



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO CLÍNICO**

**TEMA:**

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN EL INTENTO DE  
SUICIDIO EN NIÑOS/AS DE LA CULTURA SHUAR DE LA  
ESCUELA “ANDRÈS AVELINO JARAMILLO” DE LA CIUDAD DE  
MACAS, PERIODO SEPTIEMBRE 2011 – MARZO 2012.**

**AUTORAS:**

**NATALI MARISOL CONDE CENTENO**

**CARMITA DEL PILAR ROJAS TIXE**

**TUTORA:**

**Dra. ROCÌO TENEZACA**

**RIOBAMBA – ECUADOR**

**2013**

## **ACEPTACIÓN DEL TUTOR**

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por las señoritas: Carmita del Pilar Rojas Tixe y Natali Marisol Conde Centeno para optar al Título de Psicóloga Clínica y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 1 de diciembre del 2011

---

**Dra. Rocío Tenezaca**

## **DERECHO DE AUTORÍA**

Nosotras, Carmita del Pilar Rojas Tixe y Natali Marisol Conde Centeno, somos responsables de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

## **RECONOCIMIENTO**

A la Universidad Nacional de Chimborazo, por brindarnos la oportunidad de desarrollar capacidades, competencias y optar el Grado Académico de Psicólogas Clínicas. A las autoridades encargadas de brindarnos el desarrollo académico como al Doctor Miguel Cardoso, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Doctora Soledad Fierro Directora de la Escuela de Psicología Clínica, a cada uno de nuestros sabios maestros que nos guiaron durante nuestra carrera estudiantil, y , nuestro reconocimiento especial a la Doctora Rocío Tenezaca, tutora de esta tesina, quien con sus conocimientos, experiencia y confianza ha sido la base para el desarrollo de la presente investigación.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo va dedicado a los niños/as que formaron parte de la investigación, mis alumnos, quienes nos confiaron trabajar con ellos y cada uno de sus familias ya que su felicidad al sentir que pueden compartir con alguien no tiene comparación.

**Natali Conde**

A Dios por haberme dado la vida y salud permitiéndome llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional, así como por su infinita bondad y amor; a mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien; a mi hermana Gladys Elizabeth quien me ha brindado su apoyo incondicional en todos los sentidos para emprender la búsqueda de mis metas, objetivos y sueños, y a Kevin Ariel mi hijo por ser la fuerza que me alienta para luchar día a día.

**Carmita Rojas**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento profundo a Dios por brindarme todos sus dones. A mis padres que por vías separadas me brindan su apoyo, amor y su ejemplo de perseverancia. A mis hermanos y hermana que más de una vez me daban fuerzas para culminar mi carrera estudiantil, en especial agradezco a mis sobrinos por su inmenso amor depositado en mí el mismo que es el motor de mi vida.

A mi esposo por su entendimiento y constante apoyo, a mis amigas y compañera de estudio Gabriel y Carmita.

### **Natali conde**

Al culminar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades, nuestra tesina quiero agradecer a Dios por protegerme durante mi camino y darme las fuerzas necesarias para vencer todos los obstáculos a lo largo de mi vida. A mi madre por ser una fuente de motivación, amor y darme la oportunidad de conseguir mis sueños. A mi hijo Kevin Ariel por ser mi inspiración y fortaleza, ya que con solo una sonrisa ilumina mi vida y me trasmite las energías para luchar y alcanzar mis metas. A mi hermana Gladys Elizabeth por su positivismo y su apoyo incondicional en el transcurso de mi carrera universitaria, por compartir mis momentos de alegría y tristeza demostrándome que siempre podre contar con ella.

**Carmita Rojas**

## RESUMEN

Este trabajo investigativo establece los factores psicosociales en las categorías; familiares como el abandono, la disfunción familiar y maltrato, a la vez factores sociales como la pobreza y factores psicológicos como la depresión, los que inciden en el intento de suicidio en los niños/as de la cultura shuar de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas, la cultura Shuar, presente pero poco conocida, acarrea dichos factores como algo propio de su cultura, pero la interrelación con la cultura de colonos hace que el niño Shuar evidencie los factores como algo perjudicial para él y su familia.

El objetivo de dicha investigación es plantear habilidades para prevenir el intento de suicidio en los niños/as y trabajar a nivel socio familiar; enfocándonos de esta manera en la Terapia Sistémica Familiar, utilizando el tipo de investigación Descriptiva-Explicativa, un diseño de campo no experimental, con un tipo de estudio Transversal.

Para la adquisición de datos de nuestra investigación se desarrolló test psicométricos, y encuestas dirigidas a los niños, niñas que han intentado suicidarse así como a sus familiares.

A través de los resultados obtenidos en la investigación es notorio ver que el 100% de los casos que hemos escogido se clarifica la falta de comunicación entre padres e hijos, la disfunción familiar, la carencia afectiva y el maltrato infantil; observando que en cada caso estudiado el intento de suicidio es una salida a todos estos problemas que cada niño/a vive en su entorno familiar.

Consideramos que el trabajo realizado con las familias de cada uno de los niños/as, así como con cada uno de ellos y sus maestros se ha conseguido modificar el pensamiento de estos niños y niñas que han intentado suicidarse, de la misma manera a nivel familiar se ha logrado un gran cambio concientizando lo importante que es dedicarles tiempo a sus hijos y sobre todo brindarles el cuidado y el amor que necesitan de esta manera dándoles la oportunidad de tener un cambio en su vida.

## ABSTRACT

This research work provides psychosocial factors in the categories; family as neglect, family dysfunction and abuse, while social factors such as poverty and psychological factors such as depression, affecting suicide attempts in children / as Shuar culture of the school "Andrés Avelino Jaramillo" in the city of Macas, the Shuar culture, present but little known, involves such factors as their own in their culture, but the relationship with the culture of settlers makes the child Shuar factors evidencing as damaging to him and his family.

The aim of this research is to raise skills to prevent suicide attempts in children / as and work family socio; thereby focusing on Systemic Family Therapy, using the descriptive research type-explanatory, no field design experimental study with a type of Transversal. To acquire data from our research was conducted psychometric tests, and surveys aimed at children who have attempted suicide and their families. Through the results of research is obvious to see that 100% of the cases we have chosen clarifies the lack of communication between parents and children, family dysfunction, emotional deprivation and child abuse, noting that in each case studied the suicide attempt is a solution to all these problems that each child / to live in their home environment. We believe that the work done with the families of each of the children / as well as with each of them and their teachers has managed to change the thinking of these children who have attempted suicide in the same way at the family level has made a big change raising awareness how important it is to spend time with their children and give them all the care and love they need thus giving them the opportunity to have a change in your life.



## INDICE GENERAL

LISTA DE CUADROS	III
LISTA DE GRÁFICOS	IV
RESUMEN	V
CAPÍTULO I: PROBLEMATIZACIÓN	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>16</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>18</b>
<b>1.3. OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
<b>1.3.1. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>19</b>
<b>1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b>	<b>19</b>
<b>1.4. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>19</b>
<b>2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:</b>	<b>23</b>
<b>2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL:</b>	<b>23</b>
<b>2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:</b>	<b>24</b>
<b>2.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>24</b>
<b>2.3.2. FACTORES PSICOSOCIALES.</b>	<b>24</b>
<b>2.3.2.1. ANTECEDENTES:</b>	<b>24</b>
<b>2.3.2.2. DEFINICIÓN:</b>	<b>26</b>
<b>2.3.2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES</b>	<b>27</b>
<b>FACTORES PSICOSOCIALES</b>	<b>27</b>
<b>B. FACTORES AMBIENTALES</b>	<b>30</b>
<b>B.1.2. MALTRATO INTRAFAMILIAR</b>	<b>34</b>
<b>B.1.4. ABANDONO</b>	<b>39</b>
<b>B.1.5. ABUSO SEXUAL</b>	<b>40</b>
<b>2.3.3. INTENTO DE SUICIDIO</b>	<b>45</b>
<b>2.3.3.1. ANTECEDENTES</b>	<b>45</b>
<b>2.3.3.4. EPIDEMIOLOGIA</b>	<b>47</b>

<b>2.3.3.4. CONDUCTA SUICIDA</b>	<b>48</b>
<b>2.3.3.5. CLASIFICACIÓN DEL INTENTO SUICIDA</b>	<b>50</b>
<b>2.3.3.6. FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN LA NIÑEZ</b>	<b>54</b>
<b>2.3.3.7. CAUSAS DEL INTENTO DE SUICIDIO</b>	<b>58</b>
<b>2.3.3.8. PERFIL PSICOLÒGICO DEL NIÑO CON RIESGO DE SUICIDIO</b>	<b>61</b>
<b>2.3.3.9. INDICADORES DE RIESGO</b>	<b>61</b>
<b>2.3.3.10. MÈTODOS DE INTENTO DE SUICIDIO</b>	<b>62</b>
<b>2.3.3.11. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN LA CONDUCTA SUICIDA</b>	<b>66</b>
<b>MARCO CONTEXTUAL</b>	<b>69</b>
<b>NACIONALIDAD SHUAR</b>	<b>69</b>
<b>2.5. HIPÒTESIS Y VARIABLES</b>	<b>76</b>
<b>2.5.1. HIPÒTESIS</b>	<b>76</b>
<b>2.5.2. VARIABLES</b>	<b>76</b>
<b>2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b>	<b>77</b>
<b>3.1. MÈTODO</b>	<b>78</b>
<b>3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>80</b>
<b>3.2.1. POBLACIÓN</b>	<b>80</b>
<b>3.2.2. MUESTRA</b>	<b>80</b>
<b>3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	<b>80</b>
<b>3.4 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>81</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍTICO</b>	<b>82</b>
<b>INDICADORES DE LA FICHA DE REGISTRO</b>	<b>82</b>
<b>4.1. CONCLUSIONES</b>	<b>111</b>
<b>4.2. RECOMENDACIONES</b>	<b>112</b>

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO Nº.1.- INTENTO DE SUICIDIO.....	81
CUADRO Nº.2.- CON QUIÉN Y TÍE.....	82
CUADRO Nº.3.- NÚMERO DE HERMANOS.....	84
CUADRO Nº.4.- FORMAS DE MALTRATO.....	85
CUADRO Nº.5.- NECESIDADES DEL NIÑO/A.....	87
CUADRO Nº.6.- INTENTO DE SUICIDIO DENTRO DE LA FAMILIA.....	88
CUADRO Nº.7.- MOTIVOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO.....	89
CUADRO Nº.8.- MÉTODOS EMPLEADOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO.....	91
CUADRO Nº.9.- INSTRUCCIÓN.....	93
CUADRO Nº.10.- ESTADO CIVIL.....	94
CUADRO Nº.11.- FORMAS DE MALTRATO.....	95
CUADRO Nº.12.- INGRESO ECONÓMICO.....	96
CUADRO Nº.13.- DEDICA TIEMPO Y COMUNICACIÓN.....	98
CUADRO Nº.14.- CONOCIMIENTO DE INTENTO DE SUICIDIO.....	99
CUADRO Nº.15.- CAUSAS.....	100
CUADRO Nº.16.- RELACIÓN.....	102
CUADRO Nº.17.- ATENCIÓN MÉDICA.....	103
CUADRO Nº.18.- HA SUPERADO EL INTENTO DE SUICIDIO.....	104
CUADRO Nº.19.- AYUDA PARA SUPERAR EL INTENTO DE SUICIDIO.....	105
CUADRO Nº.20.- ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO.....	106
CUADRO Nº.21.- IDEAS DE AUTO DESTRUCIÓN.....	107

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N.º 1.- INTENTO DE SUICIDIO .....	81
GRÁFICO N.º 2.- CON QUIÉN VIVE .....	82
GRÁFICO N.º 3.- NÚMERO DE HERMANOS .....	84
GRÁFICO N.º 4.- FORMAS DE MALTRATO .....	85
GRÁFICO N.º 5.- NECESIDADES DEL NIÑO/A .....	87
GRÁFICO N.º 6.- INTENTO DE SUICIDIO DENTRO DE LA FAMILIA .....	88
GRÁFICO N.º 7.- MOTIVOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO .....	89
GRÁFICO N.º 8.- MÉTODOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO .....	91
GRÁFICO N.º 9.- INSTRUCCIÓN .....	93
GRÁFICO N.º 10.- ESTADO CIVIL .....	94
GRÁFICO N.º 11.- FORMAS DE MALTRATO .....	95
GRÁFICO N.º 12.- INGRESO ECONÓMICO .....	96
GRÁFICO N.º 13.- DEDICA TIEMPO Y COMUNICACIÓN .....	98
GRÁFICO N.º 14.- CONOCIMIENTO DE INTENTO DE SUICIDIO .....	99
GRÁFICO N.º 15.- CAUSAS .....	100
GRÁFICO N.º 16.- REACCIÓN .....	102
GRÁFICO N.º 17.- ATENCIÓN MÉDICA .....	103
GRÁFICO N.º 18.- HA SUPERADO EL INTENTO DE SUICIDIO .....	104
GRÁFICO N.º 19.- AYUDA PARA SUPERAR EL INTENTO DE SUICIDIO ...	105
GRÁFICO N.º 20.- ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO .....	106
GRÁFICO N.º 21.- IDEAS DE AUTO DESPRECIO .....	107

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se lo realiza con el objetivo principal de analizar los factores psicosociales que inciden en el intento de suicidio de los niños/as de la cultura Shuar de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas. Intentando especificar los factores que conllevan a los niños de esta cultura al tomar esta decisión.

Se basó en cada uno de los parámetros que ha propuesto la facultad de Ciencias de la Salud aplicando escalas para evaluar: ideación suicida, depresión, ansiedad, encuestas personales y familiares para conocer dichos factores.

La investigación permitió a más de conocer los factores que conllevan a los niños al intento de suicidio, sensibilizar a los padres de familia así como a todos y cada uno de los miembros de la familia y la sociedad para prevenir este problema que está afectando a la niñez de la cultura Shuar.

El tipo de estudio es de campo, no experimental, con muestreo intencional, realizándose en Septiembre del 2011 a Marzo del 2012 la recolección de datos, de los niños que asisten a la escuela “Andrés Avelino Jaramillo”. Se utilizó reactivos psicológicos como el CDI (Inventario de Depresión Infantil), diseñada para evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes.

La investigación consta de cinco capítulos que serán brevemente explicados a continuación:

**Capítulo I:** Hace referencia a la problematización; planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general y específicos, justificación, detallando el problema a investigarse así como sus causas y las metas a las cuales el equipo investigativo quiere llegar.

**Capítulo II:** Contiene el marco teórico; posicionamiento teórico personal, fundamentación teórica, hipótesis y variables y operacionalización de las variables

refiriéndose al problema investigativo y los factores que conllevan a un niño a atentar contra su vida dentro de una cultura que tiene su propia forma de vida.

**Capítulo III:** Comprende la metodología; método, tipo de investigación, diseño de la investigación, tipo de estudio, población y muestra, técnicas de recolección de datos, técnicas para el análisis e interpretación de resultados; denotando cada una de las técnicas utilizadas dentro de este trabajo, el mismo que ha permitido al equipo investigativo alcanzar sus metas.

**Capítulo IV:** abarca el análisis e interpretación de los resultados, permitiendo tabular, interpretar, analizar y graficar estadísticamente los resultados obtenidos a través de las encuestas y reactivos psicológicos que se ha empleado para determinar cuáles son los factores que inciden en el intento de suicidio de los niños y niñas de la cultura Shuar.

**Capítulo V:** encierra las conclusiones y recomendaciones a las cuales se ha llegado al finalizar el trabajo investigativo en la cultura Shuar así como la bibliografía utilizada en dicha investigación y los anexos correspondientes.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMATIZACIÓN**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las tasas de intento de suicidio en niños varían en cada país y en cada década como respuesta a los múltiples factores que se asocian con la conducta suicida, siendo un acto que ha sido considerado íntimo, privado y absolutamente individual. Sin embargo, se manifiesta como un fenómeno de alto alcance y grandes riesgos, y pérdidas para la humanidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha venido considerando como una de las principales amenazas a la salud mundial, de hecho, los pensamientos y tendencias suicidas afectan la seguridad y estabilidad del niño mismo, de su familia y de la ciudadanía en su conjunto. Motivo por el cual se investigó sobre el intento de suicidio en niños, ya que es un hecho real, se partió analizando su significado, sus causas, sus formas de prevención a nivel mundial y a nivel local (comunidad Shuar), así como sus patrones y manifestaciones múltiples; entre ellas el comportamiento temporal/cronológico anual, género y edad.

Dentro del seguimiento que lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública en cuanto a los estamentos clínicos y hospitalarios del estado los intentos de suicidio son identificados como “enfermedades de notificación obligatoria” en la sección de salud mental, junto a la depresión y el alcoholismo (MSP 2007). El intento de suicidio es una parte crucial que compone este fenómeno, por lo que su comprensión y posible prevención es de suma importancia. Según esta fuente los números de casos y tasas de intentos de suicidios en niños son bastante mayores a los consumados. En 1997 se registraron 354 casos y una tasa de 10.41; diez años más tarde, en 2007 los casos ascendieron a 740 y a una tasa de 17.28. En relación con el resto del mundo el Ecuador al igual que gran parte de América Latina tiene una tasa de suicidios relativamente baja. De acuerdo al banco de datos de la Organización Mundial de Salud (cuya principal fuente de información es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC), el país presenta una tasa de 6.1 por cada 100.000 habitantes en el 2004, cifra que se sitúa muy por debajo de la tasa promedio de la región europea de 15.74 en el mismo año; sin embargo estadísticas más recientes del INEC muestran tasas de 7.1 para el 2005 y 6.7 para el 2006. Pese a que las tasas



continúan siendo bajas respecto a otros países, llama la atención el constante incremento de los intentos de suicidios en las últimas tres décadas al comienzo del siglo veintiuno vuelven a despuntarse las tasas de suicidio en el Ecuador. Así, comienza con el 4.3 en el año 2000, asciende rápidamente a 5.3 en el 2003, luego a 6.1 en el 2004, a 7.1 en el 2005, para caer levemente a 6.7 en el 2006. Estas cifras muestran que las tasas de intentos de suicidio en niños en el Ecuador se han triplicado en las últimas tres décadas.

Morona Santiago una de las provincias del Ecuador, y en la cual se lleva a cabo la investigación no registra un número alarmante de intentos de suicidio en niños, mediante la entrevista con el Psicólogo Clínico del Hospital General de Macas, señala que en dicha casa de salud en los últimos 12 años que presta sus servicios, se ha registrado un caso de intento de suicidio en una niña Shuar, esto no quiere decir que no existen casos de intentos de suicidio de niños, al contrario llama más la atención ya que son casos no descubiertos y por ende no tratados; el equipo investigativo ve la necesidad de capacitar a la Cultura Shuar para que estén alertas a las conductas de sus hijos y puedan prevenir un intento de suicidio.

Las personas Shuar ante una situación de un niño que intentó quitarse la vida, solo actúa bajo su característica principal que es la naturaleza, siendo la única forma de “curar” es acudiendo al curandero más conocido como Shaman, el mismo que realiza un ritual evocando a los Dioses de la naturaleza para recuperar el alma pura e inocente del niño o niña, alejando así todo pensamiento de autodestrucción. Un Shaman de la localidad menciona que es muy común que los padres acudan donde él o se dirige a cada uno de los hogares donde están atravesando esta situación; de esta manera manifiesta que antes esta problemática no era común, pero hace 15 años se presentaron 2 casos, hace 5 años atrás se presentaron alrededor de 30 niños, mas mujeres que varones en las edades de 6 a 13 años.

Es de vital importancia este tema para analizar los factores psicosociales que inciden en el intento de suicidio de los niños de la cultura Shuar. Sin duda alguna el clima emocional familiar de los niños/as Shuar es caótico por no existir un adecuado

funcionamiento de sus integrantes y no respetan los roles ni las fronteras de sus respectivos miembros de la familia. Los padres, con su convivencia diaria se enrolan en constantes querellas, llegando a la violencia física entre ellos o dirigiéndolas a los integrantes más vulnerables los niños y las niñas.

Otro factor de riesgo suicida de importancia en la niñez Shuar se asegura es la presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores. Aunque no está demostrado que el suicidio esté determinado genéticamente, es un hecho que el suicidio puede ser imitado. Por eso las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil físico psicológico y sexual. La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de intentos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, la impulsividad, la baja autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas, la desconfianza, etc.

Con la investigación se pretende contribuir en el diseño, instrumentación y evaluación de programas para prevenir los intentos de suicidio en los niños y niñas de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo”, que por sus características son los mejores predictores del intento de suicidio.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores psicosociales que inciden en el intento de suicidio en niños/as de la cultura shuar de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores psicosociales que inciden en el intento de suicidio de los niños/as de la cultura Shuar de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1.** Identificar los niños con intentos de suicidio de la cultura Shuar de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas.
- 2.** Establecer los factores psicosociales que inciden en el intento de suicidio de los niños/as de la cultura Shuar de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas.
- 3.** Diseñar y difundir una guía con temas de interés en el aspecto preventivo dirigido a padres de familia, docentes y estudiantes de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

El temor más grande de la mayoría de los seres humanos es y siempre será la muerte, ya que nunca se comprenderá, el por qué de morir, teniendo que dejar todo lo que se ama y todo lo que es parte de la vida misma. Siempre se ha sabido que cada uno de los seres humanos tiene un día para nacer y otro día para morir, este último se presenta a todos de diversas y variadas formas.

El querer atentarse contra la propia vida es algo que hoy en día se evidencia en todas las generaciones, es por eso que ha considerado realizar esta investigación dentro de una cultura presente pero poca conocida, como es la cultura Shuar; la investigación revierte gran interés ya que dentro de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo”, se han detectado casos de niños con intentos de suicidio.

Los Shuar son un pueblo milenario con una cultura muy fuerte que viven en las comunidades de la selva amazónica de Morona Santiago y Pastaza (sur del Ecuador) hasta atrás la frontera, en Perú; aplicando sus saberes ancestrales. No quieren estar o ser sujetos de nadie, viven como quieren sin reloj y sin programas sistemáticos. Se educan sin miedo, con equilibrio y son fuertes desde el origen de la vida, nacieron libres, viven libres y mueren libres; además la forma ancestral de su existencia les hace y les mantiene libres de complejos, libres de ataduras y necesidades impuestas por la cultura occidental. Cada persona Shuar es indomable; tienen su propia luz interior y cada uno entiende el camino de la vida. Por eso lo primero que les enseñan a los niños es, no tener miedo a nada ni a nadie.

Siendo la aspiración colaborar a través de la investigación con los padres de familia o los representantes de los niños y niñas para que estén alertas a la conducta de sus hijos y representados ya que a pesar que su cultura tiene su forma de vivir, estos niños/as al igual que todos los niños del mundo necesitan del calor de sus progenitores; de las caricias, de los abrazos, de las conversaciones, de los juegos familiares, las anécdotas y sobre todo del amor de una familia para desarrollarse bien y no presentar complicaciones a futuro. Determinando los factores psicosociales se permitirá prevenir los intentos de suicidio en la niñez Shuar.

Con seguridad se pretende tener beneficios positivos porque el afán es ayudar a los niños de la Escuela “Andrés Avelino Jaramillo” que presentan antecedentes de atentarse contra su vida, mostrándoles nuevas formas o vías de solucionar sus problemas teniendo una nueva visión hacia el futuro; así como también a los padres sensibilizarlos y tomen conciencia de los cambios ocurridos en el niño o la niña, que presagian la ocurrencia de

un intento de suicidio. Hay que insistir en ellos en el control de los métodos mediante los cuales el niño/a pueda autolesionarse y poner a buen recaudo sogas, cuchillos, machetes, medicamentos, combustibles, sustancias tóxicas y otros venenos, etc.

La actitud de la familia ante el intento de suicidio infantil es un dato de suma importancia siendo esencial evaluar la capacidad que tienen los padres de familia para comprender y modificar los factores psicosociales que han predisposto el intento de suicidio. Es necesario que la familia comprenda que la conducta suicida siempre indica una adaptación inadecuada y requiere tratamientos psicológicos, psiquiátricos o ambos, según sea la gravedad del caso y nunca limitarlo a la resolución del intento de suicidio.

La presente investigación es factible hacerlo ya que la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” cuenta con un gran número de niños que han intentado suicidarse como única manera de exteriorizar su malestar por la situación que están atravesando, siendo este una de las expresiones más reveladoras del sufrimiento humano y muchas veces la única forma posible de terminar con una situación intolerable. Además cabe recalcar que las autoridades de dicha institución educativa han abierto las puertas para brindar el apoyo y realizar la investigación y a través de esta ayudar a muchos hogares que están atravesando relaciones conflictivas, la falta de comunicación entre padres e hijos, la falta de atención y el desinterés por los problemas del niño/a, las críticas persistentes por su comportamiento, la frialdad afectiva, la falta de amor, los castigos y el aislamiento social de la familia, entre otras.

Se cuenta con la autorización de la Supervisión de Educación Hispana de Morona Santiago, el Director del establecimiento educativo “Andrés Avelino Jaramillo”, maestras de los niños a tratar y lo más importante la aceptación de los niños, el reto propuesto es el acercamiento a la familia del menor, ya que como se señala su misma cultura los hace mantenerse en sus creencias, haciéndoles indiferentes ante el llamado silencioso de ayuda que claman sus hijos; el factor humano existe, a esto se le suma el factor tiempo ya que se tiene la facilidad y disponibilidad del mismo para realizar dicha investigación.

# **CAPÍTULO II**

## **MARCO TEÓRICO**

## **2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

La investigación se enmarca dentro de las líneas de la Universidad Nacional de Chimborazo y de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**LÍNEA MACRO:** Salud Integral

**SUBLÍNEA:** Conducta y salud mental, social, familiar e individual.

## **2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL:**

La presente investigación aborda un enfoque sistémico, basado en las propuestas de Virginia Satir permitiendo observar cómo cada grupo familiar se inserta dentro de una red social cada vez más amplia, y desde ésta despliega su energía para alcanzar su propia autonomía, como un todo. La familia lleva consigo una estructura, una organización de la vida cotidiana que incluye unas reglas de interacciones y una jerarquización de las relaciones entre sus componentes. El afán es analizar la funcionalidad de la familia es el lugar donde pueden encontrarse el amor, la comprensión y el apoyo, aun cuando todo lo demás haya fracasado; el lugar donde podemos recuperar el aliento y sacar nuevas energías para enfrentarnos mejor al mundo exterior.

Denotando, dentro de la cultura Shuar la familia es problemática, existe una actitud poco amistosa entre cada uno de los miembros de la familia Shuar, no hay alegría. La familia no se encuentra unida, el sentido del humor es sus integrantes apenas se toleran. Es amargo, sarcástico y cruel en algunas ocasiones. Los adultos están tan ocupados en sus actividades que no se preocupan de sus hijos y nunca llegan a conocerlos en realidad y peor aún lo disfrutan como personas e hijos.

## **2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA:**

### **2.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

De acuerdo a lo estipulado en el reglamento establecido previo al planteamiento de un proyecto investigativo se procedió a indagar si en los archivos de la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología Clínica reposan trabajos ejecutados al respecto. Se constató que no existen, por lo que se procedió a la elaboración de la presente investigación.

Al realizar la exploración por internet, se encontró trabajos investigativos relacionados a la investigación a realizarse, mencionando:

- Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. Autores: Marcela Larraguibel Q., Patricia González M., Vania Martínez N., y Ricardo Valenzuela G, en Chile en el año 2000. Concluye que la evidencia es clara en cuanto a que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo suicida. Ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar aparecen como los factores más frecuentemente asociados a la conducta suicida. La derivación oportuna, evaluación del funcionamiento familiar y el desarrollo de tratamientos efectivos en gente joven con morbilidad psiquiátrica pueden ser muy efectivos en reducir la conducta suicida.

### **2.3.2. FACTORES PSICOSOCIALES.**

#### **2.3.2.1. ANTECEDENTES:**

Los intentos de suicidio en los niños/as son una de las expresiones más reveladoras del sufrimiento humano y representan muchas veces la única forma posible de terminar con una situación intolerable. La tendencia de los médicos y de la sociedad en general a minimizar los intentos de suicidio en los niños/as, atribuyéndoles un carácter accidental o una intención manipuladora del entorno familiar, contrasta con la información de la



que se dispone en la actualidad: es la segunda causa de muerte en la niñez y adolescencia en los países desarrollados.

Las niñas son más precoces en sus intentos de suicidio y los inician entre los 8 y los 14 años, consumándose en muy pocos casos. Por el contrario, los niños los inician más tarde, hacia los 15 años, pero la mayoría se consuman. En el suicidio están implicados complejos factores, como la genética (se ha visto que los niños adoptados desde recién nacidos, en familias estables, pueden presentar con mayor frecuencia intentos de suicidio si éstos estaban presentes en los antecedentes de sus familias biológicas), patología psiquiátrica (aproximadamente el 80 % de los niños y adolescentes que intentan suicidarse y alrededor del 90 % de los que lo consuman, sufren un trastorno psiquiátrico), características de la interacción familiar, patrones sociales y culturales.

La conflictividad en la familia es una de las circunstancias biográficas más frecuentes en los niños y adolescentes que intentan suicidarse, de tal forma que la desestructuración y desorganización de la familia, junto con las alteraciones de la interacción de sus miembros, constituyen uno de los factores de riesgo fundamentales. Aproximadamente el 50 % de los niños y adolescentes que cometen un intento de suicidio refieren una situación conflictiva en su familia, de la cual el niño se siente muchas veces responsable. Un 50 % señala como motivo desencadenante del intento una discusión con los padres; le sigue en frecuencia el temor al castigo y el miedo a la separación de los padres después de una disputa entre ellos. Las relaciones conflictivas con los padres, la falta de comunicación de éstos con el hijo, la falta de atención y el desinterés por los problemas del niño/, las críticas persistentes por su comportamiento, la frialdad afectiva, la falta de amor, los castigos como método educativo preferente y el aislamiento social de la familia, son características altamente significativas en los intentos de suicidio. De hecho, la falta de apoyo emocional y personal por parte de la familia es claramente manifiesta en el 80 % de los niños que intentan suicidarse<sup>3</sup>.

La figura del padre es fundamental en el desarrollo de las conductas suicidas del niño/a (esta observación tiene especial relevancia en sociedades que delegan la crianza y la

educación de los hijos casi exclusivamente en manos de la madre o bajo la responsabilidad de los abuelos maternos). La ausencia del padre, unas veces por muerte, otras por separación o abandono, es un factor perturbador del desarrollo normal en el niño desde los primeros años y es un antecedente en la historia de sujetos adultos que sufren depresión y conductas suicidas (la pérdida del padre es especialmente lesiva cuando se da durante los primeros once años de vida)<sup>6</sup>.

### **2.3.2.2. DEFINICIÓN:**

Según la Organización Mundial de Salud los factores psicosociales hace referencia a las interacciones entre el contenido de la escuela, el medio ambiente en que se desarrolla las condiciones de organización, por una parte y las capacidades del estudiante, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera de la escuela por otra, todo lo cual a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, el rendimiento académico y la satisfacción en sus actividades diarias.

Para González - Forteza los factores psicosociales son aquellas condiciones psíquicas o sociales del paciente que, sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, constituyen situaciones que afectan la salud o configuran situaciones de riesgo, requiriendo del equipo asistencial; una actitud de vigilancia o algún tipo de intervención sobre el paciente o su entorno<sup>3</sup>.

Thomas Dawber define a los factores psicosociales a toda circunstancia que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

### 2.3.2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

FACTORES PSICOSOCIALES		
<b>a. Personales</b>	a.1. Biológico	Depresión
	a.2. Psicológico	
<b>b. Ambientales</b>	b.1. Familiar	Disfunción familiar
		Maltrato intrafamiliar
		Maltrato infantil
		Abandono
		Abuso Sexual
	b.2. Escolar	
	b.3. Social	Pobreza

#### **a.- FACTORES PERSONALES**

Se va a considerar el término "personal" en un sentido amplio, incluyendo aquí todos los factores que atañen a un sujeto tanto desde el punto de vista físico (biológico como psicológico).

##### **a.1.- BIOLÓGICOS**

Desde la perspectiva orgánica, se considera que la depresión tiene su origen en una disfunción de los mecanismos neurofisiológicos que regulan la conducta ya sean estos de carácter hereditario o adquirido.

##### **a.2.- PSICOLÓGICO**

Los factores psicológicos se refieren a episodios anteriores, repertorios básicos de conducta, comorbilidad y personalidad. Depresiones precedentes, de solución de problemas de auto-observación, de auto-refuerzo, etc. El temperamento es una parte biológicamente determinada de la personalidad que incluye el sustrato neurológico,

endocrinológico y aún bioquímico desde el cual la personalidad comenzará a formarse. Dentro de los rasgos temperamentales los que se asocian a la depresión son: la emociabilidad excesiva, porque hace incontrolables las reacciones de esta naturaleza; la sociabilidad deficiente, porque dificulta la comunicación; y por tanto, la expresión de sentimientos y la actividad deficiente, porque resta capacidad de tener experiencias. La personalidad es un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigados, que son difíciles de cambiar, y que se expresan en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos surgen de una compleja matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo.

Entre los factores psicológicos más evidentes dentro de la cultura Shuar esta: la

### **Depresión**

La depresión desde el enfoque sistémico es una condición que afecta en menor o mayor escala a un alto porcentaje de la población en algún momento en sus vidas. La depresión puede entenderse de muchas maneras, pero básicamente se caracteriza por una pérdida de la alegría de vivir, falta de energía para realizar las actividades cotidianas, sentimientos frecuentes de frustración, poca valía personal y desesperanza, pensamientos catastróficos y pesimistas, desordenes del sueño y la alimentación, entre otras cosas.

Sin dejar de lado los aspectos biológicos y fisiológicos que acompañan a este desorden afectivo, la visión sistémica presenta, que no solo abarca estos aspectos y su interacción con los procesos de pensamiento y la conducta, sino que también considera la depresión como algo que las personas hacen en relación con otras a su alrededor de una manera mas o menos constante, siguiendo una cierta pauta enmarcada dentro de determinados contextos socioculturales e historias construidas en ellos.

Por otro lado, también se mantiene presente el cuadro más amplio, los sistemas socioculturales y la manera como las expectativas y creencias de estos contextos tienden

a subyugar las vidas de las personas tendiendo a moldearlas dentro de un estereotipo social ideal que, cuando no puede ser alcanzado, contribuye a que la persona se sienta deprimida. En este enfoque se trabaja con especial atención en las historias que el niño trae acerca de su depresión, se explora qué cree la persona que tendría que pasar para que empezara a dejar de tener este problema, por qué se siente como se siente en su versión, quienes más comparten con él o ella esta idea, cómo es que la comparten, quienes no la compartirían, cómo es que tendrían una versión distinta, entre otras cosas.

Puede también explorarse el impacto de la depresión en la vida de la persona, de qué manera está afectando su vida, cómo lo limita, qué está dejando de vivir debido a la depresión, esto permite liberar a la persona del problema, a verlo de manera distinta, a construir una identidad diferente, libre del problema y, por consiguiente, a empezar a comportarse más de acuerdo con esta nueva concepción de sí mismo.

La incidencia de depresión en los niños en la comunidad Shuar es elevada, aunque no existen diferencias entre los géneros en relación a los trastornos del estado de ánimo, las niñas son más propensas que los niños a sufrir de depresión y el riesgo del intento de suicidio que la acompaña aumenta significativamente durante la adolescencia.

### **Causas de la depresión infantil**

Se han sugerido varias causas para la depresión infantil. Las explicaciones de lógicas incluyen factores hereditarios, bioquímicos, hormonales y neurológicos.

La depresión se ve vinculada a la pérdida de seres queridos, perturbaciones en las relaciones entre padres e hijos y amenazas al autoestima. También se ha tomado en consideración la manera en que los niños interpretan y estructuran las experiencias de la vida diaria, y la creencia de que ellos tienen la habilidad para controlar y darle forma a su mundo. Muchas cosas que causan tensión pueden afectar el estado de ánimo de algunos niños.

## **b. FACTORES AMBIENTALES**

La interacción de factores ambientales y personales puede generar depresión infantil. Un niño muy vulnerable se puede derrumbar ante pequeñas contrariedades; mientras, que un niño competente sólo se viene abajo ante una gran adversidad. Entre los factores personales se cuenta la vulnerabilidad diferencial de los sujetos a desarrollar una depresión en relación con elementos que atañen al sujeto (sistema nervioso temperamento. personalidad) y que de alguna manera representa una disposición a prioridad del comportamiento. Mientras, que en los factores ambientales estarían aquellos que atañen directamente a la familia (apego, dinámica familiar, relaciones) y los que corresponden al entorno social inmediato (escuela) o mediato (sociedad, cultura), además de las variables ecológicas. Los acontecimientos del entorno constituyen la estimulación que condicionan determinadas respuestas del sujeto en función de sus características personales produciéndose una interacción que explica la aparición de la conducta tanto adaptada como desadaptada.

Los factores ambientales que habitualmente se han relacionado con el intento de suicidio son: familia, escuela, sociedad y ecología.

### **b.1. FAMILIA**

Para un niño el factor ambiental más importante es la familia nuclear, que se comporta como una placenta social y condiciona y mediatiza la mayor parte de los aprendizajes que un ser en desarrollo lleva a cabo. Es evidente que la familia no es una galaxia, sino que viene y actúa inmersa en una sociedad, en una cultura y en una época. Todo ello condiciona su funcionamiento, sus posibilidades y sus expectativas. Normalmente cuando se habla de familia se usan dos conceptos: el de estructura y el de función. Realmente lo importante es la función, que consiste en educar a un niño para que pueda subsistir autónomamente en el mundo y en las mejores condiciones posibles, consideradas estas desde una perspectiva tanto material como psíquica. Por consiguiente, las variables del entorno familiar juegan un papel fundamental para el

desarrollo y mantenimiento de la depresión, y uno de los posibles síntomas es el suicidio (Payne y Range, 1996).

La afectividad es una de las nutrientes psicológicas importantes para el niño. El niño atiende, aprende y se socializa porque se halla vinculado sentimentalmente a sus progenitores. El cariño que un niño siente por su cuidador primario (apego) es el motor para el esfuerzo de aprender todos los elementos que componen el complejo mundo en el que se tiene que integrar. La carencia de afectividad, donde el niño no se sienta querido, apoyado, admirado, es decir, psíquicamente protegido puede desarrollar diversos tipos de problemas y uno de ellos puede ser la depresión ocasionándole a tomar decisiones equivocadas (Hammen, 1993, en Méndez, 1998). En las relaciones entre padres e hijos parece que el afecto depresivo tiene su fundamento en una etapa muy temprana del desarrollo denominada etapa de fijación sensorial (Millon, 1998). Prácticamente hay unanimidad en las investigaciones sobre la existencia de una correlación positiva entre las malas relaciones padres- hijos y depresión infantil. Por otra parte, también se ha comprobado que el curso de la depresión en el niño está correlacionada con esta interacción, puesto que cuando la relación es mala es más difícil la recuperación y mejoría del niño, constatándose que las causas son de naturaleza plural (en González, 1998). En algunas situaciones esas malas relaciones se basan en que los padres no saben controlar sus sentimientos negativos y los dirigen a sus hijos, provocando la aparición de riñas y peleas, situación que correlaciona positivamente con la depresión infantil (González, 1998). En otras circunstancias el desencadenante de las malas relaciones son las excesivas expectativas de los padres que someten a los hijos a una presión inadecuada (del Barrio, 2000); los niños comparan sus logros con lo que se pretende de ellos y entran en un proceso de menoscabo de la autoestima que les lleva a la depresión. Como la relación es un proceso interactivo, en ocasiones no es la conducta paterna sino las condiciones personales de los hijos (temperamento) las que dificultan estas relaciones (González, 1998). El clima familiar se genera en el tipo de estructura que la familia crea en función de la comunicación y el control. El mal clima familiar es otro de los elementos ambientales clave en el desarrollo de un intento de suicidio y se

produce más habitualmente en las familias con normas muy rígidas y con distanciamiento afectivo (González, 1998).

La inestabilidad emocional de los padres es un claro factor de riesgo para la aparición de la depresión infantil. Repetidamente se ha constatado que las familias con problemas emocionales crean un entorno que incrementa ciertos factores de riesgo de la depresión, como los niveles bajos de actividad social, intelectual, deportiva, recreativa o cultural y; por lo tanto, no ofrecen a sus hijos las experiencias adecuadas para una vida feliz. Los padres inestables proyectan sus problemas sobre los hijos y crean unas expectativas inadecuadas que son fuente de estrés. La existencia de trastornos depresivos en los padres se considera que es el factor de riesgo más potente en relación con la aparición de la depresión infantil (González, 1998).

#### **b.1.1. LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Revela una tendencia hacia un ciclo crónico de depresión que se caracterizó por límites familiares, poco claros de difícil individualización de relación (Bomba y Jaklewicz, 1997). Asimismo, la agresividad marital son predictivos para que los niños sientan una baja autoestima, problemas de conducta y depresión (O'Srien, Sahadur y otros, 1997). La inestabilidad emocional de los padres, las desavenencias en el seno de las familias, las rupturas y divorcios hacen que el niño no se sienta querido. El niño elabora una relación lógica primaria: mis padres "se" quieren, por tanto "mis" padres me quieren. Si se rompe la primera proposición peligra la segunda, y la falta de amor el niño la percibe como una grave amenaza hacia su persona. Entre los problemas de los padres están todos aquellos que tienen que ver con la salud física y mental. Cualquier tipo de deficiencia en los progenitores se traduce en una dificultad para llevar a cabo las funciones de crianza. La salud mental de los padres tiene relación no sólo con la depresión, sino con todo tipo de alteraciones infantiles. Dentro de los factores desencadenantes de la depresión en la infancia se encuentra correlato entre los problemas de los hijos con los de los padres, así como percepciones de cuidado parental deficientes durante la infancia (Boyce, Harris, y otros, 1998). Actualmente, se ha demostrado que la separación de los padres en sí al ser



un acontecimiento negativo, tiene un carácter transitorio y no desemboca necesariamente en una depresión, pero si las diferencias entre la pareja conlleva a utilizar a los hijos para lastimar al otro con un deseo de venganza, esto sí resulta perjudicial para el niño cuando se convierte en espectador impotente de las continuas peleas (Méndez, 1998). En la depresión materna post-parto y en los índices de adversidad socioeconómica se generan dificultades emocionales y cognitivas en el niño por darse dentro de un contexto depresivo dando lugar a la exposición del niño a síntomas depresivos en sí (Murria y Cooper, 1996, 1997). Dentro del desarrollo del niño durante los primeros años de vida se encontró que el área motora era la más afectada (Morales, Sánchez y Rivero, 1996). Por lo tanto, el bienestar físico y psíquico de la madre cumple un rol fundamental en la salud del niño y prevención de la depresión infantil. Las madres depresivas tienden a mantener relaciones sociales más deficientes, problemas con parientes y amigos, mostrando más problemas con la crianza y niños con dificultades de conducta (Sheppard, 1997).

La familia con padre ausente y que no participa en la comunidad, presenta con mayor frecuencia niños con conductas desadaptativas en las escuelas y con síntomas depresivos que pueden conllevar al niño a un intento de suicidio (López, De la Barra y otros, 1995).

La familia con un miembro afectado de depresión, está inmersa en un proceso de retroalimentación negativa que afecta a todo el conjunto, como apuntan los partidarios de la interpretación familiar sistémica; esto es especialmente importante cuando el miembro afectado es la madre, puesto que normalmente esta es una pieza esencial en el funcionamiento familiar.

Otro factor es los antecedentes de maltrato durante su infancia tienden a repetir el patrón con sus hijos sea a través del abuso sexual, el maltrato físico con palos, alambres, sogas o quemaduras. Un factor predisponente es la baja situación socioeconómica destacando la importancia de la depresión emocional y aislamiento en los casos de abuso sexual (Castillo, Gonzáles y otros, 1988).

La violencia doméstica tiene efectos en el desarrollo del niño que atentado contra su vida así como problemas de conducta, dentro de los síntomas que manifiestan son baja

autoestima, llanto, preocupación por muerte o lesión. Otros estudios reportan que algunas veces el maltrato detona en agresión y otras en depresión (Downey, Feldman y otros, 1994).

### **b.1.2. MALTRATO INTRAFAMILIAR**

Comprende todos aquellos actos violentos, desde el empleo de la fuerza física, hasta el matonaje, acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar.

Es importante identificar los diferentes tipos de maltrato:

#### **b.1.2.1. Maltrato Sexual**

Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera violencia sexual aquello que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona.

#### **b.1.2.2. Maltrato Físico**

Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que requiera para su recuperación.

#### **b.1.2.3. Maltrato Psicológico**

Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o familiar agredido.

### **b.1.3. MALTRATO INFANTIL**

Implica una valoración social en relación a lo que es peligroso o inadecuado para el niño. Y aquí reside precisamente la gran dificultad para definirlo, ya que hay una falta de consenso social respecto a lo que constituyen formas de crianza peligrosas e

inaceptables. Resulta difícil establecer la raya de separación entre lo que es un maltrato y lo que no lo es.

La terapia familiar consideran al maltrato infantil como el ataque de los padres hacia sus hijos, indica una grave patología familiar, donde además de las lesiones físicas a menores, se suelen dar intentos de suicidio, propensión a accidentes y enfermedades psicosomáticas graves en niños. Desde el enfoque familiar en las familias mal tratantes, el hijo se convierte en el blanco de los conflictos intrapsíquico de un progenitor, que se exteriorizan y actúan sobre el hijo<sup>5</sup>.

Dentro del enfoque sistémico se establecen tres ámbitos principales de maltrato infantil:

- Historia personal del progenitor que maltrata y sus relaciones con su familia de origen.
- La familia y en particular a la pareja progenitora del niño maltratado.
- El niño maltratado.

**Historia personal del progenitor que maltrata y sus relaciones con su familia de origen.** Emerge frecuentemente en la infancia del progenitor que abusa, un periodo más o menos largo pasado en una institución o de alguna manera una separación precoz de la familia. Se aprecia una percepción personal de negligencia afectiva, sea realmente padecida, sea al menos interiormente vivida como tal. Esto está unido también al hecho de que a menudo la familia de origen es muy numerosa.

En la cultura Shuar se evidencia el maltrato como un arraigo cultural, donde los progenitores fueron maltratados cuando eran niños, proyectando hacia sus hijos las diferentes formas de castigo a un menor, para corregir y formar fuertes para cuando sean adulto. Se suma el origen de las familias Shuar al hablar de extensas, compuestas de 12 a 20 integrantes sin establecer un rol definido de cada integrante.

**La familia y en particular a la pareja progenitora del niño maltratado.** En este ámbito, se ha detectado que la pareja progenitora y la familia nuclear se han creado con precocidad, más a menudo bajo la forma de convivencia más que de matrimonio. Persisten lazos importantes con su propia familia de origen; estos lazos se justifican por la precocidad en la que asumen roles nuevos de paternidad y de maternidad. Como emerge de estos datos, es como si tuviesen rápidamente y de forma prematura que acceder a roles de adultos, para huir de una infancia dolorosa.

El hecho de que frecuentemente estas parejas convivan sin estar casadas no aparece como una elección consciente sino como una toma de distancia respecto del compromiso del matrimonio que pertenece a la edad adulta y de la cual emocionalmente se sienten aún lejos.

Dentro de la cultura Shuar el matrimonio es mínimo, manteniendo una unión libre a tempranas edades como a los 14 años, en relación al enfoque sistémico hablamos de una unión precoz en la cual no están listos ni tienen las condiciones necesarias para ejercer el rol de la maternidad o paternidad, factor que conlleva a que estos padres no castiguen a sus hijos y deleguen dicho castigo a sus padres, en este caso a los abuelos del menor, el mismo que es un castigo físico y psicológico que imparten los abuelos Shuar a los niños es inaceptable, los maltratan con la finalidad de que aprendan hacer las cosas bien; para que no les dé ganas de cometer otro error. Una de las formas drásticas de maltrato es:

- ❖ Amarrarle los pies, guindarle con la cabeza hacia abajo, en donde esta quemándose ajíes, recibiendo el niño el humo picante y fuerte en su rostro.
- ❖ Desnudar completamente al niño y acostarle en ortiga.
- ❖ Golpear con ramas de guayusa y echarle baldes de agua.
- ❖ Dejarles amarrados una noche completa en el cementerio.

El niño maltratado, se ha podido constatar que a menudo asume una función de llamada de socorro, revelando una necesidad de ayuda de la familia. El progenitor que maltrata transforma en actos violentos sobre el niño emociones retenidas que no ha aprendido a afrontar y que ahora el niño parece solicitar para que este progenitor las afronte. Es un niño “espejo” para progenitores que entonces se encuentran confrontados a su triste infancia y a la dificultad de asumir roles de adultos de manera madura y consciente, y no puramente imitativa, es en este momento que las emociones pueden transformarse en actos violentos y compulsivos, porque tocar al niño toma probablemente el sentido de tocar estas emociones retenidas que pueden reaparecer.

Los niños Shuar sufren el maltrato como la raíz cultural que vive cada familia de esta cultura, es decir todo es aceptable. El origen de la crueldad o maltrato hacia los niños y niñas se lo puede dividir de la siguiente manera:

- A. Actos de violencia o negligencia cometidos por los padres ejerciendo rígidas interpretaciones de autoridad.
- La familia da muestras de no preocuparse por el niño; no responden a los llamados de la institución educativa al cual asisten sus hijos (sólo matriculan al niño en la escuela olvidándose de la responsabilidad en el ámbito educativo hasta el próximo año lectivo), señalando que no tienen tiempo, que el niño debe aprender hacer todo solo, refiriéndose que la educación es gratuita y que son los maestros quienes tienen que estar pendientes de los alumnos (uniformes, útiles y desayuno escolar así como el control del rendimiento académico).
- Niegan que el niño tenga problemas, tanto en la escuela como en el hogar; manifiestan que el niño tiene que defenderse aceptando los golpes que pueden dar a sus compañeros.

- Por su propia voluntad autorizan a que la maestra emplee “mano dura” o incluso algún golpe o sacudón si su hijo se porta mal.
  - Cuestionan todo lo que sus hijos hacen, les gritan e incluso los maltratan físicamente (patadas o los golpean con el machete) en presencia de sus compañeros de clases. Les insultan diciéndoles: “inútil”, “ocioso”, “ya no se qué hacer contigo”, “tú me vas a matar”, etc.
- B.** Crueldad oficial o la organizada, aquella que se comete por ignorancia, por insensibilidad, por falta de legislación o de cumplimiento de los derechos que protegen al menor.
- Un acto de crueldad que el jefe de familia Shuar ejerce es envolver en dos dedos de la mano del niño cable pelado de un extremo y enchufar, ocasionando que el niño reciba corriente en su mano; consecuencia de dicho acto el niño es lanzado hacia arriba, cayendo desmayado; la madre del niño no puede defenderle a su hijo o intervenir en cierto castigo ya que si lo hace también será castigada.

El maltrato infantil tiende a ser muy obvio en muchas familias, sin ser excepción las familias de la cultura Shuar, quienes hasta la actualidad mantienen el salvajismo en la manera de maltratar física y psicológicamente a sus hijos, aunque en ocasiones suele ser difícil identificar dicho maltrato se lo puede realizar por ciertos signos que el menor presenta:

- ▶ Muestran cambios en el comportamiento o en su rendimiento habitual.
- ▶ Presentan problemas físicos o médicos sin recibir la atención por parte de sus padres.
- ▶ Es evidente los problemas de aprendizaje que no pueden atribuirse a causas físicas o neurológicas.
- ▶ Es notorio la falta de supervisión de los adultos (control de tareas escolares, aseo personal).

- ▶ Llegan temprano a la escuela pero evitan regresar a casa.
- ▶ Faltan de forma reiterada a la escuela; pasan en la calle o visitan a sus familiares.
- ▶ Agresividad física y verbal a sus compañeros y/o hermanos.
- ▶ No respetan las pertenencias de los demás no las toman para usarlas sino para destruirlas.

#### **b.1.4. ABANDONO**

Se define como la falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto a alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar del niño.

El abandono dentro de la cultura Shuar se evidencia con un enfoque sistémico basado en el tipo de familias, como:

##### **b.1.4.1. FAMILIAS ACORDEÓN**

Se caracterizan porque uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados. Las funciones parentales se concentran en una sola persona durante una parte de cada ciclo y el cónyuge que permanece en el hogar asume funciones adicionales a expensas de la colaboración entre los miembros de la pareja.

Los niños y niñas Shuar están sumergidos dentro del grupo de las familias acordeón, ya que por motivos de trabajo en la agricultura o albañilería los padres o fejes de la familia tienen que ausentarse por lapsos prolongados fuera de su hogar, abandonando a sus hijos y esposa. Los niños asumen este abandono como que el padre no les quiere, que ese es el motivo por el cual les abandono.

#### **b.1.4.2. LAS FAMILIAS CAMBIANTES**

Algunas familias cambian de domicilio constantemente. También el cambio puede estar referido a la composición misma de la familia, tal es el caso del progenitor que cambia de pareja una y otra vez.

En lo referente a las variaciones de domicilio, hay pérdida de sistemas de apoyo, tanto familiares como de la comunidad. La familia queda aislada. Los niños y niñas shuar ante el modo de vida de su familia que enmarca cambios constantes domiciliarios, van perdiendo su red de compañeros, deben de ingresar en un contexto escolar nuevo y pueden desarrollar disfuncionalidad.

Las consecuencias del abandono infantil son muy graves porque todos los seres humanos para su crecimiento necesitan del cuidado y el amor de los padres, ser mecidos en abrazos afectivos, escuchados y mimados; no es raro encontrar que estos niños, son los que tienen mayores problemas de salud y de integración social, por lo tanto poseen menos recursos para enfrentar la vida.

La desprotección infantil es una vivencia que los niños y las niñas Shuar identifican con el desamor, la no aceptación y el rechazo por parte de sus padres. Aunque el abandono infantil está relacionado con la pobreza, esto no significa que en otros sectores sociales, los niños no sean abandonados.

#### **b.1.5. ABUSO SEXUAL**

Es toda acción de tipo sexual impuesta a un niño por un adulto o por una persona mayor que él. Algunas de sus formas son: manipulación del menor con fines pornográficos, someterlo a que se observe actitudes sexuales, hablar sobre temas obscenos, mostrar o tocar genitales y penetración sexual (violación o incesto.). El abuso sexual no necesariamente es una violación.



No todas las culturas sancionan los contactos sexuales con los niños o entre miembros de la misma familia; la mayoría de los estudios antropológicos sobre el incesto, utilizan la definición del diccionario de Webster:

1. Relación sexual o fecundación endogámica entre individuos estrechamente relacionados, en especial cuando están vinculados o se los considera vinculados (debido a afinidad o pertenencia a una tribu, grupo o clan) de manera tal que las leyes o las costumbres prohíben su matrimonio.
2. Delito de cohabitación, matrimonio o relación sexual fuera del matrimonio entre personas relacionadas por un tipo de consanguinidad o afinidad tal que su matrimonio está prohibido por la ley.

Se parte de estudios antropológicos sobre la restricción de la cultura Shuar, donde se imponía las uniones entre miembros de una misma familia; son pocas las situaciones especiales en que estas uniones pueden llevarse a cabo, pues las trasgresiones y los castigos que se impone a los infractores pueden ser crueles; pocos son los casos que quedan hoy en la actualidad, en caso de fallecer el esposo su hermano se une con la mujer, es decir con su cuñada, haciéndose cargo de sus sobrinos como de sus hijos propios.

El abuso sexual dentro de una familia Shuar, no está considerado para las personas mayores como delito o pecaminoso; el abuelo materno o paterno abusa de la nieta hasta que empiece su menarquía, en el abuso no existe penetración del pene es mediante la introducción de los dedos, rose del cuerpo y durmiendo por varias noches en la misma cama que comparten con su esposa. Los padres de la menor (sean hijas/os o nuera) son conecedoras de dicho acto pero lo consideran como normal ya que de esta manera están preparándoles a las niñas hacer buenas esposas.

Los Shuar viven en el hacinamiento, es decir todos en una misma casa, en una cama duermen de 4 a 6 personas entre ellos, padrastros con sus hijastras viéndolo como algo normal la falta de respeto entre los miembros de la familia, convirtiéndose en un factor para que se produzca el abuso sexual; este es otro grupo o tipo que se considera como

abuso sexual dentro de la comunidad Shuar, el padrastro abusa de su hijastra desde que la niña es pequeña hasta que contraiga matrimonio, la madre en pocos casos desconoce de dicho acto, pero en la mayoría las mismas madres propician situaciones para que se originan dicho abuso, manifestando a sus hijas que si ella no mantiene relaciones sexuales con su padrastro, será la culpable de su separación, así como de que sus hermanos no tengan padre y no tengan que comer.

En la actualidad las niñas reciben una orientación o educación sexual en sus escuelas, los gobiernos de turno, el Concejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, INNFA, etc., mediante campañas están logrando frenar los casos mencionados anteriormente, enseñándoles a respetar su cuerpo, aprender a decir “NO” a las cosas que les causa daño y a des-culpabilizar a las víctimas; esto causa una confusión en las niñas ya que se enfrentan a lo que sus padres les enseñan y a lo que la sociedad exige ” respetar sus derechos”; provocando en los padres malestar debido a que se pretende cambiar su modo de vivir desde hace décadas atrás; poco a poco han conseguido disminuir un 0.03% los abusos sexuales, la cifra no es grande pero si significativa ante tan marcado pensamiento cultural.

## **b.2. ESCUELA**

Inmediatamente después de la familia la escuela representa el entorno infantil más cercano, donde el niño suele pasar más horas de vigilia que en su hogar y son los profesores quienes se van a convertir en un modelo muy importante en la vida del niño contribuyendo todo el sistema en su conjunto en el desarrollo intelectual, emocional y de competencia social. En el aspecto intelectual se ha encontrado que los niños con C.I de 100 o mayor con síntomas depresivos tienden a presentar inhibición intelectual y diferencias en las habilidades cognoscitivas (Lanza, Luis y otros, 1996). Las calificaciones escolares se han relacionado continuamente con los intentos de suicidio, pues la situación de fracaso escolar bloquea la posibilidad que el niño se autoafirme, se integre y sea aceptado por sus profesores y compañeros.

### **b.3. ENTORNO SOCIAL**

Dentro del entorno social mediato encontramos: la sociedad, la economía, la cultura, la política y la ecología. Si bien se ha señalado que la familia influye primordialmente en el niño los factores sociales influyen en su comportamiento. Uno de estos factores que inciden en su conducta es el nivel socioeconómico en que se desenvuelve el niño. En medios económicos precarios, una enfermedad, una privación de trabajo, un salario insuficiente, producen un trastorno familiar que repercuten en él. Además de la escasez continuada de medios hace que su alimentación sea inadecuada y de lugar a desnutriciones y retrasos en el desarrollo o a estados indefensos del organismo. también factor de influencia, el barrio o zona en que el niño vive, el tipo de personas, vecino, amigo con los que comparte.

Dentro de la investigación se ha considerado de importancia la pobreza como factor social:

#### **b.3.1. POBREZA**

La pobreza es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. Suelen considerar también la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos.

La economía de las comunidades Shuar se basa principalmente en la horticultura itinerante de tubérculos, complementada con la caza, pesca y la recolección de frutas e insectos. Cultivan yuca, papa china, camote, maní, maíz, palma de chonta y plátano. El cuidado de la parcela y también la recolección, la preparación de la chicha y la cocina le corresponden a la mujer; la caza y la pesca al hombre.

En la actualidad la mayoría del territorio tradicional de caza está siendo sustituido por pastizales para ganadería, lo que ha traído como consecuencia el agotamiento progresivo del suelo y una menor disponibilidad de tierras. Esto ha ocasionado la implantación de un patrón de asentamiento sedentario, el mismo que está produciendo cambios en su sistema socioeconómico.

En los últimos años, para los Shuar la principal amenaza es la afectación de sus territorios o la expansión de la frontera petrolera, la minera. Actualmente se integran a la estructura político, administrativa de la federación Shuar y otras organizaciones como: FINAE, OSHE, FIPSE, CISAE. Hay varias unidades llamadas “centros”, vinculados entorno a una zona comunal, que es la plaza donde funcionan servicios tales como: escuela, capilla, centro de salud, campo de juego, y lugar de reuniones sociales. Su centro está delimitado por el número de familias que conforman y es reconocido por las autoridades.

Pese a que su economía está basada en la agricultura, sus ingresos económicos no son altos, al contrario es uno de los factores por los cuales los niños son afectados. Los padres o jefes de familia pensando en conseguir mejores oportunidades de superación para sus hijos, arriendan cuartos en el centro o en los alrededores cercanos a la ciudad para que puedan ingresar a estudiar en escuelas hispanas, ya que dentro de sus comunidades solo existen escuelas bilingües, pero sus hijos entre las edades de 5 a 12 años viven solos, sin el cuidado de una persona mayor; la pobreza es notable a simple vista, su alimentación está basada sólo en los productos que sus tierras producen, no adquieren los uniformes del establecimiento educativo al que asisten, no proporcionan del material didáctico solicitado por sus maestras, no aportan económicamente para nada en la escuela y los niños faltan mucho a clases y su motivo es que no tienen ni para los pasajes del bus (0.24ctvs. diarios).

El estado emocional del niño ante la situación económica que vive su familia se ve alterado; es normal ver a un niño shuar trabajando las tardes (como: cargador en el mercado; lavando platos en salones de comida; limpiando zapatos), el dinero que

adquieren lo utilizan para ayudar a sus madres; los pensamientos de los niños son: “sí, yo no existiera, mi mamá ya no sufriría al pensar que me va a dar de comer”, “Si, Yo no hubiera nacido, mi familia estaría mejor”, etc. Entre otros comentarios evidenciando la angustia que siente un niño ante la situación de pobreza extrema, esa desesperación hace que no rindan en la escuela, según versiones de los niños; se escapan de la casa por uno a tres días en los cuales se dedican a caminar sin un rumbo alguno, en espera de encontrar personas caritativas que les den de comer, duermen bajo los puentes y no les gusta regresar a sus hogares pero lo tienen que hacer por sus hermanos menores que saben que los necesitan.

### **2.3.3. INTENTO DE SUICIDIO**

#### **2.3.3.1. ANTECEDENTES**

El suicidio y el intento de suicidio en niños y adolescentes, aun siendo todavía un tema tabú confinado al secreto de la familia, ha pasado a constituir un problema médico y psiquiátrico, y, sobre todo, un problema humano y social de primer nivel. Diez años lleva la Organización Mundial de la Salud (OMS) promoviendo este día (10 de septiembre de cada año) para fomentar compromisos para prevenir suicidios. También al hablar de cifras. El número de muertes por suicidio en el mundo supera las causadas conjuntamente por guerras, terrorismo y asesinatos. Cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo. Cada año un millón de personas deciden acabar con su vida. Cada día hay, en promedio, casi 3.000 personas que ponen fin a su vida. Pero por cada suicidio hay veinte tentativas fallidas. Sin embargo, en medio siglo ha habido un cambio de tendencia: si en 1950 el 60 por ciento de los suicidios eran protagonizados por personas mayores de 45 años, actualmente el 55 por ciento de las personas que acaban con su vida son menores de esta edad. De hecho, el suicidio es la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 44 años, y entre los jóvenes de 10 a 24 años, globalmente, el suicidio constituye la segunda causa de muerte, sólo superada por los accidentes (que, en muchos casos, no son tales, sino suicidios y asesinatos).

Siendo importante denotar que entre el 25 y el 50 % de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos. Existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas.

Edad: Son grupos de alto riesgo los adolescentes y ancianos.

- En el varón la frecuencia aumenta con la edad, con una incidencia máxima a los 75 años. Consuman el suicidio 2-3 veces más que las mujeres.
- En las mujeres la edad de mayor incidencia está entre los 55 y 65 años. Intentan suicidarse 2-3 veces más que los hombres.

#### **Factores sociales:**

- Estado civil: Solteros, viudos, separados y divorciados
- Soledad: Vivir solo, pérdida o fracaso de una relación amorosa en el último año.
- Lugar de residencia: Más en el medio urbano
- Pérdida del rol o status social, marginalidad reciente
- Desempleo o trabajo no cualificado
- Problemática social, familiar o laboral grave
- Ateo

#### **Factores sanitarios:**

Aproximadamente en el 50 % de los intentos se aprecia enfermedad física, destacando el dolor crónico, las enfermedades crónicas o terminales (cáncer, SIDA: 4% del total), y las intervenciones quirúrgicas o diagnóstico reciente de lesiones invalidantes y deformantes.

#### **2.3.3.2. DEFINICIÓN:**

Kreitman (1969, citado en: Sarró, 1991), lo define como un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere medicamentos a dosis superiores de las prescritas. Dicha definición considera además el deseo de morir.

Stengel (1965), define el intento suicida como cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua. Por otra parte, Diesktra (1993) lo define como un acto no habitual con un fin no fatal, que se realiza de forma deliberada por la persona que se causa autolesiones o se las causaría si los demás no interfirieran.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define al intento de suicidio como toda acción por la que un individuo intenta causarse a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos. Es decir, es un acto con intenciones de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada. El intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

#### **2.3.3.4. EPIDEMIOLOGIA**

El suicidio en la niñez se ha convertido en un serio problema de salud pública. A pesar de ello, la mayoría de los estudios epidemiológicos no abordan la niñez de forma independiente y existe cierto solapamiento de edades en cuanto a los grupos establecidos.

En relación con el resto del mundo el Ecuador al igual que gran parte de América Latina– tiene una tasa de intentos de suicidios relativamente baja. El Ministerio de Salud Pública - MSP ha incluido el fenómeno de intento de suicidio en el reporte de Indicadores Básicos de Salud Ecuador, con el objetivo de visibilizar este problema y fortalecer la vigilancia epidemiológica e intervención inmediata sobre la morbilidad y mortalidad de procesos prevalentes y de notificación obligatoria (MSP).

El intento suicidio tiende a manifestarse principalmente en las áreas urbanas del Ecuador, por lo que es un fenómeno que puede y debe ser tratado desde la perspectiva de la seguridad ciudadana. Las áreas urbanas en la última década han concentrado más del 68% del total de los intentos de suicidios nacionales, exceptuando 1999, año en el que esta cifra se redujo al 56%. Cabe mencionar que este año fue bastante particular, pues los intentos de suicidios en su totalidad disminuyeron hacia la mitad en relación a 1998 y en relación al incremento de 20009. Entre el 2002 y el 2006, más del 70% de los intentos de suicidios se situaron en las áreas urbanas. Por su parte, las provincias con el número de casos más altos fueron Pichincha (206 intentos de suicidios) y el Guayas (143), en donde se encuentran las ciudades más grandes del país. El área urbana de Pichincha concentró el 82% de los intentos de suicidios mientras que el área urbana de Guayas concentró el 93%. Las dos provincias que les siguen con números de casos de intentos suicidas altos son Azuay y Manabí (63 casos en ambas provincias), donde la mayor parte de los casos se dieron en Cuenca y Manta (tercera y cuarta ciudad más poblada del país).

#### **2.3.3.4. CONDUCTA SUICIDA**

La conducta suicida es definida como todo acto cometido en perjuicio de quien lo ejecuta, con diverso grado de intento letal, e incluye el intento suicida y el suicidio consumado<sup>1</sup>.

##### **2.3.3.4.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA**

Con la finalidad de facilitar el diagnóstico de las conductas suicidas, Pedreira (1995), extrae del Sistema de Clasificación CIE-10, una serie de criterios operativos, que poseen una gran aplicación clínica.

#### **1. Criterios operativos del suicidio:**

##### **A. Definición:**

- Desenlace fatal.
- Auto-iniciación del acto, aunque el desenlace no lo realice el propio sujeto.
- Conocimiento por parte del sujeto que la acción iniciada produce de forma objetiva un desenlace de muerte. Para dicho criterio es necesario que el niño



haya adquirido el concepto de muerte, como un acontecimiento del que no se puede retornar.

### **B. Consideraciones**

- La intencionalidad de morir no es estrictamente necesaria.
- El fatal desenlace se obtiene como un efecto directo y principal de la conducta realizada.
- Que el sujeto tenga una afección terminal previa no excluye el suicidio.

### **C. Criterios de inclusión-exclusión:**

- Paso al acto (“acting-out) de forma grandiosa y megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión.
- Lo que se conoce como “erosión suicida”: exclusión.
- Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.
- Suicidio terrorista o sobredosis en adictos a las drogas: inclusión.

## **2. Criterios operativos de los intentos de suicidio**

### **A. Definición**

- No ocurre el desenlace fatal.
- Auto-iniciación de la conducta que hubiera llevado al desenlace fatal si no hubiera sido por algún tipo de factor, tanto propio como ajeno.
- Conocimiento o creencia por parte del sujeto de que esa conducta, iniciada por él mismo, tiende a producir la muerte de manera objetiva.

### **B. Consideraciones:**

- La intención de muerte no es totalmente necesaria.
- El efecto fatal podría ser consecuencia de la conducta realizada.
- El padecimiento de una afección terminal no excluye el suicidio.
- El padecer un proceso médico grave no es decisivo para este tipo de conducta.
- La consideración como tal será formulada por el método empleado.

### **C. Criterios de inclusión-exclusión.**

- Paso al acto (“acting-out”) de forma grandiosa y megalomaniaca en el seno de un cuadro psicótico: exclusión.
- Acto habitual: exclusión.
- Sobredosis no habitual de alcohol: inclusión.
- Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.
- Suicidio terrorista o sobredosis en adictos a las drogas: inclusión.

### **3. Criterios operativos para evaluar la conducta parasuicida:**

#### **A. Definición:**

- No ocurre desenlace fatal.
- Auto-iniciación de la conducta de forma activa por el propio sujeto con producción de un daño evidente (ej. cortaduras, etc.) ó ingestión de forma excesiva de una sustancia que generalmente aún se mantiene en una dosis no excesiva tóxica y si fuera tóxica se consigue conocer su ingestión (ej. deja evidencias a la vista, etc.)
- Conocimiento por parte del sujeto de que la acción iniciada por él mismo puede causarle daño o sobredosis de la sustancia ingerida.

#### **B. Criterios de inclusión-exclusión.**

- Conductas manipuladoras: inclusión.
- Conductas habituales (incluyendo la automutilación): exclusión.
- Intoxicación aguda de alcohol: inclusión.
- Evidencia de conocer lo que el sujeto estaba haciendo: inclusión.
- Motivo específico desencadenante relevante: inclusión.
- La consideración como tal será formulada por el método más utilizado.

### **2.3.3.5. CLASIFICACIÓN DEL INTENTO SUICIDA**

Marchiori (1998), señala que el intento de suicidio en el que no se produce ningún daño físico, está relacionado con los instrumentos utilizados que resultan inofensivos para el propósito autodestructivo del individuo. De acuerdo con ella, el intento suicida frustrado

implica diversos motivos. El intento puede llevarse a cabo sin decisión, el individuo desconocía las limitaciones del medio-instrumento, ambivalencia frente al acto suicida. También resalta que dicha conducta, como es sabido, pone en riesgo la vida de un individuo, y que no todos los intentos presentan las mismas características, desde el punto de vista del peligro para la vida del individuo.

Bajo esta perspectiva, Marchiori hace una clasificación de los intento suicidas, basada en la intención del acto suicida a través del método elegido, y en ella, las circunstancias del lugar y las personas no están contempladas. En muchos casos el suicida conoce que determinadas personas están cerca de él y que acudirán a su auxilio, aún cuando las armas elegidas o medios elegidos sean mortales.

En otros casos, la intención no es morir sino provocarse una autolesión para llamar la atención, por motivo de venganza, culpa o soledad. En estos casos puede llegar la muerte debido a que las personas que le rodean no advirtieron la situación y la persona muere, por ejemplo, desangrada o asfixiada.

1. Intento gravísimo de suicidio: Por su proceso y por la gravedad de las consecuencias es similar al suicidio, difiere en cuanto al resultado mortal en el acto suicida. El individuo tiene ideas de muerte, un profundo estado depresivo, prepara su comportamiento suicida, pero un elemento circunstancial evita su muerte; por ejemplo, la persona que se lleva un arma de fuego a la cabeza, dispara pero la bala no le provoca la muerte. El individuo presenta, como consecuencia de su conducta suicida, gravísimas heridas físicas.
2. Intento grave: Las armas o medios utilizados para llevar a cabo el comportamiento suicida no pueden provocar la muerte, ni lesiones de gravedad. Por ejemplo, autolaceraciones, psicofármacos.
3. Intento leve: En estos casos las armas o medios utilizados resultan imposibles de provocar la muerte, ocasionando sólo heridas leves.

4. Intento sin daño: Son los casos en que el medio elegido no puede producir ningún daño físico.

Como se ha visto, estas definiciones, no explican todos los elementos de las conductas suicidas. Debido a esto en un intento por unificar la terminología, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969, propuso como ayuda a la investigación una serie de términos muy concretos y muy útiles como base común para la designación de las conductas suicidas, éstos son:

- Acto suicida: Hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- Suicidio: Muerte que resulta de un acto suicida.
- Intento de Suicidio: Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Es importante señalar que a pesar de estas definiciones, existen ciertas dificultades para determinar un acto suicida, especialmente en el caso de los niños y adolescentes, esto hace necesario mencionar una serie de condiciones que deben cumplirse para poder hablar de suicidio (“acto de matarse a sí mismo), en el adolescente.

De acuerdo con esto, es esencial la presencia del concepto de muerte, el cual implica, considerarla como un fenómeno natural, irreversible, inevitable y que supone la finalización de la vida. Como puede observarse, es un concepto sumamente abstracto y complejo, que requiere de una serie de requisitos cognoscitivos previos, entre los que destacan: distinción entre lo animado e inanimado; completo dominio de la constancia del objeto; diferencia del “yo” –sí mismo- del no yo -todo cuanto no es él mismo-; concepto de tiempo, (presente, pasado y futuro) (Orbach, 1985, citado en Ros, 1998).

El pleno concepto de muerte se adquiere entre los 12-13 años, cuando el adolescente presenta la adquisición del pensamiento abstracto (periodo operativo formal de Piaget), y lo entiende como el final de la vida, irreversible y biológico.

Mardomingo (1994, citado en: Ros, 1998), configura el concepto de conducta suicida en la adolescencia en torno a cuatro apartados: suicidio consumado, intento de suicidio, amenaza de suicidio o ideación suicida.

- ▶ El suicidio consumado incluye todos los actos autoinflingidos por el adolescente y que dan como resultado su propia muerte. Dicho autor señala que dicho concepto es de utilidad. Sin embargo para el diagnóstico clínico presenta una serie de dificultades, como son: la dificultad de diagnóstico entre acto suicidario y acto accidental, imprudencia y conducta temeraria.
- ▶ El intento de suicidio o parasuicidio se refiere a todo acto realizado por el adolescente que sin llegar a tener como resultado la muerte, es realizado de forma deliberada contra sí mismo. En esta definición el autor incluye la intencionalidad del acto, es decir si debe estar presente o ausente el deseo de muerte en la consumación del acto suicida.
- ▶ La ideación suicida es un concepto amplio que incluye tanto los pensamientos inespecíficos sobre el escaso o nulo valor de la vida, hasta pensamientos concretos acerca de la consumación de un suicidio o las amenazas.
- ▶ Además, menciona que en la conducta suicida del adolescente se deben considerar ciertos contenidos fundamentales, como que el suicidio en esta etapa de la vida no es un proceso psicopatológico, sino una conducta, es una conducta voluntaria y con plena conciencia del sujeto y que la mayoría de las investigaciones constatan que en la infancia y la adolescencia la conducta suicida es un continuo que se origina en la ideación suicida, la amenaza, los posibles intentos de suicidio y puede finalizar con el suicidio consumado.

Mardomingo, (1993 citado en: Ros, 1998), menciona como rasgos psicológicos más comunes en la conducta suicida de niños y adolescentes: impulsividad, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, baja tolerancia a la frustración, estilo cognoscitivo rígido, labilidad emocional y sentimientos de soledad o de tristeza.

### **2.3.3.6. FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN LA NIÑEZ**

El conocimiento de los factores de riesgo es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores que predisponen la aparición de determinada condición mórbida es una estrategia válida para su prevención. Este principio es aplicable a la conducta suicida.

Ante todo hay que considerar que los factores de riesgo suicida son individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores de riesgo en la niñez pueden no serlo en la adolescencia, la adultez o la vejez. Por otra parte son genéricos, ya que la mujer tendrá factores de riesgo privativos de su condición y así también lo será para el hombre. Por último, están condicionados culturalmente, pues los factores de riesgo suicida de determinadas culturas pueden no serlo para otras<sup>2, 46</sup>.

Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio. Por lo general los niños han tenido alguna experiencia sobre el tema mediante la visualización de este tipo de acto en la televisión, sea a través de programaciones para los adultos o dirigidos a los niños y las niñas (muñequitos o comics). Otras veces, el concepto se va adquiriendo mediante diálogos con compañeros de su propia edad que han tenido familiares suicidas o por conversaciones que escuchan a los adultos. En sus concepciones sobre el suicidio, en el niño se entremezclan creencias racionales e irracionales, articuladas y lógicas y poco coherentes y comprensibles.

Hay niños y niñas que adquieren ambos conceptos, muerte y suicidio a una edad más temprana y otros más tardíamente, creyendo estos últimos que la muerte es una continuidad de la vida o que es un estado parecido al sueño del cual es posible ser despertado tal y como ocurre en el cuento "La Bella Durmiente".

En la infancia, como es lógico suponer, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar. Por lo general, el niño Shuar considera

el clima emocional familiar caótico, pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni las fronteras de sus respectivos miembros. Los padres, cuando conviven juntos se enrolan en constantes querellas, llegando a la violencia física entre ellos o dirigiéndolas a los integrantes más vulnerables, en este caso los más jóvenes, niños y niñas y los más viejos, ancianos y ancianas.

Otro factor de riesgo suicida de importancia en la niñez es la presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores. Conducta que se evidencia dentro de la cultura Shuar ya que los niños conocen de familiares o personas cercanas que han muerto mediante un suicidio. Aunque no está demostrado que el suicidio esté determinado genéticamente, es un hecho que el suicidio puede ser imitado, principalmente por las generaciones más jóvenes. En ocasiones este proceso no es plenamente consciente y el suicidio se produce por un mecanismo de identificación, proceso mediante el cual se incorporan a la personalidad algunos rasgos de la personalidad o formas de ser del sujeto identificado.

Otras veces lo que se transmite es la predisposición genética, no para el suicidio, sino más bien para alguna de las enfermedades en las que este síntoma es frecuente. Entre estas enfermedades se encuentran las depresiones y las esquizofrenias en cualquiera de sus formas clínicas. Ambos trastornos están descritos como uno de los principales factores de riesgo suicida en la adolescencia.

Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico. La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, la impulsividad, baja autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas, la desconfianza, por sólo citar algunos.

Otras veces las relaciones están caracterizadas por la sobreprotección, la permisividad y la falta de autoridad, todo lo cual conspira contra el buen desarrollo de la personalidad de los niños y las niñas, quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, pretendiendo que todos los seres humanos los traten de la misma manera indulgente que lo hacen los familiares, lo que provoca diversos problemas de adaptación desde la más temprana infancia, los que se recrudecen en la adolescencia, cuando la socialización ocupa un lugar preponderante en la conformación definitiva de la personalidad.

Los factores que pueden desencadenar en un intento de suicidio son individuales, variados y no específicos, pues consideramos el factor cultural, donde para las personas Shuar mayores o antiguas el maltrato no es considerado malo o grave para la formación de un apersona, pero la interrelación del niño con otras culturas como la con colonos, permite evidenciar un desacuerdo con la forma que sus padres o abuelos los corrigen, considerando así un maltrato no soportado. Los niños Shuar están sumergidos dentro de una nueva adaptación cultural y lo que no es malo o dañino para sus padres para ellos si lo es, por eso se evidencia factores de riesgo suicida los siguientes:

- Presenciar acontecimientos dolorosos como la separación de los padres, el abandono, etc.
- Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.
- Problemas escolares, sea por dificultades del aprendizaje o disciplinarios.
- Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado.

Obviamente, una crisis suicida infantil surge de la relación del niño o la niña con su medio familiar y se manifiesta por una serie de señales en la conducta que se expresan, de manera general, en cambios de todo tipo. Comienzan a tornarse agresivos o pasivos en su comportamiento en la casa y en la escuela, cambian sus hábitos de alimentación y



de sueño, pudiendo mostrar inapetencia o por el contrario, un apetito inusual. En cuanto al hábito del sueño, los cambios pueden consistir en desvelos o insomnio, terrores nocturnos, en los cuales el niño o la niña despiertan, al parecer, pues realmente no lo están aún, con los ojos desmesuradamente abiertos, temerosos, sudorosos y quejándose de lo que están visualizando y que les ocasionan el terror que experimentan.

Durante la crisis suicida infantil son comunes los problemas relacionados con el rendimiento y comportamiento del niño o la niña en la escuela. Las dificultades académicas, las fugas de la escuela, el desinterés por las actividades escolares, la rebeldía sin motivo aparente, la no participación en los juegos habituales con los demás niños y amigos, la repartición de posesiones valiosas, y hacer notas de despedidas, son signos que pueden ser observados en una crisis suicida infantil.

Sin descuidar la forma de control de los métodos mediante los cuales el niño o la niña puedan autolesionarse y poner a buen recaudo sogas, cuchillos, armas de fuego, tabletas de cualquier tipo, combustibles, sustancias tóxicas y otros venenos, etc.

Si el niño o la niña realizan una tentativa de suicidio hay que investigar qué intención perseguían con este acto, pues necesariamente no tiene que ser el deseo de morir el principal móvil, aunque sea el de mayor gravedad. Los deseos de llamar la atención, la petición de ayuda, la necesidad de mostrar a otros cuán grandes son sus problemas, pueden ser algunos de los mensajes enviados con un acto suicida. Se debe intentar realizar un diagnóstico correcto del cuadro clínico que está condicionando la crisis suicida, para descartar que este sea el debut de una enfermedad psiquiátrica mayor, como un trastorno del humor o una esquizofrenia, y en ello puede desempeñar un papel muy útil la observación de sus juegos y la entrevista médica, la cual debe correr a cargo de un especialista en psiquiatría del niño y el adolescente.

La actitud de la familia ante el intento de suicidio infantil constituye un dato de suma importancia y cuando sea posible hay que evaluar la capacidad que tienen los padres y las madres para comprender y modificar los factores que han predisuesto o precipitado

el intento de suicidio. Es necesario que la familia comprenda que la conducta suicida siempre indica una adaptación inadecuada y requiere tratamientos psicológicos, psiquiátricos o ambos, según sea la gravedad del caso y nunca limitarlo a la resolución de la crisis suicida.

Se debe evitar que los padres y las madres se ataquen mutuamente, para lo cual se le hace entender que ya la familia tiene un problema, que es el intento suicida del niño o la niña y no se debe sumar uno más, dado por los continuos ataques mutuos, que lo único que pueden conseguir es entorpecer el manejo de la crisis o provocar mayor malestar en el infante que puede sentirse culpable de estas reyertas. Se invitará a cada progenitor a meditar en lo que cada cual debe comenzar a hacer o dejar de hacer para que la situación del infante sea aliviada y se establecerán contratos terapéuticos con cada uno, a ser reevaluados en próximos encuentros. Si alguno de los progenitores presenta niveles importantes de psicopatología, se intentará persuadir para recibir la terapia correspondiente.

Nunca debe transmitirse a los miembros de la familia que este tipo de acto tiene intenciones de manipularlos y siempre se les debe alertar sobre aquellas conductas que presagian la realización de un nuevo acto de suicidio.

### **2.3.3.7. CAUSAS DEL INTENTO DE SUICIDIO**

La niñez es un período del desarrollo lleno de cambios muy importantes: cambios en el cuerpo, cambios en las ideas y cambios en los sentimientos. La confusión, miedo e incertidumbre, y la capacidad de pensar acerca de las cosas desde un nuevo punto de vista influye en las capacidades del niño para resolver problemas y tomar decisiones. Para algunos niños, los cambios normales del desarrollo, a veces acompañados por otros hechos o cambios en la familia como el divorcio o la mudanza a una nueva comunidad, cambios de amistades, dificultades en la escuela u otras pérdidas, pueden causar gran perturbación y resultar abrumadoras. Los problemas pueden apreciarse como demasiado violentos o difíciles de sobrellevar. Para algunos, el suicidio puede parecer una solución.

Del 12 al 25 por ciento de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea acerca del suicidio (pensamiento suicida) en algún momento. Cuando los sentimientos o pensamientos se vuelven más persistentes y vienen acompañados de cambios en el comportamiento o planes específicos de suicidio, el riesgo de un intento de suicidio se incrementa.

Para explicar las posibles causas del suicidio en los niños, se deben tener en cuenta aspectos tales como el núcleo familiar, el social y el escolar, que son las áreas fundamentales en las que se mueve todo ser humano; Por lo tanto, partir de lo anterior se pueden destacar las siguientes causas:

Entre las causas más usuales aparecen los sentimientos de pérdida, donde se podría nombrar la separación de los padres, el abandono familiar, la sensación de soledad (carencia afectiva), abuso sexual, maltrato, todo aquello que tenga que ver con el acompañamiento del que goza el sujeto, o lo que se podría llamar la “red de apoyo” que se puede encontrar debilitada o totalmente desintegrada; pero que generalmente hace que se disipen y desaparezcan las ideas suicidas; aunque en otra gran proporción hace que estas ideas se incrementen y que se pase al acto.

Otra de las posibles causas que se puede mencionar está relacionada con la crisis propia de la edad en la que se encuentra el sujeto, ya que la niñez es una etapa de cambios, en la que afrontan nuevos retos; y no todos poseen los mismos mecanismos de defensa; asimismo, no todos pasan por las mismas dificultades u obstáculos, esto variará dependiendo la manera como se afronte dicha situación; por lo tanto no todos van a tener la misma vivencia de esta etapa.

Tomando en cuenta algunos de los niños con los que se ha trabajado, es posible pensar en las siguientes dificultades, aunque no de forma lineal o consecuentemente: los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos del estado de ánimo (depresión), trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad (Personalidad inestable), como consecuencia a estos tipos de trastornos se puede observar baja autoestima (Autoimagen pobre), escasas o nulas relaciones interpersonales, muchas veces debido a sentimientos

de rechazo o estigmatización, pero a pesar de todo se observa una necesidad de reconocimiento y de pertenencia a un grupo, por lo que muchos sujetos llevan a cabo comportamientos agresivos y muchas veces antisociales, pueden aparecer también los mecanismos de identificación, y a la frustración, y muchos creen que la mejor solución es la evasión. Con todo esto, no se quiere decir que todos los niños pasan por las mismas dificultades, o que éstas aparezcan como consecuencia de la etapa, y que sucedan linealmente.

Por otro lado, muchos expertos en distintas disciplinas definen a la familia desestructurada como la culpable de una amplia gama de aspectos tales como el fracaso escolar, el consumo de drogas, la violencia, etc., y donde el intento de suicidio o el suicidio en si mismo, ocupa un lugar importante; debido al clima emocional familiar caótico, en el cual muchas veces se ejerce la violencia física, psicológica, emocional, o sexual. De igual forma aparecen las dificultades socioeconómicas, ya que muchas veces las familias se ven obligadas a trasladarse de su lugar de a otro en busca de trabajo o subsistencia, lo que implica grandes cambios en los sujetos tales como el cambio de contexto, de escuela, y por ende de amigos, de costumbres, etc., todo lo mencionado son decisiones que sólo lo toma el padre o la madre que está a cargo de la familia sin dar una explicación o dialogar con su hijo sobre los cambios a dados, peor aún toman en cuenta la opinión del niño.

Finalmente se encuentran el pesimismo, la desesperanza y la falta de motivación en los niños, lo que hace que consideren como la mejor y única salida de las dificultades el intento de suicidio.

Se consideramos una causa más, el antecedente de suicidio o de intentos de suicidio que exista en la familia, es decir, cuando se conoce el suicidio de un familiar cercano se produce un aumento de la conducta o un intento suicida, lo que se conoce como contagio o efecto de imitación o “efecto Werther”.

### **2.3.3.8. PERFIL PSICOLÓGICO DEL NIÑO CON RIESGO DE SUICIDIO**

- Impulsivo y con reacciones emocionales intensas.
- Escasa tolerancia a la frustración y dificultad para demorar las gratificaciones.
- Sentimientos de cólera.
- Estilo del pensamiento rígido, escasa flexibilidad ante las demandas ambientales.
- Deficiente imagen personal.
- Sentimientos de desesperanza y desvalimiento (en el 93% de los adolescentes que intentan suicidarse).
- Sentimientos de soledad e incomunicación (tendencia depresiva)

### **2.3.3.9. INDICADORES DE RIESGO**

Los indicadores de riesgo pueden ser conscientes o inconscientes y, en muchas ocasiones, es una señal de una persona que no es capaz de expresar lo mal que se siente o una petición de ayuda.

Aunque no indican necesariamente el suicidio, es conveniente tener en cuenta los indicadores de riesgo ((Maris, Berman y Silverman, 2000; Asociación de investigación, prevención e intervención del suicidio, 2009). siguientes:

- Verbalizar frases que indican un acto suicida como: "prefiero estar muerto" "cuando me muera me echarán de menos".
- Escribir notas o dibujos sobre el suicidio o la muerte.
- Pasar bruscamente de un estado de ánimo a otro diferente
- Realizar conductas erráticas, sin objetivo alguno.
- Visitar a amigos y familiares en plan de despedidas.
- Acumular fármacos.
- Hablar sobre el suicidio, incluso bromeando.
- Sufrir una depresión mayor.

- Cambiar de hábitos alimenticios y del sueño.
- Perder el interés en las actividades habituales.
- Abandonar a los amigos y a la familia.
- Aumentar el consumo de alcohol y de drogas.
- Provocar situaciones de riesgo innecesarias.
- Tener un comportamiento temerario.
- Tener un cambio radical en el comportamiento, en la actitud o en la apariencia del aspecto físico.
- Sufrir una pérdida importante o cambio de vida.
- Haber sufrido abuso sexual o maltrato físico.
- Tener una historia familiar de suicidio o violencia.
- Haber fallecido un amigo íntimo o un miembro de la familia.
- Tener fracaso escolar.
- Tener escaso o nulo apoyo de la familia y amigos.
- Sentirse marginado.
- Tener sentimientos de culpabilidad.
- Tener sentimientos de inutilidad y de pérdida de autoestima.
- Expresar sentimientos de desesperanza.

### **2.3.3.10. MÉTODOS DE INTENTO DE SUICIDIO**

Las personas que han intentado atentar contra su vida lo han hecho de diversos métodos que se menciona a continuación:

1. Envenenamiento
2. Aventarse de un puente
3. Ahorcamiento

Dentro de la Cultura Shuar lo más evidente en su vida es en medio de la naturaleza, hoy en la actualidad se puede evidenciar que por diversos motivos, ya sean laborales o

académicos las familias Shuar combinan su tiempo; naturaleza-ciudad, dando paso a que las nuevas generaciones de niños Shuar ya tengan otros conceptos de la naturaleza en sí. Si antes una persona Shuar adoraba el agua en especial a un río, al que consideraban como sagrado, el que les cuidaba y les proporcionaba su alimento; actualmente parte de la cultura Shuar se conoce que a quien adoran sirve para castigar a una persona que ha cometido actos ilícitos o indebidos (robo, asaltos, violaciones, etc.), el Jefe de la familia que ha sido víctima de dicho acto, a manera de hacer justicia, capturan al agresor y a la mayor parte de su familia, seguido practican el ritual Shuar y culmina lanzándole al agresor vivo al río cercano pero muy caudaloso, todo esto lo realizan delante de la familia del agresor, la misma que no puede intervenir de ninguna manera tratando de impedir el ritual, tienen que observar y después retirarse; cabe señalar que los ríos que son escenarios de dicha práctica son profundos, caudalosos y en su interior con pirañas, cocodrilos y boas lo que impide que alguna persona se salve o logre salir con vida del lugar. El objetivo de las persona Shuar al realizar esta práctica de justicia es que no se vuelvan a repetir actos ilícitos.

Uno de los métodos de intento de suicidio de los niños Shuar es basado en las prácticas que tienen su familia, ya que observan o saben que una forma de quitar la vida a quien cometió un error es lanzándole al río, es motivo por el cual el niño que está atravesando por situaciones depresivas o con sentimientos de culpa y que sienten que no existe salida o solución alguna; de manera silenciosa e inocente se lanzan o intentan lanzarse desde lo alto de un puente a un río poco caudaloso y sin peligro de algún animal en su profundidad, buscan ríos pequeños pero esto no quiere decir que no son peligrosos ya que al caer, sufren daños físicos como golpes en piedras o ramas, algunos niños se levantan por ellos mismos y son las personas que lograron evidenciar el acontecimiento quienes comentan a los padres o representantes del niño; en otros casos cuando la situación es más grave es decir no se comete el acto de quitarse la vida, sino el niño queda inconsciente por el golpe o es rescatado a tiempo evitando que se ahogue, la persona que lo ayudó que por lo general casi siempre es parte de la familia, en el instante del hecho habla con el niño, explicándole que no es lo correcto y que debería cuidarse; al

conocer sus padres dicho acto auto-lítico de su hijo, delegan la responsabilidad de dialogar y/o buscar alternativas de ayuda para el menor a los maestros; aduciendo que el niño a los padres no les escuchan, que por motivos de trabajo no tienen tiempo para compartir con sus hijos, y al pasar su hijo mayor tiempo en la escuela quien mejor el maestro para ayudarlo y que no vuelva a cometer actos similares.

De esta manera los padres demuestran el poco interés hacia sus hijos el mismo que es de forma natural, culturalmente una persona Shuar considerada como fría, sin sentimientos; dando paso a nuestra intervención psicológica la misma que se basa en el niño y su familia, siendo lo último quienes más resistencia ponen ya que no aceptan que también son parte de la solución.

El envenenamiento con fungicidas es otro método utilizado por los niños Shuar para atentar contra su vida; al dedicarse la familia a la horticultura emplean fungicidas frecuentemente para mejorar sus cosechas o destruir el monte (mala hierba), el mismo que no es manejado adecuadamente, ya que dentro del hogar no existe el debido cuidado sobre el manejo del fungicida, no es guardado en un lugar seguro, está a simple vista y alcance de los niños; a esto se suman los modelos que han visto de algún familiar, vecino o conocido, o han escuchado conversaciones de que cierta persona murió porque se tomó "ranger" que es el más utilizado; de esta manera el intento de suicidio de un niño es ingerir el fungicida de manera directa, percatándose de que no le observen ningún familiar, y buscando un lugar alejado de la su casa; de los casos que hemos adquirido información, han sido sus hermanos quienes se percatan del acto que cometido el niño, al conocer una persona mayor en especial sus abuelos, el niño no es llevado al hospital o a una casa de salud, al contrario para ayudarlo al niño e intentar salvar su vida, los Shuar hace uso de los poderes de la naturaleza, utilizan una rama del árbol conocido como capirona (rama verde alargada, estrecha en forma de manguera; delgada) y sangre de drago (producto puramente natural, es la savia de un árbol de la familia Euphorbiaceae, utilizado tradicionalmente en las practicas medicinales. Posee un comprobado alto grado curativo) para hacerle al niño envenenado un lavado estomacal; los pasos son: introducir la rama de capirona por el ano del niño, como es de forma



cilíndrica, el extremo que queda libre, la persona Shuar absorbe un bocado de sangre de drago y sopla por el mismo, de esta forma la sangre de drago llega al estómago del niño y surgen los efectos de manera inmediata como, vómitos y diarreas permitiendo así que el niño elimine lo ingerido, la práctica del lavado lo realizan por tres días, días en los cuales el niño debe guardar reposo y una dieta basada solo en fruta evitando el contacto de productos procesados; una vez que el niño está recuperado biológicamente se inserta a su familia, amigos y escuela sin un tratamiento psicológico o cuidado posterior.

Dentro de la investigación se ha notado que los niños de la comunidad Shuar intentan suicidarse ahorcándose un método muy utilizado por las personas mayores, sabemos que los niños actúan bajo modelos adquiridos y uno de ellos el atentar contra su vida de esta forma, lo peculiar de este acto es que lo realizan en la presencia de la persona con la que siente el problema, es evidente en este caso que el llamado de atención es muy fuerte; el acto del intento de suicidio lo hace dentro del hogar ya que al ser de madera y vigas facilita a que el niño tome una cuerda, la sujete y de una manera impulsiva e introduzca su pequeño cuello con la finalidad de quedarse sin oxígeno y morir, sin saber que es entrar en un momento desesperante y a como dé lugar intenta soltarse a esto se suma la ayuda que brinda la persona que estuvo cerca de él, golpeándole en la parte de los pulmones es la forma como reviven al niño y de forma seguida es llevado a un ritual Shuar de purificación, para quitarles las malas energías y fibras que acompañen al niño, purificar el espíritu del niño para que pueda seguir con su vida normalmente, los padres de los niños Shuar que intentaron suicidarse y has sido purificados con el rito Shuar, aseguran que es lo suficiente para que el niño ya no vuelva intentar a atentar contra su vida.

### 2.3.3.11. PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN LA CONDUCTA SUICIDA

#### PREVENCIÓN

La prevención de la conducta suicida incluye todas las medidas que se pueden realizar para evitar la ocurrencia de un acto de suicidio, la cual puede ser subdividida en tres categorías principales:

**Prevención General.-** Incluye todas las medidas encaminadas a garantizar el apoyo psicológico, educacional y social a los niños, niñas y a su familia en si, con la finalidad de mejorar sus capacidades de influenciar positivamente sobre sus propias vidas y dotarlos de las habilidades suficientes para afrontar las diversas situaciones criticas de sus vidas.

**Prevención Indirecta.-** A través de esta se intenta reducir el número de actos o intentos suicidas en los niños y niñas Shuar en situaciones riesgosas con medidas enfocadas al ambiente como por ejemplo, reducir los métodos mediante los cuales un el niño/a puede autolesionarse, poniendo a buen recaudo los objetos y fungicidas que los niños toman para realizar dicho acto que atentan contra su vida..

**Prevención directa.-** Dirigida a abortar el proceso suicida en los niños/as que tienen pensamientos suicidas, intentos de suicidio, deseos de morir y todos los que se encuentren inmersos en un intento de suicidio.

Dentro de la prevención directa se examinara lo referente a la atención psicoterapéutica que el niño/a recibirá cuando intente suicidarse, tomando en cuenta y dando gran valor a la palabra y la escucha paciente, para lograr cambios positivos en los niños/as.

#### INTERVENCIÓN

El punto de partida para intervenir en cualquier situación de riesgo es la comunicación. La persona se encuentra inserta en un sistema siendo los miembros de ese sistema interdependientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del

sistema. El síntoma tiene valor de conducta comunicativo; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma intento de suicidio cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas. En el modelo interaccional o sistémico, la unidad es el sistema (díada, tríada o más personas). Así pues, la Terapia Familiar trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación.

La comunicación, es uno de los elementos que se ve afectado por el intento de suicidio. Por lo cual la terapia en sí es un espacio seguro para comunicarse y poder decir las cosas en otros contextos no se dicen, sin embargo hay también algunas técnicas para mejorar la calidad de la comunicación. El equipo investigativo ha utilizado pasos simples en los niños/as de la cultura Shuar como: hablar sin interrumpirle, escucharle, no asumir y preguntar, hablar en primera persona asumiendo la responsabilidad de lo que se dice, piensa o siente.

Entre las técnicas utilizadas con la familia tenemos:

### **Reformulación del problema**

Se explicó adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias de manera diferente lo que esta sucediendo en la secuencia de las relaciones familiares para que permita un cambio positivo dentro de la misma.

### **Re-encuadre**

Es la aportación que el equipo investigativo brindo a la familia del niño/a ofreciendo una nueva visión de la realidad, de forma que se pueda ver o experimentar nuevos tipos de interacción más enriquecedores para cada uno de los miembros y para todo el sistema, ayudando así a una nueva reconstrucción personal del sistema. Consiguiendo que cada

miembro de la familia tenga una idea diferente de lo que significa amor, y de lo que significa apoyo mutuo.

### **Propuestas de organización alternativas:**

Se distribuyeron tareas a cada miembro de la familia shuar, contando con su aprobación y se las analizó en la próxima sesión con la familia misma los resultados, cuyo objetivo fue que se encuentren pendientes de las tareas encomendadas y se halle menos pendiente del síntoma.

### **Sociodrama**

Cuyo objetivo es reducir la tristeza a través de esta técnica tratamos de que el niño/a aumente su tolerancia en sus sentimientos de tristeza, buscando que realicen otras actividades para que se distraiga y no presente conductas suicidas.

### **Role-playing**

A través de esta técnica se consiguió en que los miembros de la familia Shuar representen una escena permitiéndoles ver más vivencialmente la problemática por la cual están atravesando. Enfocando las cuatro reglas de la comunicación propuestas por Virginia Satir.

### **Valorar a la persona y manejar los sentimientos.**

Se realizó la valorización en el momento y con el lenguaje esternalizador, sirviéndole de empuje sinérgico al niño/a para reconstruir el valor que posee la vida. Fue necesario explorar y reconocer los sentimientos del niño/a suicida con el propósito de exteriorizarlos a través del dibujo, la escultura o usar un objeto metafórico se vuelven concretos y así puedan ejercer el poder de controlarlos.

## MARCO CONTEXTUAL

### NACIONALIDAD SHUAR

**Ubicación:** En las actuales provincias de Zamora Chinchipe y Morona Santiago y la parte meridional de la provincia de Pastaza. Actualmente los Shuar disponen de un territorio de 718.220 Has. Legalizadas y aproximadamente 150.000 Has. que están por legalizar.

**Población:** Aproximadamente 110.000 habitantes

**Idioma:** Shuar, perteneciente a la Familia Lingüística Jíbaro. Comprende varios subgrupos identificados, generalmente, por el hábitat donde residen: Para su interacción con la sociedad nacional, emplean el castellano como segunda lengua, que debido a la influencia de la sociedad nacional a través de la escuela y de los medios masivos de información, se presenta como lengua dominante.

La región que habitan los Shuar, corresponde a un ecosistema de montaña, pues se encuentran ubicados en las estribaciones de la cordillera oriental de los Andes, en una zona de Bosque Húmedo Tropical (BHT) en la parte suroccidental de la región Amazónica, disponen por ello de una rica diversidad de flora y fauna; sin embargo, su territorio es escabroso, los suelos son pobres en cuanto a riquezas minerales y la topografía es variada.

La familia constituye la unidad de reproducción biológica, económica, social, política y cultural más importante entre los Shuar, se trata de una sociedad clánica, en la que sus miembros se encuentran unidos por lazos de sangre y conformados en familias ampliadas. La poliginia o matrimonio de un hombre con varias mujeres, preferentemente sororal, es decir con las hermanas de la esposa, o sea sus cuñadas; y el levirato, o matrimonio con la viuda del hermano; han sido entre los Shuar, las reglas tradicionalmente aceptadas.

El número de esposas dependía de las cualidades del hombre, este debe ser, un valiente guerrero, trabajador, buen cazador, demostrar su honradez y veracidad; los futuros suegros juzgaban si estas cualidades se cumplían, para poder autorizar el matrimonio.

### **Matrimonio: Alianza matrimonial y la moral para solteros**

Los tíos hermanos de la madre y las tías, hermanas del padre, están obligadas a entregar sus hijas como cónyuges para los sobrinos, esto significa que el matrimonio se realiza entre primos cruzados. Mientras que a las tías, hermanas de la madre y a los tíos, hermanos del padre les está absolutamente prohibido entregar los hijos a los sobrinos, pues es tabú el matrimonio entre primos paralelos, por ser considerados hermanos entre sí.

Para los jóvenes o solteros Shuar no existen reglas precisas para la conducta sexual. Antiguamente cuando un joven cometía relaciones prematrimoniales los castigos eran severos como: meter ají en los genitales, machetear la cabeza al soltero y rapar a la soltera, esta punición era practicada delante de la comunidad. Cuando acontecían este tipo de problemas, algunos padres llevaban a sus hijos a las cascadas en ayunas, les hacían beber el zumo de tabaco.

Actualmente la conducta sexual es asimilada inconscientemente de la cultura dominante; a causa de la costumbre adoptada los jóvenes generan dentro de la comunidad problemas sociales con las jóvenes y las mujeres afectadas para no ser desprestigiadas por toda la comunidad emigran a los centros urbanos para prestar servicios domésticos y son, muchas veces, explotadas moral y económicamente por parte de los patrones.

### **Manifestación de los sentimientos**

Por tradición las expresiones amorosas más usadas consisten en regalos, visitas, bromas y la sonrisa, el signo más importante es sacar la lengua, moviéndola entre los labios como hacen las culebras. Estando juntos, los amantes usan pocas expresiones, las más practicadas son: frotarse la nariz recíprocamente y la manipulación de la zona erógenas de la mujer, esto sucede antes del coito.

Las mujeres shuar ante la presencia de los hombres o de los padres son serias, silenciosas, mientras que cuando se encuentran a solas con el hombre son más cariñosas, cálidas, nada tímidas ni medrosas. En el ambiente shuar entre los jóvenes y adultos se habla frecuentemente de temas sexuales, sea a manera de chiste o de enseñanza. En la población shuar el adulterio es el delito más frecuente y el más perseguido.

La poligamia no se practica en las parroquias de Santiago y San José de Morona los cambios culturales y económicos vienen afectando la estructura familiar, las relaciones entre el hombre y la mujer, entre las generaciones, entre los padres y los hijos; como afirma Clemente Entza para comprender el presente y proyectar el futuro del pueblo Shuar hay que tener una idea cabal de la tradición.

Cuando los mestizos llegaron a Morona Santiago empezaron contraer matrimonio con las mujeres Shuar, efecto de este impacto social existe un buen número de mestizaje en la población Shuar, según el profesor Pedro Uvijint en el centro urbano de Santiago existe un 25% de mezcla humana. En tiempos contemporáneos para la alianza matrimonial entre los Shuar existen los siguientes factores:

- La simpatía entre los novios.
- Las cualidades del futuro compañero.
- Poder y prestigio del cónyuge masculino y de sus familiares.
- Cooperación y alianza.
- Profesión y empleo.

Según Puwanchir líder de la comunidad indica que el matrimonio ideal es aquella relación en la cual todos los participantes tienen éxito en su esfera de actividad y en el convivir armónico. En Morona Santiago el 40% de las mujeres shuar hace un hogar con los militares nativos y foráneos. Algún personal del Ejército legaliza el matrimonio civil en cambio otros mantienen unión libre.

## **Organización social**

Antiguamente, no existieron instituciones políticamente estructuradas. La forma de organización de la cultura Shuar es diferente a las culturas que se formaron en los Andes o en Europa. Pero no por esto nuestra cultura Shuar menos valiosa. No hemos desarrollado formas de organizaciones políticas tan amplias y complejas como lo hicieron los Incas y aztecas o los pueblos Europeos; tampoco hemos construido grandes ciudades como ellos. Nuestro estilo de organización tradicional, se basa en pequeños grupos locales, formados por familias ampliadas.

La sociedad es una organización social Shuar Basada en la unidad familiar, con una gran Riqueza cultural y religiosa principal Cuya filosofía es el respeto a la naturaleza.

## **Rol específico de la mujer en la cultura Shuar**

- Desvalorizada por sus esposos.
- Labores y servicios exclusivamente domésticos.
- Mantiene la huerta, prepara la comida y ejecuta trabajos de alfarería.
- Los mestizos forman el hogar con una mujer Shuar por interés del territorio.
- Les faltan relaciones humanas y comunicación interpersonal.
- Viven relegadas, por mucho tiempo, de la participación política.
- No existe la protección a la integridad física y psicológica de las mujeres.
- No existe igualdad de oportunidades para hombres y mujeres. (equidad de género).

## **Rol específico del hombre en la cultura Shuar**

- Machista y enérgico en sus decisiones a nivel familiar y comunitario.
- Es considerado como orientador y jefe de la familia.
- Ocupa cargos importantes en las instituciones del Estado.
- Complejo de inferioridad del ser Shuar.
- Poca autoestima y auto valorización.



- Economía de subsistencia y no de mercado, esto es considerado un factor negativo para el desarrollo del cantón.
- Debe desarrollarse con identidad sin perder los valores culturales. (Mateo Nantip)

### **Rol específico del niño en la cultura Shuar**

- Niños Shuar con muchos talentos por descubrir.
- Desvalorización de los niños Shuar por parte de los mestizos en los centros Educativos.
- Discriminación por motivos de etnia y filiación política.
- Carencia de materiales didácticos en las escuelas Bilingües e ineficiente la educación de los niños escolares.
- No respetan el ritmo de aprendizaje de los niños Shuar.
- Escuelas bilingües pero la enseñanza con enfoque occidental.
- Existe poca aceptación de los niños Shuar en escuelas Hispanas.
- Son marginados por los mestizos.
- Los niños Shuar poco afectivos.
- No mantienen normas ni reglas de comportamiento.

## 2.4. TÉRMINOS BÁSICOS

**Acto suicida.-** Incluye el intento de suicidio y el suicidio.

**Ahorcamiento.-** Uno de los principales métodos suicidas utilizados por el sexo masculino tanto en áreas urbanas como rurales.

**Amenaza suicida.-** Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

**Antecedentes suicidas.-** Incluye, principalmente, los actos suicidas previos que haya realizado un sujeto. Puede ser utilizado también para referirse a la presencia de familiares que hayan tenido estos antecedentes.

**Comunicación suicida.-** Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida.

**Conducta suicida.-** Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio.

**Daño autoinfligido.-** Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.

**Duelo.-** Manifestaciones reactivas a la muerte de un ser querido. En el duelo por un suicida sobresalen la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la búsqueda del por qué, el temor ante el arrepentimiento tardío, cuando las fuerzas no eran suficientes para evitar la muerte próxima.

**Efecto Werther.-** Término propuesto por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. Efecto de imitación.

**Factor de riesgo.-** Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para contraer determinada enfermedad o alteración de la salud. Tienen

como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres, están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

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

**Métodos.-** Recursos, medios, elementos mediante los cuales un sujeto trata de poner fin a su vida.

**Parasuicidio.-** Término utilizado para referirse al intento suicida.

**Perfil suicida.-** Rasgos psicológicos que pudieran caracterizar a un suicida potencial como la impulsividad, la pobreza en las relaciones interpersonales y la hostilidad, que son rasgos frecuentes, pero no exclusivos de los suicidas.

**Plan suicida.-** Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

**Suicidio.-** Es una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se autoagrede, el resultado de esta agresión conduce a la muerte. Es el homicidio de sí mismo, el acto suicida que termina en la muerte.

**Tendencias suicidas.-** Actitud caracterizada por la intención, planificación, posible decisión o impulsos de cometer suicidio.

## **2.5. HIPÒTESIS Y VARIABLES**

### **2.5.1. HIPÒTESIS**

Los factores psicosociales como el abandono, maltrato y depresión inciden en el intento de suicidio en niños/as de la cultura Shuar de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas.

### **2.5.2. VARIABLES**

#### **2.5.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE**

Factores psicosociales

#### **2.5.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE**

Intento de suicidio.

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES OPERACIONALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<b>INDEPENDIENTE</b> Factores Psicosociales	Son aquellas condiciones familiares, sociales y psicológicas de la persona que sin necesidad de constituir cuadros clínicos identificables, constituyen situaciones que afectan la salud.	Familiar  Social  Psicológicas	<input type="checkbox"/> Defunción familiar. <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Polivictimia <input type="checkbox"/> Degradación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuestas                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario</li> </ul> </li> <li>• Reactivos psicológicos                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- CIE: Inventario de Degradación Infantil</li> </ul> </li> </ul>
<b>DEPENDIENTE</b> Intento de Suicidio	Acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí mismo, en momentos que se encuentran emocionalmente afectada, sin llegar a tener como resultado la muerte	Acto realizado contra sí mismo	<input type="checkbox"/> Abandono. <input type="checkbox"/> Emocionalismo o (impulsos de fugacidad) <input type="checkbox"/> Familias. <input type="checkbox"/> Acontecer de un pasado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ficha de registro</li> </ul> </li> <li>• Encuestas                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuestionario</li> </ul> </li> </ul>

**CAPÍTULO III**

**MARCO**

**METODOLÓGICO**

### **3.1. MÉTODO**

Para la presente investigación se utiliza el método inductivo-deductivo, explicativo y analítico. Siendo que el método inductivo-deductivo permite estudiar al problema de manera particular para llegar así a conclusiones generales y luego valorar particularmente cada conclusión. Por su parte el método explicativo, describe las causas y consecuencias del problema a investigar, y el método analítico nos ayuda a revisar y analizar ordenadamente las particularidades del problema a estudiarse, la relación entre objeto y sujeto.

#### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación se caracteriza por ser tipo Descriptiva-Explicativa.

##### **DESCRIPTIVA**

Describe situaciones y sucesos, narra como es y cómo se comporta el fenómeno, problema o hecho a investigarse, por lo tanto este tipo de investigación nos proporciona datos cualitativos.

##### **EXPLICATIVA**

Porque sobre las bases del procesamiento e interpretación de la información recabada de textos, libros, etc. Se podrá explicar las causas y consecuencias que está produciéndose en el problema a investigarse.

#### **3.1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

De campo, no experimental

##### **DE CAMPO**

El proceso investigativo se llevó a cabo en un lugar específico y adecuado en este caso en la Unidad Educativa “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas.

## **NO EXPERIMENTAL**

Porque el problema a investigarse se lo observara tal como se da en su contexto, no habrá una manipulación deliberada de las variables.

### **3.1.3. TIPO DE ESTUDIO**

Transversal en el periodo de, septiembre 2011 a marzo 2012.

## **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.2.1. POBLACIÓN**

Constituida de 120 estudiantes de la Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”, de la Ciudad de Macas.

### **3.2.2. MUESTRA**

Se centró en los seis casos de intento de suicidio que reposan en los archivos de la Institución educativa.

## **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Encuesta.-** Aplicada a los seis niños con intento de suicidio de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo”, de la edad comprendida de ocho a once años de edad a través de un cuestionario con preguntas de selección múltiples.

**Observación.-** Realizada a través de la ficha del registro de datos, la misma que reposa en la secretaría de la Institución Educativa.

**Reactivos Psicológicos.-** Se aplica el CDI (Inventario de Depresión Infantil). Con dicho inventario se evaluara los síntomas depresivos en niños y niñas de la comunidad shuar de 8 a 11 años de edad. Oscilando con el tiempo de aplicación de 10 a 20 minutos.



### **3.4 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Los datos obtenidos se tabularán, interpretarán, analizarán y graficarán estadísticamente.

Para una mejor comprensión se presentará esta información utilizando programas informáticos para la elaboración de cuestionarios y todo tipo de textos, procesamiento y tabulación de datos numéricos y gráficos los mismos que permitirán determinar mediante un análisis las respectivas conclusiones.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

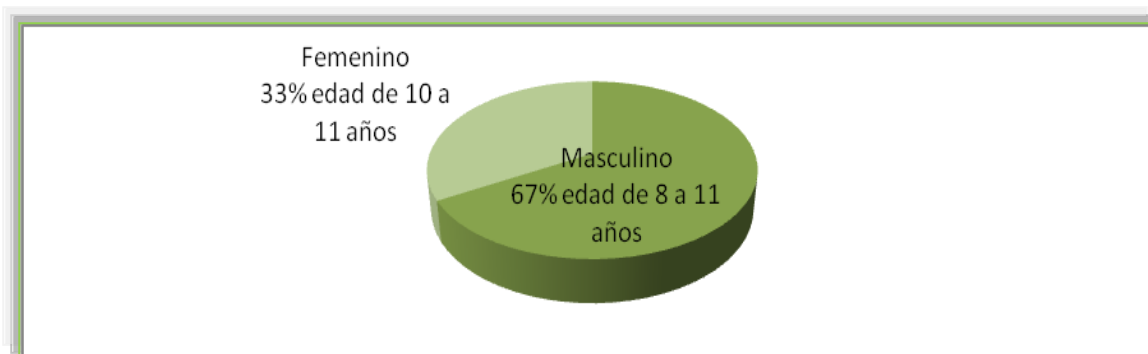
### INDICADORES DE LA FICHA DE REGISTRO

#### CUADRO N°. 1.- INTENTO DE SUICIDIO

SEXO		EDAD
MASCULINO	4	8 y 11 años
FEMENINO	2	10 y 11 años
<b>TOTAL: 6 niños/as</b>		

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”  
**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

#### GRÁFICO N°. 1.- INTENTO DE SUICIDIO



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”  
**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del cuadro se evidencia el 67% (4) corresponde a estudiantes de sexo masculino desde la edad de 8 años a 11 año, el 33% (2) equivale al sexo femenino en la edad de 10 años a la edad de 11 años.

De la ficha que reposa en los archivos de la Escuela se puede evidenciar los seis casos de intento de suicidio de los estudiantes que se encuentran matriculados y asistiendo a clases. Denotando el sexo y la edad, siendo los niños quienes tienen mayor incidencia del intento de suicidio que las niñas, las edades están comprendidas desde los 8 años a los 11 años.

## INDICADORES DE LOS NIÑOS DE LA ESCUELA “ANDRÉS AVELINO JARAMILLO”

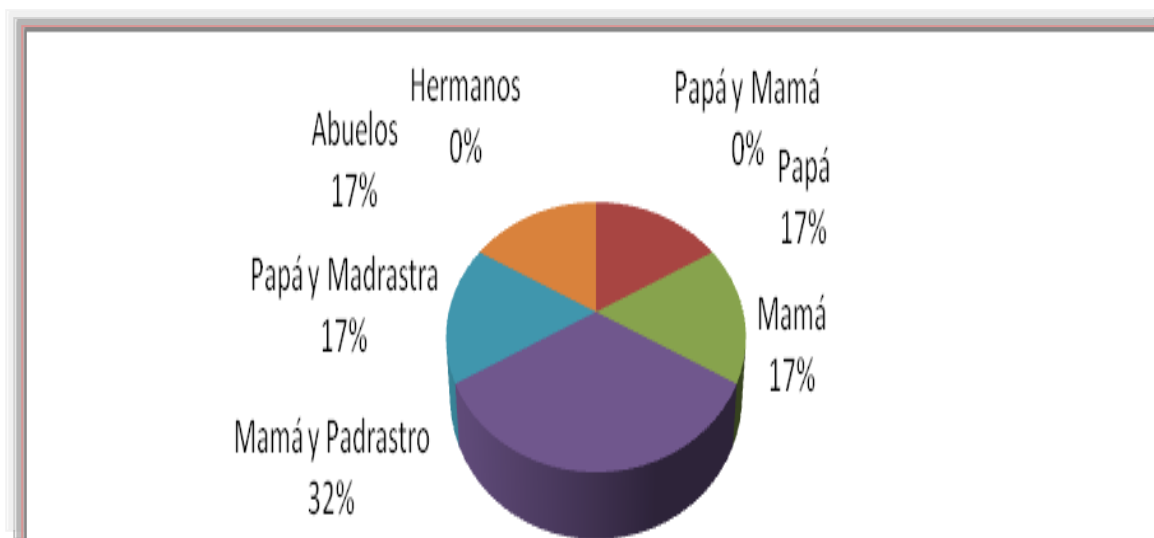
**CUADRO N°.2.- CON QUIÉN VIVE**

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Papá y Mamá	00	00 %
Papá	01	17 %
Mamá	01	17 %
Mamá y Padrastro	02	32 %
Papá y Madrastra	01	17 %
Abuelos	01	17 %
Hermanos	00	00 %
<b>TOTAL</b>	06	100%

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

**GRÁFICO N°.2.- CON QUIÉN VIVE**



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En lo que corresponde con la convivencia denotamos que el 32% (2) viven con su madre y padrastro, el 17% (1) viven solo con su madre, el 17% (1) vive con su padre, el 17% (1) viven con sus abuelos, el 17% (1) vive con su padre y madrastra.

Se puede evidenciar claramente la disfunción familiar existente dentro de las familias Shuar, basadas en la teoría sistémica la disfunción familiar es un tipo de familia conflictiva acarreando dolor y agresión, ausencia de afectos de bienestar lo que conlleva a desequilibrio familiar y social, y, dentro de la cultura shuar el matrimonio no es evidente, por motivos del trabajo el feje del hogar no vive con su familia, recorre de un lugar a otro en busca del trabajo.

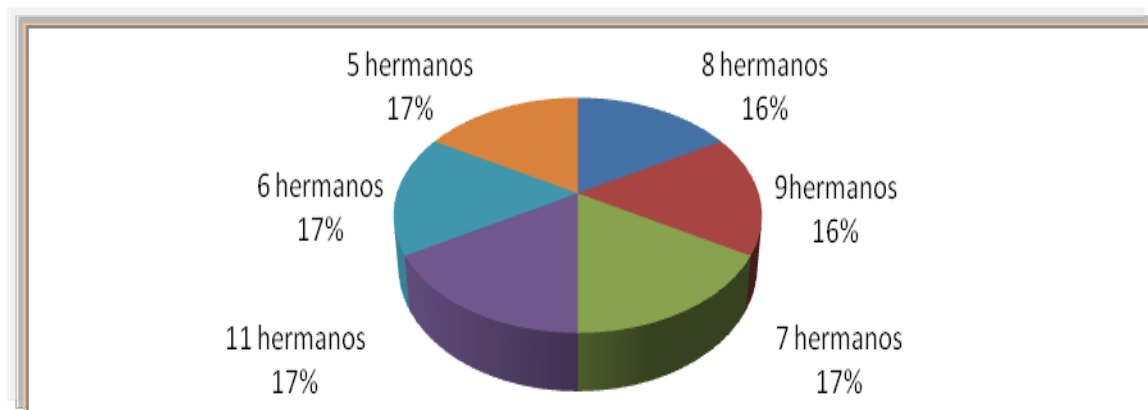
### CUADRO N°.3.- NÚMERO DE HERMANOS

Niños/as	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 hermanos	1	16%
9hermanos	1	16%
7 hermanos	1	17%
11 hermanos	1	17%
6 hermanos	1	17%
5 hermanos	1	17%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.3.- NÚMERO DE HERMANOS



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos los niños/as shuar 16%(1) señalan que tienen 8 hermanos, el 16%(1) indica que tienen 9 hermanos, el 17%(1) indica que tienen 7 hermanos, el 17%(1) indica que tienen 11 hermanos, el 17%(1) indica que tienen 6 hermanos, el 17%(1) indica que tienen 5 hermanos.

Los datos demuestran que las familias shuar son extensas ya que el número de hijos que tienen son de 6 para arriba, los mismos que se desarrollan en una pobreza extrema, señalado así en el marco teórico que es solo la madre quien está al cuidado de su hijos.

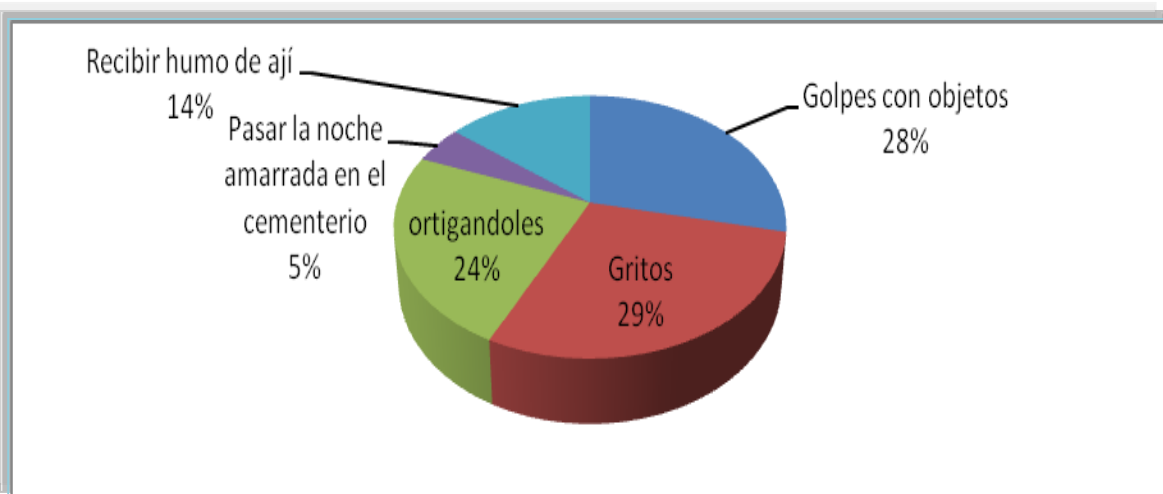
#### CUADRO N°.4.- FORMAS DE MALTRATO

CARACTERÍSTICAS	RESPUESTA	PORCENTAJE
Golpes con objetos	6	28%
Gritos	6	29%
Ortigándoles	5	24%
Pasar la noche amarrada en el cementerio	1	5%
Recibir humo de ají	3	14%
<b>TOTAL</b>		100%

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

#### GRÁFICO N°.4.- FORMAS DE MALTRATO



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos señalan los diferentes tipos de maltrato que se practica dentro de la comunidad Shuar el 29% (6) es maltratado con gritos e insultos, el 28 % (6) señalan ser maltratados con objetos como machete o bejucos, el 24% (5) con ortigas estando el niño completamente desnudo, el 14% (3) señalan que es recibiendo humo de ají y el 5% (1) indica que es castigado pasando sujetado una noche en el cementerio.

Denotamos que el maltrato físico y psicológico que sufren los niños de la comunidad Shuar son fuertes, como se describe en el marco teórico las deferentes prácticas de maltrato que en este caso son los abuelos de los niños quienes lo practican, son acto inaceptables a los cuales las autoridades defensoras de los derechos de los niños no han podido frenar ni eliminar, ya que es una práctica según las personas shuar natural y propia de la cultura.

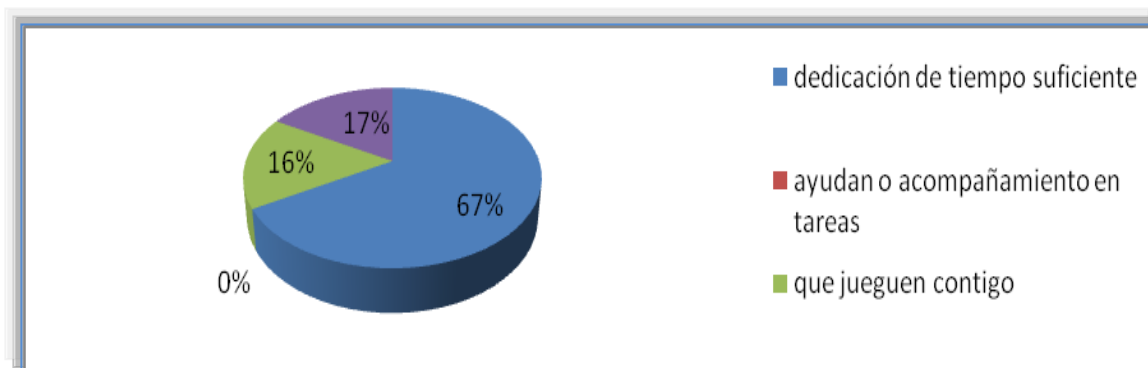
### CUADRO N°.5.- NECESIDADES DEL NIÑO/A

CARACTERÍSTICAS	RESPUESTA	PORCENTAJE
dedicación de tiempo suficiente	4	67%
ayuda o acompañamiento en las tareas	0	0%
que jueguen contigo	1	16%
Que conversen	1	17%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.5.- NECESIDADES DEL NIÑO/A



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En cuanto a lo que los niños sienten que hace falta en su hogar el 67% (4) manifiestan que necesitan que sus padres o cuidadores les dediquen tiempo suficiente, el 17% (1) les hace falta conversar en familia, el 16% (1) señala que le gustaría que sus padres jueguen con él.

Los datos indican que las necesidades son varias entre las más deseadas por los niños es que necesitan compartir el tiempo con sus padres, compartir actividades recreacionales junto a ellos.



## CUADRO N°.6.- INTENTO DE SUICIDIO DENTRO DE LA FAMILIA

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	67%
No	2	33%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

## GRÁFICO N°.6.- INTENTO DE SUICIDIO DENTRO DE LA FAMILIA

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”



**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Relacionado algún miembro de su familia ha tenido un intento de suicidio el 67% (4) manifiesta que sí, mientras el 33% (2) manifiestan que no existe ningún miembro con intentos de suicidio.

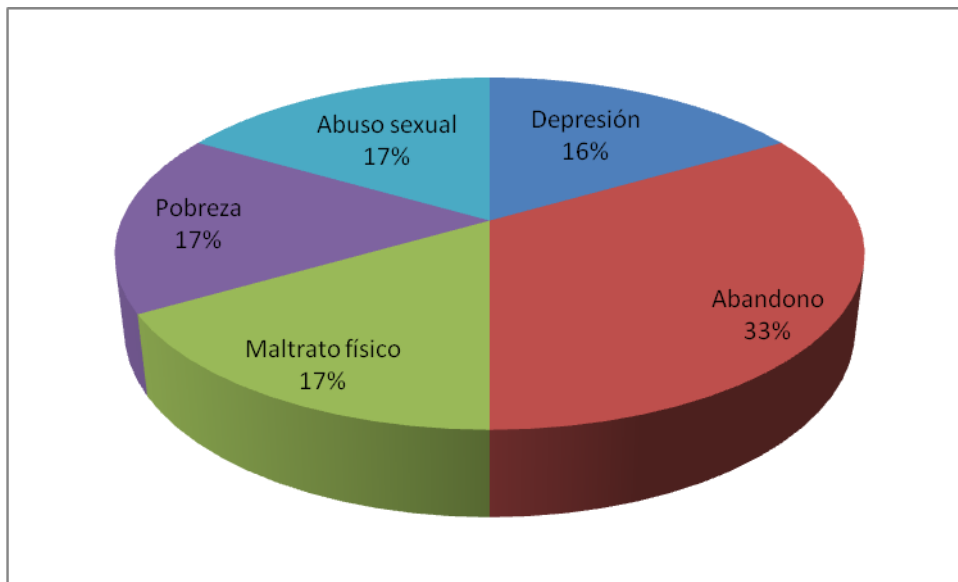
Podemos denotar en los niños/as que los intentos de suicidio dentro de las familias son evidentes llegando a ser un modelo adquirido en la práctica del intento de suicidio.

### CUADRO N°.7.- MOTIVOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO.

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión	1	16 %
Abandono	2	33 %
Maltrato físico	1	17 %
Pobreza	1	17 %
Maltrato escolar	0	00 %
Rechazado	0	00 %
Abuso sexual	1	17 %
otros	0	00 %
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escuela "Andrés Avelino Jaramillo"  
Elaborado por: Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.7.- MOTIVOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO.



Fuente: Escuela "Andrés Avelino Jaramillo"  
Elaborado por: Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Respecto a la decisión por la cual han optado uno o más intentos de suicidio el 33 % (2) manifiesta que es a causa del abandono que sienten por parte de sus padres, el 17% (1) señala que es debido al maltrato físico que recibe por parte de sus abuelos y madre, el 17% (1) señala que es debido a que algún momento fue abusada sexualmente por un

miembro de su familia, y el 16% (1) indica que la depresión es un factor que influyó para tener un intento de suicidio.

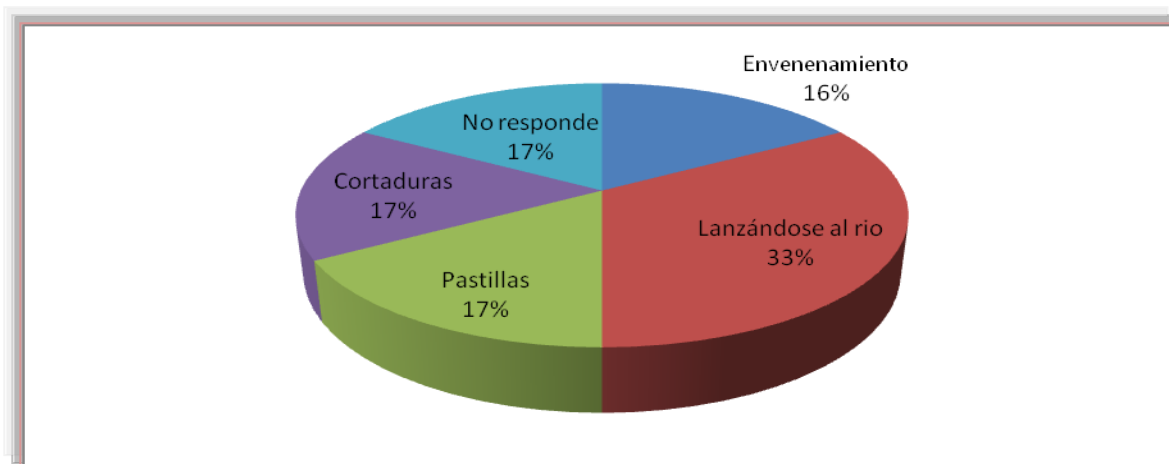
De los datos podemos deducir que los niños y niñas que han sido investigadas vienen de hogares disfuncionales y como tales sobre el abandono de uno o de ambos padres, considerando como factores predominante para el intento de suicidio el abandono, maltrato físico, abuso sexual, carencia afectiva y la depresión.

### CUADRO N°.8.- MÉTODOS EMPLEADOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Envenenamiento	1	16%
Lanzándose al río	2	33%
Ahorcamiento	1	17 %
Pastillas	1	17%
No responde	1	17%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”  
**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.8.- MÉTODOS EMPLEADOS PARA EL INTENTO DE SUICIDIO



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”  
**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos en cuanto al método empleado para el intento de suicidio señalan el, 33%(2) fue lanzándose a un río, el 17%(1) ahorcándose, 17% (1) mediante la ingesta de pastillas, el 16%(1) envenenamiento con fungicida, y el 17%(1) no responde.

Denotando que los métodos de atentar contra su vida son variados y accesibles dentro su medio, en el marco teórico describimos cada una de las prácticas realizadas, prevaleciendo la práctica de castigo que las personas mayores ejecutan, como es lanzándose desde un puente hacia un río, corriendo los riesgos de subir secuelas desde leves a graves.

**ENCUESTA PARA LOS PADRES DE FAMILIA  
DE LA ESCUELA “ANDRÉS AVELINO JARAMILLO”**

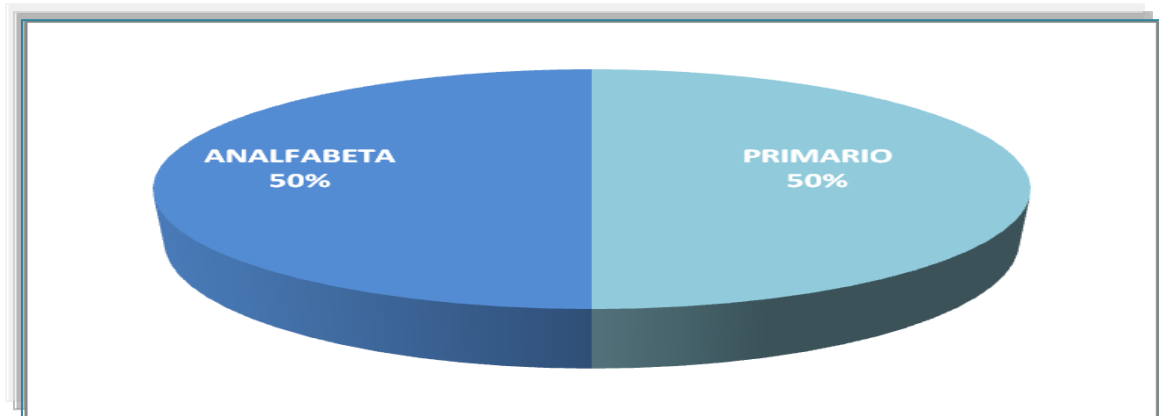
**CUADRO N°.9.- INSTRUCCIÓN**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PRIMARIO	3	50%
SECUNDARIO	0	00%
SUPERIOR	0	00%
ANALFABETA	3	50%
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

**GRÁFICO N°.9.- INSTRUCCIÓN**



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En cuanto a la instrucción académica que tienen las personas shuar de los niños/as investigados son el 50% (3) analfabetos, el 50% (3) de nivel primario.

Los datos nos demuestran que el nivel académico dentro de la comunidad shuar es bajo ya que la mitad de las personas son analfabetas, denotando esto la poca o escasa ayuda que puedan prestar a sus hijos o representados en las actividades académica.

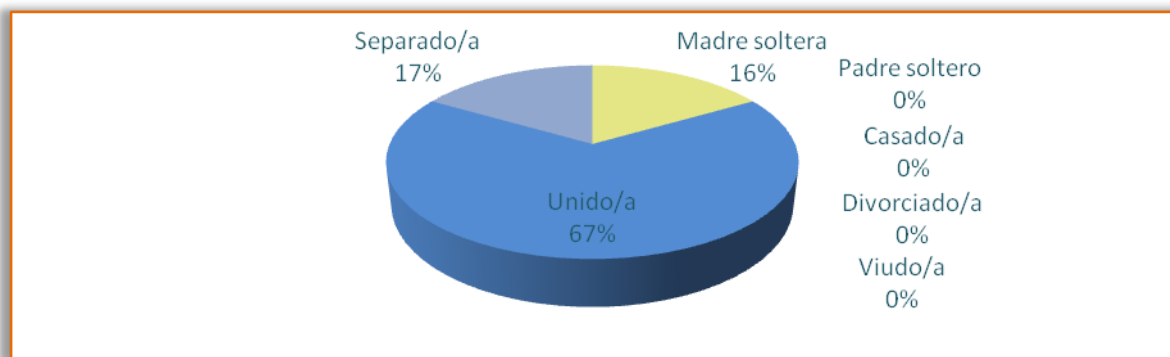
## CUADRO N°.10.- ESTADO CIVIL

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre soltera	1	16%
Padre soltero	0	00%
Casado/a	0	00%
Viudo/a	0	00%
Divorciado/a	0	00%
Unido/a	4	67%
Separado/a	1	17%
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

## CUADRO N°.10.- ESTADO CIVIL



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los datos relacionados al estado civil de las personas shuar entrevistadas nos indican que el 67% (4) mantienen una relación de unión libre, el 17% (1) son separados/as y el 16% (1) son madres solteras.

Se deduce que en cuanto al estado civil dentro de la comunidad shuar no predomina el matrimonio como lo describíamos en el marco teórico, lo que indica una relación libre de leyes. Más de la mitad de encuestados denotan que mantienen una relación de unión libre.

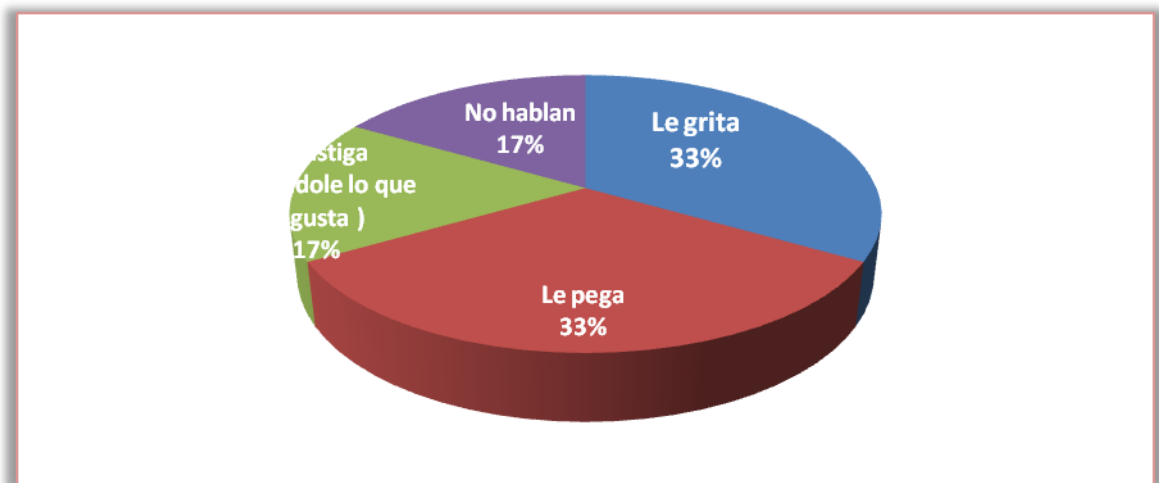
### CUADRO N°.11.- FORMAS DE MALTRATO

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Le grita	2	20%
Le pega	2	40%
Le castiga (privándole lo que le gusta )	1	20%
No hablan	1	20%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>

Fuente: Escuela "Andrés Avelino Jaramillo"

Elaborado por: Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.11.- FORMAS DE MALTRATO



Fuente: Escuela "Andrés Avelino Jaramillo"

Elaborado por: Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la tabla demuestra que el 40% (2) de los padres encuestados señalan que corrigen a sus hijos pegándoles, es decir con el maltrato físico, mientras que el 20% (1) señala que corrige mediante gritos, el 20% (1) mediante el dialogo y el 20% (1) manifiesta que no dejándoles ir al río a nadar con los amigos o hermanos.

Podemos evidenciar que los padres aceptan el maltrato físico y psicológico que cometen hacia sus hijos, como también la manera de dialogar y no permitir que realicen las actividades que les gustan, denotando las respuestas contrarias a las de sus hijos.



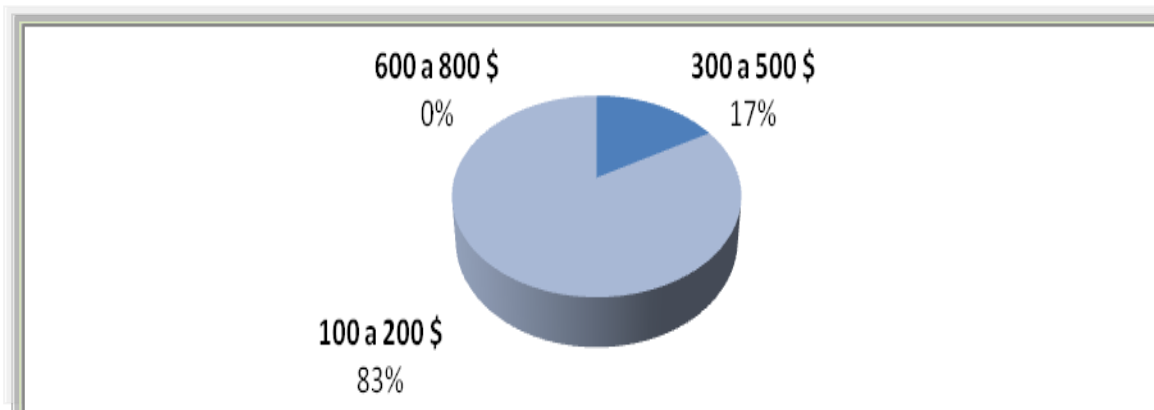
## CUADRO N°.12.- INGRESO ECONÓMICO

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
600 a 800 \$	0	00%
300 a 500 \$	1	17%
100 a 200 \$	5	83%
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

## GRÁFICO N°.12.- INGRESO ECONÓMICO



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la tabla se deduce que el ingreso económico de las familias shuar es según el 83% (5) bajo considerado de 100 a 200 dólares, mientras el 17% (1) indica que es medio de 300 a 500 dólares.

Se denota que el nivel de pobreza es alto, ya que en la mayoría de las familias shuar tienen sus ingresos económicos bajos, los mismos que son provenientes del trabajo en la agricultura y de un solo miembro de los progenitores.

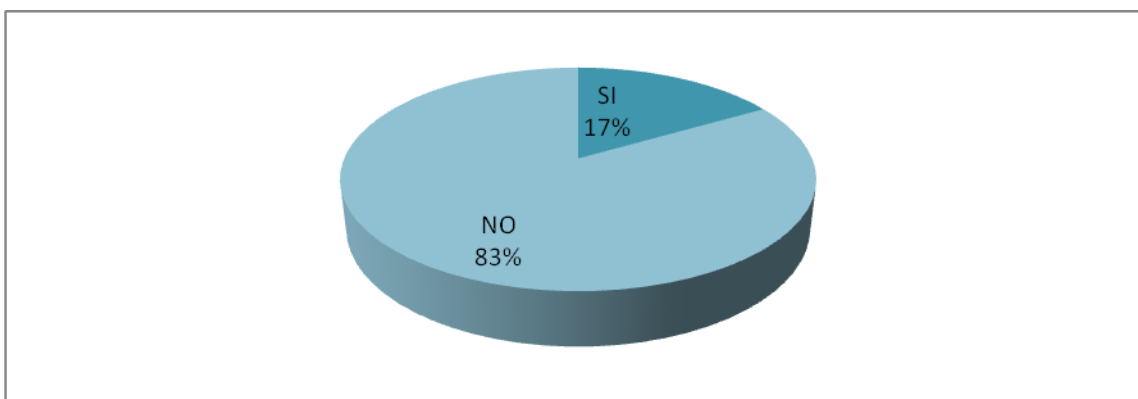
### CUADRO N°.13.- DEDICA TIEMPO Y COMUNICACIÓN

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	17%
NO	5	83%
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.13.- DEDICA TIEMPO Y COMUNICACIÓN



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De la tabla se deduce que 83% (5) de padres o representantes no se preocupan ante un síntoma o signo diferente en su hijo/a, apenas el 17%(1) señala que si le pregunta que le pasa.

Se denota la falta de comunicación y tiempo de calidad que existe en las familias de la comunidad shuar. Satir menciona que la comunicación es el factor determinante de las relaciones que establecerá con los demás, y lo que sucede con cada una de ellas en el mundo. En los niños shuar no se evidencia dicho factor

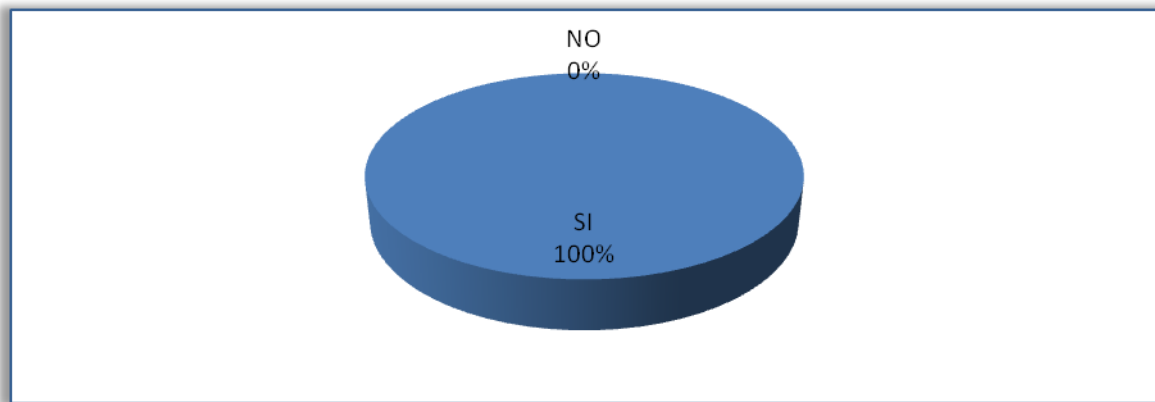
#### CUADRO N°.14.- CONOCIMIENTO DE INTENTO DE SUICIDIO

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	100%
NO	0	00%
<b>TOTAL</b>	06	100%

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

#### GRÁFICO N°.14.- CONOCIMIENTO DE INTENTO DE SUICIDIO



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con respecto a la pregunta se obtiene que el 100%(6) de la familia es conocedora del intento de suicidio que en algún momento el niño lo realizó.

Los datos demuestran que son todas las familias shuar que conocen sobre el acto de intento de suicidio que presentaron los niños/as, los mismos que al conocer dicho acto no han buscado ayuda de un profesional para ayudar a superar dicho problema al niño/a, como se describe en el marco teórico solo recurren a los ritos propios de la cultura shuar.

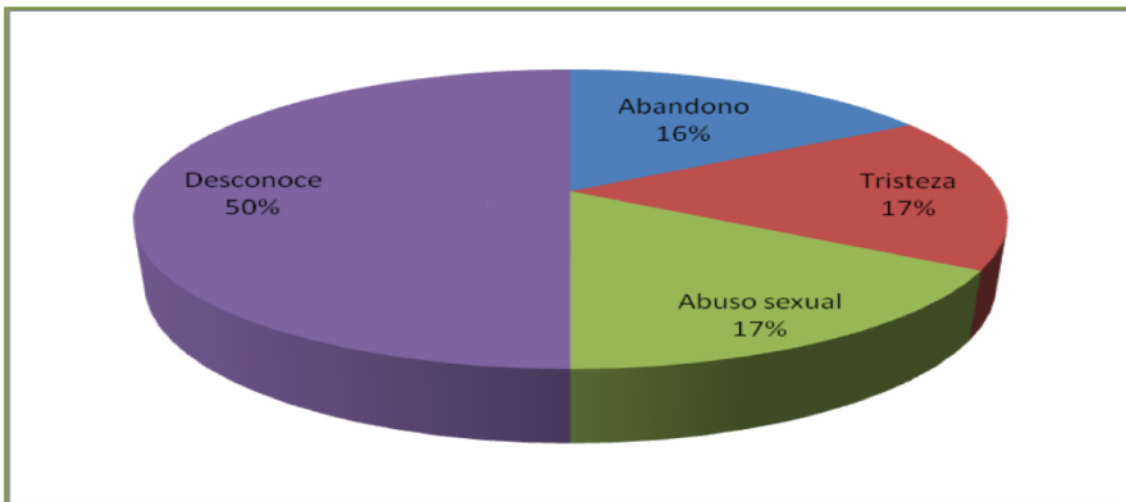
### CUADRO N°.15.- CAUSAS

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soledad	0	0%
Abandono	1	16%
Maltrato físico	0	0%
Tristeza	1	0%
Pobreza	0	0%
Maltrato escolar	0	0%
Rechazado	0	0%
Abuso sexual	1	17%
Desconoce	3	50%
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.15.- CAUSAS



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

En cuanto a si los familiares conocen la causa por la cual el niño Shuar intento suicidarse el 50%(3) señala que desconoce la causa, mientras el 17%(1) indica que se debió al abuso sexual que tuvo en niño/a, el 17%(1) indica que se debe a la tristeza que el niño sentía, y el 16%(1) indica que se debe por abandono de sus padres.

Los datos denotan que las familias Shuar están conscientes de que sus hijos/as tienen intentos de suicidio, pero la mitad de las familias desconocen los motivos por los cuales sus hijos/as han intentado suicidarse, reflejando poca comunicación y preocupación por sus hijos

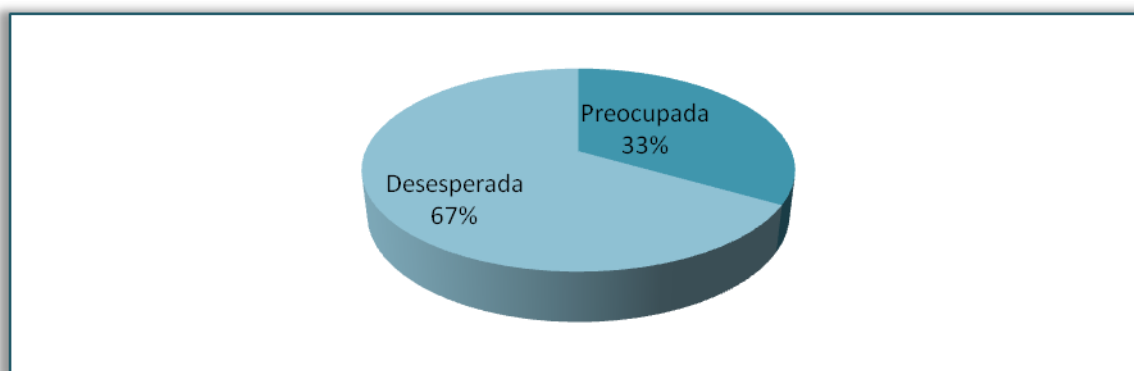
### CUADRO N°.16.- REACCIÓN

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tranquila	0	0%
Preocupada	2	33%
Desesperada	4	67%
Impotente	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.16.- REACCIÓN



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con respecto a cómo reaccionó ante el intento de suicidio de su hijo/a, el 67%(4) manifiesta que desesperada, mientras el 33%(2) indica que reaccionó preocupado ante dicho acto.

Los datos denotan que las familias Shuar reaccionan de manera desesperada ante un intento de suicidio, conllevándoles asistir de inmediato donde el curandero o shaman más cercano a su domicilio.

## CUADRO N°.17.- ATENCIÓN MÉDICA

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hospital	0	0%
Clínica	0	00%
Shaman	5	67%
Atención en la propia casa	1	33%
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas



### GRÁFICO N° 17.- ATENCIÓN MÉDICA

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ÁNÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con relación al lugar que acudieron en busca de ayuda los familiares del niño Shuar que tuvo el intento de suicidio indican el 83%(5) asistieron donde un shaman, el 17%(1) indica que asistieron a otro lugar.

Los datos demuestran que el modo de pedir ayuda para salvar la vida de su hijo/a es llevando a la niña/o donde un shaman cercano, el mismo que mediante el rito Shuar purifica de cualquier sufrimiento o dolencia a la persona, motivo por el cual consideramos que no existen datos estadísticos alarmantes del intento de suicidio en los niños de la comunidad Shuar.

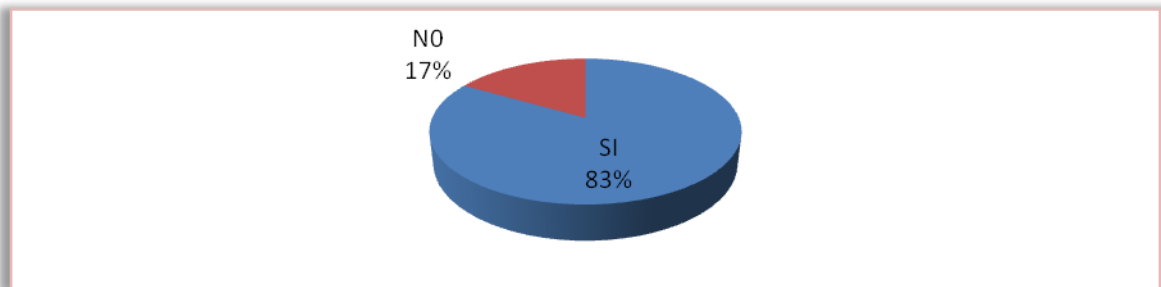
### CUADRO N°.18.- HA SUPERADO EL INTENTO DE SUICIDO

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	83%
N0	1	17%
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.18.- HA SUPERADO EL INTENTO DE SUICIDO



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las familias de los niños/as Shuar que presentaron un intento de suicidio mencionan el 83%(5) que si están superados dichos intentos, mientras apenas el 17%(1) indica que no está superado el intento de suicidio.

Los datos denotan que los familiares consideran superado el intento de suicidio de sus hijos, gracias a la intervención de la práctica del rito Shuar. Como es de nuestro conocimiento y consta en el marco teórico, para superar el intento de suicidio es un seguimiento y acompañamiento permanente hasta lograr canalizar el sufrimiento del niño.



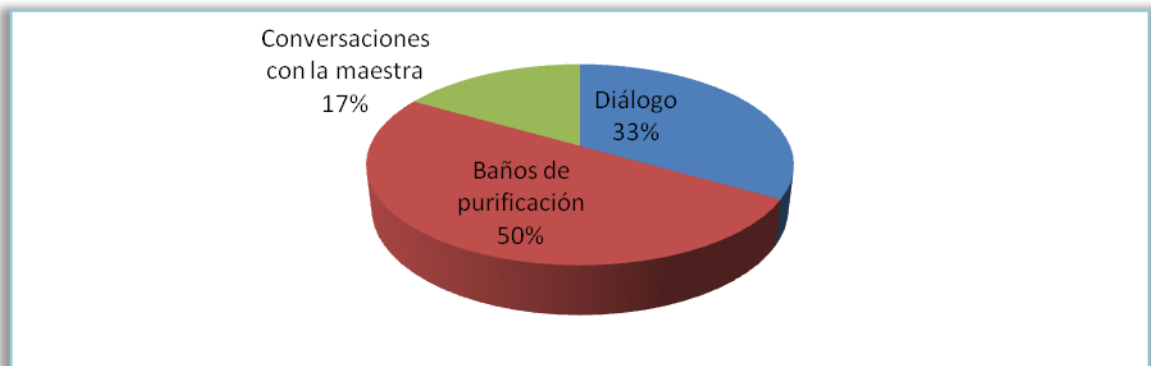
### CUADRO N°.19.- AYUDA PARA SUPERAR EL INTENTO DE SUICIDIO

CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diálogo entre la familia	2	33%
Baños de purificación	3	50%
Conversaciones con la maestra	1	17%
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.19.- AYUDA PARA SUPERAR EL INTENTO DE SUICIDIO



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Con respecto a su aporte como familia para superar el factor por el cual el niño/ã tuvo el intento de suicidio el 50% (3) señala que ha sido por ayuda de los baños de purificación dadas por el shaman, mientras el 33% (2) consideran haber aportado a través del dialogo con sus hijos y el 17%(1) indica que ha sido su maestra de escuela quien ayuda al niño a superar el problema.

Los datos denotan que las familias shuar ven superado el intento de suicidio gracias al baño de purificación que lo practica el shaman. Podemos darnos cuenta junto al marco teórico que la falta de cariño, apoyo, comunicación y respeto que existe en núcleo

familiar shuar, desprenden su responsabilidad a personas con las cuales sus hijos comparten el tiempo como son sus maestras. Siendo factores desencadenantes a la conducta de autoeliminación del niño o niña shuar.

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

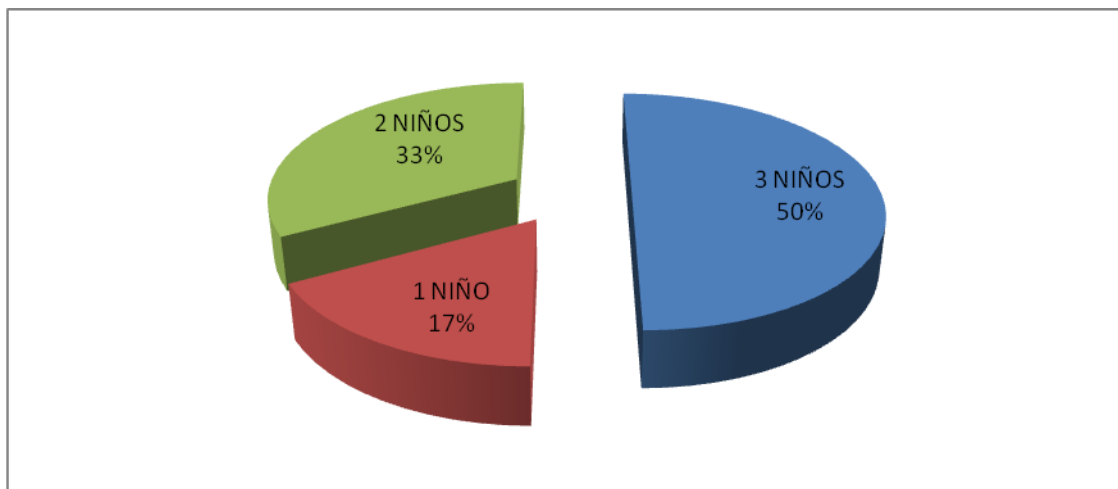
### CUADRO N°.20.- ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO

CARACTERÍSTICAS	PUNTAJES	PORCENTAJE
3 NIÑOS	33	50%
1 NIÑO	32	17%
2 NIÑOS	31	33%
<b>TOTAL</b>	06	100%

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N°.20.- ESTADO DE ÁNIMO DISFÓRICO



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los niños shuar, muestran condiciones de malestar psicológico, es evidente así el estado de ánimo disfórico por la presencia de sentimientos de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y pesimismo. Los niños manifiestan cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfadan fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerles.

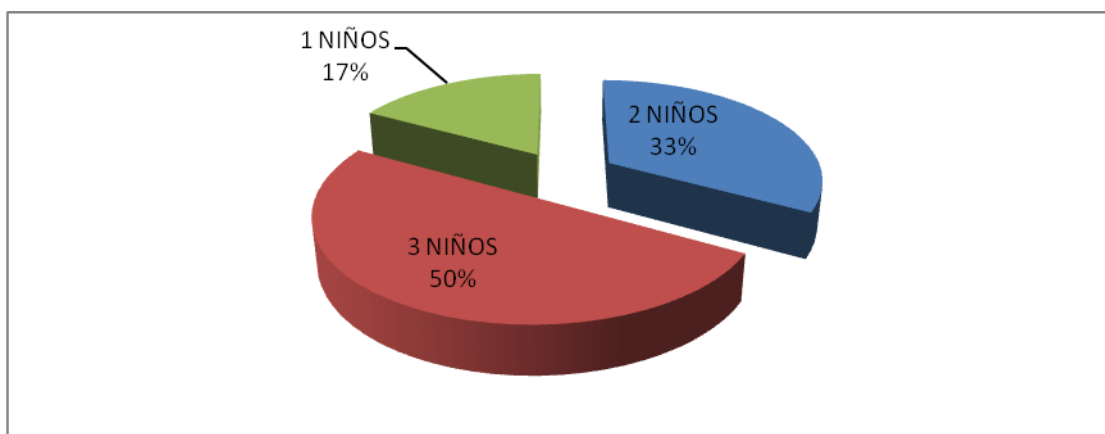
### CUADRO N°.21.- IDEAS DE AUTO DESPRECIO

CARACTERÍSTICAS	PUNTAJES	PORCENTAJE
2 NIÑOS	20	50%
2 NIÑOS	19	17%
2 NIÑOS	18	33%
<b>TOTAL</b>	06	100%

**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### GRÁFICO N° .21.- IDEAS DE AUTO DESPRECIO



**Fuente:** Escuela “Andrés Avelino Jaramillo”

**Elaborado por:** Natali Conde y Carmita Rojas

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Los seis niños investigados de la cultura shuar de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas expresan sentimientos de culpabilidad, incapacidad, fealdad y presentan ideas o deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa.

### **3.5. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS**

Los factores familiares como el abandono con un 33%, maltrato con el 17 % ; a la vez factores sociales como la pobreza con un 17 % y factores psicológicos como la depresión con un 16 %, dentro de la cultura Shuar causan intentos de suicidio en niños/as de la cultura Shuar de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo” de la ciudad de Macas.

Se ha constatado un claro progreso del niño/a con un 75 %, pues ha ido recuperando las amistades anteriores al periodo problemático. Actualmente está asistiendo a clases de manera continua, tiene hábitos de ocio saludables y proyectos de futuro.

El 50 % de la familia de modo cohesionado impregna una notable preocupación hacia sus hijos. La madre o la persona con quien vive se encuentran pendiente de sus hijos rompiendo con ello la situación de abandono y falta de autocuidado que vivían los miembros de la familia.

**CAPÍTULO IV**

**CONCLUSIONES Y**

**RECOMENDACIONES**

#### **4.1. CONCLUSIONES**

Una vez finalizado nuestro trabajo investigativo hemos llegado a las siguientes conclusiones.

- El 100% de niños investigados viven en un núcleo familia disfuncional, lo que conlleva a una nula comunicación familiar, lo que ocasiona la falta de afectividad entre los mismos.
- El 100% de los niños/as miembros de las familias Shuar sufren constantes maltratos físicos y psicológicos, siendo esto un factor dentro de las personas investigadas para tener un intento de suicidio.
- El abandono y la depresión influye en un 50% para qué las niños/as de la comunidad Shuar investigados hayan tenido un intento de suicidio.
- El 100% de los niños investigados que han tenido uno o más intentos de suicidio han desarrollado dicho acto por escapar de su entorno familiar, y de sus distintos problemas, ya que su inocencia y falta de ayuda, considerando no tener soluciones y que de esa manera terminaría sus problemas
- De la investigación realizada concluimos que el intento de suicidio en los niños Shuar se puede prevenir si padres de familia, docentes y la comunidad en sí están alerta de los diversos cambios emocionales o de comportamiento que el niño presente.

## 4.2. RECOMENDACIONES

- Trabajar con las familias de los niños de la escuela “Andrés Avelino Jaramillo”, para fortalecer los lazos de amor y unión familiar, Concientizar a las familias Shuar sobre el valor de la unión familiar, sobre el amor y cuidados que requiere un niño.
- Fomentar normas y reglas básicas que garanticen el buen trato dentro de las familias Shuar.
- Incentivar al diálogo activo y la confianza entre los padres e hijos para garantizar el correcto funcionamiento familiar.
- Seguir brindando el apoyo psicológico a los niños/as y su familia para evitar situaciones futuras de intentos de suicidio.
- Trabajar desde y con todos los miembros de la comunidad educativa para concientizar sobre el valor de la vida.
- A las familias, docentes y sociedad en general, estar atentos a los cambios repentinos que presente un niño, intervenir a tiempo, impidiendo que se de paso a situaciones de mayor riesgo como un intento de suicidio.



## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Almonte. (2003). Conducta suicida en la niñez y adolescencia. Santiago de Chile: Mediterráneo Ltda.
2. Ckerman. (1977). Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Hormé.
3. González-Forteza, R.-L. C. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes. México: Mediterráneo.
4. Mann, B. O. (2005). Historia familiar del comportamiento suicida y los trastornos emocionales. Boston.
5. Minuchin. (1986). Familias y Terapia Familiar . México: Gedisa.
6. Minuchin, F. (1993). Técnicas de Terapia Familiar . México: Paidós.
7. Reyes. (2001). Intento del Suicida y funcionamiento familiar. Santiago de Cuba: Rev Cubana Med.
8. Satir, V. (1991). Talleres de comunicación con el enfoque Satir. México: Pax.
9. Ulloa. (1994). Prevención del suicidio en niños y adolescentes. Chile: Rev.

# **ANEXOS**

ANEXO N° 1

ENCUESTA PARA LOS ESTUDIANTES  
DE LA ESCUELA  
“ANDRÉS AVELINO JARAMILLO JARAMILLO”



*Por tratarse de una encuesta con finalidad de obtener datos estadísticos no se pedirá el nombre del entrevistado.*

Marca con un visto o una x en la opción que consideres cierta.

**1. Tu Vives con:**

- Papá y Mamá       Mamá       Mamá y Padrastro   
Papá       Hermanos       Papá y Madrastra   
Abuelos

**2. ¿Cuántos hermanos tienes?**

\_\_\_\_\_

**3. ¿En tu hogar existe maltrato intrafamiliar?**

- SI       NO

**4. La forma que te han maltratado es:**

- Golpes con objetos   
Gritos   
Ortigándoles

Otros

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**5. En tu hogar, por parte de tus padres o las personas con quien vives te hace falta que:**

- Te dediquen tiempo suficiente   
Que te ayuden en tus tareas   
Que jueguen contigo

Que conversen

**6. ¿Conoces si algún miembro de tu familia ha muerto debido a un suicidio?**

**SI**

**NO**

**7. Por cuáles de estas opciones consideras haber tenido el intento de suicidio.**

Soledad

Abandono

Maltrato físico

Tristeza

Pobreza

Maltrato escolar

Rechazado

Abuso sexual

otros ¿Cuál?

**8. ¿Qué métodos has empleado en el intento de suicidio?**

Envenenamiento

Lanzándose al rio

Ahorcamiento

Cortaduras

Entre otras ¿Cuál? \_\_\_\_\_

*Gracias por su colaboración*

## ANEXO N° 2

### ENCUESTA PARA LOS PADRES DE FAMILIA DE LA ESCUELA “ANDRÉS AVELINO JARAMILLO JARAMILLO”



Por tratarse de una encuesta con finalidad de obtener datos estadísticos no se pedirá el nombre del entrevistado.

Marca con un visto o una x en la opción que consideres cierta

EDAD:

#### INSTRUCCIÓN:

- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Analfabeta

#### 1. ¿Cuál es su estado civil?

- Madre soltera
- Padre soltero
- Casado/a
- Viudo/a
- Divorciado/a
- Unido/a
- Separado/a

#### 2. De las opciones siguientes cómo maltrata a sus hijo

- Le grita
- Le pega
- Le castiga (privándole lo que le gusta )
- No hablan

**3. El ingreso económico para su hogar es:**

600 a 800

300 a 500

100 a 200

**4. ¿Usted dedica tiempo para divertirse y dialogar con sus hijos/as?**

SI

NO

**5. ¿Sabe usted si su hijo a tenido un intento de suicidio?**

Si

No

**6. ¿Cuál considera la causa por la cual su representado intentó suicidarse?**

Soledad

Abandono

Maltrato físico

Tristeza

Pobreza

Maltrato escolar

Rechazado

Abuso sexual

otros ¿Cuál?

**7. ¿Cómo reaccionó usted ante dicho intento de suicidio?**

Tranquila

Impotente

Preocupada

Desesperada

**8. ¿A dónde acudió una vez que se percató que su hijo tuvo el intento de suicidio?**

Hospital

Clínica

Shaman

Otra

**9. ¿Considera que su hijo a superado la situación que le conlleva a tener el intento de suicidio?**

Si

No

**10. ¿Cómo ayudó usted a su hijo a superar su intento de suicidio?**

---

---

---

*Gracias por su colaboración*

### ANEXO N° 3

#### CDI: INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

El Inventario CDI, de M. Kovacs, es el test para la Depresión Infantil más utilizado en todo el mundo.

Su objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años.

El CDI puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 20 minutos, en función de la habilidad lectora del niño.

Estos son los 27 items de la prueba, en los que el niño tiene que elegir una de entre tres opciones

1- De vez en cuando estoy triste. Muchas veces estoy triste Siempre estoy triste.		
2-Nunca me va a salir nada bien. No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. Las cosas me van a salir bien.		
3-La mayoría de las cosas las hago bien. Muchas cosas las hago mal. Todo lo hago mal.		
4-Muchas cosas me divierten. Algunas cosas me divierten. Nada me divierte.		
5-Siempre soy malo o mala. Muchas veces soy malo o mala. Algunas veces soy malo o mala.		
6-A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. Me preocupa que pasen cosas malas. Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.		
7-Me odio. No me gusta como soy. Me gusta como soy.		
8-Todas las cosas malas son por mi culpa.		

Muchas cosas malas son por mi culpa.		
Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.		
9-No pienso en matarme.		
Pienso en matarme pero no lo haría.		
Quiero matarme.		
10-Todos los días tengo ganas de llorar.		
Muchos días tengo ganas de llorar.		
De vez en cuando tengo ganas de llorar.		
11-Siempre me preocupan las cosas.		
Muchas veces me preocupan las cosas.		
De vez en cuando me preocupan las cosas.		
12-Me gusta estar con la gente.		
Muchas veces no me gusta estar con la gente.		
Nunca me gusta estar con la gente.		
13-No puedo decidirme.		
Me cuesta decidirme.		
Me decido fácilmente.		
14- Soy simpático o simpática.		
Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.		
Soy feo o fea.		
15-Siempre me cuesta hacer las tareas.		
Muchas veces me cuesta hacer las tareas.		
No me cuesta hacer las tareas.		
16-Todas las noches me cuesta dormir.		
Muchas veces me cuesta dormir.		
Duermo muy bien.		
17-De vez en cuando estoy cansado o cansada.		
Muchos días estoy cansado o cansada.		
Siempre estoy cansado o cansada.		
18- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.		
Muchos días no tengo ganas de comer.		
Como muy bien.		
19- No me preocupan el dolor ni la enfermedad.		
Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.		
Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.		
20-Nunca me siento solo o sola.		



Muchas veces me siento solo o sola.		
Siempre me siento solo o sola.		
21-Nunca me divierto en el colegio.		
Sólo a veces me divierto en el colegio.		
Muchas veces me divierto en el colegio.		
22-Tengo muchos amigos.		
Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.		
No tengo amigos.		
23-Mi trabajo en el colegio es bueno.		
Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.		
Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.		
24-Nunca podré ser tan bueno como otros niños.		
Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.		
Soy tan bueno como otros niños.		
25-Nadie me quiere.		
No estoy seguro de que alguien me quiera.		
Estoy seguro de que alguien me quiere.		
26-Generalmente hago lo que me dicen.		
Muchas veces no hago lo que me dicen.		
Nunca hago lo que me dicen.		
27-Me llevo bien con la gente.		
Muchas veces me peleo.		
Siempre me peleo.		