intento de suicido por parte de un estudiante ¿De qué forma manejarían esta situación?
9. ¿Qué acciones realizan actualmente ustedes en prevención del acto suicida?
10. ¿Por qué considera importante hablar con los jóvenes acerca del suicido?