



**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES QUE SEGÚN EL ADOLESCENTE
PUEDEN INFLUIR EN EL INTENTO DE SUICIDIO A PARTIR DE LOS CASOS
DEL HOSPITAL SIMON BOLIVAR (HSB) EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
EN EL SEGUNDO SEMESTRE 2007**

**ANA MARIA BASTIDAS LEON
ANDREA MARCELA BARBOSA DEL RIO
CLAUDIA MILENA CRIALES LEAL
JOHANA MILENA FERREIRA CARDENAS**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE TRABAJADOR SOCIAL

**Asesora
CAROLINA GOMEZ CRISTANCHO
Psicóloga**

**CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
TRABAJO SOCIAL
BOGOTA
2008**



**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES QUE SEGÚN EL
ADOLESCENTE PUEDEN INFLUIR EN EL INTENTO DE SUICIDIO A PARTIR
DE LOS CASOS DEL HOSPITAL SIMON BOLIVAR (HSB) EN LA UNIDAD DE
SALUD MENTAL EN EL SEGUNDO SEMESTRE 2007**

**ANA MARIA BASTIDAS LEON
ANDREA MARCELA BARBOSA DEL RIO
JOHANA MILENA FERREIRA CARDENAS
CLAUDIA MILENA CRIALES LEAL**

**CORPORACION UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
TRABAJO SOCIAL
BOGOTA
2008**

Bogotá, Noviembre 2008

DEDICATORIAS

ANA MARIA BASTIDAS LEON

A mí adorada madre Flor María León, quien con su constante amor y dedicación me ha apoyado de manera incondicional y sé que se siente muy orgullosa de mí.

A Jairo Rafael Herrera quien me acompañó en el camino.

ANDREA MARCELA BARBOSA DEL RIO

A DIOS quien me permitió la gracia de compartir estos momentos de gloria.

Hubo tres personas que creyeron en mí cuando nadie creía.

A mi madre Oliveria Del Rio, quien desde mi nacimiento se entregó en cuerpo, alma y vida por verme alcanzar uno a uno mis objetivos, mis sueños y metas. Hoy orgullosamente se refleja lo que ella ha querido para mí.

A mi padre Héctor Barbosa, quien con su paciencia, tolerancia y esfuerzo me prohibió caerme en la derrota y me exigió levantarme para seguir luchando.

A mi hermana Catalina, quien es mi constante inspiración y motivación para ganar las batallas del transcurrir de nuestra vida.

A mi familia (Liz, Lore, Lili, Santi y Mario), que con su cotidianidad me impulsaron y enseñaron a trabajar por lo que se quiere para vivir un mejor futuro. Pensando siempre en el bienestar y la unión familiar.

CLAUDIA MILENA CRIALES LEAL

A mi madre por todo su apoyo y dedicación en el transcurrir de los años, a mi hijo Julián quien cambio mi vida y ha sido mi motivación para salir adelante.

Especialmente a mi hermano David quien amare por siempre y que a pesar de que no este aquí tengo la certeza que esta disfrutando de la gloria de Dios en el cielo y su recuerdo me acompañara por siempre.

JOHANA MILENA FERREIRA CARDENAS

A mí madre Dora Inés Cárdenas quien con su amor, confianza y colaboración creyó en mi guiándome, apoyándome, y compartiendo mi sueño de ser una excelente profesional.

A mi padre Jairo Ferreira Galeano quien con su experiencia y actitud siempre ha querido y luchado por lo mejor para mí.

A mi hermana Cristina Ferreira quien estuvo a mi lado en todo mi proceso académico y por sus consejos y apoyo me ha enseñado aprender de los errores y levantarme de ellos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminarnos, guiarnos y darnos sabiduría para poder culminar nuestra carrera y lograr un sueño más en nuestra vida.

A nuestras familias que con su paciencia y dedicación nos dieron la oportunidad de estudiar y demostrarles que somos capaces de llegar a la meta propuesta. Aun así con obstáculos presentados en el camino supimos afrontarlos y superarlos.

A la docente Gilda Vendries por ser la persona que nos oriento y nos dio su voz de aliento cuando lo necesitábamos, brindándonos su comprensión y orientación en nuestro proceso de práctica profesional.

A la tutora Carolina Gómez por su dedicación, paciencia y acompañamiento a quien admiramos por su profesionalismo y su calidad humana.

A la docente Liliana Gamboa por hacernos caer en cuenta de los errores cometidos y aprender de ellos.

A la docente Carmen Helena España por su comprensión, paciencia, su gran profesionalismo y grandeza humana.

Al todo el equipo de docentes del programa de Trabajo Social que por medio de sus conocimientos y experiencias construyeron en nosotras una conciencia crítica y reflexiva frente a la realidad.

A las personas que estuvieron en nuestro crecimiento profesional, personal que nos demostraron su confianza, tolerancia, amistad y sinceridad.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION.....	09
1. MODALIDAD SELECCIONADA.....	11
2. JUSTIFICACION DE LA MODALIDAD SELECCIONADA.....	11
2.1 JUSTIFICACION PERSONAL.....	11
2.2 JUSTIFICACION FORMATIVA.....	12
3. JUSTIFICACION SOCIAL Y HUMANA.....	12
4. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	13
5. OBJETIVOS.....	15
5.1 OBJETIVOS GENERAL.....	15
5. 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
6. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	16
7. LINEA DE INVESTIGACION.....	16
8. MARCO DE REFERENCIA.....	17
8.1 MARCO TEORICO.....	17
8.1.1 TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA.....	17
8.1.1.1 Teoría fisiológica.....	18
8.1.1.2 Teoría psicoanalítica.....	19
8.1.1.3 Teoría cognitiva.....	19
8.1.1.4 Teoría del aprendizaje social.....	20
8.1.2 LAS OCHO ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO A LO LARGO DE LA VIDA.....	20
8.1.3 LIBERTAD.....	21
8.1.5 MUERTE POR SUICIDIO.....	23
8.1.6 ANTECEDENTES.....	23
8.1.6.1 La Antigüedad.....	23
8.1.6.2 Edad Media.....	25
8.1.6.3 Renacimiento.....	25
8.1.7 TEORIAS DEL SUICIDIO.....	26
8.1.8 MODELO ARQUITECTONICO DE MACK (MACK Y HICKLER, 1981).....	26
8.1.9 MODELO BASADO EN EL ESTADO DE LA MENTE (BONNER Y RICH.1987).....	27

8.1.10 SUICIDIO IMITADO.....	28
8.1.11 EPIDEMIOLOGIA DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	28
8.2 MARCO CONCEPTUAL.....	29
8.2.1 IDEACIONES SUICIDAS.....	29
8.2.2 PARASUICIDIOS.....	29
8.2.3 SUICIDIOS.....	29
8.2.4 DEFINICION DE ADOLESCENCIA.....	30
8.2.5 EFECTOS DE LA ADOLESCENCIA.....	30
8.3 MARCO CONTEXTUAL.....	31
8.3.1 HISTORIA.....	31
8.3.2 INFORMACIÓN GENERAL.....	31
8.4 MARCO INSTITUCIONAL.....	33
8.5 MARCO LEGAL.....	35
8.5.1 DERECHOS DEL PACIENTE.....	35
8.5.2 DEBERES.....	37
9. MARCO METODOLOGICO.....	38
9.1 DEFINICION DEL METODO CUANTITATIVO.....	38
9.2 CARACTERISTICAS DEL METODO CUANTITATIVO.....	39
9.3 CARACTERISTICAS DE LA ENCUESTA SOCIAL.....	39
9.4 TRABAJO SOCIAL DE CASO.....	40
9.5 CASO SOCIAL INDIVIDUAL.....	42
9.6 ABORDAJE DESDE LA SINGULARIDAD.....	42
10. RESULTADOS.....	44
11. ANALISIS GENERAL.....	56
12. CONCLUSIONES.....	58
13. RECOMENDACIONES.....	59
14. GLOSARIO.....	60
15. BIBLIOGRAFIA.....	62
16. ANEXOS.....	64

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1 – CONFIRMACION DEL NUCLEO FAMILIAR.....	44
GRAFICO N° 2 – COMUNICACION FAMILIAR.....	45
GRAFICO N° 3 – INTERACCION FAMILIAR.....	46
GRAFICO N° 4- CONFLICTOS FAMILIARES.....	47
GRAFICO N° 5 – TIPO DE CONFLICTOS.....	48
GRAFICO N° 6 – RESOLUCION DE CONFLICTOS.....	49
GRAFICO N° 7- AYUDA FAMILIAR.....	50
GRAFICO N° 8 – INGRESOS ECONOMICOS.....	51
GRAFICO N° 9- NIVEL CULTURAL.....	52
GRAFICO N° 10- VIVIENDA DONDE HABITA.....	53
GRAFICO N° 11- PROBLEMATICAS SOCIALES.....	54
GRAFICO N° 12- ANTECEDENTES.....	55

INTRODUCCION

“El suicidio existe desde que existe el hombre, teniendo en cada época y en cada sociedad significados distintos”.

El suicidio de los adolescentes es un tema del que no se habla abiertamente, aun en nuestra sociedad este tema continua siendo un tabú porque pone en entredicho las estructuras familiares y sociales de las víctimas, aun cuando no se tengan claro todavía los mecanismos que conlleven a alguien, y en particular a un adolescente , acabar con su vida. Sin embargo cerrar los ojos ante un problema social no se puede, pues según las estadísticas en la actualidad diariamente se suicidan 6 de cada 100.000 adolescentes colombianos, sobre todo mujeres de 10 a 19 años.

El suicidio suele ser un fenomeno multidimensional que ha sido abordado desde distintas disciplinas y corrientes teoricas. Desde el punto de vista clinico y de salud publica, el suicidio es un las principales causas de muerte en el mundo, considerandose la tercera causa de muerte entr los adolescentes y la septima causa entre los adultos.

“La complejidad de la conducta suicida y el afán por encontrar una explicación satisfactoria ha originado una diversidad de teorías, unas más centradas en los factores “sociales causantes del suicidio, y otras en determinadas características personales y motivacionales, que, de alguna manera, puedan predecir los actos suicidas”. (Astrazéneca, 2007).

El intento de suicidio en adolescentes es una causa relativamente frecuente de atención médica en el **HOSPITAL SIMON BOLIVAR**, y se hace de vital importancia realizar investigaciones que faciliten detectar los posibles factores de riesgo según la perspectiva de dichos adolescentes.

El trabajo de grado posibilita contextualizar y abordar esta problemática, partiendo en un primer momento de la investigación de los factores de riesgo que en el entorno familiar puede generar en estos jóvenes.

En nuestro quehacer profesional como Trabajadoras sociales se hace apremiante abordar el suicidio en adolescentes, teniendo en cuenta que la muerte como tal es un componente inevitable en el ser humano y la forma en que tiene lugar es desconocida e impredecible, pero cuando se elige morir a una edad donde la muerte no resulta como un hecho biológico, genera altos impactos negativos y catastróficos en las familias y por ende en la sociedad.

1. MODALIDAD SELECCIONADA: Investigación en áreas y temáticas disciplinares.

2. JUSTIFICACION DE LA MODALIDAD SELECCIONADA:

Se escoge esta modalidad de investigación a partir una situación problema: “suicidio en adolescentes” en el campo de practica en el área de Salud Mental del Hospital Simón Bolívar; se realiza por medio del reconocimiento y recolección de información alrededor de los casos presentados y de sus respectivos análisis.

Se considera pertinente trabajar esta problemática con los resultados obtenidos mediante la técnica de la encuesta, destinada a recoger, procesar y analizar características del grupo poblacional escogido, en este caso las 20 familias donde alguno de sus miembros es adolescente y ha ingresado al hospital con intento de suicidio.

La presente investigación es cuantitativa, ya que, corresponde a un estudio de seguimiento (encuesta); por medio de un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en el segundo semestre del 2007, analizando los procesos que transcurren desde el momento que el adolescente ingresa al hospital, es internado, y aproximadamente seis meses después de su egreso.

Este es un estudio de carácter explicativo, analiza muchas interrelaciones del individuo y la red familiar a partir de la interpretación estadística, además el estudio nace desde la perspectiva del paciente, en relación con su entorno familiar, social y cultural.

2.1 JUSTIFICACION PERSONAL

Desde la perspectiva personal se considera primordial elaborar este trabajo de grado mediante el conocimiento adquirido a lo largo del proceso formativo, por que se desarrollan habilidades y competencias para realizar una experiencia que comprometa de manera integral la investigación, con el fin de identificar factores de riesgo en los adolescentes con intento de suicidio.

Es de gran importancia resaltar que a partir de una investigación y caracterización de la problemática se dan varias soluciones para que posteriormente se pueda realizar intervención.

Es de competencia del Trabajo Social, reflexionar acerca de lo que sucede en los diferentes campos de práctica fundamentándolos a partir de una mirada ética humana, que establece los parámetros para leer y analizar la realidad social.

2.2 JUSTIFICACION FORMATIVA

El presente trabajo investigativo emerge desde el contexto de la práctica profesional realizada en el Hospital Simón Bolívar, donde se reciben a diario numerosos casos de intento de suicidio en jóvenes en edades comprendidas entre los 13 y 17 años. El suicidio en adolescentes se ha manifestado como una de las problemáticas más frecuentes, donde se hace necesario analizar este fenómeno, pues se ha tejido entorno a este tema diversas teorías, las cuales se han asociado a supuestas deficiencias en las relaciones familiares, sociales, escolares, entre otras.

Se hace pertinente realizar una investigación que posibilite detectar cual de todos estos posibles factores de riesgo son los más representativos en el contexto familiar del adolescente, obteniendo como consecuencia una tentativa suicida.

El abordaje de este tema nos permite conocer el rol del Trabajo Social asumiendo, frente a esta realidad, posturas en las cuales la experiencia adquirida puede y debe aportar.

3. JUSTIFICACION SOCIAL Y HUMANA.

Si bien es cierto estamos sumergidos en el contexto de un país que vive en medio de diversas problemáticas como los sacrificados por los distintos actores armados al margen o no de la ley, el narcotráfico, la delincuencia común, sicariato entre otras por las cuales cada día aumenta el número de víctimas; lo que indica el decaimiento del principio básico del derecho a la vida y como si fuera poco se suma a todo lo anterior el impacto de la miseria, las inhumanas condiciones de vida, y lo que es peor la carencia de alternativas que posibiliten la opción de superarlas.

Los índices de mortalidad infantil, la desnutrición, las altas tasas de analfabetismo, la insuficiencia en la capacitación, la mendicidad, prostitución, mercado de niños y niñas y los innumerables rostros de quienes no pueden suplir sus necesidades básicas son expresiones que revelan la injusticia social y la extrema urgencia de un cambio en las estructuras de la sociedad. Cambio que es tarea del

Trabajador Social en el acompañamiento como facilitador y dinamizador de procesos, brindando alternativas de solución a las problemáticas actuales, orientando por medio de factores de prevención y riesgo a los individuos, comunidades, población, grupo.

Las reflexiones planteadas nos invitan, como trabajadoras sociales, a pensar el Trabajo Social desde desarrollo humano y una nueva perspectiva, innovando un enfoque que permita construir una nueva historia, sin desconocer los factores que la hacen posible y la creciente complejidad de la sociedad en la cual crece y se desarrolla.

4. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo familiar, que según el adolescente pueden influir en el intento de suicidio?

Descripción del problema (Caracterización – contexto)

“El problema de salud "suicidio" viene afectando a la humanidad de manera importante en las últimas décadas, las estadísticas oficiales y los centros de tratamientos médicos muestran un aumento de las tasas, sobre todo en los ancianos y los jóvenes. El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre, y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente, encontrándose datos sobre él, desde las civilizaciones más antiguas durante la edad media, observándose una caída en su incidencia con posterioridad. De nuevo reaparece el suicidio, impetuosamente en el siglo XVIII hasta nuestros días, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros”. (Alfaro, 2003).

Por este motivo se considera que el incremento de esta problemática en la actualidad ha provocado un gran interés en los profesionales de la salud y grupos sociales por estudiar las causas de estas conductas.

Sin embargo, no se ha estudiado ampliamente la relación que tiene esta problemática con la salud pública. Por este, motivo nace la realización de esta investigación, ya que, tiene el fin de detectar los factores de riesgo en las familias del adolescente que ingresan al Hospital Simón Bolívar especialmente en la Unidad de Salud Mental servicio principal que atiende a pacientes con esta patología; así mismo es de gran importancia observar el equipo interdisciplinario que interviene y ver el rol que cada uno desempeña especialmente del **TRABAJADOR SOCIAL**.

El suicidio se ha visto reflejado como una problemática social especialmente en la población adolescente, siendo definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez; cabe resaltar que en el país se han realizado diferentes estudios sobre esta; de tal forma que se cuenta con datos que nos describen desde la evolución del problema hasta el perfil del joven en riesgo.

Es entonces que se decidió plantear la pregunta fundamental del presente trabajo de investigación teniendo como base los planteamientos de Durkheim; ¿Cuáles son los factores de riesgo familiar, que según el adolescente pueden influir en el intento de suicidio?

Partiendo de esta pregunta se analiza como el suicidio en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud, observándose un dramático incremento de sus tasas, fundamentalmente la influencia de las familias, las explicaciones que se ha dado a este fenómeno son: el reflejo de los cambios sociales, una mayor disponibilidad de medios, el incremento de estos medios, el abuso del alcohol y otras drogas.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar en las 20 familias los factores de riesgo que pueden explicar la conducta suicida en el adolescente que ingresa a la Unidad de Salud Mental del Hospital Simón Bolívar.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Clasificar cuales son los principales factores de riesgo que inducen al adolescente a esta problemática.
- Describir la conducta suicida en adolescentes y cómo influye desde su entorno familiar.
- Cuantificar las características de las familias de los adolescentes con diagnóstico de intento de suicidio.
- Comprender la influencia que tienen los principales factores de riesgo en el adolescente con intento de suicidio.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores de riesgo familiar, que según el adolescente pueden influir en el intento de suicidio?

7. LINEA DE INVESTIGACIÓN

- **EDUCACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL**

La investigación en la que se enmarca el trabajo de grado es la educación y el desarrollo social, basada en la reflexión que se da en cuanto a los factores de riesgo que inducen al adolescente a tomar la decisión del intento de suicidio.

Entre la educación y desarrollo humano social se busca combinar las dos áreas como fundamentación de la evolución del ser humano en cuanto a sus comportamientos y las formas de interacción con su entorno buscando el bienestar social con el fin de satisfacer algunas necesidades básicas siendo semejante a la dignidad humana.

Así mismo esta investigación es de carácter explicativo, es decir se compara y se complementa la teoría con la práctica (praxis) realizada dentro del trabajo de investigación como marco de referencia de lo que se quiere explicar y lo que se explica, en este caso un fenómeno que se origina en determinada situación como lo es en el tema de (suicidio en adolescentes).

8. MARCO DE REFERENCIA

8.1 MARCO TEORICO

8.1.1 TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA

La teoría nace de una hipótesis y puede generar otra hipótesis. Para Horrocks la formulación de las teorías de la adolescencia empieza por la reflexión e integración de las pruebas disponibles que no sólo incluyen los resultados de varios estudios, observaciones y experimentos, sino también especulaciones emocionales y filosóficas, así como actitudes que el teórico pueda tener como consecuencia de su formación.

Este mismo autor comenta que para interpretar la adolescencia se pueden identificar claramente tres enfoques:

“El primero es el que tienen aquellas teorías de la adolescencia que en realidad son un catálogo de los problemas que afrontan los individuos a medida que se aproximan o pasan a la segunda década de la vida. El segundo es el de las teorías que se centran en la conducta del individuo y consideran que el ambiente donde éste se desarrolla es el necesario. Estas teorías se orientan hacia lo que sucede en el interior de la persona, y aceptan la influencia del ambiente, pero sólo como algo incidental. El tercer enfoque es puramente descriptivo y en realidad no es teórico. Su método es análogo al del naturalista que observa y registra lo que ve sin elaborar una teoría sistemática”. (Horrocks, 1984)

Hay muchas teorías que explican la adolescencia, las puramente biológicas, las que sólo admiten los procesos psíquicos y aquellas que la ubican como un acontecer social.

Desde los inicios del siglo XX, llamado como "el siglo de la invención de la adolescencia como etapa de vida", Stanley Hall se refirió a ella como una época problemática.

Son múltiples y excelentes los trabajos que desde diferentes ópticas han tratado de conocer a fondo la etapa adolescente.

De las diversas investigaciones acerca de la adolescencia, se han logrado desprender las siguientes cinco teorías que en este campo han dominado:

1. 1. Teoría fisiológica
2. 2. Teoría psíquica
3. 3. Teoría biogenética
4. 4. Teoría cognitiva
5. 5. Teoría del aprendizaje social

8.1.1.1 Teoría fisiológica

“La pubertad no sólo altera y modifica gradualmente la figura del niño o niña hasta llevarla a la configuración definitiva del adulto joven, sino también logra la maduración del aparato reproductor y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Además, acción de la pubertad no termina ahí, ya que influye directamente en la esfera psicológica, como lo han reconocido múltiples autores que sustentan criterios psicológicos acerca del origen de la adolescencia y aquellos que estudian la acción de ras hormonas en el comportamiento humano”.(Dulanto, 2000)

Todos estos cambios relacionados con el crecimiento físico son en sí los factores que se suman a los de carácter emocional y social para inducir de manera definitiva a quienes viven la etapa a participar de manera contundente en el tránsito adolescente.

El proceso de la adolescencia es la consecuencia de la maduración oportuna y adecuada de los elementos biológicos, psíquicos, sociales y espirituales desarrollados en la infancia y con los cuales se llega al inicio de la pubertad.

Ante un cambio radical de la figura, ante tanta mudanza en el ser (hacer y sentir que trae el fenómeno de la pubertad) es obvio entender y aceptar que quien la sufre recibe el fuerte mensaje de que su vida infantil está por terminar, y que irreversiblemente deberá integrarse a un proceso de cambio y desarrollo acelerado que acontecerá en su cuerpo, vida psíquica, espiritual y en su conducta social.

El joven, para lograr entender el gran significado de este cambio y aceptar el reto que trae consigo es el convertirse en adolescente, tendrá que recurrir al uso de un elemento recientemente adquirido como producto de la maduración biológica y los cambios intrapsíquicos cursados en la preadolescencia: el juicio valorativo, generalmente conocido como inteligencia abstracta o pensamiento formal.

8.1.1.2 Teoría psicoanalítica

Según esta visión, la maduración sexual biológica en el púber revive y aumenta las múltiples y súbitas descargas de impulsos sexuales y eróticos, que a su vez son agresivos.

Los impulsos agresivos, los pensamientos y las sensaciones difíciles de aceptar y, al mismo tiempo, de controlar hacen que el joven entre en una etapa de inestabilidad caracterizada por periodos de agresión, poca sociabilidad y abrumadores sentimientos de culpa.

Todos los autores psicoanalíticos describen al joven como una persona en tensión, agitación y confusión. Frente a este estrés emocional y social, el adolescente responde con mecanismos de defensa inmaduros. Los que más predominan de éstos son la regresión, la negación y la obstinación. De acuerdo con esta teoría, la única manera positiva de salir y superar este estado es cuando el joven aprende a usar el razonamiento abstracto. A partir de esta teoría se piensa que todo adolescente que no presente una confusión y problemática durante la etapa debe verse como una persona que está alterando o deteniendo su adolescencia.

8.1.1.3 Teoría cognitiva

Se caracteriza por una serie de cambios cualitativos que se efectúa en la manera de pensar del joven. El autor de esta teoría, Piaget, pone en claro que estos cambios ocurren en áreas donde se enfocan los valores, la personalidad, la interacción social, la visión del mundo social y la vocación. Dichos cambios ocurren fundamentalmente al ir dejando atrás de manera paulatina una visión global indiferenciada, egocéntrica, inculturada y gobernada por quienes ejercen autoridad entre quienes ha crecido el 'joven previamente, y pasar a otra visión para iniciar el trabajo de crear nuevos conceptos originales, individuales, cada vez más complejos y con mayor diferenciación y abstractos.

También el joven presenta cambios en sus conceptos, normas y maneras de enfocar diversos problemas personales cotidianos, como aquellos que ocurren en su entorno (de manera circunstancial o voluntaria) y que va descubriendo, a los cuales tiene que enfrentar.

La personalidad comienza a cristalizarse hasta cuando el joven esta en condiciones de utilizar el pensamiento deductivo, es el momento en el cual se define las reglas, valores y pueden elaborar su propias hipótesis y es capaz de someterse a cierto tipo de disciplina social..

8.1.1.4 Teoría del aprendizaje social

Esta teoría procede del conductismo y propone que toda conducta es el resultado de un aprendizaje social.

Se acepta que el ser y hacer de un adolescente en gran parte se relaciona con la conducta social de su familia, la escuela y el barrio donde pasó la infancia y transcurre la adolescencia. La conducta final del joven en gran parte se vinculará con los reforzadores conductuales sociales predominantes y elegidos en cada contexto.

Los sociólogos, antropólogos y psicólogos seguidores de esta línea de pensamiento han propuesto el concepto autosuficiencia para entender las motivaciones de los adolescentes. Este concepto propone que los jóvenes sólo actúan con verdadero esmero y voluntad para alcanzar una meta y una recompensa en la medida del conocimiento, la habilidad y la seguridad de que pueden alcanzarlas. Esto es, si un joven no está convencido de que puede lograr lo que se propone, independientemente del esfuerzo que haga y lo favorecedor del medio, la probabilidad de que lo consiga disminuye notablemente.

LAS OCHO ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO A LO LARGO DE LA VIDA:

- Logro de la confianza.
- Logro de autonomía.
- Logro de iniciativa.
- Logro de laboriosidad.
- Logro de identidad.
- Logro de intimidad.
- Logro de creatividad.
- Logro de la integridad del ego.

De las anteriores, las tres primeras se viven en la primera infancia y en la niñez; la cuarta tiene su apogeo en la escuela primaria; la quinta se presenta en la pubertad y adolescencia; la sexta, en la juventud, y la séptima y octava, en la edad adulta y vejez.

Según, (Erikson, 0000) considera que los verdaderos adolescentes son aquellos que se han propuesto a desarrollar su etapa de una manera auto-gestiva, abierta y generosa donde el respeto de los padres existe y los vínculos de afecto se dan y han decidido con convicción de iniciar la aventura de madurar (esos son los adolescentes valiosos, que son muchos en todas partes del mundo).

A partir de las pérdidas simbólicas irreparables de la infancia como la pérdida del cuerpo de la infancia, “los padres de la infancia” y el mundo social infantil de los adolescentes experimentan consecuencias como la inseguridad personal, pérdida de confianza en sí mismo, en los adultos y en su entorno, y tienen dificultades para establecer, mantener las relaciones interpersonales. Esta inestabilidad momentánea, es importante para los individuos porque puede llegar a hacer una práctica o un ensayo de las formas de vivir, sentir y situarse de maneras muy diferentes a la etapa infantil, cuya experiencia dejan atrás. Y suelen comportarse con algunos altibajos en sus maneras de actuar y para así lograr adecuarse a su nuevo existir.

8.1.4 LIBERTAD

“Este valor se entiende como la voluntad expresa del joven por explorar tanto el mundo que le rodea, como el interior, el propio. Para ello tendrá que crear un sistema y un espacio para escucharse, entenderse y atender las necesidades emocionales, espirituales, cognitivas y aquellas derivadas de la relación humana”. (Dulanto, 2000)

Libertad es también reconocer, por parte del adolescente, el espacio que los adultos que lo dirigen le otorguen para realizar las tareas evolutivas ya señaladas que impone la adolescencia, dentro del marco de referencia que lo rige. Sin embargo, la libertad sólo es el espacio y las concesiones que los adultos concedan al adolescente, ya que ésta exige una apertura de él ante sí mismo y el valor para liberarse de las propias ataduras que no siempre se relacionan con la dependencia de los padres o del mundo social que le rodea.

También la libertad obliga al adolescente, cuando este proceso es sano, a reconocerse y responsabilizarse de sí mismo, asumir tanto el acierto como el error, con la condición de que ambos calificativos deriven de la evaluación razonada.

Llegar a asumir lo que podría definirse como el mundo "liberado" demanda una reflexión responsable, pues sólo mediante ésta el adolescente ha de descubrir. Analizar, entender y hacer suya una nueva escala de valores: con ella se compromete en un ejercicio de responsabilidad libremente asumida durante el incipiente ensayo de vivirse como persona ante sí mismo y ante el grupo.

La adolescencia no es una etapa que reniegue o abandone el mundo infantil, los valores de la familia o los de la primera experiencia de vida; tampoco es rechazo a los padres y adultos o deslealtad a los afectos primarios" Es un tránsito donde se revisan las primeras etapas de la vida, se recapturan y actualizan todos los valores que sirven de apoyo y punto de partida para iniciar la búsqueda y el encuentro de ser persona y el estilo de afirmarse como tal ante los demás; es compartir los valores éticos, religiosos y culturales de una nueva generación que más tarde ha de sumarse al esfuerzo creativo de las generaciones precedentes que han abierto caminos y oportunidades para que con esfuerzo creativo aporte nuevas opciones y formas de vida congruentes con el adolescente, su generación y el grupo social.

En esta, etapa, la experimentación de la vida se toma un sano deseo al que muchos jóvenes se presentan abiertos y francos. Sin embargo, esta sana actitud no disminuye la angustia y la inseguridad normal generada por tantos y tan diversos cambios biológicos, psicológicos y de conducta social que ocurren en los jóvenes.

La inseguridad, angustia, inestabilidad, pasión y la gran capacidad de vincularse y desvincularse son actitudes características del adolescente. Por medio de éstas él encuentra la iniciativa para crear y buscar la tan ansiada estabilidad perdida, pero esta vez dentro de un encuadre de madurez de juventud. Aparece así la necesidad básica que define al adolescente: el afán de búsqueda. Realizar todo este trabajo intelectual y emocional para encontrar un nuevo estilo y sentido de socialización es difícil. Por ello, al intentarlo, el adolescente recurre a la estrategia de no "conceder" o "aceptar" relativos; su lucha es frontal y lo lleva al sistema de "todo o nada". Siente que tiene que responder al requerimiento psíquico de dejar atrás la forma de vivir, sentir, pensar y actuar de niño. Lograr esto es un imperativo, aunque al inicio de la crisis no tenga una conciencia de fines muy clara de todo el esquema de cambio que tendrá que pasar para superar la adolescencia.

La adolescencia brinda la oportunidad de dar un nuevo enfoque a la existencia: descubrir cuál es el sentido de la vida y qué tan profundo se avanza en

ella. El juicio valorativo obliga a los adolescentes a ver el mundo por medio de la propia experiencia de vida. Los jóvenes saben y sienten que, por más que lo deseen o añoren su propia vida, la existencia misma. Ventajas, derechos y obligaciones. sean de carácter personal, familiar o colectivo, no podrán verlas a través de los ojos y las experiencias de los padres y adultos, sino como fruto del trabajo personal que conlleva un gran esfuerzo de vivir la experiencia existencial y la reflexión de ella, aceptando con responsabilidad el compromiso de madurar. Esto modifica de manera drástica la relación con los padres, los pares, el desarrollo emocional, la conducta y la actitud social.

8.1.7 MUERTE POR SUICIDIO

*"El que se mata por sus propios deseos comete suicidio".
Abate Francois Desfontaines, 1735 (creador del término)*

"La persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del sobreviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo. Puede ser una carga muy pesada".(Cubillos, 2004)

8.1.8 ANTECEDENTES

A lo largo de la historia, las culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distinta manera. Aunque algunas de ellas son muy parecidas, las mismas culturas han incluso modificado su propio acercamiento al mismo con el paso de los años, retomando o abandonando posturas anteriores.

El impacto de tales consideraciones aún persiste de forma más o menos importante hoy día. Algunos de sus antecedentes son:

8.1.8.1 La Antigüedad

Los Galios consideraron razonable el suicidio por vejez, por muerte de los esposos, por muerte del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para Celtas Hispanos, Vikingos y Nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En los pueblos germánicos (Visigodos), el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa ("kerlingedale"), lo cual era loable y bien visto. En la China (1.800 ac) se llevaba a cabo por lealtad, en Japón se trataba de un acto ceremonial, por expiación o por derrota, y en la India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por muerte de los esposos (éste último considerado hoy día un delito criminal).

Las Tribus Africanas consideraban maligno y terrible el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaba la casa y el árbol donde se hubiese ahorcado éste; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a brujería; por otra parte, el cuerpo se enterraba sin los ritos habituales.

En los Antiguos Cristianos el suicidio era muy raro pues atentaba contra el V mandamiento. En La Biblia aparecen 8 referencias a suicidios: 3 de guerreros para no entregarse al enemigo, 2 en defensa de la patria, 1 al ser herido por una mujer, y 2 por decepción (Ajitófel y Judas). Existe también la referencia a dos suicidios colectivos, uno de 40 personas en un subterráneo de Jerusalén y el suicidio de la fortaleza sitiada de Massada.

En Grecia y Roma las referencias a los suicidios son innumerables y por diversos motivos: por conducta heroica y patriótica, por vínculos societarios y solidarios, por fanatismo, por locura, por decreto (Sócrates), suicidio asistido por el senado. Durante la antigüedad clásica el suicidio del enfermo de "enfermedad incurable por necesidad" fuese una alternativa razonable; en Roma sólo se penaba el suicidio irracional. Prevalecía la idea de que quién no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, por lo que se despreciaba el suicidio sin causa aparente. Se consideraba que el enfermo "terminal" que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba pues el suicidio provocado por "la impaciencia del dolor o la enfermedad", ya que según decían se debía al "cansancio de la vida (...), la locura o el miedo al deshonor". La idea de "bien morir" (Eu thanatos) era un *Summun bonum*: "(...) porque es mejor morir de una vez que tener que padecer desdichas un día tras el otro" (Esquilo, Prometeo encadenado). Es más, "no es de buen médico entonar conjuros a una herida que reclama amputación (Sófocles, Áyax).

Las filosofías de los estoicos, pitagóricos, platónicos, aristotélicos y epicúreos tuvieron una gran influencia sobre el concepto romano del suicidio como liberación de un sufrimiento insoportable. Para los romanos y los griegos, morir decentemente, racionalmente y al mismo tiempo con dignidad, era muy importante. En cierto modo, la forma de morir era la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas vidas consumidas por la enfermedad, el sufrimiento y el deshonor: "¿Seguimos o no aceptando el principio de que lo importante no es vivir sino vivir bien? (...) ¿Y que vivir bien, vivir honradamente y de acuerdo con la justicia, constituyen la misma cosa? (Platón: Critón)". Aristóteles lo consideraba una injusticia sino era autorizado por el Estado: "Entonces eran rehusados los honores de la sepultura normal y la mano derecha era cortada y apartada del cuerpo".

En los primeros tiempos republicanos, Tarquino el Soberbio ordenó poner en cruz los cadáveres de los suicidas y abandonarlos como presas de los pájaros y animales salvajes para combatir una epidemia de suicidios. No dar sepultura a los suicidas era habitual. Para Séneca, "el suicidio era un acto enérgico, por el que tomamos posesión de nosotros mismos y nos libramos de inevitables servidumbres". Celebró el suicidio de Catón como "el triunfo de la voluntad humana sobre las cosas".

El Neoplatonismo, la filosofía de la felicidad más influyente en la antigüedad clásica, consideraba que el hombre no debía abandonar voluntariamente el lugar asignado por Dios. El suicidio, por lo tanto, afectaba al alma negativamente después de la muerte. San Agustín (354-430 d.c.) describió el suicidio como "detestable y abominable perversidad". Agustín afirmaba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, y que por lo tanto se tenían que soportar. De igual forma, el Islamismo lo condena de tal forma que lo considera un hecho más grave que el homicidio.

8.1.8.2 Edad Media

Durante esta época el suicidio es penado rígidamente por las leyes religiosas. El Concilio de Arlés (452) declaró que el suicidio era un crimen. El Concilio de Braga (563) lo sancionó penalmente al dictaminar que el suicida no fuera honrado con ninguna conmemoración en la liturgia, excluido del camposanto. Lo mismo sucedió en el Concilio de Auxerre (578). El cuerpo de los suicidas era trasladado con escarnio, enterrado en la encrucijada de los caminos, su memoria difamada y sus bienes confiscados.

8.1.8.3 Renacimiento

Es variable, aumenta y disminuye según el período, siendo muy notable durante el romanticismo (llamado "mal del siglo"). Persisten las sanciones religiosas.

Hoy día varios hechos se esgrimen hoy día como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espiritual, la ambición desmesurada del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores morales, la masificación, la soledad del hombre, la pérdida de roles y valores.

Por otra parte y de enorme trascendencia en las culturas cristianas, el Catecismo de la Iglesia Católica, edición 1992, señala que "La iglesia ora por las

personas que han intentado contra su vida", asumiendo así una actitud más pastoral que antaño y teniendo en cuenta la actitud mental y psicológica del suicida y las consecuencias sobre la familia.

8.1.9 TEORIAS DEL SUICIDIO

PINEL Y ESQUIRD: concibe el suicidio como una patología de carácter psiquiátrico, que obedece a desordenes mentales específicos y claramente delimitados.

Según (Emile Durkheim, 1993), "Afirmo que mas allá de las concepciones meramente individualistas y de carácter patológico, el suicidio es un acto social"

Cada sociedad tiene en un determinado momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio. La ideación se presenta cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer un suicidio. (Becket 1985).

"Ideación o pensamiento suicida como llegan las personas a esa situación mental de aceptación de la autodestrucción" (Villardo, 1993),

En todo pensamiento suicida no se sigue la conducta auto destructiva pero, a todo suicidio si le precede un estado mental de interiorización del mismo. En este estado mental estaría caracterizado por la desesperanza, baja autoestima, y autoimagen, deteriorada, fracaso, depresión e instrumentalización del suicidio, como medios para resolver determinadas dificultades.

El suicidio es predecible a partir de ciertas variables sociales, psicológicas y psicosociales a saber la soledad, apoyo social auto concepto y autoestima, depresión estrés y afrontamiento principalmente.

8.1.10 Modelo Arquitectónico De Mack (Mack Y Hickler, 1981)

Está basado en el estudio del suicidio juvenil y consta de los siguientes elementos.

A. Macrocósmos: Influencia que ejerce el sistema educativo, la cultura los factores sociopolíticos y la actividad económica en los brotes de suicidio entre escolares.

B. Vulnerabilidad biológica o factores genéticos.

C. Experiencias tempranas: influencias de diversos factores sobre etapas tempranas del desarrollo.

D. Organización de la personalidad, dimensión narcista, desarrollo de yo y la autoestima.

E. Relaciones del individuo con los padres, el grado de separación con respecto a ellos, identificaciones lazos con otros adultos, relaciones con amigos.

F. Psicopatología, cuadros depresivos y alcoholismo.

G. Ontogenia, relación existente entre el desarrollo y la muerte o el tipo de relación particular con la muerte.

H. Circunstancias vitales factores precipitantes (como alcohol o drogas) y socio familiares (como traslados, desavenencias, fracasos escolares).

8.1.11 Modelo Basado En El Estado De La Mente (Bonner Y Rich.1987)

Se sitúa en un paradigma biopsicosocial amplio, cuyo elemento fundamental es el denominado “estado de la mente”. Considera al suicidio como un proceso dinámico y circular del que los individuos pueden salir o al que pueden volver a entrar. Reúne las variables en dos grupos:

Contexto social general: cambios sociales competitividad, incomunicación, valoración social del suicidio y medio de comunicación.

Estado mental suicida: conjunto de características psicológicas que rodean y acompañan a la conducta suicida (depresión, desesperanza, baja autoestima, soledad, falta de razones para vivir y valoración positiva de suicidio como medio para resolución de problemas). Para Villardon (1993), este modelo es de carácter socio – individual, integral, circular.

Según Freud, Meninger y Horney, el suicidio es un fenómeno intrapsíquico, originado primariamente en el inconciente y en cuya dinámica intervienen sobre todo, la agresión y la hostilidad contra si misma al no poder ser exteriorizadas.

También se puede afirmar, que el acto suicida se ejecuta por una discrepancia entre el “yo real” y el “yo idealizado”.

(Moscikil,1995), afirma que los factores de riesgos para las conductas suicidas entre personas jóvenes, pueden calificarse en factores proximales y factores dístales.

Los factores proximales son aquellos que temporalmente se encuentran estrechamente asociados con la conducta, como la depresión.

Los factores dístales: fundaciones en las que se construyen las posteriores conductas suicidas y los eventos que rodean a las mismas en los factores dístales se podían incluir características de niñez y procesos de la familia que llevan a la

vulnerabilidad en la adolescencia ROBMCGEE y colaboradores (2001), reencontraron en el estudio del autoestima y la desesperación, como dos características que pueden llevar al niño a ser vulnerado por pensamientos suicidas en la adolescencia el mecanismo a través de cual pueden relacionarse las variables familiares y las características individuales y las conductas suicidas en incierto pero la existencia de un eslabón parece ser suposición razonable.

(Leva, 1995), variables familiares como bajo nivel socioeconómico y el pobre funcionamiento familiar pueden promover la conducta suicida, estas características familiares aumentan en el adolescente los sentimientos de desesperación hacia el futuro y ello a su vez desarrolla la disposición a la idealización al intento suicida.

Sin embargo, en el momento que se presenta un intento el suicidio en el hogar este hecho genera en la familia gran cantidad de defectos no solo a nivel grupal sino personal.

8.1.12 Suicidio Imitado: se trata de la sucesión de intentos de una misma familia o comunidad.

El suicidio se presenta como una cadena que se inicia en la ideación, pasa por el intento y culmina en la consumación del acto.

8.1.13 Epidemiología De La Conducta Suicida: Según datos de la secretaria de salud de Bogotá, entre diciembre de 2002 y abril de 2003 se registraron 162 intentos de suicidios (informe suministrado por la secretaria distrital de salud, área de vigilancia de salud pública. Dr. Henry Alejo, 2003) Presentándose en su mayoría en mujeres acorde a lo reportado.

8.2 MARCO CONCEPTUAL

Definiciones:

Los términos **SUICIDIO** y **SUICIDA** se emplean para referirse a conductas "elegidas" que tienen como meta provocar la muerte propia en el corto plazo (Diekstra, 1995).

Sin embargo, no todos los comportamientos a los que se alude con dichos términos han sido motivados por una decisión consciente de morir; muchas veces ni siquiera pretenden generar un daño personal sino simplemente expresar y comunicar sentimientos de desesperación, desesperanza, enojo. Debido a ello, la literatura contemporánea aborda el estudio de los comportamientos suicidas desde una triple categorización:

8.2.1 IDEACIONES SUICIDAS

Se estudian distintos procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido del oficio de vivir, la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción. (Goldney, 1989)

8.2.2 PARASUICIDIOS

Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia. Se hace referencia a actos deliberados que no tienen un final fatal pero que provocan daños en el propio sujeto que los ejecuta; dichos actos deben ser poco habituales. Así, por ejemplo, el alcoholismo crónico o las adicciones graves no se ubican en este rubro.

8.2.3 SUICIDIOS

Incluyen todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima la que es consciente de la meta a lograr. Para algunos autores, es importante ocuparse de los denominados "suicidios indirectos": accidentes de tránsito, huelgas de hambre, el rechazo a tomar una medicación necesaria.

Para estudiar los comportamientos e ideaciones suicidas en la etapa adolescente es necesario operar desde un marco teórico que integre distintos

modelos. En nuestro caso lo denominamos cognitivo - mediacional - psicodinámico, pues integra propuestas complementarias.

A) Entendemos al sujeto adolescente como integrante de un sistema familiar específico en el cual incorpora creencias, valores y significaciones determinadas en relación con la vida, la muerte, el objetivo de un proyecto de vida, que operan tanto a nivel consciente como inconsciente.

B) Ese sujeto contextualizado (social, cultural e históricamente) tiene experiencias diversas en el curso de su ciclo de vida, las que se interpretan y comprenden en relación con lo especificado en A) y con las posibilidades que le ofrece su subsistema neurobiológico

8.2.4 DEFINICION DE ADOLESCENCIA.

Es el periodo de desarrollo personal durante el cual el niño debe establecer y encaminarse hacia un sentido de identidad individual con sentimientos de méritos propios que comprenden ciertas modificaciones en su aspecto corporal, la adaptación a capacidades intelectuales maduras, a las exigencias de la sociedad con respecto a una conducta madura, la preparación para ejercer roles propios de la adultez e iniciar a reafirmar los valores aprendidos dentro del seno familiar.

8.2.6 EFECTOS DE LA ADOLESCENCIA

El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro; de un país a otro y de una cultura a otra.

Las generaciones tienen entre sí muchas diferencias, pero a la vez poseen elementos que las ligan y esto hace que en la continuidad de ellas en la historia social de una cultura se conformen características propias de los adolescentes de todas las épocas y particulares de cada generación.

A los adolescentes se les debe entender como el producto de su época, de la cultura donde viven, de su historia personal (infancia y pubertad) y del ambiente donde se gesta el proceso.

La adolescencia como ensayo de ser, cuando se le vive con la conciencia de llegar a integrarse como adulto en un grupo social, tiene una temporalidad regulada por la cultura social que la sustenta.

La adolescencia se desvirtuará o se dará con mayores riesgos de los necesarios, cuando aquélla se vive en condiciones poco favorables, como que en el medio familiar y social abunden actitudes, oportunidades, estilos y vías de acción

social que predisponen a los jóvenes a una experiencia desventurada. A medida que se estudian comunidades marginadas o la población joven de aquéllas con mayor desorganización social, lo anterior se hace evidente.

8.3 MARCO CONTEXTUAL

8.3.1 HISTORIA

La localidad de Usaquéen (1) era una comarca Chibcha cuyo nombre para los indígenas significaba "Tierra del Sol" o que proviene de Usacá, hija de Tisquesusa, casada por Fray Domingo de las Casas con el capitán español Juan María Cortés, quien recibió como dote estas tierras. En la colonia abarcaba lo que hoy se conoce como La Calera, Chía y Guasca. Se fundó alrededor de 1539 y se llamó "Santa Bárbara de Usaquéen". Esta localidad albergó haciendas famosas de la sabana como Santa Ana, Santa Bárbara y el Cedro, hoy convertidas en importantes urbanizaciones y centros comerciales.

Esta localidad rompió con sus ancestros indígenas y se abrió por completo al concepto de ciudad. En sus inicios Usaquéen fue el mayor proveedor de arena y piedras extraídas de sus canteras, con el tiempo al lado de estas canteras nacieron centros comerciales y conjuntos residenciales. También fue el núcleo de una importante actividad artesanal, en la talla de madera así como en los tejidos, además se ubica en lo que se conoció como la carretera central del norte que comunicaba la capital con el nororiente del país.

Usaquéen presenta fuertes contrastes urbanísticos, ya que en los cerros se aprecian asentamientos de viviendas de estratos bajos, y en su parte plana y en algunas zonas del piedemonte de los cerros, predominan las edificaciones de lujo.

8.3.2 INFORMACIÓN GENERAL

UBICACIÓN: Nororiente de la ciudad

ÁREA: 6.534 Hectáreas

POBLACIÓN: 425.000 Habitantes

Usaquéen es la localidad con mayor población en estrato 5 y 6; las UPZ de Country Club y Santa Bárbara son las que presentan más población en estos estratos.

En la localidad se encuentra un total de 54.733 personas en el estrato 1 y 2, que representa el 12.74% de la población total.

LÍMITES: Al norte con el municipio de Chía, al el sur con la localidad de Chapinero (calle 100), al oriente con el municipio de la Calera y por al occidente con la localidad de Suba (Autopista Norte).

UNIDADES DE PLANEACION ZONAL (UPZ): 9.

- | | | |
|-----------------------|----------------|------------------|
| 1. Paseo Libertadores | 2. Verbenal | 3. La Uribe |
| 4. San Cristóbal | 5. Toberín | 6. Cedros |
| 7. Usaquén | 8. Contry Club | 9. Santa Bárbara |

4 presentan población en estrato 1 y 2, que representa el 21% de la población total de la localidad.

NBI: El 11.37 % tiene Necesidades Básicas Insatisfechas.

PRINCIPALES PROBLEMAS: “El asentamiento de una franja de población en viviendas no legalizadas, correspondientes a los estratos socioeconómicos bajos, ubicadas en especial en la zona de los cerros”. Incremento de la población habitante de calle, que según el reporte de Meta física del proyecto 7312 Atención al ciudadano/a habitante de la calle.



Fuente de la Plaza de Usaquén

8.4 MARCO INSTITUCIONAL

El Hospital Simón Bolívar es una Institución de nivel III Prestadora de Servicios de Salud de carácter público que tiene naturaleza de Empresa Social del Estado, adscrita a la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, la cual ofrece servicios de alta complejidad en una amplia gama de especialidades y subespecialidades.

Están catalogados como centro de referencia para las instituciones de I y II nivel de atención que conforman la Red Norte del Distrito Capital de Bogotá y para entidades territoriales circunvecinas; colocan a su disposición 25 años de experiencia y conocimiento científico, consolidado en un ambiente académico y docente-asistencial, a través de un equipo humano altamente calificado, con procesos de mejoramiento continuo de calidad centrados en sus usuarios.

Sus programas y servicios van dirigidos a:

- A la población pobre y vulnerable vinculada al sistema.
- A los usuarios afiliados a las Empresas Promotoras de Salud (EPS).
- A los usuarios afiliados a las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS).
- A víctimas de Accidentes de Tránsito.
- A la población desplazada, a víctimas de catástrofes naturales o eventos terroristas.
- A las personas que requieren atención inicial de urgencias.
- A los usuarios afiliados a las Administradoras de Riesgo Profesionales (ARS)

VISIÓN:

Prestar servicios de salud de alta complejidad con calidad científica, calidez humana y principios éticos a la población que lo requiera, contando con personal idóneo, apoyándose en la formación académica y en el desarrollo de la investigación, contribuyendo a la preparación de recurso humano en salud competente y comprometida.

MISIÓN:

En el año 2010 el hospital Simón Bolívar hará parte de los líderes en la prestación de servicios de salud de alta complejidad por su calidad y cobertura, siendo artífice de la formación de recurso humano en salud, que sin perder su sentido social, será económica y financieramente auto sostenible.



SALUD MENTAL

Capacidad: 14 camas

Tratamiento para pacientes que presenten Enfermedad Mental en fase aguda.
Ofreciendo servicios de:

- Trabajo Social
- Psicología
- Psiquiatría
- Clínica de enfermedades afectivas
- Grupos educativos para familiares de pacientes con enfermedad mental
- Terapia de pareja y familia
- Terapia de apoyo a pacientes con enfermedades crónicas

8.5 MARCO LEGAL

8.5.1 DERECHOS DEL PACIENTE

Según la Resolución 13437 de 1991, del Ministerio de Salud. Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1. Su derecho de elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar y el pronóstico y riesgo que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares, o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad, consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia, ojalá escrita de su decisión.
3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que solo con su autorización puedan ser conocidos.
5. A que se le preste atención de referencia y contra referencia, que se requiera de acuerdo con sus necesidades. (Decreto 2759 de 1991, resolución 5261, artículos 2 y 7).
6. Derecho de vigilar y controlar el cumplimiento en la prestación de los servicios de salud, por parte de la IPS (Decreto 1757 de 1994)
7. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en caso de enfermedad irreversible.
8. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencias, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

9. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral, cualquiera que sea el culto religioso que profesa.

10. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no, en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo puede implicar.

11. Su derecho que se respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otro enfermo.

12. Su derecho a morir dignamente y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

- **Derecho al Respeto de su Libertad**

“Ser respetado en su voluntad de aceptar o rehusarse a la realización de tratamientos y/o procedimientos médicos, a recibir apoyo espiritual, y a elegir los delegados de su núcleo familiar para que conozcan la información relacionada con su estado de salud”.

- **Derecho al Trato Individualizado, Digno y Humano.**

“El paciente tiene derecho a ser identificado por su nombre, a recibir un trato digno, amable y cortés. A que se le respeten sus creencias, costumbres, su intimidad. A morir dignamente, permitiendo que la vida siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad”.

- **Derecho a la Mejor Asistencia Médica Disponible**

“El paciente tiene derecho a recibir la mejor asistencia médica disponible y suficiente, con calidad y oportunidad, observando la prudencia, diligencia y cuidados necesarios durante el proceso asistencial”.

- **Derecho a que se le Proteja su Seguridad Personal**

“Ser protegido en su integridad física, proporcionándole al usuario los medios adecuados y disponibles para evitar cualquier incidente”.

8.5.2 DEBERES

Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en la institución

Responsabilizarse por la solicitud y utilización adecuada de las prestaciones ofrecidas por el sistema de salud, fundamentalmente en lo que se refiere a uso racional de los servicios, servicios farmacéuticos, suministros e incapacidades laborales.

Cumplimiento oportuno de las citas.

Seguimiento de los tratamientos instaurados, indicaciones dadas, normas de auto cuidado, recomendaciones higiénico dietéticas y de estilos de vida hechas por los profesionales de la salud

Suministrar los soportes que acrediten su calidad como afiliado o beneficiario

Reportar las novedades que se presenten en su grupo familiar y que constituyan causal de extinción de derecho según su plan de beneficios, tales como: cumplimiento de edad límite, pérdida de calidad de estudiante, independencia económica, vinculación laboral y demás que puedan afectar la calidad del afiliado o beneficiario.

Tratar con respeto y amabilidad a los profesionales de la salud, al personal de la institución, a los otros usuarios y acompañantes.
Cuidar las instalaciones y colaborar con la conservación de instalaciones y equipos de la institución y en general con la higiene y confort de los sitios de atención.

Expresar su consentimiento para las atenciones que lo requieran, firmar los documentos de alta voluntaria o no aceptación de tratamiento cuando haya tomado esa opción.

Utilizar adecuada y razonablemente las vías de reclamación y sugerencias.

Velar por el cumplimiento de sus derechos.

9. MARCO METODOLOGICO

DESCRIPCION:

La presente investigación se realizó tomando una muestra de 20 casos de pacientes de la Unidad de Salud mental del Hospital Simón Bolívar, con un diagnóstico de intento de suicidio, en edades entre los 13 y 17 años de edad. Nuestro principal instrumento de recopilación de la información se basa en la encuesta explicativa – semi –estructurada, utilizando variable dependiente e independiente donde la dependiente hace referencia al problema del suicidio en general, y la independiente la caracterización de los posibles factores familiares que conllevan al adolescente al suicidio, donde se seleccionó el método cuantitativo a su vez se utiliza la metodología de intervención de Trabajo Social de caso basado en el principio de individuación.

9.1 DEFINICION DEL METODO CUANTITATIVO:

El Método cuantitativo se centra en los aspectos objetivos y susceptibles de cuantificación de los fenómenos sociales

No entra a fondo en el origen de los diferentes problemas.

“La investigación cuantitativa es una metodología de investigación que busca cuantificar los datos/información y, por lo regular, aplica una forma de análisis estadístico. Se define como un tipo de investigación que utiliza métodos totalmente estructurados o formales, realizando un cuestionamiento a través de preguntas principalmente cerradas y concretas para explorar y entender las motivaciones y comportamientos de individuos o grupos de individuos. El conjunto de preguntas se realiza a un número de individuos determinado que conforma la muestra a partir de la cual se recolecta la información que posteriormente se va a analizar”. (Briones, 1986)

9.2 CARACTERISTICAS DEL METODO CUANTITATIVO

- Asume que la realidad social es relativamente constante y adaptable a través del tiempo.
- Se basa en la inducción probabilística del positivismo lógico.
- Asume que la realidad social es relativamente constante y adaptable a través del tiempo.
- Observa relaciones causales entre fenómenos sociales desde una perspectiva mecanicista.
- Estudia poblaciones o muestras que representen poblaciones, haciendo una medición penetrante y controlada.
- Estudia conductas y otros fenómenos observables, estudia el comportamiento humano en situaciones naturales o artificiales.
- Analiza la realidad social descomponiéndola en variables.
- Emplea conceptos preconcebidos y teorías para determinar qué datos van a ser recolectados.
- Emplea métodos estadísticos para analizar los datos e infiere más allá de los datos.
- Emplea procedimientos de inferencia estadística para generalizar las conclusiones de una muestra a una población definida.
- Es confirmatoria, inferencial y deductiva.

Se escoge la encuesta social como instrumento de la investigación, pues nos posibilita obtener información mediante preguntas orales o escritas, planteadas a la muestra de los veinte casos o muestra de personas escogidos que tienen las características requeridas por el problema de investigación.

9.3 CARACTERISTICAS DE LA ENCUESTA SOCIAL:

La información posible de recoger mediante la encuesta es muy variada y ello explica, en parte, su gran utilización en investigaciones teóricas y aplicadas a la sociología, la psicología sociología, la ciencia política, la demografía, la

educación, el estudio de mercados, de costos de vida, etc. Esa información puede clasificarse en las siguientes categorías:

Demográfica: edad, sexo, estado civil, residencia, etc. Socio-económica: ocupación, salario, ingresos, escolaridad, movilidad social, etc.

Conductas: participación social, actividades culturales, innovación, hábitos políticos, etc.

Opiniones, actitudes e imágenes sociales: orientaciones afectivas, preferencias, predisposiciones a actuar a favor o en contra, representaciones, creencias, etc.

Información como la señalada se recoge mediante diversos procedimientos en un cuestionario preparado según los objetivos del estudio:

Información puede clasificarse en las siguientes categorías:

Demográfica: edad, sexo, estado civil, residencia, etc.

Socio-económica: ocupación, salario, ingresos, escolaridad, movilidad social etc.

Conductas: participación social, actividades culturales, innovación, hábitos políticos, etc.

Opiniones, actitudes e imágenes sociales: orientaciones afectivas, preferencias, predisposiciones a actuar a favor o en contra, representaciones, creencias, etc.

9.4 TRABAJO SOCIAL DE CASO

Consideraciones Históricas

Ha sido Mary Richmond quien produjo las primeras sistematizaciones de las intervenciones profesionales, desde el eje de su metodología. En sus 15 años de investigación produjo un minucioso estudio que cristaliza en su libro "Caso social Individual". De él extraemos una definición a fin de analizar los supuestos e intencionalidades de la profesión, según el momento histórico.

Caso social Individual: (Richmond, 1993) *"Conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, registrando consciente e individualmente al hombre en su medio social"*.

Según la autora, la práctica del servicio social Individual es la que (Richmond, 1993) *"se ocupa de las cuestiones relativas a la restauración de la independencia económica, individual, a la salud y a la higiene personal, así como los problemas complejos de higiene mental, todos terrenos que tienen una relación directa con la personalidad"*

Se observa un centramiento en la "personalidad", el "desajuste" de esa personalidad daría paso a una intervención individualizada, tratando de restaurar la

independencia económica, individual y aspectos referidos a la salud, higiene personal y de salud mental. Dos cuestiones son importantes de resaltar: se opera a través de un modelo instituido y evidenciado como correcto del modo de comportamiento (subjetivo e intersubjetivo) de un sujeto en la sociedad. Por otra parte se le asigna al Trabajador Social el rol de “restauración” (restaurar, según el diccionario Larousse es: recobrar, recuperar/ reparar: poner nuevamente en su primitivo estado). Esto daría cuenta de la intencionalidad, que por otra parte, es explicitada claramente en la definición cuando se expresa “reajustando”.

La autora concibe esa intervención, desde dos dimensiones: la comprensión y la acción.

Comprensión: - de la personalidad y de las características personales.

- de los recursos, de los peligros y de las influencias del medio social

Acción: - directa de la mentalidad de los Asistentes Sociales sobre su cliente,

- indirecta ejercida hacia el medio social.

La estructura metodológica para llevarla adelante es reconstruida y definida de la siguiente manera:

1- Estudio (encuesta, investigación)

Es la recolección de datos referidos a la conducta personal del individuo.

2- Diagnóstico:

Es la interpretación del estudio experimental. Desde él se logra la comprensión de la individualidad y las características personales, así como los recursos, de los peligros de las influencias del medio social (descripción, registro, cuantificación y clasificación)

3- Tratamiento:

Identificación de pasos a seguir para solucionar el problema individual.

Con algunas modificaciones el método de caso social individual siguió vigente en la intervención profesional

9.5 CASO SOCIAL INDIVIDUAL

SUJETO: se lo entiende desde la idea de individuo, como ser atómico. Una mónada que en sí mismo contiene los atributos necesarios para su producción y reproducción social. El medio, en todo caso lo “influye”.

El **caso** se constituye en un problema de personalidad, donde la impronta es puesta en el desajuste que al nivel del funcionamiento de la sociedad, trae aparejado este problema.

SOCIEDAD: todo orgánico cuya dinámica se estructura en relación con las normas instituidas. Su funcionamiento depende del modo en que los individuos cumplen sus roles y funciones. Los desajustes merecen intervenciones profesionales e institucionales que logren la adaptación.

DEMANDA: se entiende como los problemas y necesidades sociales, pre construidos como tales. Al ser catalogada previamente (alcoholismo, abandono personal o familiar, desadaptación, etc.) la demanda se retraduce en un “caso”. El mismo presenta las condiciones desde las cuales es posible inferir que se trata de uno de esos problemas.

INTERVENCION PROFESIONAL: se plantea la “prescripción”. La intencionalidad del ajuste o adaptación se expresa en una estructura de pasos a seguir, donde el tratamiento (término extraído de las construcciones discursivas de las ciencias médicas) define la normalización, trabajando con referencias psicológicas desde perspectivas centralmente conductistas.

9.6 ABORDAJE DESDE LA SINGULARIDAD

SUJETO: (CASTORIADIS, 1998) concepción de sujeto pleno. Entrecruzamiento de aspectos universales (o generalidad, según Agnes Heller), particular y singular.

Lo universal o generalidad expresa la condición de seres humanos, con derechos y capacidades; universal en tanto horizonte de sentido, el “deber ser”. Lo particular, comprende al sujeto en sus condiciones sociales de existencia, la pertenencia, su modo de vida, su historia social familiar, lo que “hace ser”. Lo singular, es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irrepetible, su configuración subjetiva; se trata del “es” como síntesis.

SOCIEDAD: se entiende como construcción histórico-social una creación permanente, que se va instituyendo como institución imaginaria. Al ser una construcción humana, que va produciendo sus propias normas, también puede ser transformada.

DEMANDA: (CESARONI, 1997) categoría conceptual en donde se concretiza y objetiva la representación social acerca de la profesión en relación con lo que se demanda, cómo se expresa y con qué motivo, manifiesta las condiciones de vida del sujeto que demanda y como éste la percibe y significa.

INTERVENCION PROFESIONAL: incorpora el análisis comprensivo de la demanda, desde los aspectos antes mencionados. Su intencionalidad, desde este posicionamiento, consiste en la transferencia de autonomía y el aporte a los procesos de construcción de identidades sociales. Desde la singularidad del sujeto (el “es”), hacia la particularidad (el “hace ser”), en el marco de la generosidad, los derechos humanos (el “debe ser”).

b) Técnicas e instrumentos

Esta perspectiva da cuenta del uso y construcción de técnicas e instrumentos orientados por la intencionalidad explicitada. Por lo tanto, la observación y las entrevistas estarán guiadas hacia la indagación de la historia de vida de los sujetos, sus trayectorias familiares y sociales. Esto significa recuperar con el “otro”, los aspectos de sus condiciones de vida, su cotidiano, intentando comprender las significaciones que le otorga. No se trata de una interpretación psicológica, sino de la búsqueda de las referencias sociales, sus pertenencias, lo que aparece desde el sujeto como aspectos que le reafirman su identidad social.

Cada situación particular dará los contenidos de los aspectos a indagar. Una entrevista, tendrá para el Trabajo Social un doble valor: conocer la trayectoria del sujeto, pero a la vez producir la auto reflexión de ese sujeto sobre su vida.

Una técnica interesante para recuperar es la historia de vida. Si bien ha sido fundamentalmente trabajada desde la investigación social, es posible resinificarla para la intervención profesional. (BERTAUX, 1980) los registros tendrán que dar cuenta de los relatos, los que el trabajador Social deberá analizar en función de los objetivos perseguidos. Los planes de acción se construirán según el proceso de entrevistas que se irán realizando y estarán en la línea del refuerzo de las referencias sociales. Desde allí, se considerarán las visitas domiciliarias, entrevistas con miembros de organizaciones o instituciones, coordinaciones, reuniones con otros profesionales, reuniones con instancias decisorias (juzgados, por ejemplo), presentación de informes, instancias de trabajo grupales (talleres, asambleas, etc.), elaboración de programas específicos.

Hemos intentado, con estos análisis pensar el modo de trabajar desde la singularidad, son sólo algunos esbozos desde los cuales es posible construir abordajes que rompan con las formas instituidas de intervenir en Trabajo Social y que nos permitan problematizar, crear y construir en relación con las autonomías de los sujetos con los que trabajamos.

10. RESULTADOS

CONFORMACION NUCLEO FAM.	CANTIDAD
a. padre, madre, hermano	8
b. padre, hermanos	2
c. madre, hermanos	5
d. otro	5

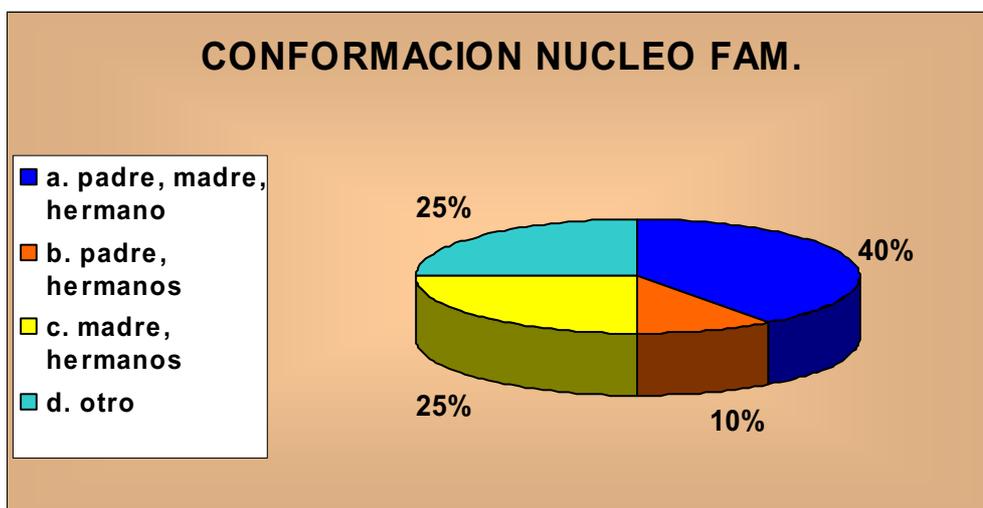


GRAFICO N° 1 – CONFORMACION DEL NUCLEO FAMILIAR

Según el 40% de los adolescentes viven con su núcleo familiar, es decir, con madre, padre e hijos, mientras que el 25% viven con madre y hermanos, dando como resultado el otro 25% quienes conviven con familiares o inclusive en algún hogar de paso del ICBF, dando minoría el 10% que conviven con el padre y los hermanos.

COMUNICACIÓN FAMILIAR	CANTIDAD
a. Dialogo	16
b. Expresión de afecto	1
c. Medio escrito	0
d. otro	3

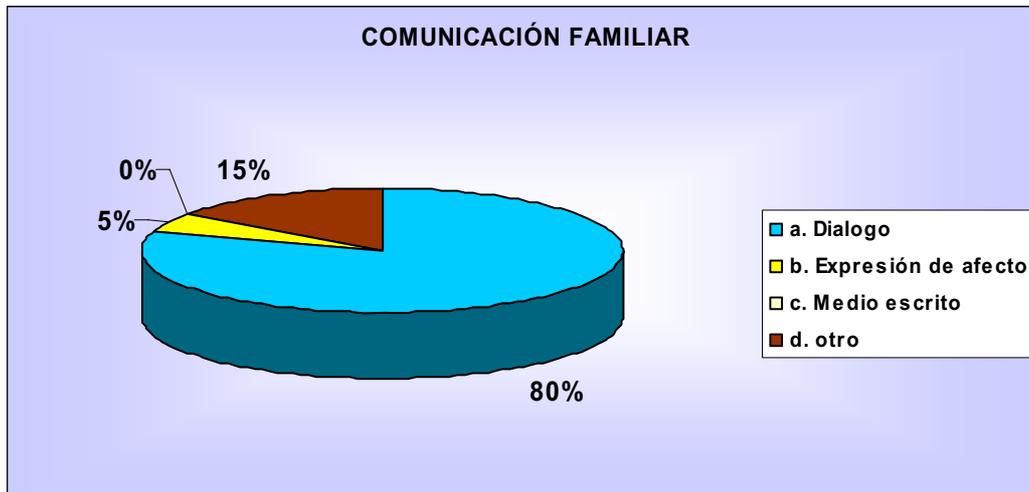


GRAFICO N°2 – COMUNICACIÓN FAMILIAR

En el 80 % de los adolescentes tienen una comunicación familiar experimentada mediante el dialogo mientras que el 15% mantiene otro tipo de comunicación la no verbal. En el 5% restante se ve reflejada la comunicación a través de la expresión de afecto. Mientras que no existe una comunicación por el medio escrito.

INTERACCION FAMILIAR	CANTIDAD
a. Comparte los alimentos en la mesa	10
b. Hay espacio para la recreación y el deporte con su familia	2
c. Reuniones familiares	5
d. Otros	3

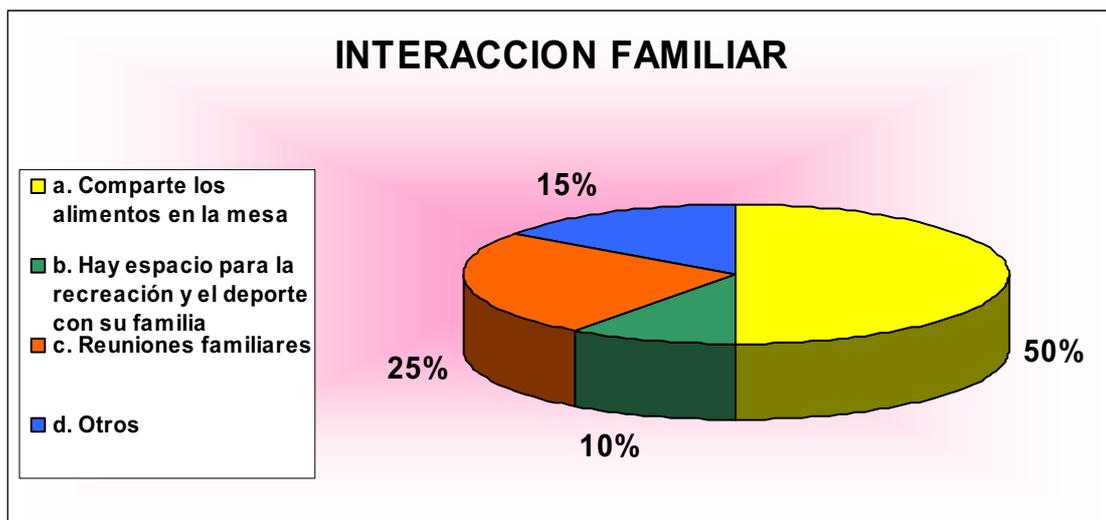


GRAFICO N°3 – INTERACCION FAMILIAR

El 50% de interacción familiar se da cuando los adolescentes comparten los alimentos en la mesa con su familia, el 25% lo hace a través de las reuniones familiares como resultado significa 15 % y 10 % lo hacen en otros espacios de acercamiento, dejando en claro que es posible una desunión familiar.

CONFLICTOS FAMILIARES	
SI	19
NO	1



GRAFICO N° 4 – CONFLICTOS FAMILIARES

El 95% de las familias con adolescentes presentan conflictos internos ya sean verbales o de tipo físico, con un 5% restante no hay conflictos en la familia ya sean por que están distanciados de ellas, no conviven o simplemente no existe una relación conflictiva dentro de sus integrantes.

TIPOS DE CONFLICTOS	CANTIDAD
a. Económicos	9
b. Religiosos	0
c. Educación	6
d. Relaciones de afecto	5

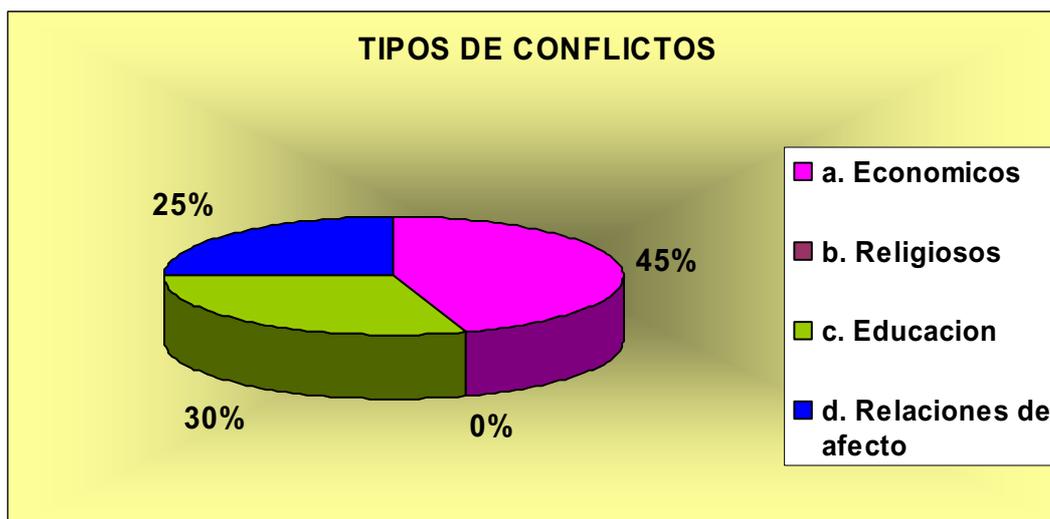


GRAFICO N° 5 – TIPOS DE CONFLICTOS

El 45% hace referencia al tipo de conflicto mas relevante dentro de las familias es el económico lo cual indica que al interior de ellas se percibe inestabilidad a la hora de aportar ingresos, seguido de un 30% como segundo nivel de conflicto el cual es la educación y por ultimo se sitúa las relaciones de afecto con un 25%.

RESOLUCION DE CONFLICTOS	CANTIDAD
a. Dialogo	3
b. Agresiones Físicas	7
c. Agresiones Verbales	6
d. No hay resolución de conflictos	4



GRAFICO N°6 – RESOLUCION DE CONFLICTOS

El 35 % de las posibles resolución de conflictos se efectúan con agresiones físicas, es decir, los integrantes de la familia considera que agrediendo físicamente se resolverán situaciones conflicto ignorando otras alternativas. En un 30% se postulan las agresiones verbales, seguido del 20% donde no se encuentra una resolución de conflictos y dejando ultimo en la tabla, el 15 % con el dialogo.

AYUDA FAMILIAR	CANTIDAD
a. Padre	1
b. Madre	1
c. Hermanos	1
d. Tíos, abuelos o demás familiares	10
e. otros	7

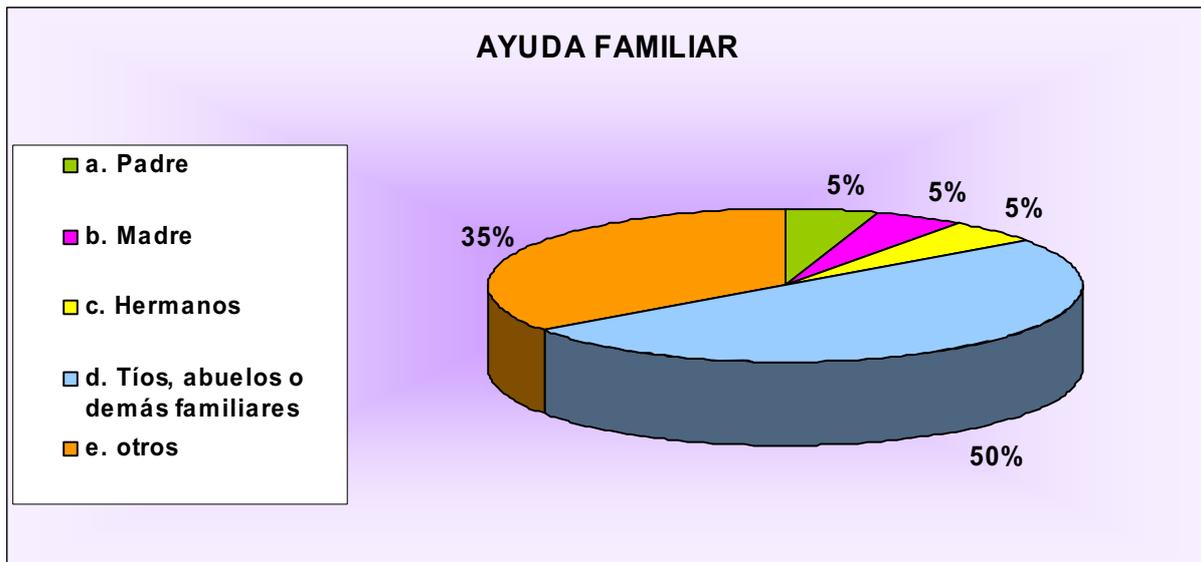


GRAFICO N°7 – AYUDA FAMILIAR

El 50% los adolescentes obtienen ayuda por parte de tíos, abuelos y/o demás familiares, seguido de un 35% equivalente a amigos y otras personas cercanas y el 15% restante dividido en 5% cada uno acuden a padre, madre o hermanos. Se ve reflejado que los padres son la última oportunidad en el que el adolescente acude para una ayuda familiar.

INGRESOS ECONOMICOS	CANTIDAD
a. Suficiente	3
b. Insuficiente	14
c. Nulo	2
d. Muy bajo	1



GRAFICO N°8 – INGRESOS ECONOMICOS

El 70% de los ingresos económicos son insuficientes para las familias de los adolescentes, dejando entre dicho que existen necesidades insatisfechas, en un 15% son suficientes, es decir, viven con lo netamente necesario, el 10% son de las familias que no obtienen ninguna clase de ingresos económicos y queda la inquietud de cómo subsisten y por último con un 5% que son muy bajos significaría estar entre la mitad del nulo y el insuficiente.

NIVEL CULTURAL	CANTIDAD
a. Alto	0
b. Medio	2
c. Bajo	4
d. Muy bajo	14

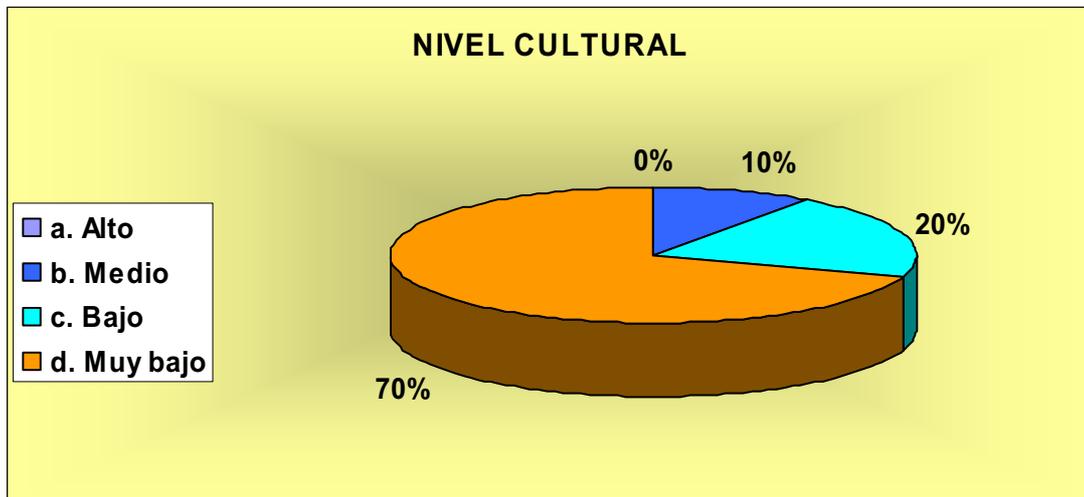


GRAFICO N°9 – NIVEL CULTURAL

El 70% de las familias de los adolescentes encuestados tienen un muy bajo nivel cultural, se puede deducir que por ello los padres de familia desconocen otros medios y formas para llegar acuerdos, en el 20% el nivel cultural es bajo esto significaría que por esta razón las familias cometen distintos errores a la hora de abordar a sus hijos a la hora de reprenderlos y por ultimo se obtiene un 10% de las familias que tiene un nivel cultural medio y son accequibles a transformar su cotidianidad. En el 0% es ausente el nivel de cultura alto.

VIVIENDA DONDE HABITA	CANTIDAD
a. Propia	7
b. Alquilada	10
c. Cedida	0
d. Realizan cambios frecuentes de residencia	0
e. Otra	3

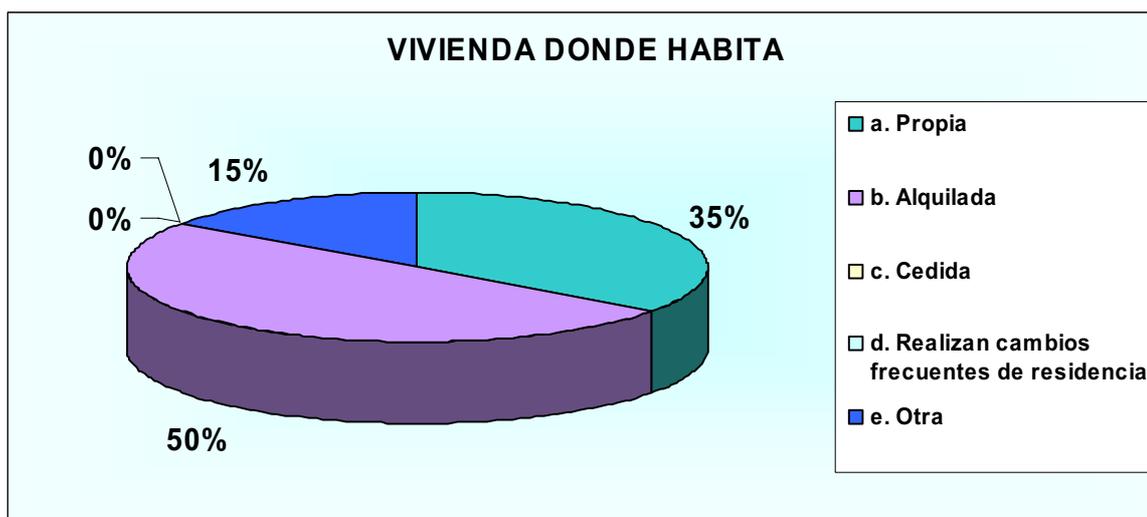


GRAFICO N° 10 – VIVIENDA DONDE HABITA

El 50% son familias que habitan en viviendas alquiladas, que de una u otra manera no tienen un sitio fijo por distintas razones, el 35% de las familias tienen vivienda propia y se les considera privilegio, mientras que el 15% la comparten con algún familiar, amigo o persona cercana.

PROBLEMATICAS SOCIALES	CANTIDAD
a. Alcoholismo	16
b. tabaquismo	1
c. Drogadicción	1
d. Depresión	1
e. Esquizofrenia	1
f. otro	0

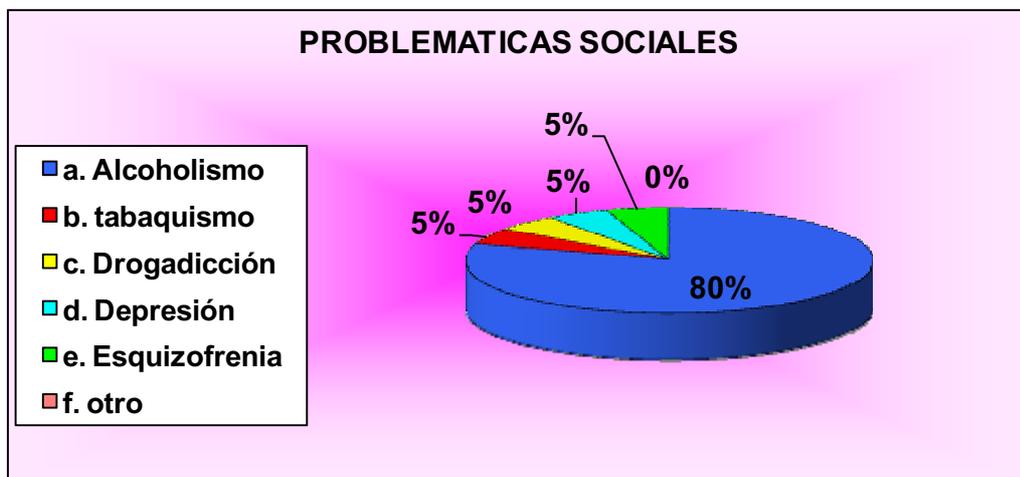


GRAFICO N° 11 – PROBLEMATICAS SOCIALES

Del 100% se destaca el 80% de los adolescentes encuestados tienen problemas sociales como lo es el alcoholismo e indirectamente manifiestan dificultades que se desprenden de la problemática mas relevante en este caso, el porcentaje restante dividido en 5% se clasifica en tabaquismo (un mal habito prematuro), drogadicción como la escapatoria de muchos, le sigue la depresión (una tristeza acumulada el cual adolescente experimenta por diferentes circunstancias y motivos) y por ultimo la esquizofrenia.

ANTECEDENTES	CANTIDAD
a. Maltrato Infantil	15
b. Abuso sexual	1
c. Agresión verbal/física	3
d. Abandono	1

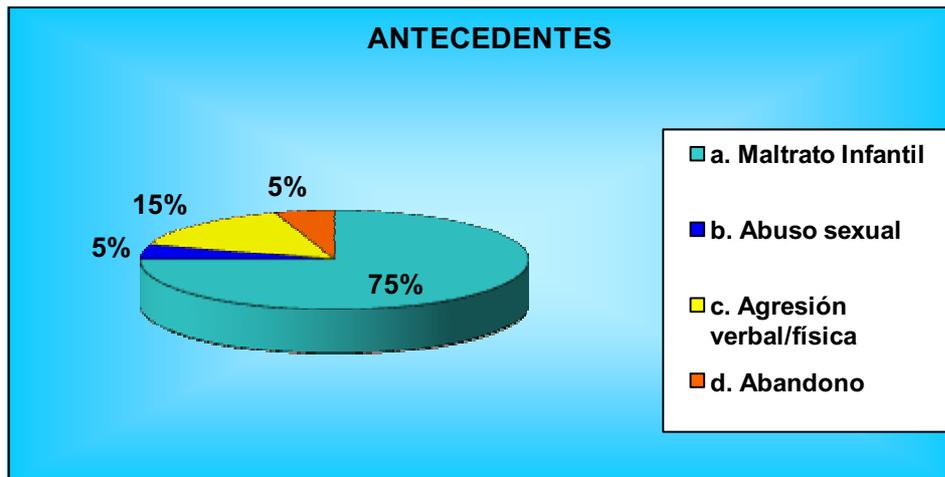


GRAFICO N° 12 – ANTECEDENTES

El 75% de las familias tienen antecedentes de maltrato infantil, es decir, cuando ellos pasaron por esa época, no existía el dialogo como forma de solución los problemas, seguido de un 15% de la agresión física y verbal quienes en familia es frecuente la utilización de ese recurso, el 5% existe el abuso sexual y en el 5% restante el abandono.

11. ANALISIS GENERAL

Se encontró la existencia de violencia intrafamiliar, es toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman *“el grupo familiar, este puede ser por afinidad, sangre o afiliación y que transforma en agresores las relaciones entre ellos causando daño físico, psicológico, sexual, económico o social a uno o varios de ellos”*. (Villalta, 2007). Siendo el maltrato físico el mas predominante en las familias de los adolescente; se observó que estas familias tienen una baja capacidad de construir y pensar en alternativas para la resolución de sus conflictos. Se percibe que aun tienen la creencia que el castigo mas adecuado para los hijos son los golpes, amenazas, entre otros y que de esta manera obtendrá respeto e imagen de autoridad ante ellos.

- A partir de la muestra estudiada se observo que los padres consideran que ejercen de manera adecuada su rol educador dentro del hogar, basándose en sus propios modelos de crianza, adquiridos en sus propias infancias. Lo cual influye en que los padres tengan comportamiento autoritario en donde poco a poco se va perdiendo el dialogo y comprensión familiar, ejerciendo un control sobre ellos; se convierten en padres autoritarios al no permitir que se discuta su autoridad y poder.

Este tipo de disciplina da lugar a que aparezca la incomprensión falta de comunicación, y continuos conflictos familiares.

- En un 70% las familias tienen insuficientes ingresos económicos para sus sostenimientos. Se encontró que para estas familias es difícil llevara relaciones armónicas y una mutua colaboración en la satisfacción de sus necesidades básicas, e intereses; dando como resultado en su mayoría sentimientos de culpa, por no cumplir con los roles, sustituyendo la culpa por la responsabilidad que le cabe a cada integrante de la familia ante sus otras acciones y de sus otros integrantes.

Sin embargo, se detecta que muchos jóvenes asocian la familia con la estabilidad emocional y económica, así como se afirma que *“La familia conforma un espacio de acción en la que se define las funciones mas básicas de la seguridad humana; los procesos de reproducción material y de integración social de las personas”* (PNUD, 1998, p. 192).

- Conflicto en el contexto educativo, el nivel de conflicto en el ámbito escolar es una de las variables que mas influyen en los resultados de manera

negativa, los adolescentes no tienen una buena relación con sus profesores y compañeros. Teniendo en cuenta que la educación es un valor de la sociedad y que aparece como el factor más importante para lograr mejorar condiciones de vida; se percibe que en estos casos se ve amenazada su continuidad escolar y a su vez surge la amenaza de su desintegración familiar, y aparece el peligro de la exclusión social.

Actualmente las familias de los sectores menos favorecidos no tienen acceso a la educación de buena calidad por lo tanto socialmente no está totalmente garantizada este derecho. En condiciones equitativas para toda la población, esta discriminación estructural estigmatiza a las familias pobres y de clases medias hacer grandes esfuerzos por financiar los estudios de sus hijos, de esta forma surgen discriminaciones estructurales lo cual genera tensión en un mayor grado en las familias de menos recursos.

- Nivel cultural; los resultados arrojan que en un 70% los padres tienen muy bajo nivel cultural, pues en su mayoría no han culminado sus estudios de básica primaria; a este factor poca relevancia en el análisis de la violencia intrafamiliar por el contrario esto es determinante en las relaciones familiares pues el problema de la violencia como muchos piensan no es un fenómeno de la actualidad; durante siglos las generaciones de padres y madres maltrataban a sus hijos pensando que era la manera más adecuada de educar a sus hijos.
- Finalmente, a partir del estudio realizado se determinó que una de las problemáticas sociales más relevantes en los adolescentes es el alcoholismo que *“consiste en un consumo excesivo de alcohol de forma prolongada con dependencia del mismo. Es una enfermedad crónica producida por el consumo incontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual interfiere en la salud física, mental, social y/o familiar”* (Christiam, 2007). siendo un factor que conlleva a tomar decisiones inadecuadas como el intento de suicidio, drogadicción, dejación física y espiritual, entre otras.

Resaltando que este factor conlleva a que el adolescente controle sus actos y pensamientos con la necesidad de buscarle una solución a sus conflictos, considerando que el alcohol es la principal salida y lo definen como un refugio, es decir, una escapatoria a la resolución de sus problemas.

12. CONCLUSIONES

- La presente investigación arroja diferentes resultados: existencia de violencia intrafamiliar, siendo el maltrato físico y verbal uno de los más predominantes. Los resultados muestran además la presencia de bajos ingresos económicos familiares, conflictos en el contexto educativo, contexto de tipo afectivo dentro del núcleo familiar, no obstante en cuanto al nivel cultural familiar, se observa que es muy bajo.
- Resaltando como factor de riesgo predominante en el intento de suicidio en los adolescentes se encuentra el alcoholismo siendo esta una de las problemáticas más relevante en su cotidianidad.
- En las encuestas aplicadas se percibió que otro de los factores de riesgo mas relevantes en los pacientes que ingresan a la unidad de salud mental del Hospital Simón Bolívar, son los conflictos dentro de su núcleo familiar conllevando al adolescente a no tener la capacidad de asimilar y afrontar sus problemas siendo marginados de buscar sus propias soluciones, considerando como única salida el intento de suicidio.
- En la presente investigación podemos decir que se considera que en los adolescentes que se suicidan son portadores de una enfermedad mental (según historias clínicas y diagnostico de especialistas) diagnosticable donde pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:
 - Depresión
 - Trastornos de Ansiedad.
 - Abuso de Alcohol
 - Abuso de drogas
 - Trastornos incipientes de la personalidad
 - Trastorno esquizofrénico
- Los adolescentes al tener la imagen de un proyecto de vida familiar requiere por lo general de un agente externo capaz de orientar al núcleo familiar para poner en escena la imagen de la familia y de ese estado de situación diseñando modelos que conduzcan a la integración con el entorno.
- En el ejercicio de la autoridad es necesario que los padres aprendan primero, a controlarse a si mismos y a educar con amor comprensión y de manera respetuosa, las normas no deben impartirse con brusquedad o irritación ni mucho menos con violencia ni abuso de la autoridad.

- La autoridad y la disciplina en el hogar deben basarse en el respeto mutuo y deben generarse espacios de dialogo, de confianza afectividad y comprensión.
- No hay familias perfectas esto es claro , como también es claro que Los conflictos y los cambios forman parte de la vida del ser humano y de las familias; pues con el transcurrir del tiempo las familias se transforman y se deben adaptar y reestructurar para que se desarrollen .

13. RECOMENDACIONES

- Se recomienda darle continuidad a la investigación a partir del trabajo social ya que es necesario establecer medidas de intervención y alternativas de prevención para que esta población no siga estando en riesgo social.
- A partir de la presente investigación tener en cuenta la adaptación de teorías psicológicas al área de trabajo social, pues los factores de riesgo encontrados demuestra que la decisión de la adolescente de morir esta dentro de los ejes familiares, convivencia y resolución de manejo de conflictos.
- Cabe resaltar que el presente trabajo de grado no es una propuesta de intervención profesional pues es de carácter investigativo; lo cual aporta en el conocimiento del fenómeno de suicidio en adolescentes y posibles intervenciones futuras ya que cuando se conoce a fondo un problema se pueden establecer posibles soluciones.
- Esto se puede realizar por medio de un equipo interdisciplinario en donde se debe realizar una retroalimentación diseñando factores de prevención para evitar que el intento de suicidio en los adolescentes sea frecuente. Por medio de seguimientos de caso, historias de vida, asesorías psicológica, social; educando a los padres para que apliquen con sus hijos unas pautas de crianza adecuadas; siendo esta el factor principal que puede minimizar el impacto de suicidio en la adolescencia.
- No cabe duda de que no da más espera la creación de una política sanitaria de salud mental integral, de tipo preventivo que incluya a la comunidad y enfatice y lidere acciones educativas, de atención institucional. Cuyo objetivo primordial sea encaminar al cambio de las vidas de los jóvenes en riesgo.

Según el profesor (Mehlum, presidente de la IASP y docente de la Universidad de Oslo), es importante reconocer que el suicidio se puede evitar, *“y que el hecho de tener accesos a los medios necesarios para suicidarse es tanto un factor de riesgo relevante como un determinante del suicidio”*

14. GLOSARIO

Adolescencia: Transformación entre la infancia y la adultez. Se ve más como una etapa vulnerable del ser humano.

Alcoholismo: Es la dependencia que se tiene de consumir bebidas alcohólicas.

Asertividad: Es un comportamiento de equidad que no agrede, ni se somete a voluntades, sino simplemente expresa sus convicciones y defiende sus derechos.

Conducta suicida: Es el conducto de acciones, como pensamientos, planes, ideas, entre otras con la finalidad del suicidio.

Conflicto: estado de contrariedad de intereses, principios o puntos de vista entre dos o más personas, o de ella misma.

Convivencia: Condición de vivir con otras personas diversas y diferentes que se tratan entre sí en términos de reconocer, tolerar y utilizar un trato imparcial para el otro.

Depresión: Es un estado de infelicidad, de trastornos emocionales y actitudes pesimistas.

Drogadicción: Es una enfermedad que el punto estratégico es el cerebro y se caracteriza por recaídas progresivas.

Epidemiología: Son enfermedades que afectan transitoriamente a varias personas en un sitio determinado.

Esquizofrenia: Es estado donde se presentan pensamientos desorganizados, delirios, y alteraciones afectivas.

Estado del arte: son los estudios que se han realizado hasta el momento de un área o tema específico.

Existencialismo: Es una corriente epistemológica que su fundamento son los seres humanos únicos, los cuales crean su significados y esencias de la vida.

Familia compuesta: Grupo formado por familias nucleares o parte de estas.

Familia Extensa: es aquella que está constituida por otros miembros como tíos, abuelos, primos, sobrinos, entre otros.

Familia nuclear: es aquella constituida por el padre, madre e hijos socialmente conocidos. También llamada "familia elemental".

Familia sustituta: son familias distintas a las naturales que acogen a los niños por diversos motivos, ya sean por enfermedad, separación, abandono, maltrato físico, entre otros.

Familia: Es el vínculo de convivencia más íntimo que las personas suelen vivir la mayor parte de su vida.

Ideación: principio de la formación de las ideas

Individuo: ser humano singular, de modo único.

Infancia: Es un período de la vida del ser humano desde el momento que nacen hasta llegar a la pubertad.

Intento: propósito de ejecutar algo, así no se tenga la certeza de lograrlo o conseguirlo.

Madurez: Es una etapa de la persona que ha alcanzado la plenitud vital, sin haber llegado a la vejez.

Muerte: Fin de la vida

Para suicidio: Comprende conductas variadas que incluyen desde gestos e intentos manipuladores hasta intentos fallidos de terminar con la vida propia.

Patología: Es el estudio que determina o reconoce una enfermedad.

Pubertad: Son cambios físicos en el cuerpo del niño o la niña para pasar a la adultez.

Sociedad: es la agrupación natural de personas para la mutua cooperación, con la finalidad de alcanzar determinados fines.

Sostenibilidad: Es el equilibrio de los recursos que se encuentran en el entorno.

Suicidio imitado: Se trata de la sucesión de intentos de una misma familia o comunidad.

Suicidio: Es el acto de quitarse la vida uno mismo.

15. BIBLIOGRAFIA

- Castoriadis, Cornelius “La institución imaginaria de la sociedad” Vol. I. Edit Tusquet 2da edición Bs. As. 1993.
- Castoriadis, Cornelius “La institución imaginaria de la sociedad” / “El mundo fragmentado”
- Carballada, Alfredo “El proceso de análisis y la intervención en Trabajo Social” Revista Escenarios N°2 Escuela Superior de La Plata. UNLP La Plata 1997.
- Cazzaniga, Susana “Metodología y T.S.” Mimeo Paraná 1995.
- Cazzaniga, Susana “Metodología y T.S”, Perlman, Helen “El Trabajo Social individualizado” RIAKP, SA, Madrid 1974, Hill, Ricardo “Caso individual” Ed. Humanitas. Bs.As. 1979.
- García-García JA, Landa V, Grandes G, Mauriz A, Andollo I. Cuidados Primarios de Duelo (CPD). El nivel primario de atención al doliente. Sestao: Grupo de Estudios de Duelo de Vizcaya; 2001. p 17-8.
- Landa V, García-García JA. El proceso de duelo. En: De la Revilla L, Montoso R, eds. Atención familiar en el enfermo crónico, inmovilizado y terminal. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2000.
- MAGRASSI-ROCCA “La historia de vida” CEAL Colección Nueva Biblioteca N° 6. Bs.As. 1980 - BERTAUX, Daniel “El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades” Centro de estudios de los movimientos sociales.
- MENDOZA, Mariela - CESARONI, Estela “La práctica profesional en un sector del Hospital Dr. A. Korn: un intento de análisis” Documento. La Plata 1997.
- PARISI, Alberto “Paradigmas teóricos e intervención profesional” Mimeo Departamento de Investigación de la escuela de Trabajo Social de Córdoba UNC. Córdoba 1993.
- Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds III CF, Maciejewski PK, Davidson JRT et al. Consensus criteria for traumatic grief. A

preliminary empirical test. Br J Psychiatry 1999; 174: 67-73.

- Prigerson HG, Jacobs SC. Traumatic Grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Henk Schut. Handbook of Bereavement Research. Consequences, coping, and care. Washington DC: American Psychological Association; 2001. p 613-48.
- Prigerson HG, Jacobs SC. Caring for bereaved patients. "All the doctors just suddenly go". JAMA 2001; 286: 1369-76.
- RICHMOND, Mary "caso socialIndividual" Ed. Humanitas 3ª edic. Buenos Aires 1993.
- ROZAS, Margarita "Algunas reflexiones sobre la cuestión social y el campo problemático en Trabajo Social" Revista Escenarios Nº 3 Escuela Superior de Trabajo Social UNLP La Plata 1997.

16. ANEXOS

ENCUESTA SOBRE EL CONTEXTO FAMILIAR Y SOCIAL

NOMBRE:

FECHA:

DIRECCION:

BARRIO:

EDAD:

1. Para usted que es familia
2. Quienes conforman su núcleo familiar?
 - a) Padre, Madre, Hermanos
 - b) Padre, Hermanos.
 - c) Madre, Hermanos
 - d) Otros. Cual? : _____
3. Como se comunica usted con su familia.
 - a) Dialogo
 - b) Expresiones de afecto
 - c) Medio escrito
 - d) Otro. cuál?
4. Como interactúa usted con su familia.
 - a) Comparten los alimentos en la mesa
 - b) Hay espacio para la recreación y el deporte con su familia
 - c) Reuniones familiares
 - d) Otro .cual?
5. Existen conflictos en el interior de su familia.

SI _____ NO _____ POR QUE?
6. Qué tipo de conflictos se presentan en su familia.
 - a) Económicos
 - b) Religiosos
 - c) Educación
 - d) Relaciones de afecto.

7. Como resuelve los conflictos en su familia
- a) Dialogo
 - b) Agresiones físicas
 - c) Agresiones verbales
 - d) No hay resolución de conflictos
8. Con que miembro de su familia recibe ayuda cuando tiene algún problema o necesidad?
- a) Padre
 - b) Madre
 - c) Hermanos
 - d) Tíos, abuelos o demás familiares
 - e) Otro. Cuál?
9. Los ingresos económicos de su familia son:
- a) Suficientes
 - b) Insuficientes
 - c) Nulos
10. El nivel cultural de su familia es:
- a) Alto
 - b) Medio
 - c) Bajo
 - d) Muy bajo
11. La vivienda donde habita con su familia es:
- a) Propia
 - b) Alquilada
 - c) Cedida
 - d) Realizan cambios frecuentes de residencia
 - e) Otro. Cual?
12. En su familia se presentan problemas como:
- a) Alcoholismo
 - b) Tabaquismo
 - c) Drogadicción
 - d) Depresión
 - e) Esquizofrenia
 - f) Otro. Cuál?
13. En su familia hay antecedentes de :
- a) Maltrato infantil
 - b) Abuso sexual
 - c) Agresión verbal/ física
 - d) Abandono.