

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICA
CENTRO DE INVESTIGACION EN DEMOGRAFIA Y SALUD –
CIDS
MINISTERIO DE EDUCACION – MINED**



**Informe Final de Investigación para optar al título de Especialización
en Promoción de valores para la convivencia armoniosa**

TEMA

Prevalencia y factores asociados a los intentos suicidas en estudiantes de 8vo y 9no grado del Instituto de Excelencia Académica Sandino (IDEAS) del municipio de Diriamba departamento de Carazo en el periodo comprendido de julio a octubre en el año 2018.

Autora: Lic. Ana Gema Sánchez Jácamo

Tutor: Dra. Teresa Alemán Rivera.

Noviembre, 2018

“A la libertad por la Universidad”

AGRADECIMIENTO

Primeramente, a Dios que tiene el propósito y la misión de forjar los caminos de sus hijos e hijas; pone pruebas en el camino; pero persiste en su amor y me concedió la sabiduría e inteligencia necesaria para continuar en esta etapa maravillosa.

A mi madre María Esperanza Jácamo, por su apoyo incondicional y desvelarse conmigo las veces que fueran necesarias estudiando juntas por un logro más.

Agradezco a quienes me apoyaron con todo el afán de verme triunfar y culminar mi meta propuesta estando pendientes con optimismo para decirme “Si Puedes”.

A mi tutora Dra. Teresa Alemán Rivera. Le agradezco su interés, apoyo y tiempo dedicado para la revisión de este trabajo.

Al Dr. Ever Téllez agradezco su dedicación, paciencia, acompañamiento y apoyo desde el inicio, durante y culminación de este arduo recorrido.

Ana Gema Sánchez Jácamo

DEDICATORIA

Dedico esta investigación primordialmente a Dios que es Omnisiente, Omnipotente y Omnipresente en todos los aspectos de mi vida y a los dos pilares fundamentales de mi vida; a quienes son mi Fortaleza; mi engranaje y mi motor de cada día y quienes se que estarán para mi en todo momento desinteresadamente.

A ellas a que amo:

Mi madre María Esperanza Jácamo Montiel por ser una madre incondicional, mi mejor amiga y confidente; por darme cada uno de sus consejos y conducirme por el buen camino; por alentarme a seguir sin cansancio y a no desistir sin intentarlo; por animarme a diario y estar ahí, desvelándose conmigo para estudiar e investigar en este proceso.

A lo más preciado que Dios y la Vida me regaló: mi hija Salemska Izabella Vallecillo Sánchez, por ser esa motivación permanente que vale cada esfuerzo, cada entrega, optimismo y cansancio.

Porque esta formación es para tí mi niña Hermosa. Mi mayor Bendición.

Ana Gema Sánchez Jácamo

RESUMEN

Esta investigación se realizó con el objetivo de determinar la prevalencia y factores asociados a los intentos suicidas en estudiantes de 8vo y 9no grado del Instituto de Excelencia Académica Sandino (IDEAS) del municipio de Diriamba departamento de Carazo. El estudio fue Descriptivo de Corte Transversal, con una población de 131 estudiantes, tomando el 100% de la población, no se realizaron cálculo de muestra, ni muestreo. La recolección de la información se obtuvo mediante el llenado de una encuesta, compuesta por 30 ítem distribuidas de la siguiente manera 5 preguntas que miden datos sociodemográficos y 25 preguntas que mide riesgos de conducta suicida; con la autorización de la directora del Instituto se aplicó la encuesta a los estudiantes de los tres 8vo grado y los dos 9no. Entre los principales resultados se encontró: Los datos reflejan en el estudio que los participantes el 47.3% tenían la edad de 14 años, seguido del 35.9% edad de 13 años. El sexo más predominante fueron las mujeres con el 62.6%. La religión predominante es la evangélica con un 37.4% en relación similar con la categoría (Otros). Se encontró que los que los intentos de suicidio por estudiantes según sexo, es más asociado a las mujeres con el 6.1% de los reportados, los hombres no reportan intento, la prevalencia de intento de suicidio global fue de 3.9%. Se refleja que el 2% de los hombres y 2.4% de las mujeres han tenido abuso sexual y el 12.2% de la población han recibido maltrato físico.

Palabras claves: Suicidio, Adolescencia, Trastornos, Factores, Familia, Estrés, Tratamiento, Psicopatología.

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
RESUMEN	4
I.- INTRODUCCION	6
II.- ANTECEDENTES	8
III.- JUSTIFICACION	11
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
V. OBJETIVOS	13
VI.- MARCO TEORICO	14
VII. METODOLOGIA	48
VIII. RESULTADOS	50
IX. DISCUSIÓN	54
X. CONCLUSIONES	55
XI. RECOMENDACIONES	56
XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	57

I.- INTRODUCCION.

Los adolescentes representan el grupo poblacional más vulnerable a tener intentos suicidas, según advierten expertos. La adolescencia, es un período en el cual se lucha por alcanzar una plena madurez social, y se presenta el desafío de decidir el propio destino y lograr la consolidación de la identidad, abandonando la infancia, y adquiriendo los roles de adulto. Debido a ello algunos individuos tienen mayores dificultades para poder adaptarse, incluso manifiestan síntomas de algunos trastornos psiquiátricos como la depresión y sienten que su futuro se encuentra fuera de control y así la ideación, el intento suicida y el consumo de drogas surgen como una salida ante tal situación (Artasánchez, 1999).

Por tal motivo, el suicidio consumado, la ideación y el intento suicida en los adolescentes son aspectos que requieren mucha atención, sobre todo si consideramos que las tasas de incidencia y prevalencia van en aumento. (Villatoro, et al, 2003). La muerte, es algo que ocupa el pensamiento de los adolescentes, sin embargo, no todos piensan en morir, ni en suicidarse. Es aquí donde inciden los factores individuales y sociales, los cuales se deben interpretar en términos de facilitadores, pero no determinantes.

Tanto los Problemas familiares como situaciones de violencia o agresividad, abuso sexual, dificultades en la escuela relacionados con las bajas calificaciones o el rechazo por parte del grupo de compañeros que, en algunos casos, se convierte en Bullying o acoso escolar, estableciéndose estos como principales factores de riesgo que inciden en que algunos adolescentes decidan auto provocarse la muerte.

Asi mismo pueden ser factores de riesgo las dificultades en torno a la identificación sexual y el temor a la reacción de la familia. Y, especialmente, los intentos previos de auto provocarse la muerte, señala el estudio “Suicidio, comunicación, infancia y adolescencia”, realizado por Unicef.

El suicidio en Nicaragua ha resultado ser muy preocupante porque es la principal causa de muerte en los adolescentes de 13- 18 años de edad, especialmente entre varones. Desde el año 2013 el Ministerio de Salud contabiliza al menos 186 casos de jóvenes y adolescentes que se han auto provocado la muerte.

En Nicaragua, el suicidio se manifiesta como resultado de múltiples factores: antecedentes de guerra, conflictos políticos, desastres naturales, migraciones en ambos sentidos, alta tasa de desempleo, la pobreza, la falta de educación, falta de acceso a los servicios básicos, problemas emocionales, las relaciones familiares, las relaciones de pareja, el abuso del alcohol y la drogadicción.

En 1997 se realizó un estudio sobre factores de riesgo asociados al intento de suicidios que acudieron a emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense, encontrando que predominó el sexo femenino sobre el masculino, el estado civil soltero, la escolaridad primaria, ocupación ama de casa y estudiantes, antecedente de alcoholismo y abuso de drogas, inestabilidad familiar, violencia familiar, intentos suicidas previos e historia de abuso sexual.

A partir Del siglo XIX se produce un cambio en entorno al suicidio, iniciándose su estudio desde el punto de vista médico y sociológico. Se considera difícil que madres y padres de familia puedan detectar cuando un hijo quiere atentar contra su vida, pero es posible, advierte el doctor Noguera. “Cuando haya disminución del rendimiento escolar, descuido de la apariencia propia, aislamiento social, desvalorización, asimismo al expresar ideas como ‘no sirvo para nada’, ‘no valgo nada’ y ‘mi vida es un desastre’, son señales que deben alertarlos a poner cuidado”.

Al respecto Unicef indica que el desgano, la tristeza y la soledad son otras señales de alarma y pueden estar asociados a una depresión. Si una persona intenta provocarse la muerte y no lo consigue, es probable que lo vuelva a intentar, comenta el siquiatra Víctor Noguera.

“Si alguien ya tiene clara la decisión hay una tasa de reincidencia alta”, pero si después de ese episodio la persona recibe atención especializada de inmediato y de forma constante, “definitivamente se puede evitar la reincidencia en los intentos suicidas”. Este proceso de investigación tiene como finalidad conocer el porque de los intentas suicidas en la vulnerabilidad de los estudiantes adolescentes del Instituto de Excelencia Académica Sandino en la Ciudad de Diriamba, determinando los factores desencadenantes de las mismas acciones.

II.- ANTECEDENTES

El suicidio tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre y varían sus características de acuerdo con la cultura y la estructura socioeconómica existente, encontrándose datos sobre él, desde las civilizaciones más antiguas durante la edad media, observándose una caída en su incidencia con posterioridad. De nuevo reaparece el suicidio, impetuosamente en el siglo XVIII hasta nuestros días, fenómeno que ha ocupado la atención de filósofos, médicos, sociólogos, psicólogos y educadores, entre otros.

El suicidio es un fenómeno tan antiguo como la existencia misma de la humanidad. A lo largo de la historia, las distintas culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de manera distinta, en función de los principios filosóficos, religiosos, intelectuales, sociales y económicos que han ido imperando en cada momento.

Un estudio realizado en la ciudad de Mérida, Venezuela cuyo objetivo era determinar los factores de riesgo suicida presentes en adolescentes de la institución educativa Colegio la Salle; utilizaron una muestra de 300 estudiantes de ambos sexos y edades comprendidas entre 12-17 años, cursantes del séptimo grado al segundo año del ciclo diversificado. Le aplicaron un cuestionario tipo liker denominado Multiescala JFR, destinada a medir motivación al logro personal, internalidad, autoestima, normalidad psicológica, agresividad, desajuste psicológico, ansiedad y depresión. Obteniendo como resultado valores altos en las variables agresión, ansiedad, depresión y desajuste psicológico, encontrando que el 30% de la población en estudio presenta riesgo suicida.

El género masculino presentó un mayor índice de riesgo suicida que el femenino. En dos áreas de salud del municipio de Camagüey Cuba, se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal con el objetivo de conocer el comportamiento de los intentos suicidas en la edad de infanto-juvenil durante el año 2002, estos ingresaban en la sala de Salud Mental del Hospital Pediátrico “Eduardo Agramontés”. La muestra quedó constituida por 16 pacientes que realizaron intentos suicidas en el período señalado, los resultados muestran un alto predominio del sexo femenino (81.3%), los estudiantes externos (62.5%), seguidos por los becados (31.2%), la escolaridad secundaria no terminada arrojó el mayor por ciento

(56.2%) y las familias disfuncionales constituyen el mayor factor de riesgo similar a los conflictos en las relaciones familiares, ambos con un 75%.

En 1997 se realizó un estudio sobre factores de riesgo asociados al intento de suicidios que acudieron a emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense, encontrando que predominó el sexo femenino sobre el masculino, el estado civil soltero, la escolaridad primaria, ocupación ama de casa y estudiantes, antecedente de alcoholismo y abuso de drogas, inestabilidad familiar, violencia familiar, intentos suicidas previos e historia de abuso sexual.

En un estudio realizado en el Hospital Psicosocial entre agosto 2003 y diciembre 2005 con el propósito de describir las variables socio demográficas, así como examinar los métodos usados, el tiempo, el lugar de ocurrencia, motivos del intento de suicidio, intencionalidad y severidad de los intentos, se estudiaron 204 casos encontrándose que el 51.5% de los intentos de suicidio fueron mujeres con predominio de los grupos etareos entre 15-24 años, siendo la mayoría del área urbana.

El nivel escolar más afectado fue la secundaria con un 42.6% para ambos sexos. Según la ocupación el 28.9% del total de los intentos estaban empleados y un 23.6% desempleados. El 22.1% no tenían ninguna religión y según el estado civil el 42.2% eran solteros. También el 73% de los intentos ocurrieron en su casa de habitación, siendo el método más utilizado el ahorcamiento con un 20.9%, el 59.9% de los intentos de suicidio expresaron haber tenido algún contacto previo con algunas unidades de salud. De acuerdo a la escala SIS el 23.3% de los varones y el 48.5% de las mujeres hizo un intento de suicidio severo.

En el Hospital Roberto Calderón de Managua se realizó un estudio en el período de enero 2004 a diciembre 2005 con el objetivo de identificar los factores asociados al intento de suicidio en los pacientes atendidos en esa unidad, en el cual se identificó que el grupo de edad más afectado por los intentos de suicidio son los adultos jóvenes, sexo masculino, de procedencia urbana, con escolaridad primaria, de ocupación estudiantes, solteros y sin

hijos. Prefiriendo los fines de semana, los meses de abril y noviembre, así como las horas de la tarde y su domicilio para realizar los intentos de suicidio.

En el artículo escrito por García H. 2014 donde el Doctor Zacarias Duarte refiere: que según datos estadísticos, el Instituto de Medicina Legal realiza alrededor de 1,700 estudios post mortem a nivel nacional al año por muertes violentas.

De ese total, en el 2012 se registraron a nivel nacional 148 muertes por suicidio, en el 2013 aumentó a 173 y en lo que va del 2014 solamente se han registrado 75 suicidios, dando como resultado el 8 por ciento del total, “Siendo una cifra baja. Claro que todas las muertes violentas son preocupantes y se deben tomar medidas al respecto, siendo necesario disminuirlas”, dijo el doctor Duarte.

El funcionario explicó que la organización Mundial de la Salud (OMS), establece que una tasa es elevada cuando es de 10 por ciento por 100 mil habitantes y que en Nicaragua es de 2.8 por ciento por 100 mil habitantes, “siendo esta tasa, bajísima”.

La tasa es lo que permite determinar la gravedad de un problema desde el punto de vista de la salud pública o epidemiológico. Por lo tanto, la tasa de suicidio en Nicaragua indica que la mortalidad por esta causa no representa un problema grave. El doctor Zacarías Duarte aseguró que tanto varones como mujeres son afectados por esta causa de mortalidad.

Explicó que los mecanismos más comunes usados por éstas personas para suicidarse en Nicaragua son ahorcamiento y heridas por arma de fuego. En Nicaragua, el suicidio se manifiesta como resultado de múltiples factores: antecedentes de guerra, conflictos políticos, desastres naturales, migraciones en ambos sentidos, alta tasa de desempleo, la pobreza, la falta de educación, falta de acceso a los servicios básicos, problemas emocionales, las relaciones familiares, las relaciones de pareja, el abuso del alcohol y la drogadicción.

III.- JUSTIFICACION

El suicidio es considerado un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional; en Nicaragua es una de las principales causa de muerte entre las edades de 15-34 años, por lo cual el presente estudio se propone abordar el intento de suicidio en los adolescentes de 8vo y 9no grado del Instituto de Excelencia Académica Sandino de Diriamba Carazo y de esa manera contribuir a una visión más integral, reconocer la magnitud del mismo y generar aportes para su abordaje.

Siendo los adolescentes la mayoría de la población de Nicaragua y que representan la fuerza productiva futura se hace necesario realizar intervenciones que vayan en pro de la conservación de la vida de este grupo etéreo, por lo que se necesita conocer la situación actual de este comportamiento suicida, este estudio aportará elementos para realizar acciones que ayuden a la prevención y abordaje de los estudiantes desde las consejerías de las comunidades educativas e irradiar su intervención para prevenir el suicidio en los diferentes centros del Departamento de Carazo.

Desde el punto de vista de la salud mental, los adolescentes poseen vulnerabilidades particulares ante esta conducta, porque mentalmente “aún no están preparados para enfrentar las vicisitudes de la vida cotidiana”, advierte el siquiatra Víctor Noguera.

“Esto se da más entre los adolescentes porque no han desarrollado su capacidad de tolerancia a la frustración y no saben manejar las vicisitudes de la vida cotidiana”, agrega el especialista.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un severo problema social de orden mundial, es multifactorial; entre los cuales tenemos los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo; estos 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 la padecen; es por eso que se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a los intentos suicidas en estudiantes de 8vo y 9no grado del Instituto de Excelencia Académica Sandino (IDEAS) del municipio de Diriamba departamento de Carazo en el periodo comprendido de julio a octubre en el año 2018?

V. OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores asociados a los intentos suicidas en estudiantes de 8vo y 9no grado del Instituto de Excelencia Académica Sandino (IDEAS) del municipio de Diriamba departamento de Carazo.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de 8vo y 9no grado.
2. Estimar la prevalencia de intentos suicida en estudiantes de 8vo y 9no grado.
3. Determinar los factores personales y familiares que influyen en los estudiantes de 8vo y 9no grado para que tomen decisiones suicidas.

VI.- MARCO TEORICO

GENERALIDADES DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia se puede definir como una etapa del ciclo vital humano, ubicado entre la niñez y la adultez. A través de la historia esta etapa se ha considerado un “período puente”, dando solo importancia a los otros dos períodos de la vida mencionados. Esto ha influido en un concepto erróneo y hasta discriminativo hacia los adolescentes, ya que se considera un lapso en que las personas se vuelven inestables, irritables, rebeldes, etc.

En la actualidad se ha llegado a evidenciar la adolescencia como una fase de gran importancia, que implica a su vez profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, gran parte de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, las cuales explican el efecto social de subestimar y minimizar las capacidades de quienes se encuentran en este lapso que es fundamental para el desarrollo posterior de la vida del individuo.

Lo anterior en nuestro medio puede visualizarse fácilmente cuando se analizan los servicios de atención destinados a estos usuarios, que la mayoría de las veces no cuentan con atención diferenciada, o a nivel de la comunidad cuando muchos jóvenes son aislados o discriminados por su apariencia o evidenciando la poca inversión social que se destina a este grupo etéreo.

La mayor parte de los cambios de conducta en la adolescencia son propios de la edad, sin embargo, muchas veces los problemas no son transitorios, sino son trastornos psiquiátricos serios que se presentan en el 20% de los adolescentes porque padres, maestros y médicos deben estar pendientes para detectar los indicadores en los cambios conductuales.

La adolescencia se divide en:

La Adolescencia temprana: Período ubicado entre los 10 y los 13 años de edad.

Características:

- Crecimiento físico acelerado (evidenciado en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales)

- Aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el Varón
- Cambios que no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, etc.
- Se pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Gran cantidad de cambios relacionados con el inicio de la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
- Cambios incipientes en la relación con el padre, la madre y otras figuras adultas de autoridad.
- Se tiende al aislamiento, cuya función es permitir explorar y asimilar poco a poco los cambios físicos y psicológicos
- Los cambios son fuentes de angustia.
- Una de las áreas más vulnerables de esta etapa es la autoestima

La Adolescencia media

Período ubicado entre los 14 y los 16 años

Características:

- Mayor integración del nuevo esquema corporal junto a una mayor preocupación por su apariencia física
- Transición hacia una forma de pensamiento mucho más abstracta y Simbólica
- Mayor capacidad para reconocer limitaciones y potencialidades lo que posibilita una capacidad más realista para pensar en proyectos futuros,
- Mayor diferenciación respecto de los padres a quienes cuestiona en forma más abierta debido fundamentalmente a la consolidación de un sistema de valores propio
- Intensificación de los vínculos sociales aparejada a una mayor necesidad e importancia de las relaciones amistosas con los y las pares
- Inicio de las primeras experiencias de sexualidad genital
- La sexualidad es una de las áreas que cobra mayor relevancia en esta etapa.

La Adolescencia tardía

Ubicado entre los 17 y 19 años

Caracterizado por:

- Adquisición de mayor independencia

- Adquisición de mayor estabilidad emocional
- Proceso de consolidación de su identidad
- Conformación de un proyecto de vida, lo que es el área de mayor preocupación para las personas en esta etapa.

En general y a modo de resumen la adolescencia se caracteriza, según Pérez Barrero (Actitudes hacia el suicidio en adolescentes. 1996. Rev. de Psiq Infanto-juvenil. Barcelona. España.) Por eventos universales y aspectos psicosociales que están integrados en una serie de particularidades como lo son:

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Búsqueda de aceptación grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Relaciones conflictivas con los padre que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- Elección de una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera:

- Búsqueda de sí mismo y de su identidad
- Necesidad de independencia
- Tendencia grupal
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual

- Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos
- Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.

Etiología del suicidio en la Adolescencia

Características universales de los adolescentes suicidas son la incapacidad para encontrar soluciones a los problemas y falta de estrategias de afrontamiento para manejar los factores estresantes inmediatos. A si, una visión estrecha de las opciones disponibles para afrontar el desacuerdo familiar recurrente, el rechazo a los fracasos, contribuye a la decisión de suicidarse.

Factores asociados al intento suicida

Factores Genéticos: La evidencia de una contribución genética a la conducta suicida se basa en estudios sobre el riesgo de suicidio familiar y la alta concordancia de suicidio entre gemelos monocigóticos comparados con los diagnósticos.

Aunque el riesgo de suicidio es mayor entre personas con trastorno mental; incluido la esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I; es mucho más alto en familiares de persona que tienen trastorno del ánimo que en familiares de esquizofrénicos.

Algunos autores (Marusic, Roska & Hughes, 2004) han informado que en alrededor de un 40% de los casos estudiados se encontró que las historias personales incluían la existencia del suicidio de algún miembro de la familia, aunque, por otra parte, también se ha podido constatar que muchos casos de intento o de suicidio concretado no se encontraban asociados con antecedentes familiares (Casullo, Bonaldi & Fernández Liporace, 2000).

Factores Biológicos: Los hallazgos neuroquímicos muestran que hay algún solapamiento entre las personas con conducta agresiva e impulsiva y las que completan el suicidio.

En una investigación con adolescentes, en quienes se considera que la mayor parte de la conducta suicida es impulsiva, Brown y cols utilizaron como definición operacional de

intento impulsivo dos apartados de la Escala de intento suicida de Beck y detectaron que los adolescentes no impulsivos estaban significativamente más deprimidos y desesperados que los impulsivos. En la década de los ochenta, Plutchk y Cols estudiaron una serie de circunstancias relacionadas con el intento suicida como la seriedad del intento, la letalidad del método utilizado, la severidad de ánimo depresivo, la impulsividad, riesgo suicida y violencia, desarrollando escalas para ellos. Observaron una correlación alta entre impulsividad, riesgo suicida y violencia; en los últimos años sus estudios se han enfocado a la identificación de variables que caractericen el riesgo suicida en población impulsiva violenta y no violenta.

Factores Sociales: Los niños y adolescentes son vulnerables a ambientes abrumadoramente caóticos, agresivos y negligentes. Un amplio espectro de síntomas psicopatológicos puede ser secundario a la exposición a hogares violentos y abusivos. Parece que las conductas agresivas, autodestructivas y suicidas se dan con mayor frecuencia en personas que han sufrido vidas familiares crónicamente estresantes.

El intento suicida es definido por la OMS como “un acto con una consecuencia no fatal en la cual el individuo realiza deliberadamente una conducta no habitual, que sin la intervención de los demás, le cause daño, o deliberadamente ingiere una sustancia superior a la dosis terapéutica generalmente reconocida y cuyo objetivo es producir cambios que él o ella desean a través de las consecuencias físicas y psíquicas reales o esperadas cercana a la muerte”.

A principios del siglo veinte surgen dos teorías del suicidio, una la de Emilio Durkheim desde el punto de vista sociológico y la otra de Sigmund Freud quien estudió los aspectos psicológicos. Durkheim, contempla dos teorías, la primera el suicidio no es frecuente en una sociedad integrada, relaciona el origen del suicidio con la situación moral de la vida social que rodea al individuo. De hecho, sigue correlacionando la tasa de suicidios con otros factores ligados a los compromisos morales de los sujetos. La segunda teoría menciona que el suicidio está asociado a cambios de valores de la sociedad en particular, en términos estadísticos, la tasa de suicidio se incrementa progresivamente en sociedades en vías de desintegración.

Freud desarrolló una teoría psicológica que basa la conducta en el inconsciente del hombre; su hipótesis plantea que el individuo suicida vuelca sobre sí su ira inconsciente, no expresada hacia una persona amada.

Factores de Riesgo Suicida en la Adolescencia

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 educativa
- 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.

Factores culturales y socio demográficos

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educativos 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 la 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 colonización cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres, también se hace patente entre los inmigrantes.

Entre las razones que pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales se encuentra extrañar la tierra natal y sus costumbres, problema 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. La mudanza o migración interna, puede ser un factor de riesgo suicida de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

La tasa de suicidio consumado es más elevada entre los varones, las mujeres intentan suicidarse con más frecuencia que los hombres, los hombres logran su objetivo con mayor frecuencia que las mujeres, por lo que a las mujeres jóvenes se les considera de menor riesgo, según los factores de riesgo relacionados con la edad y el sexo.

En relación al estado civil, el suicidio es más frecuente en personas solteras, divorciadas o viudas. Parece que el matrimonio actúa como un factor protector, especialmente si tienen hijos, tendencia más acentuada en la mujer.

Según Pérez Barrero (1996), los factores asociados a la cultura adquieren mucha importancia en entre las minorías étnicas y los inmigrantes, que se ven sometidos a un proceso de impacto cultural con pérdida de la identidad y sus costumbres, ya que deben hacer esfuerzos constantes por lograr adaptarse a la nueva cultura, tienen sentimientos de duelo y pérdida y pena, con 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, angustia, disgusto e indignación, confusión en el rol, las expectativas, los valores y la identidad ante la nueva cultura, todo esto crea una sensación de incapacidad de adaptarse a la nueva cultura.

Estas razones, además de 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 pueden contribuir al suicidio de los adolescentes de estos grupos poblacionales.

Asimismo, la mudanza o migración interna, especialmente de zonas rurales a urbanas pueden ser un factor de riesgo de suicidio de importancia en la adolescencia, principalmente cuando no se logra la adaptación creativa al nuevo entorno.

Factores Individuales

Dentro de los factores individuales cabe destacar los siguientes:

Antecedentes de haber realizado tentativa de suicidios anteriores; algunos autores señalan que aproximadamente un 25% de los adolescentes que realizaron un intento de suicidio,

lo habían realizado con anterioridad. Mencionan que el nivel de riesgo es mayor cuanto más joven es el suicida.

Patología psiquiátrica, una proporción muy elevada de individuos suicida presentan patología psiquiátrica. Esta circunstancia también se cumple en población adolescente. Los estados depresivos, los trastornos de ansiedad, el abuso de alcohol y de otras drogas, los trastornos de la personalidad y los trastornos psicóticos, son todos ellos estados psicopatológicos que comportan un riesgo de conductas suicidas. Sin embargo, lo más relevantes son las depresiones, cuya existencia eleva el riesgo suicida hasta un 20% con respecto a la población general.

Factores Neurobiológicos relacionados con el Suicidio

El inicio del estudio de los factores neurobiológicos de esta conducta fue hecho por Asberg en 1976 quién correlacionó la disminución de las concentraciones de serotonina cerebral con las formas violentas de suicidio. Se ha considerado gracias a los estudios que sería posible identificar marcadores biológicos que permitan reconocer en forma precoz de las ideas suicidas, disminuir las tasas de suicidalidad y aminorar el impacto social y psicológico que el suicidio provoca en las personas. Las neurociencias han identificado genes, alteraciones en la actividad neurotransmisora o en las concentraciones de ácidos grasos y endofenotipos clínicos relacionados con la impulsividad, pesimismo y suicidio.

Entre los factores biológicos que mejor se han podido corroborar como relacionados con el suicidio se encuentra la desregulación del sistema serotoninérgico, común en los adultos suicidas.

Factores Predisponentes

Impulsividad y Suicidio

La impulsividad se considera como una predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos (tensión) o externos, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los demás y para sí mismo. Se asocia con fallas en la conciencia, perjudicando la habilidad para reflexionar e impedir la inteligencia o la capacidad de guiar la conducta. Se habla de impulsividad cuando se da, por lo tanto, un estado de extrema agitación en el que el individuo está tenso y no piensa con claridad. El

acto suicida con frecuencia se relaciona con la depresión y desesperanza, pero requiere factores que puedan reducir la inhibición que existe hacia la conducta suicida, para que de esta forma se pueda realizar el intento de autoeliminación.

Precisamente la impulsividad es un factor que desinhibe la conducta y origina un alto riesgo de suicidio, aunque tiende a asociarse más con intentos fallidos o gestos suicidas ya que los que se intentan suicidar impulsivamente comparados con los que predeterminadamente lo hicieron, tienen menor probabilidad de morir en el acto.

Se ha llegado a suponer que la impulsividad / agresividad causa el intento de suicidio, mientras que la depresión es causa de los suicidios consumados, esto debido a que la impulsividad incrementa el riesgo de intentos de suicidio, pero impide planear el acto suicida, y por eso con frecuencia el intento no es letal. La impulsividad está relacionada también con el uso de medios más violentos, lo que se puede considerar como un marcador de elevadas conductas agresivo-impulsivas.

Impulsividad, Pesimismo y suicidio

La impulsividad- agresividad asociada con la enfermedad mental incrementa el riesgo de suicidio. Así mismo se menciona que en estudios con pacientes que intentaron suicidarse se muestra una mayor tendencia al pesimismo cuando se comparan con quienes no lo intentaron. El pesimista al afrontar una enfermedad o un estresor vital tienden a presentar mayores sentimientos de desesperanza, mayor intensidad en los síntomas depresivos y percibir menores razones para vivir, lo que se acompañan de ideas suicidas más frecuentes e intensas. La limitación de las posibilidades intelectuales o visión “en túnel” impide que el individuo vea más allá de la situación inmediata y tome decisiones en base al momento actual.

Desesperanza

Se define como la necesidad de escapar de situaciones dolorosas, unida a la percepción de que la persona no encuentra salida al problema y considera que la muerte es lo único que le causará alivio. Es un factor de riesgo importante ya que suele asociarse a una sensación de soledad, desarraigo y falta de sentido de la vida, lo que origina planes e ideas suicidas.

Cuando la visión que se tiene de los problemas está reducida y el juicio comprometido por un estado depresivo el suicidio se puede concebir como una forma de escapar del sufrimiento y terminar de una vez por todas con el temor. (Téllez, J. 2006).

¿Qué lleva a morir por suicidio?

El suicidio es el resultado de un terrible sufrimiento emocional interno. Nadie quiere morir y los que mueren por suicidio tampoco, si hubieran encontrado otra salida en su mente a su sufrimiento.

Nunca se debería clasificar un suicidio en términos de “cobardía” o “valentía”, en referencia al acto en si. Decir, por otro lado, que la persona fallecida “era egoísta” es quizás una gran injusticia, sería invalidar su vida por ese final tan trágico. No solemos culpar de “egoísta” a quien murió por cáncer u por otra enfermedad u otras circunstancias.

¿Por qué las personas mueren por suicidio?

“Solo el suicida piensa que puede salir por puertas que sólo en la pared están pintadas”
(Vladimir Holan)

El impacto de la muerte por suicidio

La muerte por suicidio, repentina y trágica, produce siempre sorpresa, incredulidad y un estado de shock las personas próximas. Estos sentimientos se refuerzan por el contexto forense policial que nos encontramos durante las primeras horas del deceso o descubrimiento del cadáver. Es un tiempo que vivimos con una total desorientación.

Estas circunstancias iniciales, tan inesperadas y emocionalmente desbordantes, añaden dificultades a los supervivientes que sienten ya desde el primer momento la culpa, la vergüenza y la ira.

El impacto inicial de vivir de cerca una muerte por suicidio deja una cicatriz que es para siempre.

Aspectos relacionados con el Fenómeno del Suicidio Adolescente

El suicidio es un fenómeno humano de carácter universal que ha estado presente en todas épocas históricas, despertando diversos sentimientos desde temor, crítica, condena, el elogio, etc. Se ha dado una serie de actitudes sociales diferentes a hacia la conducta suicida a lo largo de la historia y dependiendo de la época y lugar que se analice. Por ejemplo, en la sociedad japonesa relacionaban el suicidio con el respeto a la tradición e implicaba una sanción autoinfligida ante un papel social que no se cumplía.

También se puede mencionar al respecto la muerte por suicidio de filósofos griegos como Anaxágoras o Sócrates, quienes terminaron con su vida de forma voluntaria en medio de acontecimientos sociales y políticos. Se comenta que en la Grecia clásica, Plutarco se interesó en el fenómeno del suicidio en adolescentes recogiendo los datos entre los siglos IV y III A.C, reportando que tanto suicidio como las tentativas de suicidio no eran infrecuentes entre los jóvenes griegos, hasta se documentó una “epidemia suicida” entre los jóvenes de Mileto, que finalizó cuando se sometió a los cadáveres a la vergüenza pública.

Durante la evolución del fenómeno suicida se puede hablar de una actitud de intenso desprestigio desde la época de los romanos, quienes negaban la sepultura los que suicidaban, destruyendo su testamento y confiscando sus bienes, afectando así también a los familiares de los mismos. En la Edad Media se impone la idea cristiana de suicidio como un crimen por homicidio y un pecado mortal, en base a los pensamientos de San Agustín y Santo Tomás de Aquino.

Estas corrientes de pensamiento influyeron en actitudes de condena al suicida y a su familia, excluyendo al primero de sepultura en tierra santa y en ocasiones llegando a ser exhumado para ser colgado o expuesto en el patíbulo.

En el siglo XVII se extienden auténticas epidemias de suicidio fundamentalmente en jóvenes, inspirados en el romanticismo hacia el tema del suicidio con el que fue tratado por varios poetas y literatos.

A principios del siglo XX, se inicia una fuerte influencia por la obra de Durkheim, quien relaciona las conductas suicidas a los ambientes sociales y morales, proponiendo una explicación social de la tasa de suicidios de su de época.

También se alcanza la aceptación de la idea de suicidio como resultado de un trastorno mental, procedente de la escuela psiquiátrica francesa. (Bobes, J. 1997).

En la actualidad el suicidio es considerado como un uno de los problemas principales a nivel de salud pública en relación a la Salud Mental, ya que se sitúa entre una de las principales causas de muerte. El suicidio en personas jóvenes a lo largo de la historia ha ido en aumento, convirtiéndose un fenómeno que requiere estudio y observación detenida y diferenciada.

El comportamiento suicida incluye ciertas expresiones como:

- **El deseo de morir:** es la inconformidad del sujeto con su vida en el momento presente.
- **La representación suicida:** son imágenes mentales que el individuo se formula y que puede llegar a expresar a otros.
- **Las ideas suicidas:** son pensamientos orientados a concluir con su propia existencia y puede ser una idea concreta o no.
- **La amenaza suicida:** son insinuaciones de intenciones suicidas, formuladas a personas vinculadas al individuo, que intentarán evitar que se suicide. Esta manifestación debe considerarse una petición de ayuda.
- **El gesto suicida:** es un ademán de concreción del acto suicida, que por lo general no conlleva lesiones de importancia, pero debe ser contemplada con seriedad.

- **El intento suicida:** conocido como para suicidio, es una tentativa de autoeliminación, o autoagresión intencionada. Es el acto en el cual el sujeto trata de quitarse la vida, dañándose, pero sin concluir en la muerte.
- **El suicidio frustrado:** es el acto suicida que, por razones fortuitas, no culmina con la muerte.
- **El suicidio accidental:** es el realizado con un método desconocido o conocido, pero que el sujeto no esperaba que concluyera con la muerte.
- **El suicidio intencional:** es cualquier lesión autoinflingida intencionalmente con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

Los comportamientos suicidas más comunes son:

La idea suicida, el intento de suicidio, el suicidio consumado (accidental o intencional). Las ideas suicidas son muy comunes en la adolescencia y esto no necesariamente es un peligro inminente para la vida a menos que esté asociado a otros factores de riesgo.

Psicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio.

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante 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:

- Depresión
- Trastorno de ansiedad por Abuso de Alcohol.
- Abuso de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad
- Trastorno Esquizofrénicos

Métodos Suicidas

Los métodos utilizados varían según los países, culturas y características socio demográficas, pero también dependen de la accesibilidad, oportunidad y la aceptación sociocultural. En las tentativas de suicidio se utiliza preferentemente la intoxicación por medicamentos, lo cual no debe presuponer una relación causa- efecto con respecto al deseo de suicidarse.

El ahorcamiento, colgamiento, o asfixia por suspensión, ha sido el más utilizado para suicidarse a lo largo de la historia. Es un método del pasado, de otras culturas y etapas del desarrollo histórico- social pero también es un medio del presente.

Los métodos usados en los intentos de suicidio suelen ser “no violentos”. En un estudio multicentrico de la OMS, el 64% de los varones y el 80% de las mujeres utilizaron el auto envenenamiento. La realización de cortes, principalmente en las muñecas, se empleó en el 17% de casos masculinos y el 9% femenino. Otro de los métodos, es por arma de fuego, inhalación de los gases de vehículos de motor.

Los fármacos más frecuentemente utilizados son los analgésicos, los psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezcla de diferentes sustancias medicamentosas; el 91% de los adolescentes utilizan autointoxicación.

Intervenciones Psicoterapéuticas

Los adolescentes suicidas informan de tener sentimientos intensos y dolorosos, depresión e inutilidad; ira, ansiedad y una incapacidad desesperanzadora para cambiar o encontrar solución a circunstancias frustrante. Pueden responder impulsivamente a su sensación de desesperación con un intento de suicidio.

El objetivo de las técnicas psicoterapéuticas es disminuir tales sentimientos y pensamientos intolerables y reorientar las perspectivas cognitivas y emocionales del adolescente suicida. El clínico debe estar disponible al paciente y su familia, ser diestro en el manejo de crisis y relacionarse con el paciente de forma honesta y consistente;

comprender las actitudes del paciente suicida y sus problemas vitales, transmitiendo un sentido de optimismo y actividad.

Dentro de los tipos de psicoterapia podemos mencionar:

- Terapia cognitivo-Conductual
- Psicoterapia interpersonal
- Psicoterapia psicodinámica y terapia familiar

¿Cómo se evalúa el intento de suicidio?

- Determinar el tipo de método utilizado en el intento: los intentos más inusuales, o sea, distintos a los cortes o las ingestiones leves, conllevan a un peor pronóstico.
- La letalidad médica potencial.
- El grado de planificación involucrada.
- El grado en que la probabilidad de intervención o descubrimiento fue minimizada (significando una mayor intencionalidad).
- Los intentos de suicidio previo hacen más probable un intento posterior.
- Cierta ideación suicida en el momento de la evaluación persistente y frecuente también denota una mayor severidad y una mayor posibilidad de enfermedad mental asociada.

Conducta Suicida

Volatilidades emocionales relacionadas con anomalías biológicas podrían vincularse. Con una vulnerabilidad al suicidio. La desregulación serotoninérgica se manifiesta por bajos niveles de metabolitos de serotonina en los fluidos del SNC, bajas concentraciones de receptores serotoninérgicos presinápticos, y densas concentraciones de receptores postsinápticos. Las anomalías de la serotonina se han localizado en la corteza ventro-lateral prefrontal y en el tronco encefálico de víctimas de suicidio y de intentos en estudios de tomografía por emisión de positrones postmortem, así como en ensayos biológicos in vivo. La corteza pre-frontal ventral juega un rol en la inhibición comportamental, es posible que irregularidades en la serotonina en esta área dificulten en un individuo suicida el control de sus impulsos. Se ha descrito también una relación con el polimorfismo en el gen del triptófano hidroxilasa.

Marcadores genéticos implicados en la conducta suicida

Estudios realizados en familias demuestran que la transmisión genética es fundamental en la neurobiología de la conducta suicida, fuera de los factores hereditarios relacionados con las enfermedades mentales. Estudios con gemelos y personas adoptadas demuestran que la vulnerabilidad al suicidio se relaciona con un componente genético, los gemelos monocigóticos tiene mayor grado de concordancia para el suicidio que los dicigóticos. El historial de suicidio previo en familiares y de familiares con actos suicidas son indicadores claves de la presencia de la diátesis y sugieren la posible existencia de un factor hereditario tanto para los trastornos suicidas como para los trastornos afectivos. (Téllez, J. 2006).

Suicidio y Enfermedad Mental

Trastorno depresivo mayor

La depresión en sus diferentes manifestaciones clínicas, es el trastorno mental que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida. La presencia de sentimientos de rabia hacia sí mismo con frecuencia ocasiona la aparición de ideación suicida.

Se calcula que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio de la población general.

El 60% de los suicidas padece de un trastorno afectivo y el riesgo de suicidio en los pacientes deprimidos que han sido hospitalizados es del 15%, con un riesgo 46 mayor en varones. Presentan, a su vez, una mayor tasa en intentos y consumación de suicidio, que se relacionan positivamente con la intensidad depresiva, menor edad en la aparición de síntomas depresivos, estado civil (menor en casados), mayores ideas de suicidio y el historial familiar con respecto a conducta suicida.

Cuando el Trastorno Límite de la personalidad se asocia con una depresión severa el riesgo de morir por suicidio es 450 veces mayor.

Trastornos de ansiedad

Se estima que los trastornos de ansiedad aumentan de 6 a 10 veces el riesgo de suicidio de la población en general, sin embargo, la tasa de suicidio en los trastornos de ansiedad es

menor que en los depresivos. Se considera que en gran cantidad de casos el abuso del alcohol enmascara los trastornos de ansiedad.

Se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio, especialmente en los varones y con relativa independencia de la depresión.

Las manifestaciones comunes del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

□ **Manifestaciones físicas** como 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:** Como temor, nerviosismo, sensación de estar esperando una mala noticia, inquietud.

□ **Manifestaciones conductuales:** Como timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado.

Trastorno afectivo bipolar

Las ideas de autoeliminación y el comportamiento suicida son frecuentes en los enfermos bipolares. La impulsividad es un comportamiento prominente en el trastorno afectivo bipolar y está presente aún en los períodos eutímicos de la enfermedad.

Trastornos de la alimentación

En los enfermos con trastorno del comportamiento alimentario son frecuentes los suicidios y las conductas parasuicidas, especialmente relacionados con altos niveles de impulsividad, lo que es más común en la bulimia y en los cuadros de anorexia del tipo purgativo. Se sugiere que puede existir en estos casos una alteración en la biodisponibilidad de la serotonina, neurotransmisor que se relaciona con el comportamiento impulsivo, la conducta suicida y los trastornos de alimentación. (Téllez, J. 2006).

Trastorno Disocial de la personalidad

Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes. Por sus rasgos clínicos tiene una elevada propensión al suicidio y a la realización de daños autoinfligidos con gran deterioro de la actividad social, académica y laboral y con alta frecuencia de abuso de sustancias y dependencia.

Trastornos psicóticos

Entre los adolescentes afectados por patologías psiquiátricas severas como esquizofrenia o trastornos maniaco depresivos el riesgo de suicidio es alto. La mayoría de los jóvenes psicóticos se caracteriza por presentar varios factores de riesgo tales como problemas con la bebida, fumar excesivamente y abusar de las drogas.

Esquizofrenia

El suicidio es la principal causa de muerte prematura en los pacientes con esquizofrenia. Se estima que entre el 20 y 25% los esquizofrénicos intentan suicidarse y esta tasa es similar a los trastornos afectivos y 20 veces mayor a la observada en general.

Abuso de alcohol

La incidencia de alcoholismo en general es del 10% y el riesgo de suicidio en la vida de los pacientes de este tipo se estima en 15%, cifra similar en los trastornos afectivos. Cuando se asocian depresión y alcoholismo, el riesgo de suicidio es de 75 a 80 veces mayor que el de la población general, es un importante predictor de suicidio. Los suicidios son más frecuentes en los alcohólicos crónicos. Se sugiere que las personas con este diagnóstico dual tienen mayor alteración del sistema serotoninérgico y que la disfunción dopaminérgica causada por el alcoholismo parece jugar un importante papel en la fisiopatología de la conducta suicida.

Abuso de alcohol y drogas

El consumo excesivo de drogas y alcohol también es frecuente entre los niños y adolescentes que cometen suicidio, se encuentra presente a menudo un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, con consecuencias adversas, 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.

Entre las señales que se asocian al consumo drogas se encuentran:

- Cambios bruscos en 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 y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- 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.
- Robo 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.
- Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Patrones familiares relacionados con el suicidio adolescente

Entre estos factores se citan los siguientes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia, con dificultades para demostrar afectos.
- Frecuentes riñas y 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.

- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Situación de hacinamiento, convivencia de varias generaciones en un breve espacio.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores, con exigencias desmedidas o total falta de exigencia.
- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Llamadas constantes de atención al adolescente con un carácter humillante.
- Padres divorciados o separados que utilizan al adolescente para agredirse mutuamente, creando una imagen desfavorable del progenitor. (Pérez Barrero, S. 1996).

Eventos vitales adversos relacionados con el suicidio adolescente

Se presentan a continuación una lista de situaciones o eventos vitales desfavorables con los que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

- Problemas familiares.
- 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.
- 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 victimización o abuso.
- 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.
- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas continuas.

□ Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas inalcanzables.

(Pérez Barrero, S. 1996).

Psicopatología del adolescente asociado al suicidio

Según Shaffer y Pfeffer (2001), estudios de autopsia psicológica realizados por Brent y colaboradores en 1999 el 90% de los suicidios adolescentes ocurre en individuos con un trastorno psiquiátrico preexistente, en aproximadamente la mitad de éstos, el trastorno psiquiátrico ha estado presente por dos o más años y aproximadamente un tercio de los suicidas ha hecho un intento de suicidio previo conocido. Sin embargo, la mayoría de los suicidios adolescentes parecen ser impulsivos.

Las formas más comunes de trastorno psiquiátrico encontradas en los suicidios consumados son:

- 1) Trastornos del humor, en los varones a menudo asociado con trastorno de conducta o abuso de sustancias.
- 2) Abuso de alcohol y/o sustancias, particularmente en varones mayores de quince años de edad.
- 3) Mujeres que sufren de un trastorno depresivo mayor también parecen tener pensamientos sobre el suicidio por algún tiempo y a menudo habrán hecho alguna preparación para su muerte.

Se describe que una gran cantidad de adolescentes que cometieron suicidio eran notablemente irritables, impulsivos, volátiles, y proclives a las explosiones de agresión. Sin embargo, La comorbilidad entre diferentes trastornos es común. Muchos niños y otros jóvenes han sido descritos como excelentes estudiantes, apreciados por sus pares, ansiosos, pero sin comorbilidad y no habían mostrado signos evidentes de disturbios antes de suicidarse, provocando una gran sorpresa en parientes y amigos. El suicidio es a menudo precedido por un evento estresante, por ejemplo, problemas en la escuela o con la ley, ruptura con un novio o novia, etc. Se ha propuesto también que en jóvenes presumiblemente suicidas un acto de autoeliminación puede ser precipitado por exposición

a noticias del suicidio de otra persona o por leer o ver sobre un suicidio retratado románticamente en un libro, revista o periódico.

El Dr. Sergio A. Pérez Barrero, en su condición de Presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y Fundador de la Sección de Suicidología de la Asociación Mundial de Psiquiatría ha realizado varios estudios y numerosas publicaciones sobre los Factores de Riesgo Suicida en la adolescencia. Se mencionará a continuación las patologías más comúnmente relacionadas con el suicidio adolescente.

Depresión

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes. Casi las tres cuartas partes de aquéllos que eventualmente se quitan la vida muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante.

Sin embargo, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas.

La depresión en jóvenes puede a menudo presentarse asociada a síntomas físicos como cefalea, dolor de estómago y dolores punzantes en las piernas o en el pecho.

Las jóvenes con tendencia depresivas tienden a ensimismarse, volverse silenciosas, pesimistas e inactivas.

Los jóvenes deprimidos a su vez tienden a comportamientos destructivos, agresivos y exigen gran atención de quienes los rodean, esta agresividad puede conducir a la soledad que es en sí misma un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos están:

- 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 hipersomnia.
- 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.

Intentos previos de suicidio

Los antecedentes de intentos de suicidio, singulares o recurrentes son factores de riesgos importantes para el comportamiento suicida.

Dificultad con respecto a orientación sexual

Los jóvenes con tendencias homosexuales y bisexuales presentan un riesgo aumentado de intentos de suicidio, en parte por la dificultad de aceptación de su orientación y lo que a nivel familiar y social puede conllevar, asociando múltiples factores de riesgo como depresión, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, victimización sexual, conflictos familiares, antecedentes de haber sido víctimas de abuso sexual o físico infantil, agresión en la escuela rechazo social, dificultad para encontrar pareja o grupo, etc. (Shaffer y Pfeffer, 2001)

Rasgos de Personalidad relacionados con el suicidio Adolescente

Se han descrito algunos atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio como:

- 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 otras figuras significativas.
- Dificultades con la aceptación de la orientación sexual.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Ser frecuentemente heridos con la mínima crítica. (Pérez Barrero. 1996).

Creencias y Pensamientos sobre la muerte

Según la investigación realizada por la licenciada Chanto Alpízar (2004), en el que se estudiaron las principales creencias irracionales e irracionales sobre la vida y la muerte de 16 adolescentes costarricenses internados en el hospital nacional psiquiátrico por haber realizado conductas suicidas se concluyó que en la mayoría de ellos predominaban las creencias racionales con respecto a la vida, mientras que con relación a la muerte predominaban las creencias irracionales al considerar a la muerte como una forma de solución de los propios problemas.

Se logró encontrar en el grupo adolescente un predominio de pensamientos depresivos, impulsividad y baja tolerancia a la frustración, con pensamientos irracionales como el tremendismo y la condenación en varios de los adolescentes, lo que tiende asociarse a que

los problemas puedan ser visualizados como intolerables y se tienda a la impulsividad y al "acting out" como una forma de solicitar ayuda.

Se indica que las conductas suicidas se encuentran sustentadas en el pensamiento irracional, el cual está cargado de pensamientos negativos e ilógicos, con gran tendencia a depresión, la visión negativa, asimismo, del mundo y el futuro, con gran pesimismo y desesperanza a la hora de evaluar las vivencias cotidianas. Como resultado importante de este trabajo se menciona que la mayoría de los adolescentes tenía una concepción de la muerte como un paso a otro lugar sin sufrimientos, como una respuesta los problemas y no con una percepción de la muerte como algo contundente o definitivo, convirtiéndose una forma inadecuada de pensamiento con el cual se trata adquirir independencia y poder sobre el destino, relacionado lo anterior con la crisis adolescente en búsqueda de identidad y autonomía.

También se denota los intentos de autoeliminación como una forma de ejercer control sobre medio familiar, como una forma de castigar y hacer sufrir a familiares. No se encontró que el discurso religioso fuera un factor protector, sino que se consideró más importante el estado anímico depresivo, las formas inadecuadas de afrontamiento de conflictos y situaciones estresantes, la inestabilidad emocional, los problemas familiares y el poco control de impulsos como factores asociados al acto autolesivo.

Según el estudio en los adolescentes entrevistados predominaron los pensamientos de tipo irracional con respecto a la muerte en un 62.5% de los casos, con el tremendismo presente en un 42.85% de los adolescentes. Se menciona entre las conclusiones que una gran parte adolescentes buscan comunicar, a través de los actos de autoagresión, sus necesidades de atención y afecto, y la gran desesperación ante la falta de formas saludables para solución de problemas familiares o personales, convirtiéndose así, el acto suicida, en una forma de pedir auxilio más que un verdadero deseo de morir. Se recomienda exhaustivamente que las conductas suicidas deben ser tratadas de una forma adecuada y oportuna, para evitar que se conviertan en conductas crónicas y repetitivas.

Los factores de riesgo mencionados por Chanto Alpízar son los pensamientos y sentimientos depresivos, la falta de razones fuertes para vivir y las conductas suicidas

repetitivas, consideradas como caldo de cultivo para los pensamientos distorsionados con relación a la vida y la muerte.

Por otra parte en la investigación realizada por Villardón en la universidad de Deusto, en Bilbao, a más de 1000 jóvenes escolarizados y recopilada en el libro "El pensamiento de suicidio en adolescencia" se expone que partiendo de los datos sobre el aumento de suicidio en la población joven se considera que la conducta suicida es un continuo que va desde la ocurrencia hasta la consecución del acto, pasando por ideación, planificación, la amenaza y el intento.

En el estudio se trató de conocer las variables personales, psicológicas y sociales que podían determinar, influir o favorecer a los pensamientos suicidas en los adolescentes a través de un estudio predictivo con el objetivo primordial de la prevención.

El estudio tenía en cuenta, a nivel teórico, que los individuos con grado mayor ideación suicida tienen más probabilidades de intentar o cometer suicidio en sujetos con menor grado de pensamiento de suicidio, por lo que el conocimiento de la presencia ideas suicidas y de estos factores asociados permiten la actuación pronta sobre los mismos pueda prevenir el suicidio.

Se expone en el estudio la existencia de un "estado mental suicida", compuesto por una serie de variables psicológicas que acompañará la conducta suicida y que se caracteriza por un nivel alto depresión y desesperanza, bajo autoconcepto a y pocas razones para vivir, que junto con el estrés y el afrontamiento maladaptativo (consumo de alcohol y drogas) explicaría en buena medida el pensamiento suicida, siendo la depresión el aspecto que mejor predice el proceso de ideación suicida y la visión optimista de la vida o de la propia capacidad afrontamiento, seguida de las razones morales y el miedo suicidio las que influyen en disminuir el pensamiento de autoeliminación.

El afrontamiento general es valorado como un factor protector fundamental que se basa en un menor nivel de soledad, más razones para vivir, mejor autoconcepto. (Villardón, L.1993)

Teorías Psicológicas La orientación psicológica ha explicado la conducta suicida por medio del enfoque fenomenológico. Shneidman (1988, citado en Villardón, 1993), quien es el principal exponente de este enfoque, sugiere dos conceptos para explicar la ocurrencia de la conducta suicida al igual que rasgos comunes de los individuos suicidas. Dicho autor, propuso el modelo cúbico que representa 3 componentes del suicidio: a) presión, se refiere a los eventos de la vida que son importantes para el individuo y que influyen en sus pensamientos, conducta y sentimientos; siendo tanto como positivas y negativas las presiones en su vida, sin embargo son solo las negativas las que predisponen al suicidio; b) pena, se refiere a un castigo psicológico, que es resultado de una frustración de necesidad psicológica, y c) perturbación, que es el grado de trastorno en el que se encuentra la persona.

En este modelo, cada dimensión puede variar en niveles altos y bajos de pena a perturbación y de presión positiva a negativa. Los 125 niveles del cubo, representan el máximo nivel de perturbación, pena intolerable y presión negativa para cometer un suicidio. Shneidman cree que la pena es más importante y que su reducción puede prevenir el suicidio.

Describe algunas características que son iguales en todo acto suicida.

- 1) El propósito común del suicidio es buscar una solución.
- 2) El objetivo común es el cese de la conciencia.
- 3) El estresor común en el suicidio son las necesidades psicológicas frustradas.
- 4) La emoción común en el suicidio es la indefensión-desesperanza.
- 5) El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
- 6) El estado perceptual común en el suicidio es la constricción, es decir que la persona solo percibe una posibilidad ante los problemas.
- 7) El acto interpersonal común es la comunicación de la intención.
- 8) El acto suicida es coherente con los patrones de afrontamiento que ha tenido el sujeto a lo largo de la vida.

Asimismo, plantea que la persona suicida típica presenta todas o la mayor parte de las siguientes características:

- ♣ Un deseo consciente o inconsciente de vivir y de morir.
- ♣ Sentimientos de desesperación, impotencia y de imposibilidad de hacer frente a los problemas.
- ♣ Sentimientos de agotamiento físico o psicológico unido o separado con malestar físico como insomnio, anorexia, y síntomas psicosomáticos.
- ♣ Sentimientos intensos de ansiedad, depresión, rabia, culpa o enojo imposibles de mitigar.
- ♣ Sentimientos de caos y desorganización, con incapacidad para reestablecer el orden.
- ♣ Estados de ánimo fluctuantes, pasando de gran agitación a una gran apatía y retraimiento.
- ♣ Reducción del campo cognitivo, disfunciones cognitivas y baja asertividad, incapacidad para considerar alternativas y limitación de posibilidades.
- ♣ Pérdida de interés por las actividades normales, como las sexuales, profesionales y las recreativas.
- ♣ Pobre percepción de apoyo social y carencia de un confidente íntimo
- ♣ Sentimientos de desesperanza sostenidos y con conciencia de estos, así como ausencia de un proyecto de vida.

Por su parte, Neimer (1983, citado en Villardón, 1993) aplicó la teoría del constructo personal de Kelly a la depresión y al suicidio. Dicho autor plantea que los constructos de las personas suicidas y las depresivas se caracterizan por cuatro formas:

- 1) Anticipación del fracaso.
- 2) Autoconstrucción negativo.
- 3) Construcción polarizada
- 4) Aislamiento personal.

Mientras que las personas suicidas presentan dos características más que los deprimidos y son:

- a) constricción en el contenido y la aplicación del constructo
- b) desorganización interpersonal.

Otro enfoque psicológico es la Teoría Cognoscitiva, y su principal exponente es Beck (1983, citado en Ros, 1998) quien en su obra *Terapia Cognitiva de la depresión* expone que toda la sintomatología depresiva va surgiendo progresivamente de los patrones cognitivos negativos distorsionados a través de la Tríada Cognitiva, que está compuesta por:

- ♣ Visión negativa de si mismo.
- ♣ Tendencia a interpretar las experiencias de una forma negativa.
- ♣ Visión negativa acerca del mundo.

Beck, Steer y Ranieri (1988) plantean que los individuos suicidas poseen un estilo cognoscitivo peculiar, que es diferente a los individuos normales y a los de aquellos con perturbaciones emocionales no suicidas.

Son sus estructuras particulares las que determinan el acto suicida: la ambivalencia interna fluctuante entre el deseo de morir y el deseo de vivir y el conflicto previo al acto suicida, ideas suicidas y pensamientos que incrementan la probabilidad del deseo de muerte y por lo tanto, su intensidad.

Por lo tanto, los problemas de las personas son producto de ciertas distorsiones de la realidad, basadas en estas premisas y supuestos erróneos o falsos. Los elementos principales que dan una explicación al suicidio son: la distorsión de la realidad y los desórdenes emocionales. Sin embargo, también hay que tener en cuenta los pensamientos, las imágenes y las motivaciones.

Las acciones interiorizadas pueden actuar como antecedentes que sirven de clave o desencadenante para que se produzcan otras respuestas. Las operaciones interiorizadas pueden representar también, conductas a modificar debido a su papel crucial para la adaptación.

Finalmente, las acciones interiorizadas de la persona pueden funcionar como consecuencia de otras acciones interiorizadas. Es así que, se han comparado las características cognoscitivas de sujetos suicidas con relación a sujetos normales. El sujeto suicida presenta distorsión de sus pensamientos, los cuales incrementan la probabilidad de que ocurra el suicidio.

Uno de los tipos de distorsión es la tendencia a pensar en términos absolutos de todo o nada, bueno o malo, correcto-incorrecto, hermoso o feo, justo-injusto. En tanto que, la rigidez cognoscitiva es propia del paciente suicida y no se observa en los sujetos no suicidas con problemas psicósomáticos. La rigidez se mide por la dificultad para desarrollar alternativas positivas a los problemas emocionales.

Asimismo, Beck plantea que la ideación suicida es como una expresión extrema de un deseo por huir de los problemas, situaciones o eventos que no se pueden soportar. También menciona, que las personas con sintomatología depresiva se ven como una carga inútil, y esto les genera la idea de que la situación se mejorará si ellos estuvieran muertos.

Al respecto, plantea que las ideas suicidas surgen cuando la persona percibe su situación como intolerable. Otro exponente de las Teorías Cognoscitivas es Sugiyama (1984, citado en Díaz del Guante, et al, 1994), quien establece tres tipos de suicidios, según las motivaciones subyacentes: A) Necesidad de Comunicación: de acuerdo con Sugiyama (1984), las personas recurren al suicidio para restaurar un canal de comunicación que está bloqueado.

La frustración que se siente por no ser capaz de comunicarse con alguien o persuadirlo de algo, puede incitar el acto. Dos factores culturales entran en este tipo de suicidio:

- 1) la frustración comunicacional, que se asocia a la desconfianza, a la palabra empeñada y a la ineffectividad de la comunicación verbal.
- 2) el sentimiento de culpa, causado por una comprensión empática del sufrimiento de otra persona, que es magnificado por la forma extrema de masoquismo: el suicidio.

Este tipo de suicidio es acompañado por una nota suicida y un acto suicida dramático. El mensaje suicida, involucra un motivo extrapunitivo o intrapunitivo. El mensaje extrapunitivo varía en el grado de advertencia: el suicidio es cometido por rencor, resentimiento o venganza.

La comunicación intrapunitiva, ocurre cuando una persona ha cometido un error o ha fracasado en el desempeño de sus responsabilidades y se suicida para demostrar la sinceridad de su arrepentimiento o justificar ese fracaso. Los suicidios extrapunitivos e intrapunitivos, aún cuando son diferentes en su motivación original, son similares en el efecto. B) Necesidad de Cohesión Social: Deitz (1988, citado en Díaz del Guante et al, 1994) describe las circunstancias de la personalidad presuicida.

Las personas reaccionan a los desengaños amorosos con estados depresivos; su experiencia amorosa representa la gratificación sexual y el fortalecimiento de su yo. Sugiyama (1984) amplía la explicación, relacionando al suicidio con el valor de pertenencia, especialmente con la cohesión interpersonal basada en la lealtad, aprecio, amor eterno o amistad verdadera.

Existe un tipo de suicidio que es motivado por la cohesión social y que se relaciona con lo interno, e implica el autosacrificio. Puede ser doble o implicar más de dos personas.

El suicidio doble en su forma más pura, involucra dos personas comúnmente una mujer y un hombre que cometen el suicidio por amor.

De acuerdo con este autor las causas del suicidio por amor pueden clasificarse en: a) la nula esperanza de ser amado, b) una parte se siente inseparable del otro por que lo ama, cuando la otra, por alguna razón está destinada a morir, c) ambas partes, incapaces de vivir juntas por diversas razones, eligen morir porque se aman y d) una parte ante la muerte inevitable, fuerza a la otra a morir juntas.

Por su parte, el suicidio doble forzado, involucra el suicido de una persona y el homicidio de la otra. Lo que caracteriza a estos tipos de suicidio, es una negación a que la unión se rompa debido a una o ambas partes.

El suicidio cohesivo toma una forma negativa cuando alguien se suicida debido a la desarmonía interpersonal o la soledad, por ejemplo el suicidio de una persona anciana. Muchos suicidios dobles forzados son el resultado de un triángulo personal. Asimismo, el

suicidio familiar con frecuencia es considerado como la solución final a una falta de cohesión familiar.

C) Necesidad de Mantenimiento del Status: la tercera causa de suicidio es cuando éste se comete por la identificación compulsiva con el estatus o función que desempeña o aspira. También el fracaso o error anticipado puede inducir ansiedad suicida. La anticipación del fracaso o error, se magnifica cuando se está en la transición de un papel antiguo a uno nuevo, o cuando se ha asumido uno nuevo. En este sentido, la tendencia suicida se agrava con el mantenimiento del estatus en una sociedad donde todos están bajo presión para elevar su estatus a través de realizaciones académicas y laborales. La separación del papel puede ser motivo de suicidio, particularmente en una cultura cuyo énfasis principal es la ocupación de un lugar o espacio en la sociedad. Cabe mencionar que las tres causas de suicidio son mutuamente excluyentes. Sin embargo, un suicidio puede ser provocado por la participación de las tres causas.

Relación Estrés-Suicidio

Como se ha mencionado, el suicidio es un proceso que se origina en la interacción del individuo con el medio-social, cuya expresión psicológica es explicable en el contexto teórico de la concepción del estrés que conlleva a una personalidad insana, que no le permite enfrentar adecuadamente las contradicciones y frustraciones de la vida.

Por lo que el suicidio se va a convertir en una alternativa individual, que caracteriza la expresión de la personalidad y define el sentido psicológico, que lo social ha adquirido.

En este sentido, se menciona que una fuente permanente de estrés es la tensión producida por la contradicción entre lo que el individuo piensa y lo que hace, aún cuando su actuación responda a su deseo personal.

Debido a que la manera en la cual se refleja y se percibe la realidad, es lo que va a desempeñar el papel mediador principal para que ocurra un incremento del afecto negativo, en las personas que llevan a cabo conductas de riesgo como el intento suicida y el suicidio consumado. Por lo tanto, el hombre se debe implicar en los proyectos sociales a través del

ritmo y la lógica de su individualidad para así complementar las exigencias externas con el desarrollo de los intereses individuales.

Las exigencias no deben estar por encima de los intereses individuales, ya que esto puede provocar reacciones emocionales negativas, como apatía, desesperanza, miedo, ansiedad, enojo, las cuales son fuente de estrés y conllevan a las conductas suicidas.

De acuerdo con González (1990) si una persona afronta inadecuadamente la gran cantidad de influencias sociales que son portadoras de estrés, esto le puede producir emociones y afectos negativos y en unión con otros factores pueden llevar a conductas suicidas; algunas de estas influencias son:

- ♣ Discontinuidad y ruptura brusca del sistema de valores
- ♣ Carácter punitivo del medio
- ♣ Desempleo y discriminación
- ♣ Contradicción exigencia-capacidad de respuesta individual Con base en lo anterior, es importante mencionar que no hay situaciones que conduzcan objetivamente al suicidio, dado que, el sentido personal del reflejo subjetivo de la realidad tiene un carácter relativo que va a depender del contexto sociocultural y del esquema cognitivo que posea la persona.

Por otra parte, la actuación de forma positiva de variables como el apoyo social, estrategias de afrontamiento diversas y flexibles y un crecimiento de la motivación, van a generar cambios positivos en la evaluación cognitiva del sujeto, en su sentido de vida, así como en el incremento de su actividad de búsqueda en el medio en cual se esta desarrollando.

Las señales de peligro

Estas son algunas señales de peligro que indican que un ser querido está pasando por una depresión severa, lo que podría representar un riesgo de suicidio:

- Cambios en la personalidad, como tristeza, retraimiento, irritabilidad, ansiedad, indecisión, apatía
- Cambios en el comportamiento: falta de concentración en la escuela, trabajo o tareas rutinarias

- Cambios en los patrones de sueño, sueño exagerado o insomnio
- Cambios en los patrones de alimentación, pérdida del apetito y peso, o aumento exagerado del apetito
- Pérdida de interés en los amigos, actividad sexual y actividades en las que participaba antes
- Preocupaciones sobre el dinero y enfermedades (reales o imaginarias)
- Temor de perder el control, de volverse loco, de dañarse a sí mismo o a otros
- Sentimientos abrumadores de culpabilidad, vergüenza y odio a sí mismo
- Consumo de alcohol o drogas
- Pérdidas recientes: por muerte, divorcio, separación, término de una relación, trabajo, dinero, condición social, confianza en sí mismo, autoestima.
- Inquietud, hiperactividad y agitación pueden ser indicadores de una depresión

Tratamiento del adolescente suicida

El tratamiento debería ser provisto dentro de un servicio de contención que incluya recursos para pacientes internados, pacientes ambulatorios a corto y largo plazo e intervención de emergencia.

El adolescente que ha intentado el suicidio debería ser hospitalizado si su inestabilidad hace que su comportamiento sea impredecible, indicando al menos un riesgo serio a corto plazo. Los rasgos de estado mental predictivos de riesgo a corto plazo incluyen: incapacidad de formar una alianza con el clínico, falta de veracidad o incapacidad para debatir o regular la emoción o el comportamiento, pensamiento psicótico, intoxicación actual por drogas o alcohol, o múltiples intentos previos de suicidio.

Los rasgos diagnósticos que indican la necesidad de hospitalización incluyen el trastorno depresivo mayor con rasgos psicóticos, irritabilidad y comportamiento impulsivo, psicosis con alucinaciones y el abuso de alcohol o sustancias. Entre los factores sociales destaca la falta de apoyo ambiental suficiente para ayudar a estabilizar el estado psiquiátrico del adolescente.

VII. METODOLOGIA

Tipo de estudio: Descriptivo de Corte Transversal

Área de estudio: Instituto de Excelencia Académica Sandino (IDEAS) Diriamba - Carazo

Población, muestra y muestreo de estudio: 131 estudiantes, debido a que se decidió tomar el 100% de la población, no se realizó cálculo de muestra, ni muestreo.

Periodo de estudio: julio a octubre 2018.

Fuente de Información: Primaria mediante la aplicación de una encuesta.

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres
- Que estén cursando 8vo y 9no grado
- Estudiantes del Instituto de Excelencia Académica Sandino (IDEAS)
- Que desearan participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Que no estudiaran en el Instituto de Excelencia académica Sandino (IDEAS).
- Estudiantes de 7mo, 10mo y 11vo grado.
- Estudiantes que no desearan participar en el estudio.

Proceso de recolección de información:

Se realizó visita a la dirección del centro solicitando la autorización para trabajar con los estudiantes con el apoyo del maestro/a guía e incorporar a las aulas de clases, procediendo a aplicar la encuesta respetando el consentimiento informado, dado a que es voluntario, se recolectó la información necesaria para proceder a evaluar los resultados.

Instrumento de Recolección:

Se diseñó una encuesta compuesta por las 30 ítem distribuidas de la siguiente manera 5 preguntas que miden datos sociodemográficos y 25 preguntas que mide riesgos de conducta suicida; se realizó un pilotaje de la encuesta para medir la consistencia interna de la misma, el cual se hizo en una escuela con características similares a la del estudio, pero no la misma.

Plan de Análisis:

Se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS después de digitar la información se procedió a realizar cálculos de frecuencia y porcentaje de las variables así como también tablas cruzadas con su respectivo valor de P.

Aspectos Éticos:

Se tomó en cuenta todos los aspectos éticos según Helsinki, tomando en consideración el respeto y la privacidad de la respuesta, así como el sigilo profesional, además de elaborar el consentimiento informado para cada uno de los participantes.

VIII. RESULTADOS

Los análisis se realizaron en base a 131 estudiantes participantes en el estudio, los datos reflejan que el 47.3% tenían la edad de 14 años, seguido del 35.9% edad de 13 años. El sexo más predominante fueron las mujeres con el 62.6%, en relación a la procedencia la más frecuente fue la urbana con el 90.1% la distribución de estudiantes por grado es muy similar 8vo A 22.9%, 8vo B 23.7%, 8vo C 22.1%, 9no A 16.0%, 9no B 15.3%. La religión la que más predomina es la evangélica con un 37.4% en relación similar con la categoría (Otros); lo que refiere que hay estudiantes que no tienen una religión definida o profesan otra religión.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes en el estudio. N=131

Demografía	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
12 años	4	3.1
13 años	47	35.9
14 años	62	47.3
15 años	17	13.0
16 años	1	.8
Sexo		
Hombre	49	37.4
Mujer	82	62.6
Procedencia		
Urbano	118	90.1
Rural	13	9.9
Grado		
8 Grado A	30	22.9
8 Grado B	31	23.7
8 Grado C	29	22.1
9 Grado A	21	16.0
9 Grado B	20	15.3
Religión		
Católico	34	26.0
Evangélico	49	37.4
Otros	48	36.6

Fuente: Primaria

La tabla 2 describe los intentos de suicidio por estudiantes según sexo, encontrando que los intentos son más asociados a las mujeres con el 6.1% de los reportados, los hombres no reportan intento, la prevalencia de intento de suicidio global fue de 3.9%

Tabla 2: Has intentado suicidarte, según sexo

Sexo	¿Has intentado suicidarte?		Total
	Nunca	Si	
Hombre	49 (100.0%)	-	49 (100.0%)
Mujer	77 (93.9%)	5 (6.1%)	82 (100.0%)
Total	126 (96.2%)	5 (3.9%)	131 (100.0%)

La tabla 3 evalúa el deseo de morir de los estudiantes, encontrando que el 18.4% de los hombres y el 36.6 % de las mujeres ha deseado morir, teniendo una prevalencia global del 29.7% de deseo de muerte de los estudiantes en la investigación.

Tabla 3: Has deseado alguna vez estar muerto/a, según sexo

Sexo	¿Deseo de estar muerto?		Total
	Nunca	Si	
Hombre	40 (81.6)	9 (18.4)	49 (100.0%)
Mujer	52 (66.3%)	30 (36.6)	82 (100.0%)
Total	92(70.2)	39 (29.7)	131 (100.0%)

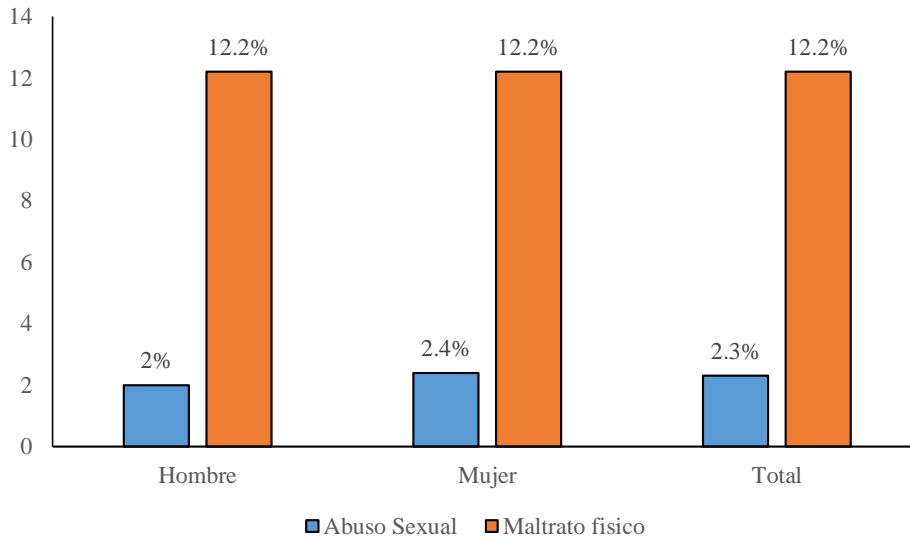
Los análisis demuestran que el 14.3% de los hombres y el 19.6% de las mujeres han pensado alguna vez en terminar con su vida, siendo una prevalencia global de plan de quitarse la vida de 17.6%, siendo esto más prevalente en las mujeres que en los hombres. Ver tabla 4

Tabla 4: Has deseado alguna vez estar muerto/a, según sexo

Sexo	¿Has Pensado alguna vez terminar con tu vida?		Total
	Nunca	Si	
Hombre	42 (85.7)	7 (14.3)	49 (100.0%)
Mujer	66 (80.5)	16 (19.6)	82 (100.0%)
Total	108 (82.4)	23 (17.6)	131 (100.0%)

La Gráfica 1 describe que el 12.2% de la población ha recibido maltrato físico, y el 2.3% abuso sexual, por otra parte, el 2% de los hombres y 2.4% de las mujeres han tenido abuso sexual y el 12.2% de hombres y mujeres han recibido maltrato físico respectivamente. Ver grafico 1

Gráfico 1. Abuso sexual y maltrato físico



Los factores que más expresaron los estudiantes que influyen en la toma de decisiones para realizar un intento suicidio fueron: No comes bien de forma habitual 93.1%, no duerme con normalidad 94.7% y estar aburrido continuamente 92.4%, siendo estos los indicadores mas frecuentes. Ver tabla 5

Tabla 5, Factores relacionados a conductas suicida. N=131

Variables	N=131	
	N	%
Tienes conflictos frecuentes con tu familia	79	60.3
Tienes conflictos con tus compañeros/as	69	52.7
Actúas de forma violenta en casa o en el instituto	35	26.7
En tu familia ha habido algún suicidio	9	6.9
Tomas drogas o alcohol	5	3.8
Tu rendimiento académico es bajo	74	56.5
Tienes problemas sentimentales	63	48.1
Te aburres continuamente	121	92.4
Tus padres toman drogas o alcohol	19	14.5
Tus padres toman drogas o alcohol	19	14.5
Te sientes estresado/a	100	76.3
Tienes alucinaciones o pensamientos extraños	48	36.6
Has vivido algún suceso de acoso	23	17.6
No duermes con normalidad	124	94.7
No comes bien de forma habitual	122	93.1
Tienes dolores de cabeza, estomago, ansiedad	77	58.8
Piensas que eres una mala persona	63	48.1
Te muestras poco tolerante a los elogios o a los premios	64	48.9
Tienes alguna situación familiar que te preocupe	56	42.7
Lanzas indirectas a familiares o amigos/as	46	35.1

Fuente: Primaria

IX. DISCUSIÓN

El estudio como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados a los intentos suicidas en estudiantes de 8vo y 9no grado del Instituto de Excelencia Académica Sandino (IDEAS) del municipio de Diriamba departamento de Carazo. Los análisis demostraron que la población estudiantil en estudio se caracterizó por tener edades entre los 12 a 16 años, prevaleció la edad de los 14 años en promedio, siendo las mujeres las más prevalentes y del área urbano, con religión católica, sin embargo, un alto porcentaje de estudiantes expresaron no tener o profesar ninguna religión, siendo esto último un factor de riesgo para los intentos de suicidios, los análisis correspondieron a estudiantes de 8 y 9 grado.

Los resultados de esta investigación demostraron que el 3,9% de los estudiantes han intentado quitarse la vida y este comportamiento está más relacionado con las mujeres, sin embargo, estos resultados no tienen relación con lo publicado en estudio que se realizó en la sala de Salud Mental del Hospital Pediátrico “Eduardo Agramontés” Camagüey Cuba donde identificaron el género masculino con un mayor índice de riesgo suicida que el femenino.

Entre los factores asociados a los intentos suicidas están las familias disfuncionales constituyendo el mayor factor de riesgo similar a los conflictos en las relaciones familiares, ambos con un 75%. Por otra parte, en el 2007 se realizó un estudio sobre factores de riesgo asociados al intento de suicidios que acudieron a emergencia del Hospital Alemán Nicaragüense, encontrando que predominó el sexo femenino sobre el masculino, el estado civil soltero, la escolaridad primaria, ocupación ama de casa y estudiantes, antecedente de alcoholismo y abuso de drogas, inestabilidad familiar, violencia familiar, intentos suicidas previos e historia de abuso sexual.

Los resultados expresados arriba tienen mucha relación con lo encontrado en esta investigación donde se determinó la existencia de abuso sexual y maltrato en estudiantes que se han intentado suicidar, siendo esto un factor asociado a la conducta suicida, en esta investigación los tres factores más predominantes están en tener conflictos con la familia, amigos, desesperanza, baja autoestima y no tener planes de vida.

X. CONCLUSIONES

1. Son los adolescentes entre las edades de 13,14 y 15 años las que predominan en 8vo y 9no grado del Instituto IDEAS.
2. Continúan siendo las mujeres las que más intentos suicidas registran asociados a diferentes factores como: bajo rendimiento académico, situaciones sentimentales, búsqueda de identidad y / o conflictos familiares.
4. Los adolescentes varones presentan menos índice de deseos e intentos suicidas.
5. El entorno familiar conflictivo y el abuso sexual en alguno de los casos son considerados riesgos que facilitan las tentativas suicidas en los adolescentes estudiados en IDEAS.

XI. RECOMENDACIONES

AL INSTITUTO IDEAS

1. A través de las consejerías de las comunidades educativas realizar campaña educativa de prevención en el centro de forma continua.
2. Continuar con las atenciones individualizadas a los estudiantes, con el objetivo de identificar signos y síntomas suicidas.
3. Proporcionar a través de los encuentros mensuales con padres, madres de familia educación preventivas con el objetivo de reducir los intentos suicidas en sus hijos e hijas.

A LOS PADRES DE FAMILIA

1. Brindar atenciones necesarias a sus hijos e hijas, estableciendo una comunicación asertiva y afectiva para proporcionar la confianza en la que los adolescentes puedan compartir sus conflictos o situaciones de estrés por las que estén atravesando con el fin de identificar signos de riesgos.
2. Estar en comunicación continua con los docentes con el fin de identificar signos y síntomas de alerta antes los intentos suicidas.
3. Involucrarse en las actividades cotidianas de sus hijos e hijas para conocer su actuar y proceder en todos los ámbitos en los que se desenvuelven.

XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Artasánchez, S. (1999). Factores de riesgo para la ideación suicida: análisis retrospectivo de factores de interacción y crianza. Tesis Maestría UNAM. México.
- Bandura, A. (1925). Albert Bandura. Teorías de la personalidad. Webspaceship.edu. Recuperado de: <http://webspaceship.edu/cgboer/banduraesp.html>
- Cruzado, J. Labrador. F. (2001) Manual de técnicas de modificación y Terapia de Conducta. Editorial Pirámide. Madrid, España.
- Durkheim, E. (1960). Emile Durkheim. El Suicidio. Recuperado de: <http://www.angelfire.com/planet/danielmr/Emile%20Durkheim/El%20suicidio.htm>
- García, H. (2014). Nicaragua con tasa de suicidio más baja en Centroamérica. noviembre 01, 2018, de La Prensa Sitio web: https://www.poderjudicial.gob.ni/prensa/notas_prensa_detalle.asp?id_noticia=5013
- Garduño, R. & Gomez, K. & Peña, A.. (2011). suicidio en adolescentes. Octubre 18, 2018, de Asociación Mexicana de Tanatología. A.C Sitio web: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/27%20Suicidio%20en%20adolescentes.pdf>
- García, N. (2006). Ideación e intentos suicidas en estudiantes Adolescentes y su relación con el consumo de drogas. noviembre 01, 2018, de Universidad Nacional Autónoma de México Sitio web: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/tesis/tesis_nayeli.pdf.
- Gómez, C. (1996). Relación entre la ideación suicida y el nivel de estrés psicosocial en estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal. Tesis Licenciatura. UNAM. México.
- "Intentos de suicidio." (Abril, 2008) desde <http://www.proyectopv.org/2-verdad/intentossuic.htm>

- OMS. (2004) El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Día Mundial para la Prevención del Suicidio - 10 de Agosto 2007 de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio, recurso para consejeros, Departamento de Salud Mental y abuso de sustancias; Trastornos Mentales y Cerebrales, Ginebra 2006. Extraído el 12 de Marzo del 2008 desde http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_spanish.pdf
- OMS | Las 10 causas principales de defunción en el mundo. (2012). Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>.
- Pérez Barrero, S (1996). “Factores de riesgo suicida en la adolescencia.” Rev. Psiquiátrica del Uruguay, Año LX. N0 11.
- Romero, K. (Febrero 26, 2017). Jóvenes recurren más al Suicidio. Octubre 10, 2018, de La Prensa Sitio web: <https://www.laprensa.com.ni/2017/02/26/nacionales/2189365-jovenes-recurren-mas-al-suicidio>.
- Romero, R. (Agosto 2011). Variables Psicosociales Y Su Relacion Con Los Intentos De Suicidio En Adolescentes Atendidos En El Centro De Atencion Psicosocial De Chinandega, Enero A Diciembre Del 2007 . Octubre 10, 2018, de Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León Sitio web: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/876>.
- Raheb, C, (2007-2009). Suicidio y Conducta Suicida en la Infancia y la Adolescencia, Máster en Paidopsiquiatria. Universidad Autónoma de Barcelona. Extraído el 13-05-2012 desde www.paidopsiquiatria.cat/files/suicidio_Niños_y_Adolescentes_0_07-09_M3pdf.

- Quinteros, P. & Grob, F. (2003) Depresión y suicidalidad en una población no clínica de adolescentes. Boletín Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la infancia y adolescencia, 14(1), 4 – 8.
- Suicidio en la adolescencia. Trastornos del ánimo y suicidio en la adolescencia. Resumen de ensayo sobre suicidio de Emile Durkheim. Instituto CIEC. Viña del Mar". (Abril , 2008) desde <http://pdf.rincondelvago.com/el-suicidio3.html>.
- Vásquez E, Fonseca I. Diagnóstico de la depresión con la escala de Birleson en adolescentes con intentos de suicidio y sanos. Extraído el 20 de octubre del 2007 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2005/bis052j.pdf>
Actitudes hacia el suicidio en adolescentes. Rev. de Psiq Infanto-juvenil. Barcelona, España.
- Villatoro, J., Alcántar, I., Medina–Mora, ME., Fleiz, C., González-Forteza, C., Amador, N. y Bermúdez, P. (2003). Intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes., ¿dos problemas entrelazados? .SESAM, 2(1), 5-12.

ANEXOS

Consentimiento informado

Estimado Estudiante:

La Asesora de Consejería Departamental como estudiante del curso de especialización en formación de valores para la convivencia armoniosa, mayor de edad, estudiante activa de la especialización impartida por el Centro de Investigación en Demografía y Salud de la UNAN-LEÓN, está realizando una investigación que tiene como objetivo determinar la prevalencia de los intentos suicidas en los adolescentes de 8vo y 9no grado de este Instituto. Este es un cuestionario ANÓNIMO, lo que significa que no necesitamos de tu nombre o dirección de tu casa.

La participación en este estudio es voluntaria lo que significa que puedes decir no a participar desde el inicio y no sufrirá sanción por tu decisión.

Te pedimos por favor que respondas con la VERDAD en cada una de los ítems y si tienes alguna pregunta no dudes en hacerla. Si te sientes incómodo con alguna de las preguntas del cuestionario estás en toda la libertad de no responder.

La persona encargada revisará únicamente que TODAS las preguntas estén llenas sin prestar atención a tus respuestas.

Gracias por participar

Para mayor información.

Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS UNAN León)

Por medio de la presente afirmo a través de una X que leí el consentimiento informado y declaro que quiero participar voluntariamente en este estudio: lo asumo a los ____ días, del mes de _____ del 2018.

Grado: _____

Edad: _____

Procedencia: _____

Sexo: _____

Religión: _____

	CUESTIONARIO PARA DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA EN ADOLESCENTES	NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES
1	¿Tienes conflictos frecuentes con tu familia?			
2	¿Tienes conflictos con tus compañeros/as?			
3	¿Actúas de forma violenta en casa o en el instituto?			
4	¿Mantiene unos hábitos adecuados de higiene y aseo personal?			
5	¿En tu familia ha habido algún suicidio?			
6	¿Tomas drogas o alcohol?			
7	¿Tu rendimiento académico es bajo?			
8	¿Tienes problemas sentimentales?			
9	¿Has tenido abuso sexual?			
10	¿Has recibido maltrato físico?			
11	¿ Te aburres continuamente?			
12	¿ Tus padres toman drogas o alcohol?			
13	¿Te sientes estresado/a?			
14	¿Tienes alucinaciones o pensamientos extraños?			
15	¿Has vivido algún suceso de acoso?			
16	¿Duermes con normalidad?			
17	¿Comes bien de forma habitual?			
18	¿Tienes dolores de cabeza, estomago, ansiedad?			
19	¿Piensas que eres una mala persona?			
20	¿Te muestras poco tolerante a los elogios o a los premios?			
21	¿Tienes alguna situación familiar que te preocupe?			
22	Lanzas indirectas a familiares o amigos/as del tipo no me veréis más, nada me importa...			
23	¿Has deseado alguna vez estar muerto/a?			
24	¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?			
25	¿Has intentado suicidarte? Ningún intento Un intento Dos intentos Tres o más.			

Evidencias Fotográficas:





