

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA
ESCUELA DE POSGRADO
SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE
ENFERMERÍA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS, SOCIOECONÓMICOS
Y CULTURALES ASOCIADOS A LOS INTENTOS DE SUICIDIO
EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE AYACUCHO, 2013.**

Tesis para optar el grado académico de:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

Presentado por:

Bach. MAXIMINA PALOMINO VENTURA

AYACUCHO – PERÚ

2015

TM
SP47
Pal

A Dios, por darme vida, salud y
virtud.

A mi esposo e hijos, alicientes
de superación personal y
profesional.

Maximina

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Alma Máter, por la oportunidad de cristalizar este singular anhelo.

A la sección de post grado de la Facultad de Enfermería, por forjar salubristas competentes y con visión al futuro.

Al asesor Mg. Wilfredo Mormontoy Laurel, por sus orientaciones y aportes durante el desarrollo de la presente investigación.

Al señor director del Hospital Regional de Ayacucho "Miguel Ángel Mariscal Llerena", por permitirme acceder a las historias clínicas de los adolescentes con intento de suicidio.

FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS, SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES ASOCIADOS A LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2013.

PALOMINO-VENTURA, Maximina

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, en el año 2013. La investigación analítica tuvo diseño de caso – control sobre una muestra de 120 adolescentes entre 12 y 19 distribuidos en 60 casos y 60 controles de una población de 2140 (100%) adolescentes atendidos en este nosocomio entre enero y diciembre de 2013. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista semi estructurada y la evaluación psicométrica; mientras que los instrumentos, la guía de entrevista, escala de ansiedad y depresión de Goldberg como el test de funcionamiento familiar. Los resultados de la investigación determinaron que a medida que incrementa la exposición a un mayor número de factores de riesgo asciende la propensión al intento suicida (r_s : 0.643; $p < 0,01$). En conclusión, las manifestaciones clínicas de ansiedad (OR: 7.88; IC95%: 2.76; 25.38) y depresión (OR: 16.44; IC95%: 5.99; 47.50), la disfunción familiar (OR: 17.67; IC95%: 6.25; 53.60) y la percepción a favor del suicidio (OR: 6.71; IC95%: 2.79; 16.49) fueron los principales factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio.

Palabras clave. Factores de riesgo /intentos de suicidio.

PSYCHOLOGICAL, SOCIOECONOMIC AND CULTURAL FACTORS OF RISK ASSOCIATED TO THE INTENTS OF SUICIDE IN ASSISTED ADOLESCENTS IN THE REGIONAL HOSPITAL DE AYACUCHO, 2013.

PALOMINO-VENTURA, Maximina

ABSTRACT

This research was conducted to determine the psychological factors, socioeconomic and cultural risk associated with suicide attempts in adolescents treated at the Regional Hospital of Ayacucho in 2013. The analytical research design was a case - control over a sample of 120 adolescents aged 12 to 19 in 60 cases and 60 controls from a population of 2140 (100%) adolescents treated in this hospital between January and December 2013. The techniques of data collection were semi-structured interview and assessment psychometric; while instruments, the interview guide, level of anxiety and depression as the Goldberg family functioning test. The research results found that as you increase exposure to a greater number of risk factors rises appetite suicide attempt ($rs: 0.643; p < 0.01$). In conclusion, the clinical manifestations of anxiety (OR: 7.88; 95% CI: 2.76; 25.38) and depression (OR: 16.44; 95% CI: 5.99; 47.50), family dysfunction (OR: 17.67; 95% CI: 6.25; 53.60) and perception in favor of suicide (OR: 6.71; 95% CI: 2.79, 16.49) were the main psychological factors, socioeconomic and cultural risk associated with suicide attempts.

Key Words. Factors of risk / suicide intents.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	vii
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO	
1.1. Antecedentes de estudio	13
1.2. Bases teóricas	19
CAPITULO II. MATERIAL Y METODOS	
2.1. Tipo de investigación	51
2.2. Diseño de investigación	51
2.3. Población	51
2.4. Muestra	53
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
2.6. Procesamiento y análisis de datos	56
CAPITULO III. RESULTADOS	57
CAPITULO IV. DISCUSION	66
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXO	

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública entre las primeras 10 causas de muerte en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud. Se considera que cada día se suicidan en el mundo al menos 1110 personas y lo intentan cientos de miles, independientemente de la geografía, cultura, etnia, religión y la posición socioeconómica.⁽¹⁾

A escala mundial, cada 40 segundos se presenta un suicidio en alguna parte del planeta. Por regiones, la tasa de suicidios más alta en el 2012 se concentró en el sureste asiático (17,7 por cada 100 mil habitantes). La tasa era de 6,1 en las Américas, 12 en Europa, y 10 en África. Los países de renta alta tenían en 2012 una tasa de 12,7% suicidios por cada 100 mil habitantes, y los de renta media y baja 11,2%. Sin embargo, estos últimos concentraban el 75,5% por ciento de suicidios en el mundo. En Europa, España tenía una tasa de 5,1, muy por debajo de Francia (12,3), Alemania (9,2) o Rusia (19,5). En Estados Unidos era de 12,1. En América Latina se dan situaciones muy dispares, con algunos países por encima de la media mundial, como Bolivia y Chile (ambos con 12,2), El Salvador (13,6) y Uruguay (12,1), y otros por debajo, en el caso de Brasil (5,8), Colombia (5,4), México (4,2) o Perú (3,2).⁽²⁾

En el país, la prevalencia de vida de la tentativa suicida es heterogénea. En el Lima metropolitana, equivale al 5,2%; en la sierra, al 2,9% y en la selva, al 3,6%. En la Región Ayacucho, la prevalencia de vida de deseos de índole suicida, en la población adolescentes, asciende al 34,5%. En

cuanto a la conducta suicida del adolescente, la cual denota una afectación más seria, el 3.9% ha intentado suicidarse alguna vez en su vida y un 2.6% lo habría realizado en el último año. Un tercio de los adolescentes que intentaron hacerse daño considera todavía como una posibilidad de solución dicha conducta. Los motivos del deseo y el intento están correlacionados. Entre ellos, resaltan principalmente los problemas con los padres (46% y 72.9%), siendo éstos más relevantes entre los 15 y 17 años (51.9% y 77.4%), luego continúan los problemas con los estudios, otros parientes, problemas económicos y experiencias traumáticas pasadas.⁽³⁾

La atención de adolescentes con intento de suicidio en el Hospital Regional de Ayacucho, ha incrementado en 116.7% del 2001 (30) al 2013 (65); lo que pone en evidencia, la necesidad de reconocer a los intentos de suicidio como un problema social y de salud pública que ataña a la sociedad y no sólo a las autoridades.

Acerca de los factores que desencadenan los intentos de suicidio existen múltiples explicaciones, desde los problemas familiares sostenidos por Pizarro (2010) y Delgadillo (2010), la pérdida del control vital y de toda visión positiva propuesta por Ulloa (1993), hasta suposiciones estacionales y festivas como las vertidas por Warthon (1998) quien afirma que el número de suicidios incrementa en la primavera y navidad, ocasionada por un desentono existencial; así como planteamientos asociados a acontecimientos naturales como la influencia del fenómeno El Niño, sostenido por Vásquez (1998); afirmaciones que podrían tener o carecer de asidero científico.

Un número considerable de teorías se han desarrollado para explicar las causas asociadas al incremento de intentos de suicidios. Las teorías psicológicas acentúan la personalidad y factores emocionales, mientras que las teorías sociológicas apuntan a la influencia de las presiones sociales y culturales en el individuo; sin embargo, todo parece indicar que la permisividad de la sociedad moderna, más tolerante del

comportamiento irregular podría ser en parte responsable del aumento de actos suicidas. La actitud de la sociedad hacia este comportamiento siempre ha sido temerosa y condenatoria, lejos de entender los factores de riesgo que la ocasionan. Se podría afirmar que en la sociedad aún persiste una fuerte tendencia a encubrir los actos suicidas, antes que prevenir. Por lo tanto, era necesario abordar el tema desde la óptica de la salud pública, para vislumbrar nuevas luces sobre los factores de riesgo asociados a los intentos de suicidio en la población adolescente, como un aporte diagnóstico tendiente a controlar los factores de riesgo modificables.

Aunque muchas causas de estas conductas suicidas pueden inferirse, lo cierto es, que todavía resulta muy difícil precisarlas. Por tal razón, antes que dedicarnos al estudio de las causas de los intentos de suicidio, es conveniente detenernos en el estudio de los factores de riesgo asociados en la dinámica del problema, originándose de este modo el interés por investigar: "Factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013".

El problema de investigación respondió a la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013?; en tanto que los específicos:

- a) ¿La presencia de manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión son factores de riesgo psicológicos asociados a los intentos de suicidio en adolescentes?
- b) ¿La familia no nuclear, disfunción familiar y baja condición socioeconómica son factores de riesgo socioeconómicos asociados a los intentos de suicidio en adolescentes?

- c) ¿El nivel de instrucción y la percepción a favor del suicidio son factores de riesgo culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes?
- d) ¿El número de factores de riesgo se correlaciona con los intentos de suicidio en los adolescentes?

El objetivo general propuesto fue: Determinar los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013; mientras que los específicos:

- a) Identificar si la presencia de manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión son factores de riesgo psicológicos asociados a los intentos de suicidio en adolescentes.
- b) Identificar si la familia no nuclear, disfunción familiar y baja condición socioeconómica son factores de riesgo socioeconómicos asociados a los intentos de suicidio en adolescentes.
- c) Identificar si el nivel de instrucción y la percepción a favor del suicidio son factores de riesgo culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes.
- d) Correlacionar el número de factores de riesgo con los intentos de suicidio en los adolescentes.

La hipótesis propuesta fue: Los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales están asociados a intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013. Las hipótesis específicas fueron:

- a) La presencia de manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión son factores de riesgo psicológicos asociados significativamente a los intentos de suicidio en adolescentes.

- b) La familia no nuclear, disfunción familiar y baja condición socioeconómica son factores de riesgo socioeconómicos asociados significativamente a los intentos de suicidio en adolescentes.
- c) El nivel de instrucción y la percepción a favor del suicidio son factores de riesgo culturales asociados significativamente a los intentos de suicidio en adolescentes.
- d) El número de factores de riesgo se correlaciona significativamente con los intentos de suicidio en los adolescentes.

La investigación se enmarcó en la tipología analítica y el diseño de caso – control sobre una muestra de 120 adolescentes entre 12 y 19 distribuidos en 60 casos y 60 controles de una población de 2140 (100%) adolescentes atendidos en este nosocomio entre enero y diciembre de 2013. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista semi estructurada y la evaluación psicométrica; mientras que los instrumentos, la guía de entrevista, escala de ansiedad y depresión de Goldberg; y el test de funcionamiento familiar

Los resultados de la investigación determinaron que entre el número de factores de riesgo y los intentos de suicidio existe correlación positiva considerable según el Coeficiente de correlación “Rho” de Spearman (r_s : 0.643; $p < 0,01$). Es decir, a medida que incrementa la exposición a un mayor número de factores de riesgo asciende la propensión al intento suicida.

Contrastando la hipótesis se concluye que las manifestaciones clínicas de ansiedad (OR: 7.88; IC95%: 2.76; 25.38) y depresión (OR: 16.44; IC95%: 5.99; 47.50), la disfunción familiar (OR: 17.67; IC95%: 6.25; 53.60) y la percepción a favor del suicidio (OR: 6.71; IC95%: 2.79; 16.49) fueron los principales factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.

La importancia de la investigación e intervención en la problemática del suicidio ha sido establecida en los lineamientos de salud mental del Ministerio de Salud. El hecho de conocer los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio, ha de servir para aportar con información actual y relevante a las autoridades de salud con capacidad de decisión para la formulación de planes y estrategias de intervención tendentes a disminuir las conductas suicidas entre los adolescentes del distrito de Ayacucho y en la sociedad. El conocimiento de los factores de riesgo es una condición previa para su prevención y un estímulo para la transformación de actitudes.

Asimismo, el suicidio en nuestro contexto social todavía es percibido con gran estigma tanto por las familias, profesionales de la salud y colectividad en general. Así, nuestro interés en estudiarlo a través de una mirada científica permitirá que los profesionales de la salud vayan eliminando aquellos sesgos de temor hacia las personas que se encuentran inmersas en dicha conducta de autoeliminación.

Las limitaciones durante el desarrollo del estudio estuvieron referidas a las imprecisiones de las historias clínicas en el registro de la ubicación domiciliaria de los adolescentes con intentos de suicidio y por otro lado, la negativa de los adolescentes o de sus familiares para ser entrevistados porque argumentaban que no habían intentado suicidarse.

La presente investigación tiene la siguiente estructura: introducción, marco teórico, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se consigna la bibliografía y anexo.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Pérez (2010), en la investigación "*Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana*", sobre una población de 12424 adolescentes de escuelas públicas, aplicando el cuestionario determinó que el 47% reportó al menos un síntoma de ideación; 9% refirieron antecedente de intento. Los factores asociados a la conducta suicida fueron: poca confianza en la comunicación hacia los padres ($RM=1.30$, $RM=1.54$); abuso sexual ($RM=1.92$, $RM=1.57$), sintomatología depresiva ($RM=5.36$, $RM=1.51$), consumo de tabaco ($RM=1.30$, $RM=2.57$), alcohol ($RM=1.60$, $RM=1.31$) y, para las mujeres, haber tenido relaciones sexuales ($RM=1.28$, $RM=1.65$). Conclusión. Casi la mitad de los(as) estudiantes del nivel medio superior presentaron al menos un síntoma de ideación. Para disminuir esta problemática se deben considerar los factores asociados: el consumo de sustancias adictivas, género, antecedentes de abuso sexual y depresión.⁽¹⁾

Sánchez (2013) en su estudio Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes universitarios, examinó las diferencias en algunas variables psicológicas asociadas a

estudiantes universitarios (21-34 años) de Psicopedagogía con magisterio y con alta ideación suicida ($BDI > 10$), La muestra estaba constituida por 40 estudiantes universitarios con titulación. Se valoró la existencia de ideación suicida en estos estudiantes ($n = 40$, 70% mujeres, edad media de 23,9 años y $DT = 3,003$) en relación con el control de impulsos, la depresión y la desesperanza. Los resultados mostraron que los estudiantes con alta desesperanza son más propensos a presentar ideación suicida, siendo el nivel de control de impulsos el que evita el tránsito de la ideación a otras fases más graves del suicidio. La identificación de los factores psicológicos asociados con la ideación suicida en universitarios, puede ayudar a evitar el tránsito de la idea de suicidio a la primera tentativa suicida.⁽⁴⁾

García (2010), en la investigación *"Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad"*, México, sobre una población de 106 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de intento de suicidio, hospitalizados en una unidad psiquiátrica, divididos en dos grupos: uno pacientes con tentativa suicida de baja letalidad y otro con tentativa de alta letalidad, determinó que el 58,5 % pertenecían al grupo de baja letalidad y 41,5 % al grupo de alta letalidad. Los porcentajes más elevados se presentaron, en la mayoría de los casos en el grupo de tentativa de alta letalidad pero sólo en dos factores se encontró diferencia estadística significativa: "vivir solo" e "intoxicación etílica previa". Del total de ambos grupos, el 77,4 % eran menores de 39 años, 69 % eran femeninos y 31 % masculinos, los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados en ambos grupos fueron: antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distimia. En conclusión, el hecho de vivir sólo, e intoxicación alcohólica previa, mostraron diferencia estadística

significativa, en el resto de los factores estudiados no hubo diferencia significativa.⁽⁵⁾

Vázquez (2010) en su estudio Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes Hospital Infantil del Estado de Sonora, cuyo método fue retrospectivo en el periodo de mayo 1998 a agosto del 2009. A todos los adolescentes se les efectuó una entrevista, la información se capturo en una hoja de cálculo Excel versión XP. Los resultados encontrados fueron 170 adolescentes 154 mujeres 90.5% y 16 hombres 9.4%, el promedio de edad de 14.9 años. Antecedentes familiar en orden de frecuencia fueron alcoholismo 84 casos 49.4%, seguida de patología crónica, violencia familiar, trastornos psiquiátrico, familia desintegrada, intento de suicidio. Antecedentes personales depresión 118 casos 69.4%, equivalentes depresivas 112 casos 65.8%, intento de suicidio previo 92 casos 54.1% seguido de toxicomanías, alcoholismo, abuso sexual, trastorno psiquiátrico, patología crónica. Otros factores asociados fueron falta de comunicación con los padres 116 casos 68.2%, desorganización familiar 108 casos 63.5% y poca o ninguna religiosidad 104 casos 61%. La causa desencadenante fue discusión familiar 47 casos 27.6%, el sitio del acto la recámara 65 casos 53%, el método empleado fue la ingesta de medicamentos 119 casos 70% el más empleado fue la benzodiacepina y analgésico. El diagnostico psiquiátrico fue depresión 41 casos 24.1%.⁽⁶⁾

Leal y Vásquez (2012), en la investigación *"Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos: prevalencia y factores asociados"*, sobre una muestra aleatoria por conglomerados de 638 estudiantes, determinaron que la prevalencia vida del deseo de estar muerto en los estudiantes evaluados fue de 38.5%; mientras

que la prevalencia mes alcanzó un 21.4%. En conclusión, se confirmó la existencia de un mayor nivel de ideación suicida en los adolescentes que viven solos, más no sucedió lo mismo con respecto a los adolescentes que viven sólo con sus madres o sólo con sus padres. Las variables psicosociales como funcionamiento familiar, estrés percibido y apoyo social se encuentran relacionadas significativamente con la ideación suicida.⁽⁷⁾

Delgadillo (2009), en la tesis explicativa "*Riesgos asociados a intentos de suicidio en adolescentes del Hospital Regional de Ayacucho*", en una muestra no probabilística pareada de 50 casos y 50 controles, aplicando el cuestionario, determinó que: El bajo nivel de autoestima, rasgo de personalidad introvertida, depresión, familia no nuclear y la disfunción familiar son factores de riesgo psicológicos y socioeconómicos que incrementan en la probabilidad de la tentativa suicida ($p < 0.05$).⁽⁸⁾

Pizarro (2009), en la tesis explicativa "*Factores que predisponen los intentos de suicidio en escolares del nivel secundario del distrito de Ayacucho*", en una muestra no probabilística pareada de 42 casos y 42 controles, aplicando la guía de entrevista concluyó que: "El rasgo de personalidad es un factor psicológico que predispone al intento de suicidio ($p < 0.05$). Es decir, los escolares con rasgo de personalidad introvertido tienen 2.91 veces más riesgo de recurrir al intento de suicidio en comparación a los escolares con rasgo de personalidad extrovertido. La tendencia depresiva es un factor psicológico que predispone al intento de suicidio ($p < 0.05$). Es decir, los escolares con tendencia depresiva tienen un riesgo 30 veces mayor de recurrir al intento de suicidio en comparación a los escolares sin tendencia depresiva."⁽⁹⁾



Cabra, (2010) en su estudio El Suicidio y los Factores de Riesgo Asociados En Niños y Adolescentes, cuyo método realizado fue el análisis crítico de la literatura de cada uno de los documentos adquiridos, evaluando la metodología propuesta, y los componentes expuestos en cada uno de los estudios, se realizó una búsqueda en las bases de datos del Ministerio de la Protección Social, OMS, OPS, Medline y LILACS. Los Resultados encontrados fueron que el suicidio en la población infantil y adolescente es uno de los problemas que afronta nuestra sociedad de manera creciente y es un fenómeno multifactorial, que incluye factores causales biológicos, psicológicos y sociales, la conclusión a la que se arribó fue que después de la presente investigación se considera que el problema de suicidio en niños y adolescentes involucra múltiples factores que deben ser abordados cuanto antes desde diferentes niveles como la familia, la escuela y las autoridades de salud pública para hacer énfasis en los factores de riesgo que pueden impulsar a los menores a tomar esta decisión.⁽¹⁰⁾

Larraguibel (2000). En su estudio de los Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes, cuyo objetivo fue revisar los factores de riesgo asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes y de esta manera contribuir a la mejor delimitación de grupos de riesgo, con fines preventivos y terapéuticos. Los análisis seculares apoyan la hipótesis que existe un verdadero incremento de este fenómeno, desde 1950 a la fecha, entre los adolescentes y adultos jóvenes de la población europea y norteamericana. En Chile, según datos consolidados por el Departamento de Informática del Ministerio de Salud desde 1986 a 1996, las tasas de suicidio han tenido un aumento gradual en los últimos años, a excepción de los años 1992 y 1993. En el caso de adolescentes las tasas han permanecido relativamente estables en el periodo

observado. La prevalencia del intento de suicidio es aún más difícil de conocer. En general se acepta que los intentos son 10 a 50 veces más numerosos que los suicidios. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes. El género y la edad aparecen como factores de riesgo relevantes. Los suicidios completados son más comunes entre los hombres; las mujeres tienen un mayor riesgo en las otras conductas suicidas. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio antes de los 15 años es inusual; la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son trastorno del ánimo, principalmente la depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. La ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, más bien cumple un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida que un factor de riesgo per se. 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. ⁽¹¹⁾

1.2. BASES TEÓRICAS

1.2.1. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.⁽¹²⁾

Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio - culturales, económicos, etc.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, produciendo un fenómeno de interacción.

1.2.1.1. MODELOS TEÓRICOS

Los factores de riesgo pueden ser enfocados del siguiente modo:

- a) **Modelo unicausal.** A partir del descubrimiento del papel de los microorganismos en las enfermedades infecciosas se desarrolló el modelo unicausal, el cual propugna que una enfermedad tiene una causa. Este concepto (una causa - un efecto), fue la base de los postulados de Koch para establecer fehacientemente si un microorganismo dado es el causante de una enfermedad.⁽¹³⁾
- b) **Modelo multicausal - efecto único.** Ante la insuficiencia del modelo unicausal para explicar por qué algunas personas enfermaban y otras no, aún estando presente la pretendida causa, se desarrolló la idea de multicausalidad. Esta postula que para la producción de un efecto se requería la presencia de varios factores, que algunos autores los denominan factores contribuyentes.

c) **Modelo multicausa – multiefecto.** Se considera útil para estudiar la contaminación ambiental, el hábito de fumar y formas específicas de radiación (causas) que podrían provocar cáncer de pulmón, enfisema y bronquitis (efectos). En este caso, las causas no son ni suficientes ni necesarias. Por ejemplo, puede haber cáncer de pulmón sin hábito de fumar y, también, hábito de fumar sin que produzca cáncer. La causación, desde el multicausalismo, se tornó un asunto más complejo, especialmente en relación con el papel que desempeñan los diferentes tipos de factores que intervienen en la causación de una enfermedad. La misma formulación no deja de llamar la atención: Todos (los factores causales) pueden ser necesarios, pero raramente son suficientes para provocar una enfermedad o estado determinado.

d) **Modelo de causa componente-suficiente.** Una “causa suficiente” no es concebida como una condición o atributo simple sino más bien, como un conjunto o grupo de condiciones y acontecimientos mínimos que inevitablemente produce la enfermedad. “Mínimos” en este contexto denota que ninguna de las condiciones o acontecimientos es superflua.

Entonces, en términos etiológicos, estas condiciones y acontecimientos se irían acumulando o convergerían en un momento, con lo cual se desencadenaría un evento adverso. La idea es graficada considerando cada componente-causa como una “rodaja” de “un pastel causal” que, cuando se completa, constituye una “causa componente-suficiente” (Rothman) o una constelación causal suficiente. Cada enfermedad tendría una o más constelaciones causales diferentes a las de las demás, y a la vez cada constelación

podría jugar un papel en uno o más mecanismos causales.⁽³⁹⁾

1.2.1.2. UTILIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Textos de epidemiología señalan que el conocimiento y la información sobre los factores de riesgo tienen diversos objetivos:

- a) **Predicción.** La presencia de un factor de riesgo significa una probabilidad aumentada de presentar en un futuro una situación adversa, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de un evento no deseado.
- b) **Causalidad.** La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencia de una situación adversa entre un grupo expuesto con relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo; sin embargo, esta asociación puede ser debida a una tercera variable.
- c) **Diagnóstico.** La presencia de un factor de riesgo aumenta la probabilidad de que se presente una situación adversa. El conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de cribaje, mediante la selección de sub grupos de pacientes con riesgo aumentado.
- d) **Prevención.** Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una situación adversa, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria.⁽¹⁴⁾

1.2.1.3. CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO

El término riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. La cuantificación del grado de riesgo constituye un elemento esencial y fundamental en la formulación de políticas y prioridades que no deben dejar espacio a la intuición ni a la casualidad, existen diferentes maneras de cuantificar el riesgo. ⁽¹²⁾

- a) **Riesgo absoluto.** Mide la incidencia del daño en la población total.
- b) **Riesgo relativo.** Compara la frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen. Se utiliza cuando se conoce la incidencia.
- c) **Razón de disparidad.** En los estudios de casos y controles, dado que la incidencia es desconocida, el método de estimación del riesgo se realiza a través del Odds Ratio, traducida al castellano con múltiples nombres como: razón de productos cruzados, razón de disparidad, razón de predominio, proporción de desigualdades, razón de oposiciones, oposición de probabilidades contrarias, cociente de probabilidades relativas y oportunidad relativa. Anders y Staffan (1988), establecen intervalos para la lectura del riesgo:

OR	INTERPRETACION
De 0 a 0.59	Factor de protección eficaz
De 0.60 a 0.89	Factor de cierto beneficio
De 0.90 a 1.19	Factor no significativo
De 1.20 a 1.69	Factor de riesgo débil
De 1.70 a 2.50	Factor de riesgo moderado
> 2.50	Factor de riesgo fuerte

1.2.1.4. FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES

Según antecedentes la conducta suicida viene ligada a una serie de factores de riesgo como la depresión, abuso sexual, disfunción familiar, situaciones que no siempre son fáciles de identificar debido a que un niño o adolescente, no ha desarrollado aun mecanismos para manejar la frustración y tener una adecuada resolución de conflictos, es así como el ambiente familiar resulta decisivo en la formación de pensamientos e ideas suicidas, y en que se lleven a cabo, aunque sea como un intento que no se concrete. Hay situaciones en las cuales esta población utiliza la amenaza de suicidio como manipulación, pero finalmente se termina poniendo en riesgo su vida. ⁽¹¹⁾

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

FACTORES CULTURALES Y SOCIO DEMOGRÁFICOS

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

Los factores asociados a la cultura adquieren una importancia capital en la conducta suicida entre las minorías étnicas, quienes se ven sometidos a un proceso de coloniaje cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres y también se hace patente entre los inmigrantes. Oberg fue el primero en utilizar el término 'shock cultural' para referirse al proceso de adaptación del inmigrante, el cual se caracteriza por:

- Esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura.
- Sentimientos de pérdida y pena, motivados por los recuerdos de los amigos, familiares, la profesión, las posesiones y cuanto se ha dejado atrás.
- Sentimientos de ser rechazado por los miembros de la nueva cultura.
- Confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura.
- Sorpresa, angustia, disgusto e indignación ante las diferencias culturales a las que debe adaptarse.
- Sentimientos de no ser capaz de adaptarse a la nueva cultura.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentran extrañar la tierra natal y sus costumbres, problemas con la pareja, infelicidad, baja autoestima, carencia de amigos o familiares, el aislamiento social y la falta de comunicación por las barreras que impone el idioma en caso que el país receptor difiera del natal.

Un proceso de este tipo, aunque con menos diferencias, puede desencadenarse en el curso de migraciones internas, cuando se trasladan las familias, en busca de oportunidades, desde las zonas rurales a las urbanas o de las provincias o departamentos a las capitales. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.⁽¹⁵⁾

SITUACIÓN FAMILIAR Y EVENTOS VITALES ADVERSOS.

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales, consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia y dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio, frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes, autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores, inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura, incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.

- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamadas de atención al adolescente que generalmente adquieren un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

Los elementos abordados con anterioridad son muy frecuentes en las familias de los adolescentes con riesgo suicida, pero no son los únicos.⁽¹⁵⁾

PSICOPATOLOGÍA DEL ADOLESCENTE QUE CONSTITUYE UNA PREDISPOSICIÓN A COMETER SUICIDIO.

Se considera que casi la totalidad de personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades como: Depresión, Trastornos de Ansiedad, Abuso de alcohol y drogas, Trastornos incipientes de personalidad, Trastorno Esquizofrénico.⁽¹⁵⁾

Depresión.

Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Entre los síntomas más

frecuentes observados en los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes:

- Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio.
- Pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban.
- Trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnía.
- Intranquilidad.
- Falta de concentración.
- Irritabilidad, disforia, malhumor.
- Pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.
- Sentimientos de cansancio y agotamiento.
- Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.
- Manifestar deseos de morir.
- Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
- Incremento del uso del alcohol y las drogas.
- Falta de apetito o apetito exagerado.
- Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
- Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
- Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
- Llanto sin motivo aparente.
- Aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares.
- Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día durante todos los días.
- Marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias.
- Disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%).
- Insomnio o hipersomnia diarios.
- Agitación psíquica y motora o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía diariamente.
- Sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día.
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias.

Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares.

Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los adolescentes son los siguientes:

- Se manifiestan, con más frecuencia, irritables que tristes.
- Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas.
- Los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnia que insomnio.
- Tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos.
- Muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto.

- Pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez.⁽¹⁶⁾

Trastornos de Ansiedad.

Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones, no así entre los adultos. Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica del sujeto, quien puede temer a volverse loco, perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

Las manifestaciones del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

- *Manifestaciones físicas* que incluyen pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad de manos y pies, etc.
- *Manifestaciones psicológicas* entre las que sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse.
- *Manifestaciones conductuales* consistentes en timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado.

Las manifestaciones señaladas con anterioridad son universales, es decir, caracterizan a la ansiedad como trastorno o cortejo sintomático, pero es

conveniente señalar que existen formas particulares de este trastorno, con síntomas específicos que relacionaremos a continuación:

Ataques de Pánico. Manifestación extrema de la ansiedad con aceleración del pulso, hiperventilación o respiración rápida y superficial, miedo a perder el control y sensación de muerte inminente.

Fobia simple. Miedo exagerado a objetos o situaciones que no representan peligro alguno para la mayoría de los individuos. Un ejemplo es el temor a los espacios cerrados o claustrofobia.

Fobia social. Esta fobia es incapacitante para quien la presenta, pues el sujeto evita cualquier situación que signifique interactuar con otras personas por el temor a quedar mal paradas, a hacer el ridículo, a hablar en público o mostrarse incapaz de responder preguntas en un auditorio.

Ansiedad de separación. Para su diagnóstico se requieren al menos tres o más de los siguientes síntomas:

–Preocupación y malestar excesivos al separarse del hogar o de las figuras vinculares principales.

- Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo.
- Miedo a ser secuestrado o a extraviarse.
- No poder ir a la escuela o a cualquier otro sitio.
- No poder quedarse sólo en casa.
- No poder dormir alejado de los padres o fuera de la casa.
- Tener pesadillas recurrentes de secuestros. Accidentes, etc.
- Manifestar diversas quejas físicas como dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal antes de salir del hogar hacia la escuela u otro lugar alejado.

Estos síntomas deben estar presentes por un período de por lo menos cuatro semanas e iniciarse antes de los 18 años.

Fobia escolar. Consiste en un temor a la escuela que ocasiona un ausentismo total o parcial, lo que se expresa en diversos síntomas físicos, imposibilidad de levantarse de la cama, náuseas, cólicos, etc. Afecta a los niños y las niñas en la adolescencia temprana, entre los 11 a 13 años.

Trastorno Obsesivo Compulsivo. Condición mórbida caracterizada por necesidad de realizar actos repetitivos o rituales de complejidad variada para mitigar la angustia surgida por la intrusión de pensamientos desagradables, persistentes a pesar de los esfuerzos del sujeto por desembarazarse de ellos y cuyo contenido es muy desagradable o absurdo, como por ejemplo estar contaminado, padecer una enfermedad, la muerte de un ser querido, profanación de imágenes religiosas, pensamientos de contenido sexual intolerables, etc.

Trastorno de Estrés Postraumático. Es un trastorno que ha cobrado interés en los últimos años y es ocasionado por un acontecimiento o situación traumática no habitual y de gran intensidad y que se caracteriza por la re-experimentación del trauma, por la aparición de conductas de evitación de situaciones en relación con dicho acontecimiento y por un aumento de síntomas neurovegetativos.

En la adolescencia son frecuentes los sentimientos de culpabilidad, tendencia a mantener en secreto lo ocurrido, cuando esto es posible, conducta oscilante entre agresividad, violencia y deseos de venganza, actitudes de inhibición, pasividad y excesiva complacencia ante el medio ambiente y en ocasiones, episodios de aparente repetición del trauma con ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos con lagunas de memoria. Además de los trastornos depresivos y de ansiedad, el abuso de alcohol constituye un importante factor de riesgo de suicidio en la adolescencia, pues se estima que uno de cada cuatro adolescentes que cometen suicidio lo realizan bajo los efectos del alcohol u otra droga o la combinación de ambos.

En la adolescencia la vía más socorrida para abusar del alcohol es la denominada sociocultural, la cual es el producto de las costumbres, tradiciones, y convenciones de las diferentes culturas, y se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos grandes o pequeños. Se ejemplifica con el adolescente que se inicia en el consumo de cualquier sustancia adictiva para demostrar hombría, audacia ante sus iguales que lo subvalora sino sigue las reglas del grupo.

Por lo antes referido, será de suma importancia que el adolescente sepa que en la medida en que se ponga en contacto con cualquier sustancia adictiva, con una mayor frecuencia y por un período de tiempo más prolongado, tendrá mayores posibilidades de desarrollar una toxicomanía o dependencia de sustancias.⁽¹⁶⁾

Abuso de Alcohol.

La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden manifestarse repetidamente durante un período continuado de doce meses.

Los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias son los siguientes:

- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes síntomas durante un período de un año:
- Consumo recurrente de la sustancia que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (ausencias repetidas o pobre rendimiento académico, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de las obligaciones en la casa, etc.).

- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones donde hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar máquinas bajo el efecto de la sustancia).
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por escándalo público debido a la sustancia).
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o tener problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones con la esposa, violencia física, etc.).
- Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancia.

Existen determinadas señales de peligro que deben hacer pensar a los padres, madres, tutores, maestros y médicos de la familia, que un adolescente está consumiendo drogas y son los siguientes:

- Cambios bruscos de amistades.
- Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos.
- Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo.
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados, huraños y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- Realiza hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga. En ocasiones roban importantes sumas de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes.
- Cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios nocturnos, lo cual altera su ritmo de sueño y alimentación.

- Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Como se ha hecho evidente, el abuso de sustancias conlleva una serie de comportamientos comunes encaminados a la búsqueda de la sustancia, su consumo y restablecimiento de sus efectos nocivos, variando, como es lógico suponer, las manifestaciones clínicas de cada una de ellas.⁽¹⁷⁾

Trastorno Disocial de la Personalidad. Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autoinfligidos. Sobresalen en este trastorno las siguientes características:

Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:

- *Agresión a personas y animales:* con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate de béisbol, ladrillo, botella, navaja, pistola, cuchillo, etc.), ha manifestado crueldad física con personas y animales, ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, robo a mano armada), ha forzado a alguien a una actividad sexual.
- *Destrucción de la propiedad social:* ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.
- *Fraudulencia o robo:* ha violentado la casa o el automóvil de otras personas, a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, falsificaciones de documentos).

- *Violaciones graves de normas:* a menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años, se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto, suele tener ausencias a la escuela, iniciando esta práctica.

El trastorno disocial de la personalidad provoca deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral. Con suma frecuencia desarrolla abuso de sustancias y dependencia de ellas, pero no por la vía sociocultural expuesta anteriormente, sino por la llamada hedónica, en la que la motivación más importante es la búsqueda de 'placer artificial'.⁽¹⁵⁾

Trastorno esquizofrénico.

Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio Yo, cuando aún se conserva algún lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente 'aparentemente normal'.

Esta enfermedad no tiene un cuadro clínico homogéneo, pero algunos síntomas deben hacer que se piense en ella. Entre estos, los siguientes son los más comunes:

- Pensamiento sonoro, eco, robo, inserción o difusión de los pensamientos del sujeto.
- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que realiza el individuo.
- Ideas delirantes de ser controlado, de ser influido en las acciones, emociones o pensamientos desde el exterior.
- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que la persona realiza.
- Ideas de tener poderes sobrenaturales y sobrehumanos.

- Invención de palabras nuevas que no tienen significado alguno para quienes le escuchan.
- Asumir posturas corporales extrañas mantenidas o no realizar movimiento alguno.
- Apatía marcada, pérdida de la voluntad, empobrecimiento del lenguaje o respuesta emocional inadecuada a los estímulos.
- Pérdida de intereses, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.
- Lenguaje incapaz de servir de comunicación con los demás.
- La vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están gravemente comprometidos.

Se han mencionado y descrito las enfermedades mentales que frecuentemente conllevan suicidio entre los adolescentes, pero sería de inapreciable utilidad detallar los rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que pueden facilitar la eclosión de salidas suicidas emergentes frente a situaciones de riesgo, las que serán abordadas más adelante.

Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son:

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realistamente.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.

- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

Estos son algunos de los rasgos que predominan entre los adolescentes que al estar sometidos a las llamadas situaciones de riesgo pueden presentar una conducta suicida. Como es conocido, ellos se ven involucrados en mayor número de eventos vitales desfavorables que sus pares no suicidas.

Enunciaremos seguidamente aquellas situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

- Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidógenos en adolescentes vulnerables, quienes los perciben como una amenaza directa a la autoimagen o a su dignidad.
- Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida.
- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.

- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.
- Situación de tortura o victimización.
- Fracaso en el desempeño escolar.
- Exigencia elevada de padres y maestros durante el período de exámenes.
- Embarazo no deseado y embarazo oculto.
- Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual.
- Padecer una enfermedad física grave.
- Ser víctima de desastres naturales.
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas.
- Estar involucrado en una situación de trájín-trajinador en una situación de régimen interno (escuelas, servicio militar).
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

No se pretende agotar todas las situaciones que son de riesgo para que un adolescente intente contra su vida, pero sin lugar a dudas se han mencionado las más comunes.

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación psico-traumática inicia una crisis suicida, es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva, ya que la característica principal de este tipo de crisis es que existe la posibilidad que el individuo intente afrontar la situación problemática mediante la autoagresión. Al existir esta posibilidad tangible el enfrentamiento a la crisis suicida tendrá como objetivo primordial mantener a la persona con vida mientras dure dicha crisis.⁽¹⁵⁾

1.2.2. CONDUCTA SUICIDA

Es una condición clínica que se define como el desarrollo del pensamiento suicida, pudiendo llegar hasta el acto suicida consumado. Se puede originar esta conducta en función a una decisión voluntaria, motivos inconscientes, en estados psicopatológicos que cursan con alteraciones del afecto, del pensamiento, de la conciencia y de los impulsos.⁽¹⁸⁾

1.2.2.1. ETIOLOGÍA

La conducta suicida en sí no es una patología, sino que puede estar inscrita en una serie de enfermedades emocionales, siendo la principal el trastorno depresivo, y por lo tanto no responde a una sola etiología. Se enumeran las teorías propuestas;⁽¹⁹⁾

a) TEORÍA NEUROBIOLÓGICA

Una disminución en la acción de la serotonina, 5 HT (5HT) está implicada en conductas depresivas, agresivas, y de trastornos del control de los impulsos, asociados a los suicidios violentos o agresivos. Asimismo, la conducta suicida se asocia con una disminución en los niveles serotoninérgicos de la corteza ventral pre-frontal.

Igualmente, se encontró niveles bajos de serotonina (5-HT) y su metabolito principal, ácido 5-hidróxiindolacético (5-HIAA) en cerebros post-mortem.

También se ha señalado la falta de procesamiento adecuado en la corteza prefrontal del cerebro de la que depende la toma de decisiones, y que se vería debilitada por los estados depresivos, abuso de alcohol o sustancias psicoactivas u otros estados psicopatológicos.

En sujetos con intento de suicidio la reducción de los niveles de 5-HIAA en el líquido céfalo raquídeo se correlacionó con el diagnóstico psiquiátrico y la letalidad del intento (Mann, 2002).

Estudios sugieren que existe una asociación entre alteraciones del eje hipotálamohipófisis-suprarrenal y suicidio. Las primeras observaciones fueron hechas por Bunney y Fawcett quienes encontraron una elevada excreción urinaria de 17- hidroxicorticosteroides en víctimas de intentos de suicidio y suicidios consumados.⁽¹⁹⁾

También han sido informadas elevaciones de cortisol en sangre en suicidas e incluso valores arriba de 20 mg/dl podrían tomarse como marcador biológico de alto riesgo de suicidio.

Los niveles de colesterol sanguíneo, fundamentalmente la hipocolesterolemia (menor de 160 mg/dl), ha venido siendo estudiado en numerosos países, como un factor que puede estar relacionado con el metabolismo del triptofano, precursor de la serotonina, sin que se encuentre correlación en todas las series estudiadas, pero por la sencillez y economía es un factor a considerar.⁽²⁰⁾

b) ASPECTOS GENÉTICOS

Ciertas investigaciones sugieren una tasa elevada de concordancia de suicidio en gemelos idénticos. En un estudio danés sobre gemelos monocigóticos se observó que, en 20% de los casos en los que un hermano se suicidaba, el otro fallecía de la misma manera. En estudios locales se encontró que familiares de pacientes con intento de suicidio habían cometido suicidio (26.7%).

Estudios sobre adopción realizados en Dinamarca muestran un mayor número de suicidios en familiares de personas suicidas comparadas con familiares de los controles.⁽²¹⁾

c) TEORÍAS PSICOLÓGICAS

En las teorías Cognitivas, Aarón Beck ha examinado la función de los estados emocionales como la desesperanza y el desamparo en la patogenia de la depresión y el suicidio. Este autor ha relacionado la "triada negativa" de la depresión con el suicidio basándose en que el pensamiento del individuo se deforma cuando la víctima se encuentra deprimida; de esta manera adquiere una opinión negativa de sí mismo, del futuro y del mundo. De manera que la idea de suicidio represente una mejoría respecto a la situación actual.

En la teoría Psicoanalítica, Sigmund Freud (1917, citado por MINSA, 2006), fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al suicidio, quien postulaba que los motivos del acto eran intrapsíquicos, vinculándolas al instinto de muerte y a la pulsión suicida con cargas tanáticas dirigidas contra el propio yo, donde no siempre la persona es consciente de sus actos. Así sus mecanismos de defensa (negación) son una forma de huir de la vida (de sus problemas) optando así por el suicidio.

Recientemente se viene estudiando la conducta impulsiva que sobrepasa los umbrales del procesamiento o ejecución a nivel de la corteza pre-frontal del cerebro, frente a ciertos estresores en determinados casos.⁽¹⁹⁾

d) TEORÍA DE LA CRISIS

La Conducta suicida es una situación crítica en la cual existe una pérdida temporal del equilibrio psíquico, principalmente por la incapacidad de manejar situaciones dolorosas y amenazantes, por colapso de los recursos adaptativos de la persona. La Teoría de la Crisis aparece a raíz de los suicidios durante la guerra mundial, a inicios del año 1960 el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en los Estados Unidos, al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Kaplan.⁽²³⁾

1.2.2.2. PROCESO SUICIDA

Es el periodo que va desde la aparición inicial de la idea suicida, hasta la consumación del acto suicida. Según Mosquera, se distinguen las siguientes etapas:

- **Etapas de ideas y consideración inicial del suicidio.** Por diferentes causas, el potencial sujeto suicida, empieza a pensar en el suicidio como una posible salida a su crisis o dificultades. Lo común es que, en esta etapa, el sujeto se asuste o rechace la idea, pues predomina en él aún el instinto de conservación, por encima de los motivos de autodestrucción.
- **Etapas de Ambivalencia, lucha y decisión suicida.** Si la crisis persiste y las ideas suicidas continúan invadiendo y parasitando a la persona, estas se tornan más familiar y habitual, y él se acostumbra a convivir con ellas, sin que le produzca tanto temor, disminuyendo, a veces, su rechazo a las mismas. Se puede vivir este periodo de diversas maneras.

El sujeto puede empezar entonces a coquetear con ellas, puede asumir también las características de fantasías o ensueños suicidas. Esta etapa puede estar caracterizada por momentos de aceptación que alterna con otros de rechazo. En este periodo el sujeto vive una angustiante situación conflictiva de ambivalencia y dudas, donde el deseo de vivir coexiste con deseo de morir. Culmina con la decisión suicida. Esta etapa suele acompañarse con amenazas, o comentarios, comunicados por el posible suicida a personas de confianza, las cuales deben ser interpretadas en algunos casos como grito, petición o señal de alarma en procura de ayuda; o constituir amenazas reales, en otras.

- **Etapas de planificación y ejecución del acto suicida.** Con la decisión se introduce el potencial suicida en un periodo donde ya se ha resuelto la situación de ambivalencia. De una idea suicida, se pasa a una conducta suicida. Se entra en una fase de tranquilidad y calma, denominada *calma siniestra*. Este es un momento donde, con sigilo se piensa y planifica el mejor modo de llevar a cabo el fatídico acto final. Ya no se profieren amenazas, aunque pueden haber alusiones tangenciales y signos indirectos de que el sujeto podría atentarse contra su vida, a los que se les debe prestar atención pues se trata de indicadores de alto riesgo de suicidio.

Durante este periodo es cuando se escriben notas suicidas, se arreglan asuntos pendientes o se trata de dejar las cosas en orden. Si no hay un cambio de planes o intervenciones que interrumpan el proceso, culmina, con la ejecución del acto suicida.⁽²³⁾

1.2.2.3. CLASIFICACIÓN DEL FENÓMENO SUICIDA

Desde el punto de vista clínico, Moreno clasifican los fenómenos suicidas en los siguientes grupos:

Grupo I. Por el logro, o no, de la muerte en el acto; y la firmeza, o no, del intento:

- a) Intento suicida, con sus particularidades: parasuicidio, gesto suicida y chantaje suicida.
- b) Suicidio frustrado.
- c) Suicidio consumado.

Grupo II. Por el nivel consciente, o no, y control voluntario o no, del acto:

- a) Premeditados, conscientes o voluntarios.
- b) No premeditados. Impulsivos, psicóticos y no-conscientes orgánicos.

Grupo III. Por la intención, propósito, causa o móvil del acto: Suicidios filosóficos, sacrificio religioso, heroico, eutanásico, conflictivos, agresivos, etc.

Grupo IV: Por el número de personas que confluyen a propiciarse el acto: individual, en pareja o doble, colectivo (en grupo, en cadena, epidemia, en masa, hecatombe).⁽²³⁾

1.2.3. ADOLESCENCIA

GENERALIDADES SOBRE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período de la vida de cada individuo que ha sido estudiada y definida históricamente, por lo cual existen diferentes

enfoques sobre la misma, que van desde una concepción de una etapa de constante crisis y pérdida de valores, hasta visiones más integrales que la conceptualizan como un período de crecimiento y desarrollo que le permite al ser humano elaborar su propia identidad. La Organización Mundial de la Salud la define como el período en el cual el individuo progresa desde la aparición de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual.⁽²⁴⁾

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Esta etapa se divide en tres fases (Orillo, 2008), las cuales son:

- **Adolescencia temprana:** comprende entre los 10 y los 13 años, y se caracteriza por cambios de hábitos y modos de conducta. Cobra importancia singular el grupo de pares.
- **Adolescencia media:** comprende entre los 13 y 17 años, se caracteriza por un aumento en el alcance e intensidad de los sentimientos y el crecimiento de la importancia del grupo de pares y el rol de grupos.
- **Adolescencia tardía:** comprende entre los 17 y 19 años y 11 meses, se caracteriza por el crecimiento de su interés por sus padres y su familia. Existe más tranquilidad en cuanto a su imagen física y los valores de grupo se vuelven menos importantes y se inclinan por la búsqueda de una relación con una persona.⁽³⁸⁾

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA ADOLESCENCIA

Durante la etapa de la adolescencia se presentan 8 características principales:

- 1. Proyecto de Vida:** el o la adolescente organiza su vida en función de sus sueños, y comienza a elaborar su estrategia para lograrlos; aunque muchas ideas y pensamientos iniciales surgieron desde su infancia. Este proyecto de vida será mediatizado por las posibilidades que el

medio externo familiar y social ofrezcan y del esfuerzo del propio adolescente.

2. **Sexualidad:** es parte del proceso iniciado en las etapas anteriores de la vida, hay más necesidad de establecer una relación afectiva con otras personas, y como consecuencia de la maduración sexual se da la manifestación genital de la sexualidad. (aparición de las primeras eyaculaciones y menstruaciones)
3. **Crecimiento y Desarrollo:** este es una continuación del proceso que comenzó en el momento de la fecundación. En esta etapa la velocidad de crecimiento es muy grande y el proceso de desarrollo adquiere características especiales, como lo son un incremento acelerado en la estatura y el peso y cambios en los tejidos y proporciones del cuerpo.
4. **Búsqueda de Identidad:** la búsqueda del ser YO, se da un marcado e imprevisto reconocimiento de sus propias habilidades, por lo que lucha por adquirir mayor independencia y autonomía. Se da cuenta de que pertenece a una sociedad, a una cultura y a una familia y por lo tanto incorpora en su personalidad algunos de los valores manifiestos en estas.
5. **Creatividad:** el o la adolescente posee una gran energía que debe ser encaminada a realizar actividades que le permitan explotar y estimular su gran capacidad creativa con el fin de que logre mejorar su autopercepción.
6. **Autoestima:** el adolescente necesita fundamentalmente saber que los otros piensan bien de él, y que él se siente bien como persona con su cuerpo, sus afectos y sus ideas. En este aspecto es muy importante la relación que entablen con el grupo de pares.
7. **Juicio Crítico:** en la adolescencia se produce una expansión de la capacidad de analizar críticamente el mundo que lo rodea, desarrollar una identidad más amplia y un fundamento más sólido de sus valores, sus pensamientos y sus efectos.
8. **Proceso Educativo:** este proceso inicia en la etapa intrauterina, prosigue durante la infancia con la educación informal realizada dentro

de la familia y del entorno social y de la educación formal del período escolar, colegial y universitario.

Todo esto se convierte en un importante insumo para desarrollar la capacidad de buscar nuevas posibilidades culturales y experimentar diversas fuentes de estimulación sensorial, que le faciliten “integrarse” a la vida y descubrir su propio “yo”. De esta forma, desarrolla nuevas formas de pensamiento que posibilitan una comprensión, más amplia e integradora, de los acontecimientos.

Una vez analizados los aspectos básicos de la adolescencia y sus características, se observa que la misma es un periodo de cambios constantes, por lo que se constituye en una población vulnerable para enfrentar situaciones difíciles. Por lo anterior se considera que recibir información adecuada sobre temas de interés podría beneficiar a personas en riesgo.

Al abordar el tema del suicidio, es primordial tener claro que toda persona que piense suicidarse emite una serie de señales de angustia que pueden ser detectadas por las personas que le rodean o por profesionales entrenados. Esta detección a tiempo puede significar la diferencia entre la vida y la muerte y es el fundamento principal de este proyecto, que trata de desarrollar, a través de diferentes estrategias, un método para lograr descubrir personas en situaciones de riesgo, para brindarles ayuda lo más pronto posible y así evitar un primer o nuevo intento de autoeliminación.⁽²⁴⁾

ADOLESCENCIA Y CONDUCTA SUICIDA

La problemática del suicidio y del intento de suicidio en la población adolescente no es tampoco ajena a la crisis que acompaña, de manera indefectible, a este período de la vida de todo sujeto. Esta crisis debe entenderse bajo dos aspectos.

1. La crisis del adolescente comporta el momento en el que habrá de decidir su futuro, y ello en diversas áreas de la vida: labora, formativa, afectiva, etc.
2. La crisis de la adolescencia supone el momento en el que la neurosis más o menos latente del sujeto se declara con cierta violencia o cierta urgencia, esto, además, puede complicarse en aquellos sujetos con una estructura psicótica que puede haber permanecido silenciosa durante la infancia pero mostrarse con toda crudeza a partir de la pubertad.

Momento de elegir, momento de urgencia, ambas circunstancias colocan al adolescente ante una nueva situación que le obligan a poner en marcha todo un conjunto de mecanismos defensivos. Sin embargo, esos mecanismos no siempre se dan o bien resultan insuficientes para resolver la crisis de manera satisfactoria.

El suicidio y el intento de suicidio constituyen las manifestaciones dramáticas del fracaso del sujeto adolescente al enfrentarse con ese nuevo mundo. En otras ocasiones, el momento de la adolescencia comporta la puesta en marcha, el inicio de un trastorno mental grave, por ejemplo, una psicosis esquizofrénica. Así, se ha señalado por parte de algunos autores que cierto número de esquizofrenias son la culminación de crisis de la adolescencia que han sido impedidas, no resueltas. Sin embargo, nos equivocáramos si pensáramos que ambos fenómenos, el suicidio y la tentativa de suicidio, por un lado; y los trastornos mentales, por otro, se pueden tratar de manera independiente, como si no tuvieran ninguna relación entre sí. Nada más lejos de la realidad, el suicidio y tentativa de suicidio no son diagnósticos psiquiátricos, sino son síntomas psiquiátricos, elementos sígnicos de trastornos mentales. Suicidio y tentativa de suicidio que pueden formar parte de diversos trastornos mentales, es lo que ocurre en casos de depresión mayor y de psicosis esquizofrénica, entre otros.

Por otro lado, los suicidios e intentos de suicidio son fenómenos no ajenos a los marcos sociales en los que acontecen. Dichos marcos constituyen los factores sociales implicados, esto es, actúan como elementos que pueden favorecer la emergencia de comportamientos suicidas en tanto el sujeto posmoderno se enfrenta a un proyecto colectivo en el que naufragan muchas vidas, al verse traídas y llevadas por un vivir carente de sentido. ⁽²⁵⁾

La correlación más importante para suicidio en jóvenes es el antecedente de un intento de suicidio previo; adicionalmente se ha asociado con depresión, uso de sustancias, pérdida de un familiar o amigo por suicidio, fácil acceso a armas de fuego, género femenino, ser víctima o generador de violencia, familias monoparentales sobre todo con ausencia del padre, rasgos de personalidad narcisista o antisocial, pobreza, problemas de interrelación, abuso físico o sexual, limitadas capacidades adaptativas, trastornos de la alimentación, eventos vitales estresantes como pérdida de una persona significativa o una mascota, problemas con la autoridad legal o escolar, cambio de domicilio, percepción por el joven de carencia de apoyo familiar o en general conflictos intrafamiliares, alteraciones neuropsicológicas como déficit de funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico, mediado por el lenguaje. Como factores protectores se destacan el sentirse bien emocionalmente (adecuada autoestima, autoeficacia, autoconcepto) y contar con una estrecha y comprometida relación familiar (funcionalidad familiar).

El adolescente con alto riesgo de suicidio puede presentar rasgos tales como: ser solitario, aislado, replegado sobre sí mismo, frecuenta pocos amigos y no tiene un confidente real. No confía en nadie y se siente automáticamente excluido y rechazado por el grupo de pares. El que la juventud hable acerca del suicidio incrementa el riesgo del comportamiento suicida y se plantan semillas del mismo, sobre todo en jóvenes en que actúa el efecto de imitación.

Algunos síntomas de alarma en niños, son que dejen de jugar, pasar tiempo solos, problemas con el sueño, llamar la atención negativamente, bajo rendimiento escolar, conductas regresivas y dificultad para concentrarse. Los estilos de crianza más afectuosos aumentan las conductas pro-sociales de los niños y adolescentes, y parecen proteger de la depresión y del comportamiento anti-social. Considerando la dependencia del niño o adolescente a su familia y otros adultos, es recomendable intervenir tanto al niño o al adolescente como a su núcleo familiar, siendo este elemento clave en el tratamiento.

El abordaje de la problemática suicida en la población estudiantil es relativamente reciente y se evidencia que este problema amerita el cuidado en los diferentes niveles de atención primaria (antes de que surjan factores que ponen en riesgo el estado emocional), secundaria (cuando existen factores que potencian el riesgo suicida) y terciaria (cuando ocurre alguna conducta suicida).⁽²⁶⁾

CAPÍTULO II

MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Analítico.

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Caso - control.

2.3. POBLACIÓN

Constituida por 2140 (100%) adolescentes de 12 a 19 años de edad atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho de enero a diciembre de 2013. La distribución poblacional fue la siguiente:

Población N° 01 2,079 adolescentes de 12 – 19 años sin intento de suicidio.

Población N° 02 61 adolescentes de 12 – 19 años de edad con intento de suicidio.

a) Unidad de análisis

Población N° 01 Un adolescente sin intento de suicidio.

Población N° 02 Un adolescente con intento de suicidio.

b) Criterios de inclusión

Población de controles

- a) Adolescentes entre 12 a 19 años de edad sin intento de suicidio.
- b) Adolescentes procedentes de familias nucleares, ampliadas e incompletas.

Población de casos

- a) Adolescente entre 12 a 19 años de edad con intento de suicidio.
- b) Adolescentes procedentes de familias nucleares, incompletas o ampliadas.

c) Criterios de exclusión

Población de controles

- a) Adolescentes que vivían solos.

Población de casos

- a) Adolescentes que vivían solos.
- b) Adolescentes con reintentos de suicidio.

d) Criterios de eliminación

- a) Adolescentes que no deseaba participar en el estudio.
- b) Adolescentes que no deseaban brindar información necesaria para el estudio.
- c) Cuando habían indicios que la información no era confiable.

2.4. MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 60 adolescentes con intento de suicidio (casos) y 60 sin intento de suicidio (controles) por afijación de igualdad con relación al sexo y edad, con las siguientes técnicas de muestreo:

Casos El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional.

Controles El tipo de muestreo fue no probabilístico por cuotas.

2.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semi estructurada y la evaluación psicométrica. Los instrumentos fueron:

a) Guía de entrevista

Autor. Ventura, M. (2013)

Descripción. Se trata de un guión de entrevista semi-estructurada constituida por dos secciones: datos generales y específicos. Los datos generales están referidos a la edad, sexo, lugar de residencia e identificación del grupo (caso o control). Los datos específicos abordan la condición socioeconómica, el nivel de instrucción, tipo de familia y la percepción hacia la conducta suicida.

Tipo de administración. Hetero-administrada.

Tiempo de administración. 10 minutos en promedio.

Norma de aplicación. Esta entrevista trata sobre temas referidos a la convivencia en familia. La información que proporciones será utilizada para desarrollar mejores programas de salud para jóvenes como tú. Las respuestas que des serán mantenidas en secreto. Nadie conocerá tus respuestas. La participación en esta entrevista es voluntaria.

b) Escala de ansiedad y depresión

Autor. Goldberg et al. (1998)

Descripción. Se trata de un cuestionario con dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las sub-escalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la sub-escala de ansiedad, 1 o más en la sub-escala de depresión).

Tipo de administración. Hetero-administrada.

Tiempo de administración. 15 minutos en promedio.

Confiabilidad. La confiabilidad, como medida de estabilidad, fue determinada a través del Alpha de Cronbach en una muestra piloto de diez adolescentes con intento de suicidio. Efectuados los cálculos se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0,965 para la escala de depresión y 0,980 para la escala de ansiedad, valores que aseguran la adecuada fiabilidad de los instrumentos.

Norma de aplicación. A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas algunos de los siguientes síntomas. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

Norma de evaluación. Los puntos de corte se sitúan en 4 o más respuestas afirmativas para la sub-escala de ansiedad y en 2 o más respuestas afirmativas en la sub-escala de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo será el problema (siendo el máximo posible de 9 en cada una de las sub-escalas).

c) Test de funcionamiento familiar

Autora. Ortega (1996)

Descripción. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento: cohesión (1 y 8), armonía (2 y 13), comunicación (5 y 11), permeabilidad (7 y 12), afectividad (4 y 14), roles (3 y 9) y adaptabilidad (6 y 10). Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: casi nunca (1), pocas veces (2), a veces (3), muchas veces (4) y casi siempre (5).

Tipo de administración. Auto-administrada.

Tiempo de administración. 5 minutos en promedio.

Confiabilidad. La confiabilidad fue determinada a través del Alpha de Cronbach en una muestra piloto de diez adolescentes con intento de suicidio. Efectuados los cálculos se obtuvo un coeficiente de fiabilidad de 0,986 que aseguran la adecuada fiabilidad del instrumento.

Norma de aplicación. A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una "X" su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

Norma de evaluación. La funcionalidad familiar se estratifica del siguiente modo:

- **De 70 a 43 puntos.** Familia funcional
- **De 42 a 14 puntos.** Familia disfuncional

2.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

El procesamiento de datos en el paquete estadístico SPSS versión 11,5. Los resultados son presentados en cuadros compuestos de estructura tetracórica (2 x 2) haciendo uso de la distribución de frecuencias absolutas y relativas simples. Cada cuadro está precedido de una gráfica para resaltar visualmente los resultados.

La interpretación de los resultados se efectúa en forma numérica y porcentual, incidiendo en los valores más representativos. En el análisis de los datos se utilizó la prueba de Chi cuadrado con $p < 0.05$ para asociar los factores de riesgo en forma individual con los intentos de suicidio. Para la cuantificación del riesgo se utilizó la prueba de disparidades u Odds Ratio con un Intervalo de Confianza al 95% y la prueba estadística Chi Cuadrado.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

El presente capítulo consigna la sistematización de los datos a través de cuadros de contingencia haciendo uso de las frecuencias absolutas y relativas simples.

Tabla 01

Intento de suicidio según manifestaciones clínicas de ansiedad en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.

Manifestaciones clínicas de ansiedad	Intento de suicidio			
	Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%
Presente	28	46.7	06	10.0
Ausente	32	53.3	54	90.0
Total	60	100.0	60	100.0

Fuente. Guía de entrevista y escala de ansiedad.

$$\chi^2_c : 18.10 \quad gl : 1 \quad p : <0.001 \quad OR : 7.88 \quad IC95\%: 2.76; 25.38$$

Del 100% (60) de casos (adolescentes con intento de suicidio), el 53.3% no presentó manifestaciones clínicas de ansiedad y 46.7% si presentó estas manifestaciones. De igual número de controles (adolescentes sin intento de suicidio), el 90% no presentó manifestaciones clínicas de ansiedad y 10% si presentó estas manifestaciones.

De acuerdo a la prueba de χ^2 las manifestaciones clínicas de ansiedad y el intento de suicidio están asociados significativamente ($p < 0.001$).

Tabla 02

Intento de suicidio según manifestaciones clínicas de depresión en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.

Manifestaciones clínicas de depresión	Intento de suicidio			
	Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%
Presente	43	71.7	08	13.3
Ausente	17	28.3	52	86.7
Total	60	100.0	60	100.0

Fuente. Guía de entrevista y escala de depresión.

$$\chi^2_c : 39.42 \quad \text{gl} : 1 \quad p : < 0.001 \quad \text{OR} : 16.44 \quad \text{IC95\%: } 5.99; 47.50$$

Del total de casos (60 adolescentes con intento de suicidio), el 71.7% presentó manifestaciones clínicas de depresión y 28.3% no presentó estas manifestaciones. De igual número de controles (60 adolescentes sin intento de suicidio), el 86.7% no presentó manifestaciones clínicas de depresión y 13.3% si presentó estas manifestaciones.

De acuerdo a la prueba de χ^2 las manifestaciones clínicas de depresión y los intentos de suicidio se asocian significativamente ($p < 0.001$).

Tabla 03

Intento de suicidio según tipo de familia en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.

Tipo de familia	Intentos de suicidio			
	Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%
Incompleta	21	35.0	05	8.3
Nuclear	39	65.0	55	91.7
TOTAL	60	100.0	60	100.0

Fuente. Guía de entrevista.

$$\chi^2_c : 11.05 \quad gl : 1 \quad p : < 0.001 \quad OR : 5.92 \quad IC95\% : 1.92; 21.55$$

Del 100% (60) de casos (adolescentes con intento de suicidio), el 65% procedía de una familia nuclear y 35% de una familia incompleta. De igual número de controles (adolescentes sin intento de suicidio), el 91.7% provenía de una familia nuclear y 8.3% de una familia incompleta.

De acuerdo a la prueba de χ^2 el tipo de familia incompleta se asocia significativamente con los intentos de suicidio ($p < 0.001$).

Tabla 04

Intento de suicidio según funcionalidad familiar en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.

Funcionalidad familiar	Intentos de suicidio			
	Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%
Familia disfuncional	53	88.3	18	30.0
Familia funcional	07	11.7	42	70.0
Total	60	100.0	60	100.0

Fuente. Gufa de entrevista y test de funcionamiento familiar.

$$\chi^2_c : 39.87 \quad \text{gl} : 1 \quad p : < 0,001 \quad \text{OR} : 17.67 \quad \text{IC95\%: } 6.25; 53.60$$

Del 100% (60) de casos (adolescentes con intento de suicidio), el 88.3% procedía de familias disfuncionales y 11.7% de familias funcionales. De igual número de controles (adolescentes sin intento de suicidio), el 70% provenía de familias funcionales y 30% de familias disfuncionales.

De acuerdo a la prueba de χ^2 la disfuncionalidad familiar y los intentos de suicidio están asociados significativamente ($p < 0.001$).

Tabla 05

Intento de suicidio según condición socioeconómica en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.

Condición socioeconómica	Intentos de suicidio			
	Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%
Baja	26	43.3	21	35.0
Media	34	56.7	39	65.0
Total	60	100.0	60	100.0

Fuente. Guía de entrevista.

$$\chi^2_c : 0.56 \quad \text{gl} : 1 \quad p : 0.454 \quad \text{OR} : 1.42 \quad \text{IC95\%} : 0.64; 3.17$$

Del 100% (60) de casos (adolescentes con intento de suicidio), el 56.7% provenía de un hogar de condición socioeconómica media y 43.3% de condición baja. De igual número de controles (adolescentes sin intento de suicidio), el 65% procedía de un hogar de condición socioeconómica media y 35% de condición baja.

De acuerdo a la prueba de χ^2 la condición socioeconómica baja no está asociada con los intentos de suicidio ($p = 0,454$).

Tabla 06

Intento de suicidio según nivel de instrucción en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.

Nivel de instrucción	Intentos de suicidio			
	Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%
Bajo	33	55.0	11	18.3
Medio	27	45.0	49	81.7
Total	60	100.0	60	100.0

Fuente. Guía de entrevista.

$$\chi^2_c : 15.83 \quad \text{gl} : 1 \quad p : < 0.001 \quad \text{OR} : 5.44 \quad \text{IC95\%: } 2.22; 13.77$$

Del total de casos (60 adolescentes con intento de suicidio), el 55% tenía bajo nivel de instrucción y 45% medio. De igual número de controles (60 adolescentes sin intento de suicidio), el 81.7% tenía nivel de instrucción medio y 18.3% bajo.

De acuerdo a la prueba de χ^2 , el bajo nivel de instrucción está asociado significativamente con los intentos de suicidio ($p < 0.001$).

Tabla 07

Intento de suicidio según percepción acerca de la tentativa suicida en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.

Percepción acerca de la tentativa suicida	intentos de suicidio			
	Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%
A favor	39	65.0	13	21.7
En contra	21	35.0	47	78.3
Total	60	100.0	60	100.0

Fuente. Guía de entrevista.

$$\chi^2_c : 21.21 \quad gl : 1 \quad p : < 0.001 \quad OR : 6.71 \quad IC95\% : 2.79; 16.49$$

Del 100% (60) de casos (adolescentes con intento de suicidio), el 65% tenía una percepción a favor del suicidio y 35% una percepción en contra de esta determinación. De igual número de controles (adolescentes sin intento de suicidio), el 78.3% tenía una percepción en contra del suicidio y 21.7% a favor.

De acuerdo a la prueba de χ^2 la percepción a favor acerca del suicidio está asociada significativamente con la conducta suicida ($p < 0.001$)

Tabla 08

Número de factores de riesgo según intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.

Número de factores de riesgo	Intentos de suicidio			
	Casos		Controles	
	Nº	%	Nº	%
Ninguno	-	-	31	51.7
Uno	-	-	15	25.0
Dos	09	15.0	06	10.0
Tres	15	25.0	08	13.3
Cuatro	21	35.0	-	-
Cinco	10	16.7	-	-
Seis	05	8.3	-	-
Total	60	100.0	60	100.0

Fuente. Instrumentos aplicados.

$$\chi^2_c: 84.73 \quad \text{gl: } 1 \quad r_s: 0.643$$

Del 100% (60) de casos (adolescentes con intento de suicidio), el 35% necesita cuatro factores de riesgo para la tentativa suicida, 15% dos factores de riesgo y 16.7% cinco factores de riesgo. De igual número de controles (adolescentes sin intento de suicidio), el 51.7% no presenta ningún factor de riesgo situación que disminuye la probabilidad del intento de suicidio.

De acuerdo a la prueba de χ^2 existe correlación positiva considerable entre el número de factores de riesgo y los intentos de suicidio según el Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En las últimas décadas se ha observado un ascenso en el número de intentos de suicidio en la población adolescente, sin una explicación clara. El suicidio y los intentos de suicidio constituyen un grave problema de Salud Pública en todas las culturas y en el que están implicados múltiples factores de riesgo (psicológicos, socioeconómicos y culturales, etc.).

Respecto al **Intento de suicidio según manifestaciones clínicas de ansiedad en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho**, (cuadro N° 01) Del 100%, el 53.3% no presentó manifestaciones clínicas de ansiedad y de los casos controles 90% no presentó manifestaciones clínicas de ansiedad.

Bertolote. (2001) en su estudio *Prevención del Suicidio* refiere que Según los hallazgos, se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión, en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere que debería establecerse y

tratarse la ansiedad de los adolescentes, con riesgo de comportamiento suicida. Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida.⁽²⁷⁾

Así mismo, Pérez (2011) en su artículo sobre *Suicidio y ansiedad*, refiere que estudios sobre epidemiología establecen una prevalencia a lo largo de la vida que 29% de los trastornos de ansiedad en la población general. Tanto los estudios clínicos como aquellos realizados en la comunidad, instauran claramente la existencia de una asociación entre la presencia de trastornos de ansiedad y la ideación suicida, tentativas suicidas y el suicidio, en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se presenta la mayor prevalencia de ideación suicida, siendo del 27,3% dentro de los doce meses. Los atentados suicidas están asociados más frecuentemente con trastorno de pánico (3,6%) y el TOC (3,3%). La comorbilidad es una constante entre los trastornos de ansiedad y depresivos, estos a su vez se presentan junto a otros trastornos psiquiátricos de forma independiente.⁽²⁸⁾

Los resultados obtenidos muestran la existencia de asociación consistente entre las manifestaciones clínicas de ansiedad y los intentos de suicidio en la población adolescente. El excesivo y permanente estado de angustia impide a los adolescentes visualizar soluciones efectivas y distintas al comportamiento suicida. Todo parece indicar que los intentos de suicidio encuentran una fuerte base en los trastornos mentales afectivos, tal como describen las referencias bibliográficas. Sólo así podría explicarse esta determinación equivocada, que pone en riesgo la integridad de los adolescentes, entendiéndose que la presencia conjunta de síntomas depresivos y ansiosos establecen por lo general límites de respuesta y peor curso de evolución de la enfermedad y mayor incremento del riesgo suicida, mayor chance de recidiva, donde la

detección y tratamiento correcto de la depresión y ansiedad puede favorecer una mejoría funcional en el adolescente.

De lo que se concluye que, las manifestaciones clínicas, de ansiedad y el intento de suicidio están asociados significativamente ($p < 0.001$). Por tanto, la presencia de manifestaciones clínicas de ansiedad incrementa en 7.88 veces el riesgo de intento de suicidio (IC95%: 2.76; 25.38).

Respecto al Intento de suicidio según manifestaciones clínicas de depresión en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, (cuadro N° 02), Del total de casos el 71.7% presentó manifestaciones clínicas de depresión y de igual número de controles el 86.7% no presentó manifestaciones clínicas de depresión.

Cañón (2011) en su investigación *Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes – Colombia* considera que más del 50% de los adolescentes que se suicidan, sufren depresión mayor, de estos, un 25% hace un intento de suicidio en algún momento de su vida y 15% finalmente se suicida. Estudio realizado con estudiantes de bachillerato en la Universidad de Guanajuato en el 2003, demostró que la mitad de encuestados (51%) reportaron haberse sentido deprimidos al menos una vez en la semana anterior y 40% dijo haberse sentido solo. La prevalencia de depresión grave en niños con ideas suicidas reportada en el estudio de Miranda y colaboradores en el año 2009 fue de 27,3%, además encontraron un porcentaje alto de ideación suicida en niños escolarizados (29.2%). La depresión conlleva a tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre-generalización, excesiva autocrítica, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima, situaciones estas que hacen que los jóvenes sean más vulnerables para generar pensamientos y conductas suicidas, unido a esto que tengan una familia en la cual se sientan excluidos.⁽²⁶⁾

Delgadillo (2009), en la investigación *"Riesgos asociados a intentos de suicidio en adolescentes del Hospital Regional de Ayacucho"*, señala que la depresión y los intentos de suicidio se asocian significativamente. Los adolescentes con cuadros depresivos tienen un riesgo 16 veces mayor de recurrir al intento de suicidio en comparación a los adolescentes sin depresión.⁽⁸⁾

Pizarro (2009) en la investigación *"Factores que predisponen los intentos de suicidio en escolares del nivel secundario del distrito de Ayacucho"*, describe que la tendencia depresiva es un factor psicológico que predispone al intento de suicidio ($p < 0.05$). Es decir, los escolares con tendencia depresiva tienen un riesgo 30 veces mayor de recurrir al intento de suicidio en comparación a los escolares sin tendencia depresiva.⁽⁹⁾

La sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente y perder interés en las actividades que antes generaban placer, es lo que se llama depresión. La depresión es un trastorno mental afectivo y no únicamente una sensación de tristeza o desánimo. Este trastorno progresa cada día afectando los pensamientos, sentimientos, la salud física y la forma de relacionarse con los demás.

En los tiempos actuales la depresión ha pasado a constituir un trastorno psíquico muy frecuente asociado con el tipo de vida que se lleva, dependiendo de las relaciones familiares y el ámbito académico, entre otros factores. Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas; miran el futuro con incertidumbre y negativismo, muestran una marcada tendencia a considerarse como deficientes e inútiles, atribuyendo sus experiencias desagradables a un defecto físico, moral o mental. Frecuentemente se sienten derrotadas socialmente, tienden a deformar sus experiencias, malinterpretan acontecimientos concretos e irrelevantes tomándolos como fracasos. Tanto la ansiedad como la depresión son

consideradas como trastornos afectivos de mayor frecuencia en el ámbito psicológico y psiquiátrico. La ansiedad está relacionada con sensaciones angustiosas y la depresión con sentimientos de tristeza.

En síntesis, se concluye que las manifestaciones clínicas de depresión y los intentos de suicidio se asocian significativamente ($p < 0.001$). En consecuencia, la presencia de manifestaciones clínicas de depresión incrementa en 16,44 veces el riesgo de intento de suicidio (IC95%: 5.99; 47.50).

Respecto al **Intento de suicidio según tipo de familia en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho**, (Cuadro 03), del total de casos con intento de suicidio 35% procedía de una familia incompleta y de controles el 8.3% provenía de una familia incompleta.

Valadez (2005) en su estudio *El papel de la familia en el intento suicida del adolescente*. Encontró que el antecedente de intento suicida se presentó en 11.95% de los adolescentes estudiados. Casi una quinta parte de los mismos reportan que sus padres no viven juntos, la separación o divorcio fueron de los motivos más señalados. La estructura familiar, en cuanto a composición del grupo, mostró múltiples formas (nucleares, uniparentales madre hermanos o padre hermanos, extensas reconstituidas). Si bien en este estudio no se encontró asociación entre esta situación y el intento suicida, sí tiene como resultado que los adolescentes conviven en familias extensas incompletas, ensambladas, o con personas distintas al padre o la madre, lo que puede dificultar su interacción y, de alguna manera, incide en la conducta estudiada.

(29)

Delgadillo (2009), refiere que el tipo de familia se asocia significativamente con los intentos de suicidio. Es decir, los adolescentes que proceden de una familia no nuclear tienen 6 veces más riesgo de recurrir al intento de suicidio en comparación a los adolescentes que provienen de una familia nuclear.⁽⁸⁾

Sin embargo, según Pizarro (2009) el tipo de familia es un factor sociocultural que no predispone al intento de suicidio ($p > 0.05$).⁽⁹⁾

Larraguibel (2000) menciona que las altas tasas de divorcio o separación parental puede tener efecto en aumentar el riesgo suicida en adolescentes al incrementar la vulnerabilidad temprana a la psicopatología, como la depresión, que constituyen factores de riesgo para el suicidio. Gould realizó autopsia psicológica en jóvenes suicidas menores de 20 años y comparó con 127 jóvenes de Nueva York; los resultados muestran que 58 víctimas de suicidio y 49 controles de la comunidad venían de familias en las que existía permanente separación o divorcio de los padres biológicos. También encontró que el divorcio o separación tenían impacto relativamente pequeño en el suicidio, el que fue aún menor después de tomar en cuenta la psicopatología parental y concluyo que el incremento del suicidio en adolescentes en las pasadas tres décadas parece no ser atribuible al incremento de las tasas de divorcio.⁽¹¹⁾

Los resultados obtenidos confirman que la tentativa de suicidio es más frecuente en adolescentes que proceden de familias incompletas por muerte o separación de alguno o ambos padres. No olvidemos que la sensibilidad emocional es mayor en la adolescencia; de allí que la ausencia física del padre o la madre genera una sensación permanente de vacío y a la postre constituye un factor de riesgo importante para el intento suicida. Significa que las figuras materna como paterna son imprescindibles en todo núcleo familiar, por el cumplimiento de roles complementarios que sirven de referente para la

formación de los adolescentes, claro está, dentro de relaciones familiares funcionales basadas en la comunicación y el apoyo mutuo.

La familia es considerada uno de los ambientes donde se aprenden y desarrollan las habilidades sociales. Por tanto, su papel es importante en la formación integral del adolescente. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer no sólo las necesidades básicas de sus miembros (alimentación educación, etc.), sino también las necesidades emocionales y espirituales asociadas con la transmisión de valores, normas de comportamiento y solución eficiente de conflictos, que permitan una mejor adecuación en las relaciones con los coetáneos y consigo mismos.

En conclusión el tipo de familia incompleta se asocia significativamente con los intentos de suicidio ($p < 0.001$). Es decir, vivir al interior de una familia incompleta incrementa en 5.92 veces el riesgo de intento de suicidio (IC95%: 1.92; 21.55).

Respecto al Intento de suicidio según funcionalidad familiar en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, (Cuadro 04), del de casos con intento de suicidio 88.3% procedía de familias disfuncionales y de controles 30% provenía de familias disfuncionales.

Cañón (2011) menciona que alguno de los miembros de la familia se asocian con mayor riesgo de intento suicida e infiere que el hecho de pertenecer a una familia caracterizada por niveles altos de cohesión; como la familia conectada no significa mayor riesgo de intento; como si es relevante que los problemas familiares son los precipitantes más comunes, el grado de disfunción familiar repercute sobre el comportamiento de los jóvenes en una sociedad en continuo cambio.⁽²⁶⁾

Huichapeño (2006) Menciona que desafortunadamente, no todas las familias son funcionales, lo cual va a ocasionar alteraciones en la conducta, problemas de aprendizaje, trastornos afectivos, dificultad para adaptarse a los cambios, relaciones interpersonales perturbadoras y en casos de una madre ausente carente afecto, se tendrá como consecuencia un sentimiento crónico de vacío, en la investigación pudo observar que ninguna familia cubre las necesidades básicas como la necesidad afectiva, fortalecimiento de la personalidad entre otras, esto se observa en problemas conyugales hace que las figuras paternas sean periféricas, cubriendo sólo necesidades de alimentación o vestido, en casos de adolescentes con ideación suicida, de 20 casos se encontró que 16 de sus padres presentan disfuncionalidad familiar con problemas conyugales, la familia disfuncional incrementa la rigidez de sus pautas y perturba el equilibrio del adolescente por lo que pueden presentar diversidad de síntomas e incluso cometer suicidio cuando se encuentran en situaciones estresantes que son vistas como catastróficas, vergonzosas o trágicas. ⁽³⁰⁾

Leal y Vásquez (2012), en la investigación "Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos: prevalencia y factores asociados", muestran que el funcionamiento familiar se relaciona negativa, moderada y significativamente con la ideación suicida ($r=-.385$). ⁽⁷⁾

Los resultados muestran que las características psicológicas predominantes para intento suicida corresponden a variables emocionales como represión emocional, inestabilidad y necesidad de afecto, variables familiares como valorización de la madre, negación de padres y hermanos, la falta de atención, el desinterés por el adolescente y la escasa comunicación familiar constituyen móviles importantes de la conducta suicida. Contrariamente, el adecuado funcionamiento familiar otorga seguridad y confianza a los adolescentes,

porque fortalece la comunicación eficaz, basada en el respeto y la tolerancia, permitiéndoles procesos de afrontamiento tolerados en situaciones conflictivas.

La alta frecuencia de familias disfuncionales, pone de manifiesto la situación de crisis emocional y moral que atraviesa la familia ayacuchana, que lejos de promover el desarrollo integral de los adolescentes genera en ellos resentimiento y rebeldía, sentimientos que finalmente incrementan las probabilidades de recurrir al suicidio como un medio para poner fin a sus sufrimientos o en otros casos, para llamar la atención de los suyos y exigir aunque indirectamente ser tomados en cuenta.

En conclusión, la disfuncionalidad familiar y los intentos de suicidio están asociados significativamente ($p < 0.001$). Es decir, proceder de una familia disfuncional incrementa en 17,67 veces el riesgo de intento suicida.

Respecto al Intento de suicidio según condición socioeconómica en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, (Cuadro 05); de adolescentes con intento de suicidio el 56.7% provenía de un hogar de condición socioeconómica media, de igual número de controles 65% procedía de un hogar de condición socioeconómica media

Urdaneta. (2001) refiere que las frecuencias más altas se reflejan en 69,04% con conducta suicida que pertenecían al estrato social IV- Obrero, seguido por 19,04% que se identificaban en el estrato social V- Marginal.⁽³¹⁾

Najemen (1989) determinaron que el nivel socioeconómico de la población estudiada, quedó constituida por 66,25% de marginales y 33,25% de sujetos se ubicaron en estratos socioeconómicos más altos; donde los factores socio – económicos determinan las normas y valores de la sociedad, así como

posibilidades que cada miembro tiene para desarrollar potencialidades y para recibir ayuda cuando necesite. La sociedad, por la forma injusta en que reparte sus riquezas, ofrece características que favorecen el desequilibrio en los estados emocionales con respuesta suicida; así pues, el suicidio es la fatídica y radical conclusión por la que optan las personas que padecen estados depresivos ocasionados por diferentes problemas, constituyéndose en una salida, o revancha del deseo de provocar sentimiento de culpabilidad en la familia y sociedad, aunque es más común en mujeres, jóvenes y en personas de bajos recursos, nadie está exento de las ideas suicidas, sin importar sexo, edad, clase social o grado educativo.⁽³³⁾

Vargas (2012) menciona que las características socioeconómicas de la familia tienen una pequeña evidencia de asociación entre estado socioeconómico y pensamientos e intentos suicidas en adolescentes. Sin embargo, dos características específicas del estado socioeconómico podrían ser relevantes en el fenómeno suicida en adolescentes: nivel de educación del padre y estrés o preocupación acerca de la situación económico familiar.⁽¹⁶⁾

De acuerdo a los resultados obtenidos, la precaria condición socioeconómica de las familias no fue un factor de riesgo significativo de la conducta suicida, porque los intentos de suicidio están presentes en ambos extremos del espectro socioeconómico: bajo y alto; el atribuir a la baja condición socioeconómica como un factor determinante de los intentos de suicidio, sería equivocado porque implicaría que la sola situación de pobreza induciría a los adolescentes a suicidarse o intentar suicidarse. Si esta propuesta es cierta, más del 50% de la población peruana estaría implicada con este problema y en la práctica no es así. Cuando analizamos la conducta humana, apreciamos la interacción de múltiples factores y no de un factor exclusivo.

En conclusión, la condición socioeconómica baja no está asociada con los intentos de suicidio ($p = 0,454$).

Respecto al **Intento de suicidio según nivel de instrucción en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho**, (Cuadro 06), del total de casos de adolescentes con intento de suicidio 55% tenía bajo nivel de instrucción y de igual número de controles 81.7% tenía nivel de instrucción medio.

Pizarro (2009), refiere que el rendimiento académico es un factor educativo que predispone al intento de suicidio ($p < 0.05$). Es decir, los escolares con un rendimiento académico malo o deficiente tienen un riesgo 4.44 veces mayor de recurrir al intento de suicidio en comparación a los escolares con un rendimiento académico regular o bueno.⁽⁹⁾

Rojas (2009) en su estudio referente al grado de instrucción de los adolescentes con intento de suicidio encontró que, de 32%(n=16), venció secundaria, 28%(n=14) son técnicos medios, 22%(n=11) son universitarios, 14% (n=7) venció el nivel primario, y 4%(n=2) son analfabetos, concluyendo que el nivel educativo predominante fue de adolescentes que habían culminado el bachillerato relacionados al intento de suicidio.⁽³³⁾

Leal (2012), en Cajamarca, muestran un resultado diferente al señalar que no existe diferencia significativa entre el nivel de ideación suicida y el grado de estudio de los adolescentes.⁽⁷⁾

Los resultados obtenidos corroboran los argumentos a favor de la relación entre el bajo nivel educativo y la conducta suicida. Una de las causas aunque

no la más frecuente son las bajas calificaciones, que generan temor ante la supuesta represalia de los padres o tutores que muestran autoridad vertical y rígida.

Por otro lado, podemos precisar que la edad cronológica del mayor porcentaje de adolescentes no coincide con el año de estudios que cursan, lo quiere decir que es frecuente la repetición y en algunos casos el abandono escolar. No se podría afirmarse categóricamente si ello obedece a un menor coeficiente intelectual comparado a quienes no presentan la conducta suicida.

Lo que sí sucede es que los adolescentes con bajo nivel educativo producto de la repetición o el bajo rendimiento académico presentan baja autoestima lo que hace que sientan menosprecio por sí mismos y no confíen en sus capacidades para el éxito académico. Tal es así, que sus propios padres, hermanos o profesores contribuyen a menoscabar su autoestima al considerarlos como "idos", "brutos" o "tontos". Siendo así, es lógico que tengan mayor predisposición al suicidio.

De lo que se concluye que, el bajo nivel de instrucción está asociado significativamente con los intentos de suicidio ($p < 0.001$). Por tanto, el bajo nivel de instrucción incrementa en 5 veces el riesgo de intento de suicidio.

Respecto al Intento de suicidio según percepción acerca de la tentativa suicida en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, (Cuadro 07), del total de casos con intento de suicidio, 65% tenía una percepción a favor del suicidio y de igual número de controles 78.3% tenía una percepción en contra del suicidio.



Vargas (2012) menciona que la conducta suicida puede considerarse una continuidad que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida, hasta los conductuales, como el intento suicida o suicidio, según la OMS, el hallazgo más preocupante a nivel mundial es el aumento de la tasa de suicidio producido en jóvenes (15-24 años), situándose como causa de muerte frecuente en este grupo. La ideación suicida previa es factor de riesgo importante para el suicidio; en cambio, el intento suicida es un acto que revela la intencionalidad fatal, son amenazas o gestos suicidas las verbalizaciones o actos que si llegaran a consumarse, darían lugar a daño serio o muerte del sujeto.⁽¹⁶⁾

Barón (2000) en su estudio afirma que los adolescentes que intentan suicidarse viven un caos social y psicológico, el cual está representado en juegos como la ruleta rusa o intoxicaciones con medicamentos, ya que en éstas el adolescente, en la mayoría de los casos, no puede saber de manera precisa el efecto que esas píldoras tendrán en sus órganos vitales, y si hay un efecto dañino, cuáles son las circunstancias que determinarán ser socorrido a tiempo o no. Estos adolescentes «juegan» igualmente con su vida.⁽³⁴⁾

Alleon (1991) refiere el acto suicida es un acto de desesperanza e impotencia, pero también es, a nivel de la fantasía, un revés para lograr el control y la renovación. Es por tanto, principalmente en el inconsciente donde se debe buscar el porqué del acto suicida y la expresión particular que toma este acto, las tentativas de suicidio, como todo síntoma psicológico, dramatizan a la vez el conflicto inconsciente y la solución simbólica o defensiva de este conflicto. El adolescente no conoce la muerte como una cosa absoluta e irreversible. Su pensamiento es frecuentemente de aspecto concreto, en situación de gran angustia o por efecto de intoxicación se manifiesta con regresión hacia un estado mental más concreto. En un nivel más o menos consciente, puede creerse inmortal, el morir se confunde frecuentemente en su mente con el

deseo de fuga, de partir, de salir de un *impase*, «dormir un largo tiempo», «no sentir más», «no crecer más», «cambiar de vida», «devolverse a antes».⁽³⁵⁾

Berenzon (1998) menciona que el perfil sintomático de quienes padecieron los síntomas de ideación suicida, el 45% tuvo sentimientos entre 5 y 7 días, de que “su familia estaría mejor si ella estuviera muerta” y el síntoma “pensé en matarme” estuvo presente en el 30.7% de jóvenes, este síntoma fue el que más persistió en adolescentes con intento suicida, el intento suicida es el acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida, no siempre es éste el propósito que subyace y motiva un intento suicida. Ello se debe a que alguien se puede autoinfligir una lesión no para morir sino para “obtener ganancias secundarias” como, “llamar la atención” a modo de “grito de ayuda” cuando así lo considera una persona, o para “manipular”, sin embargo también puede ser otra forma para castigar a otras personas como a los padres o al novio(a). Sea que el propósito voluntario y consciente sea matarse o no, el punto es que la persona se pone en riesgo dado que puede morir sin habérselo propuesto.⁽³⁶⁾

Los resultados muestran que la percepción a favor de la conducta suicida tiene correlato con la influencia de los medios de comunicación masiva. Si bien, el suicidio es una decisión individual, muchas veces se ve influenciado por la fuerza social de la imitación, por el efecto que generan las noticias sensacionalistas al mostrar a los adolescentes con intento de suicidio o suicidio consumado como víctimas, incluso héroes dando a entender que tuvieron razón para cometer este desatino, cuando en la realidad es una forma equivocada de solucionar un problema.

Es alarmante apreciar la justificación de la tentativa suicida en el 65% de casos y el 21.7% de controles. Donde los adolescentes a favor de los intentos de suicidio consideran que es una forma particular de resolver conflictos cuando no se tiene el apoyo de los padres. Las amenazas y gestos suicidas

generalmente son subestimadas, devaluadas e incluso ignoradas por las figuras significativas a quienes se pretende hacer llegar el mensaje del sufrimiento que se está padeciendo, sin que estas personas tengan en cuenta que ambas son manifestaciones muy frecuentes de la comunicación suicida.

En síntesis concluye que la percepción a favor acerca del suicidio está asociada significativamente con la conducta suicida ($p < 0.001$). Por tanto, justificar el suicidio como un medio de resolución de conflictos incrementa en 6.71 veces el riesgo de intento de suicidio.

Respecto al Número de factores de riesgo según intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, (Cuadro 08), Del total de casos con intento de suicidio 35% necesita cuatro factores de riesgo para la tentativa suicida, 15% solo dos factores de riesgo y del número de controles sin intento de suicidio, el 51.7% no presenta ningún factor de riesgo situacional lo que disminuye la probabilidad del intento de suicidio.

Vargas (2012) en su estudio menciona que gran número de factores que podrían contribuir con la ocurrencia de la conducta suicida han sido identificados, los cuales incluyen factores individuales, familiares y sociales. El modelo diátesis-estrés ha sido propuesto para dar un sentido causal del amplio rango de factores que contribuyen con la conducta suicida. La diátesis refleja un incremento de la vulnerabilidad a lo largo del tiempo para la conducta suicida, por ejemplo, ser más impulsivo o agresivo y por lo tanto más posibilidades de actuar sobre sentimientos suicidas. El estrés puede incluir factores, tales como, un divorcio parental y otros eventos de vida adversos y factores ambientales. Se pueden identificar varios factores que contribuyen con la vulnerabilidad (diátesis) para fenómenos suicidas en adolescentes y otros

que actuarían como factores estresantes. En adición, hay varios factores que podrían actuar en ambas vías, dependiendo de su asociación temporal con fenómenos suicidas.⁽¹⁶⁾

GARCÍA (2010), refiere que los factores de riesgo asociados a intento de suicidio que presentaron los porcentajes más elevados en ambos grupos fueron: antecedente familiar de alcoholismo, tentativa suicida personal previa, ansiedad generalizada y distimia; la mayoría de factores de riesgo encontrados con mayor porcentaje, concuerdan con los reportados en la literatura médica.; Los factores de riesgo más frecuentes, asociados al acto suicida son: los trastornos psiquiátricos; principalmente la depresión y los trastornos del humor, el uso de sustancias adictivas, particularmente el alcohol, el cual es detectado en sangre hasta en el 33 % de necropsias de sujetos fallecidos por esta causa; el antecedente familiar de conductas suicidas, es especialmente cuando el antecedente suicida en cuestión es la madre.⁽³⁷⁾

Cabra (2010), menciona que Dentro de los factores de riesgo descritos se encuentran la presencia de desórdenes mentales (especialmente depresión mayor, trastorno bipolar o psicosis), abuso de sustancias psicoactivas, historia familiar de suicidio, abuso sexual, delincuencia, homosexualidad, adolescentes en centros especiales como prisiones o casas de paso, divorcio de los padres, malas relaciones interpersonales e historia de maltrato familiar. Estudios recientes encuentran asociación no causal con trastornos del sueño especialmente insomnio, pesadillas e insuficiencia del sueño. Con la evolución de la tecnología en los últimos años se ha encontrado como factor de riesgo el Internet y la información destructiva y mal dirigida que este entrega.⁽¹⁰⁾

Basados en los hallazgos de los factores de riesgo y la contrastación bibliográfica se confirma que el comportamiento suicida de los adolescentes es

un fenómeno que tiene una multifactorialidad así como se muestra en los cuadros que anteceden donde se puede afirmar que los factores causales biológicos, psicológicos y sociales son determinantes en las conductas suicidas en los adolescentes; por lo que, es primordial conocerlos y también conocer la forma de cómo se puede llegar a intervenir, Es importante tener presente que los factores de riesgo son rasgos individuales para los adolescentes con conductas suicidas, pues lo que para algunos es riesgo para otros no lo es; por tanto, no existe un factor único responsable de la conducta suicida. Es decir, a medida que incrementa la exposición a un mayor número de factores de riesgo incrementa la propensión de recurrir al intento suicida, por lo que el rol de la familia es muy importante ya que los factores de riesgo deben detectarse, sobretodo, en el medio familiar donde vive el menor ya que el niño proporciona señales relacionadas con cambios en su conducta, comportamientos en la casa o escuela; que pueden tornarse pasivos o agresivos, incluyendo una serie de síntomas referenciales que conllevan al suicidio como la pérdida o aumento del apetito, insomnio, sueño excesivo, redacción de notas de despedida y frecuente preocupación por la muerte y es solo en este entorno donde se puede identificar e intervenir de forma oportuna evitándose desencadenantes mortales.

Se entiende que el comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial en el que interaccionan factores psicológicos, socioeconómicos y culturales, muchos de los cuales no han sido considerados en el presente estudio (pero no menos importantes). Ante la imposibilidad de pretender abarcarlos en su integridad, se decidió enfocar solo las variables seleccionadas.

De lo que concluye que, entre el número de factores de riesgo y los intentos de suicidio existe una correlación positiva considerable según el Coeficiente de Correlación "Rho" de Spearman. Es decir, a medida que incrementa la exposición a un mayor número de factores de riesgo incrementa la propensión a la tentativa suicida.

CONCLUSIONES

1. La ansiedad y depresión fueron factores psicológicos que incrementan en 7.88 y 16.44 veces respectivamente el riesgo de intentos de suicidio en los adolescentes.
2. La familia no nuclear y la disfunción familiar fueron factores sociales que incrementan en 5.92 y 17.67 veces el riesgo de la tentativa suicida.
3. El bajo grado de instrucción y la percepción a favor del suicidio fueron factores culturales que incrementan el riesgo en 5.44 y 6.71 veces de intentos de suicidio.
4. Entre el número de factores de riesgo y los intentos de suicidio existe correlación positiva considerable (r_s : 0.643; $p < 0,01$). Es decir, a medida que incrementa la exposición a un mayor número de factores de riesgo asciende la propensión al intento suicida.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud Ayacucho, promover la salud mental de la población adolescente mediante el desarrollo de habilidades sociales que permitan la resolución de conflictos de manera eficiente. Esta intervención debe involucrar no sólo a profesionales de salud, sino también a otros profesionales, padres de familia, maestros, organizaciones sociales y los propios adolescentes.
2. A los padres de familia, promover el uso eficiente del tiempo libre que enfatice la práctica sistemática del deporte, una sexualidad responsable, no hábitos tóxicos, entre otros.
3. Información, educación y comunicación a los docentes, padres de familia y comunidad en general para la identificación de factores que incrementan el riesgo de la conducta suicida.
4. Es pertinente que la familia como célula básica de la sociedad cumpla con su rol del desarrollo personal de los adolescentes. Es necesario desterrar los modelos de crianza autoritarios o meramente permisivos que permitan relaciones intrafamiliares funcionales basados en la educación en valores.

5. Es necesaria la rehabilitación de la salud integral de los adolescentes con intentos de suicidio y no únicamente referida a la atención de los problemas de salud inmediatos.

BIBLIOGRAFÍA

1. PÉREZ, B. *Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana*. Rev. Salud Pública Méx; 2010; 52(4):324-333.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Una persona se suicida cada 40 segundos en el mundo*. Ginebra; 2014. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/09/04/oms-una-persona-se-suicida-cada-40-segundos-en-el-mundo-8858.html>
3. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". *Estudio epidemiológico de salud mental en el Perú*. Informe general. Lima: IESM HD-HN; 2004.
4. SÁNCHEZ TERUEL, David. *Variables psicológicas asociadas a la ideación suicida en estudiantes*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 2014, 14, 2, 277-290. España. Disponible en <http://www.ijpsy.com/volumen14/num2/388/variables-psicologicas-asociadas-a-la-ideaci-ES.pdf>.
5. GARCÍA, H. *Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad*. México: Rev. Salud pública; 2010; 12 (5): 713-721.

6. VÁZQUEZ PIZAÑA, Elba; ALCANTAR MEJÍ, Myrenia. *Factores asociados al intento de suicidio en adolescentes Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 2010 Mexico. Pp 38. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20asociados%20al%20intento%20de%20suicidio%20en%20adolescentes.pdf>

7. LEAL, R., VÁSQUEZ, L. *Ideación suicida en adolescentes cajamarquinos: prevalencia y factores asociados*. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2012.

8. DELGADILLO, G. *Riesgos asociados a intentos de suicidio en adolescentes del Hospital Regional de Ayacucho* (tesis de maestría). Ayacucho: Universidad Alas Peruanas; 2009.

9. PIZARRO, V. *Factores que predisponen los intentos de suicidio en escolares del nivel secundario del distrito de Ayacucho* (tesis de licenciatura). Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho; 2009.

10. CABRA, O; INFANTE, D. C. *El Suicidio y los Factores de Riesgo Asociados En Niños y Adolescentes*. Universidad El Bosque. Rev.Medica.Sanitas Volumen 13 • No. 2 • Abril - Junio de 2010, Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/18/suicidio.pdf>.

11. LARRAGUIBEL Q. Marcela, GONZÁLEZ M. Patricia. Cols. *Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes*. Rev. Chilena de pediatría [revista en la Internet]. 2000 Mayo [citado 2014 Dic 04] ; 71(3): 183-191. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002>.

12. PITA, S., VILA, M. y CARPENTE, J. *Determinación de factores de riesgo* Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo; España 1997.
13. LIP, C. *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Edit. Ministerio de Salud. Universidad Norbert Wiener y Organización Panamericana de la Salud; Lima 2005.
14. FLETCHER, R.H. FLETCHER S.W y WAGNER, E.H. *Epidemiología clínica*. Barcelona: ediciones consulta; p. 19-40. España. 1989.
15. PÉREZ BARRERO, Andrés. *Factores de riesgo suicida en la adolescencia*. Sociedad Cubana de Psiquiatría. Cuba 2010. Pp 1 20. Psicología disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>
16. VARGAS, Horacio B, SAAVEDRA, Javier E. *Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes*. *Revista Neuropsiquiatría* N° 75 (1), 2012. Pp 19. Perú. disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/download/752/786>.
17. COLLINS, Harper. ***El Suicidio en los Adolescentes***. Academia Americana De Psiquiatría Del Niño Y Adolescente. No. 10. Revisado 7/04. Washington. 1998. disponible en: http://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Pages/Spanish/El_Suicidio_en_los_Adolescentes_10.aspx
18. DURKHEIM, Emile. *El suicidio*. España: Akal; 1992. Disponible en: http://html.rincondelvago.com/el-suicidio_emile-durkheim_1.html
19. MINISTERIO DE SALUD. *Guía de práctica clínica en conducta suicida*. Lima: MINSA/DGSP-V; 2006.

20. GALLI, E. et al. *Biological markers in suicide: one applied to medical practice*. Psychiatry Biol. 1996; 4 (4).
21. VÁSQUEZ, F. *El perfil del intentador de suicidio atendido en el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi*. Rev de Neuro-psiquiat. 2003; 68 (1 – 2).
22. MOSQUERA, A. *Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital Hermilio Valdizán* (tesis de maestría). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima 2003
23. MORENO, N. *Nomenclatura en Suicidología Clínica*. República Dominicana: Edit. Búho; 2000.
24. CAMPOS CAMPOS, Mauricio. *Prevención del suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes en adolescentes*. pp. 58 Costa Rica 2004. <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/aserrri1.pdf>
25. MOYA, Josep. *La Conducta Suicida En Adolescentes Sus Implicaciones En El Ambito De La Justicia Juvenil*. Mayo-2007. Pp 1-12. <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Articles/ConductaSuicida.pdf>
26. CAÑÓN BUITRAGO, Constanza. *Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes* Archivos de Medicina (Col), vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 62-67, Universidad de Manizales Colombia.
27. BERTOLETE, José. *Prevención Del Suicidio Un Instrumento Para Docentes Y Demás Personal Institucional*. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2001. Pp 21. http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

28. PÉREZ RIVERA, Ricardo. *Suicidio y ansiedad*. Revista Sinopsis. mayo, 2011. España. Disponible en; http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/urgencias_psiq/suicidio/suicidio-y-ansiedad/
29. VALADEZ-FIGUEROA, Isabel. *El papel de la familia en el intento suicida del adolescente*. Salud pública Méx [online]. 2005, vol.47, n.1, pp. 1-2. ISSN 0036-3634. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342005000100001>.
30. HUICHAPEÑO GUTIERREZ, Esther. *El funcionamiento familiar de niños adolescentes con ideación suicida y otros síntomas asociados*. Tesis. Universidad Michoacana de san Nicolas de Hidalgo. Escuela de Psicología. Mexico agosto 2006. pp.106. <http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/jspui/bitstream/123456789/3882/1/ELFUNCIONAMIENTOFAMILIARDELOSADOLESCENTESCONIDEACIONSUICIDAY.pdf>
31. URDANETA MORALES, Aubin. *Condiciones socioeconómicas y la dinámica familiar del suicida en el municipio sanitario Mucuchíes del Estado Mérida*. Anuario de Derecho N° 23- 2001. ISSN 0076-6550. Universidad de los Andes Facultad de Derecho. Venezuela- 2001. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/18270/1/articulo13-23.pdf>
32. NEJAMEN, E. y QUINTERO, M. *Estudio comparativo del suicidio en las zonas marginales y residenciales del Distrito Maracaibo*: Trabajo especial de grado de licenciatura no publicado. Universidad Rafael Urdaneta, Zulia 1989 Cuba. p.95
33. NAVIA ROJAS Verónica Janeth, SOLIS FUENTES Henry. *Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del hospital obrero N°2 Caja Nacional De Salud*. Rev. méd. (Cochabamba) [revista en la Internet]. 2009 Jun [citado 2014 Dic 05] ; 20(30): 10-15. Disponible en:

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092009000100003&lng=es.

34. BARÓN B, OLGA. *Adolescencia y suicidio: Psicología desde el Caribe*. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. No. 6: 48-69, 2000. pp. 48-69, Universidad del Norte. Colombia. <http://www.redalyc.org/pdf/213/21300605.pdf>
35. ALLEÓN, A.M., MORVAN, O. y FACY, F. *El adolescente hospitalizado con intento de suicidio. Enfoque epidemiológico del intento de suicidio*. Editions Techniques - Encycl. Méd. Chir. (París, France). Psiquiatria, 37216 H1991, 7p.
36. BERENZON-GORN, Shoshana. *Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes*. Salud Publica de Mexico Vol.40 N°05 p.430-437 set. 1998. Mexico. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n5/Y0400507.pdf>
37. GARCÍA RÁBAGO, Horacio. *Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad*. revista de salud pública · Volumen 12 (5), Octubre 2010 Jalisco – Mexico. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a02.pdf>
38. ORILLO, A. *Psicología del desarrollo*. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2008.
39. ROTHMAN, K. *Epidemiología moderna*. España: Díaz de Santos, S.A.; 1986. Mann, J. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Inter Med. 2002; 136 (1).

ANEXOS

Anexo 01

INSTRUMENTOS

GUÍA DE ENTREVISTA

Instructivo. Esta entrevista trata sobre temas referidos a la convivencia en familia. La información que proporciones será utilizada para desarrollar mejores programas de salud para jóvenes como tú. Las respuestas que des serán mantenidas en secreto. Nadie conocerá tus respuestas. La participación en esta entrevista es voluntaria.

I. DATOS GENERALES

1.1. Edad _____ años

1.2. Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

1.3. ¿Radica en el distrito de Ayacucho?

Si () No ()

Si la respuesta es afirmativa:

¿Cuanto tiempo viene radicando en el distrito de Ayacucho? _____ años

1.4. ¿Intentó suicidarse en alguna oportunidad?

Si () No ()

Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué le motivó tomar esta determinación?

1.5. ¿Que medios empleó para intentar suicidarse? _____

1.6. ¿Cuántas veces intentó suicidarse? _____ veces

II. DATOS ESPECÍFICOS

A. CONDICION SOCIO-ECONÓMICA:

1. Procedencia : _____

Rural ☐

Urbano marginal ☐

Urbana ☐

2. Su vivienda es:

(3) Propia ☐

(2) Alquilada ☐

(1) Ocupada sin pago ☐

3. Tipo de vivienda:

(3) Independiente ☐

(2) En quinta ☐

(1) Colectiva ☐

4. El abastecimiento de agua en la vivienda es:

(3) Red pública ☐

(2) Pileta pública ☐

(1) Otro (¿cuál?) _____

5. Tiene la vivienda servicio de desagüe

(2) Si ☐

(1) No ☐

6. ¿Cuenta con servicio de electricidad?

(2) Si ☐

(1) No ☐

7. ¿De cuantas personas está integrada su familia?

(1) 8 o más ☐

(2) 7 ☐

(3) 6 ☐

(4) 5 o menos ☐

8. Número de personas por dormitorio:

(0) 5 ó más ☐

- (1) 4 ()
- (2) 3 ()
- (3) 2 ()
- (4) 1 ()

9. Nivel de educación del jefe de familia:

- (0) No asistió a la escuela ()
- (1) Primaria incompleta ()
- (2) Primaria completa ()
- (3) Secundaria incompleta ()
- (4) Secundaria completa ()
- (5) Superior no universitaria ()
- (6) Superior universitaria ()

10. Ocupación del jefe de familia:

- (0) Desocupado o jubilado ()
- (1) Eventual o trabajador del hogar ()
- (2) Empleado, independiente ()
- (3) Empleador ()

11. Ingreso económico mensual:

- (1) Menos de 435 nuevos soles ()
- (2) 435 – 870 nuevos soles ()
- (3) Más 870 nuevos soles ()

12. En su casa tiene:

- Radio ()
- Televisor ()
- Licuada/extractora ()
- Refrigeradora ()
- Lavadora ()
- Máquina de coser ()
- Equipo de sonido ()
- Vídeo grabadora ()
- Automóvil ()

Número de electrodomésticos:

- (1) Ninguno ☐
- (2) 1 a 3 ☐
- (3) 4 a 6 ☐
- (4) 7 a más ☐

Escala de Medición

PMx : 37

Pmn : 08

R : 29

Baja : 08 – 22 puntos

Alta : 23 – 37 puntos

B: NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

13. Último año o grado de estudios que aprobó:

BAJA

- Sin estudios ☐
- Primaria incompleta ☐
- Primaria completa ☐

MEDIA

- Secundaria incompleta ☐
- Secundaria completa ☐
- Superior ☐

C: TIPO DE FAMILIA

14. Actualmente vive:

- Sólo ☐ Padre ☐ Madre ☐
- Hermanos ☐ Tíos ☐ Sobrinos ☐
- Otros : _____

D: PERCEPCION HACIA EL SUICIDIO

Ahora le voy a leer una serie de afirmaciones, por favor, dígame si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas

AFIRMACIONES	Muy de acuerdo	Algo de Acuerdo	No está seguro	Algo en desac.	Muy en desac.
Existen situaciones donde se justifica el suicidio, como una manera de terminar con los problemas.	5	4	3	2	1
Las personas tienen derecho a ser con su vida lo que mejor les parece, incluso suicidarse.	5	4	3	2	1
Las personas que se suicidan tienen sus motivos para tomar esta determinación.	5	4	3	2	1

Escala de Medición

PMx : 15

Pmn : 03

R : 12

Percepción de rechazo del suicidio : 03 – 09 puntos

Percepción a favor del suicidio : 10 – 15 puntos

Gracias

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Instructivo. A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas algunos de los siguientes síntomas. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad

AFIRMACIONES DE LA SUB ESCALA DE ANSIEDAD	OPCIONES	
	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando.		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
TOTAL		

CRITERIO DE VALORACIÓN

Caso probable de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

AFIRMACIONES DE LA SUB ESCALA DE DEPRESIÓN	OPCIONES	
	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?		

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Sintió Ud. que ha enlentecido?		
9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL		

CRITERIOS DE VALORACIÓN

Caso probable de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Instructivo. A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. clasifique y marque con una "X" su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación, de acuerdo a como perciba la relación entre su familia:

SITUACIONES	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones familiares para cosas importantes.	1	2	3	4	5
2. En mi casa predomina la armonía.	1	2	3	4	5
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	1	2	3	4	5
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	1	2	3	4	5
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	1	2	3	4	5
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	1	2	3	4	5
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.	1	2	3	4	5
8. Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás ayudan.	1	2	3	4	5
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	1	2	3	4	5
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	1	2	3	4	5
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.	1	2	3	4	5
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	1	2	3	4	5
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	1	2	3	4	5
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	1	2	3	4	5
TOTAL					

CRITERIOS DE VALORACIÓN

() De 70 a 43 pto. Familia funcional

() De 42 a 14 pto. Familia disfuncional

Anexo 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES DE RIESGO PSICOLÓGICOS, SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES ASOCIADOS A LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO, 2013.

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES INDEPENDIENTE	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013?	Determinar los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales asociados a intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013.	Los factores de riesgo psicológicos, socioeconómicos y culturales están asociados a intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el Hospital Regional de Ayacucho, 2013	Factores de riesgo: - Psicológicos: . Presencia de manifestaciones clínicas de ansiedad . Presencia de manifestaciones clínicas de depresión. - Socioeconómicos . Familia no nuclear . Disfunción familiar . Baja condición económica - Culturales: . Nivel de instrucción . Percepción a favor del suicidio	Tipo: Analítica Diseño: Caso – control Población: 2140 (100%) adolescentes atendidos en este nosocomio entre enero y diciembre de 2013. Muestra: 120 adolescentes entre 12 y 19 distribuidos en 60 casos y 60 controles. Técnicas de recolección de datos Entrevista semi estructurada y la evaluación psicométrica Instrumentos: Guía de entrevista, escala de ansiedad y depresión de Goldberg como el test de funcionamiento familiar.
ESPECÍFICOS	ESPECÍFICOS	ESPECÍFICAS	DEPENDIENTE	
a) ¿La presencia de manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión son factores de riesgo psicológicos asociados a los intentos de suicidio en adolescentes? b) ¿La familia no nuclear, disfunción familiar y baja condición socioeconómica son factores de riesgo socioeconómicos asociados a los intentos de suicidio en adolescentes? c) ¿El nivel de instrucción y la percepción a favor del suicidio son factores de riesgo culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes?	a) Identificar si la presencia de manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión son factores de riesgo psicológicos asociados a los intentos de suicidio en adolescentes. b) Identificar si la familia no nuclear, disfunción familiar y baja condición socioeconómica son factores de riesgo socioeconómicos asociados a los intentos de suicidio en adolescentes. c) Identificar si el nivel de instrucción y la percepción a favor del suicidio son factores de riesgo culturales asociados a los intentos de suicidio en adolescentes. d) Correlacionar el número de	a) La presencia de manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión son factores de riesgo psicológicos asociados significativamente a los intentos de suicidio en adolescentes. b) La familia no nuclear, disfunción familiar y baja condición socioeconómica son factores de riesgo socioeconómicos asociados significativamente a los intentos de suicidio en adolescentes. c) El nivel de instrucción y la percepción a favor del suicidio son factores de riesgo culturales asociados significativamente a los intentos de suicidio en adolescentes.	Intentos de suicidio.	

d) ¿El número de factores de riesgo se correlaciona con los intentos de suicidio en los adolescentes?	factores de riesgo con los intentos de suicidio en los adolescentes.	d) El número de factores de riesgo se correlaciona significativamente con los intentos de suicidio en los adolescentes.		
---	--	---	--	--

Anexo 03

PREUAB DE FIABILIDAD

I. PERCEPCION HACIA EL SUICIDIO

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,961	4

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem_1	8,00	12,444	,970	,932
Ítem_2	8,10	16,100	,886	,961
Ítem_3	7,90	15,433	,917	,950
Ítem_4	8,10	12,767	,917	,950

II. SUB - ESCALA DE ANSIEDAD

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,980	9

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem_1	21,10	96,100	,973	,975
Ítem_2	21,20	105,511	,914	,979
Ítem_3	21,00	104,889	,889	,979
Ítem_4	21,20	96,622	,945	,977
Ítem_5	21,10	100,767	,905	,978
Ítem_6	21,00	96,222	,982	,975
Ítem_7	21,20	99,289	,957	,976
Ítem_8	21,50	106,278	,736	,984

Ítem_9	21,10	98,544	,934	,977
--------	-------	--------	------	------

III. SUB ESCALA DE DEPRESIÓN

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,965	10

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem_1	22,70	101,789	,909	,959
Ítem_2	22,70	107,567	,869	,961
Ítem_3	22,70	112,011	,842	,963
Ítem_4	22,70	110,678	,914	,961
Ítem_5	22,70	102,900	,926	,958
Ítem_6	22,90	97,211	,966	,957
Ítem_7	22,90	95,656	,974	,957
Ítem_8	23,00	101,778	,849	,962
Ítem_9	23,50	128,278	,202	,977

IV. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,986	14

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem_1	34,40	235,378	,965	,984
Ítem_2	34,50	249,611	,916	,985
Ítem_3	34,30	248,456	,898	,985
Ítem_4	34,50	235,611	,952	,985

Ítem_5	34,40	242,267	,908	,985
Ítem_6	34,30	235,344	,980	,984
Ítem_7	34,50	240,056	,956	,984
Ítem_8	34,80	250,622	,749	,987
Ítem_9	34,40	238,489	,945	,985
Ítem_10	34,40	247,822	,896	,985
Ítem_11	34,40	254,267	,883	,986
Ítem_12	34,40	253,156	,922	,986
Ítem_13	34,40	242,933	,891	,985
Ítem_14	34,60	232,267	,978	,984

**BIBLIOTECA E INFORMACION
CULTURAL
I.N.S.C.H.**